



TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO

# RELATÓRIO DE AUDITORIA OPERACIONAL Regulação Assistencial do SUS





República Federativa do Brasil  

---

Tribunal de Contas da União

**Ministros**

Benjamin Zymler, Presidente  
Augusto Nardes, Vice-Presidente  
Valmir Campelo  
Walton Alencar Rodrigues  
Ubiratan Aguiar  
Aroldo Cedraz  
Raimundo Carreiro  
José Jorge  
José Múcio

**Auditores**

Augusto Sherman Cavalcanti  
Marcos Bemquerer Costa  
André Luís de Carvalho  
Weder de Oliveira

**Ministério Público**

Lucas Rocha Furtado, Procurador-Geral  
Paulo Soares Bugarin, Subprocurador-Geral  
Cristina Machado da Costa e Silva, Subprocuradora-Geral  
Marinus Eduardo de Vries Marsico, Procurador  
Júlio Marcelo de Oliveira, Procurador  
Sérgio Ricardo Costa Caribé, Procurador



TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO

## RELATÓRIO DE AUDITORIA OPERACIONAL

---

# Regulação Assistencial do SUS

© Copyright 2011, Tribunal de Contas da União  
Impresso no Brasil / Printed in Brazil  
<[www.tcu.gov.br](http://www.tcu.gov.br)>

Permite-se a reprodução desta publicação,  
em parte ou no todo, sem alteração do conteúdo,  
desde que citada a fonte e sem fins comerciais.

Brasil. Tribunal de Contas da União.

Fiscalização de orientação centralizada na regulação assistencial do SUS /  
Tribunal de Contas da União; Ministro Relator: José Jorge. – Brasília: TCU, Secretaria  
de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo, 2011.

111 p. : il., gráfs, tabs. – (Relatório de auditoria operacional)

1. Auditoria operacional – Brasil. 2. Política de Regulação Assistencial do  
Sistema Único de Saúde – fiscalização – Brasil. I. Título. II. Série.

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Ministro Ruben Rosa

Este relatório apresenta as conclusões da auditoria operacional que teve por tema a regulação assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS), realizada pelo TCU no segundo semestre de 2009. As conclusões da fiscalização são apresentadas nos Capítulos 2 a 6, que tratam, respectivamente, dos seguintes assuntos: Programação Pactuada e Integrada (PPI); contratação de prestadores de serviço para o SUS; implantação dos Complexos Reguladores; operacionalização dos Complexos Reguladores; e fluxo de informações da regulação. A auditoria focou as internações hospitalares de média e alta complexidade.

A metodologia utilizada nesta Fiscalização de Orientação Centralizada (FOC) envolveu visitas de estudo a oito estados (oito secretarias estaduais de saúde e oito secretarias municipais de saúde – das capitais –, foram auditadas), pesquisa eletrônica com secretarias municipais de saúde e centrais de regulação e pesquisa documental. Durante a fase de planejamento, destaca-se a realização de Painel de Referência para validação da matriz de planejamento, de teste piloto para adequação dos instrumentos de coleta de dados e de oficina de trabalho com as equipes das oito Secretarias de Controle Externo (Secex) nos estados que participaram desta FOC. A partir do preenchimento de tabelas padronizadas pelas Secex e da revisão dos relatórios setoriais, chega-se a consolidação das informações neste trabalho.

Sobre os assuntos objeto desta auditoria, cabe mencionar que a PPI tem a finalidade de organizar a rede de serviços de saúde, conferindo-lhe visibilidade e formalizando os fluxos de referência (serviços que um município não dispõe em seu território e são prestados por outro) estabelecidos entre os gestores municipais e com o gestor estadual. A PPI é um instrumento de planejamento intergovernamental dos municípios, que por meio dela pactuam quem presta os serviços de saúde e quem paga a conta (indiretamente, pelas transferências dos tetos municipais).

Apesar de o processo da atualização da PPI estar normatizado e de ser vital para que o instituto da PPI desempenhe seu papel estratégico, a auditoria constatou que a situação preconizada pelos normativos está longe de ser realidade. A maioria dos estados auditados não tem a PPI atualizada física e financeiramente. Nesses casos, verificou-se que os recursos recebidos de aumento de teto livre não estão sendo objeto de atualização dos pactos dos gestores municipais, tanto quanto às metas físicas como financeiras. Outro fato que deveria ensejar alteração da PPI é a mudança no fluxo assistencial. Caso seja aberto um serviço novo em um município, por exemplo, pacientes que antes eram referenciados para outra cidade passam a ser atendidos ali. Isso representa uma mudança do fluxo de atendimento e deve ser refletida na PPI, para que ela não se descole da realidade e para que os recursos sejam redistribuídos de maneira a financiar esses novos atendimentos. Porém, foi observado que em apenas dois dos oito estados visitados a atualização era

levada a cabo sempre que o fluxo assistencial se alterava. Sem atualização, a PPI perde sua função de nortear as ações de saúde no estado, tornando-se apenas um instrumento de distribuição de recursos financeiros.

Segundo o Manual “Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde”, após o processo da PPI é fundamental que sejam adotados mecanismos para o seu monitoramento, prática esta não observada pela maioria das 16 secretarias de saúde auditadas. Mesmo informações básicas, como os fluxos de referência, cotas físicas e financeiras dos municípios e registro separado de serviços prestados à população própria e à referenciada, não costumam ser acompanhados. Os entes não são providos de um instrumento que permita o acompanhamento do que foi produzido em relação ao que foi programado, para identificar gargalos, demandas reprimidas e orientar a atualização do instrumento de planejamento. Em apenas um estado visitado a regulação operava de acordo com a PPI, existindo integração entre os sistemas da PPI e da regulação.

O planejamento para a contratação de leitos junto à rede particular de prestadores de serviços de saúde ainda é precário na maior parte dos municípios brasileiros. Em virtude disso, tais contratações não são realizadas tomando como base as necessidades da população, nem é feita uma definição clara de quais serviços e em que quantidade deve haver tal complementação. Normalmente, o que rege o processo de contratação é a oferta dos serviços e não a demanda. Em nenhuma das secretarias de saúde auditadas é realizado procedimento licitatório para esse fim.

A formalização contratual entre o poder público e a iniciativa privada, além de ser exigência legal, é imprescindível para a gestão da prestação de serviços de saúde por estabelecimentos particulares, uma vez estabelece de forma clara as obrigações de cada uma das partes, legitimando o repasse de recursos públicos para o setor privado. Outro problema identificado nos contratos existentes foi a ausência das cláusulas essenciais aos contratos administrativos. Devido às falhas na formalização dos contratos, verificou-se que muitas secretarias de saúde não realizam o acompanhamento e a fiscalização dos mesmos, principalmente com os estabelecimentos privados, onde o controle tem se mostrado precário, ou até mesmo inexistente.

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) deve ser alimentado e atualizado pelos gestores estaduais e municipais no máximo a cada dois meses, sob pena de suspensão dos repasses fundo a fundo. Todavia, os dados do cadastro não refletem a realidade. A auditoria constatou que os gestores realizam a alimentação dos dados no CNES mensalmente apenas como uma formalidade, mas sem que haja uma real verificação da validade dos dados. Foi evidenciado que, na maioria das secretarias de saúde, o número de leitos cadastrados no CNES é divergente do número de leitos previsto nos contratos e, ainda mais grave, do número de leitos colocados à disposição da regulação.

Constatou-se lentidão no cumprimento das metas pactuadas Termos de Compromisso de Gestão (TCG) e a falta de seu acompanhamento efetivo. Em sete dos oito estados visitados, o prazo do TCG já expirou sem que houvesse a conclusão do projeto.

A maioria dos estados visitados não realiza o monitoramento da implantação dos complexos reguladores de forma adequada. Alguns deixam, inclusive, a cargo de terceiros essa atribuição. Contribuiu para essa situação, a falta de definição do prazo final para aplicação dos recursos repassados, bem como a ausência de definição de responsabilidades pela condução do processo de implantação dos complexos reguladores.

A falta de grade resolutiva que oriente toda a regulação das internações hospitalares, abrangendo as de urgência e as eletivas, também foi apontado como deficiência pela auditoria. O conhecimento sobre a capacidade de resolução oferecida pelos diversos prestadores, dos vários municípios que integram o estado, é fundamental para o redirecionamento das demandas, tal como no caso de superlotação das unidades da capital. A falta desse conhecimento faz com que não haja como intermediar o acesso da população às unidades de saúde sob gestão municipal, localizadas nas diversas regiões de saúde. A visualização de toda a rede resolutiva do estado permitiria, aliás, que o planejamento dos fluxos de referência e contra-referência fosse aprimorado, da mesma forma que a pactuação entre os gestores de todas as ações necessárias ao atendimento da população de cada região.

Além disso, na maior parte dos Estados, a operacionalização da regulação não é instrumentalizada plenamente por protocolos operacionais, necessários para a padronização dos procedimentos adotados pelos operadores da Regulação Assistencial. As centrais de regulação demandam regras mínimas que orientem as decisões dos médicos reguladores e demais operadores, com o estabelecimento de critérios para o seu funcionamento, que minimizem a subjetividade do processo e as interferências de caráter pessoal.

Na maior parte dos casos estudados não existiam manuais que tratassem da utilização do benefício de Tratamento Fora de Domicílio (TFD) de forma diferenciada para os deslocamentos intermunicipais e interestaduais, incluindo os procedimentos necessários para os encaminhamentos regulados pela Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC). Os recursos advindos do TFD deveriam estar atrelados ao fluxo de regulação do acesso, conforme estabelece a Política de Regulação do SUS. Todavia, 38% dos departamentos de regulação auditados não se manifestam durante o processo de TFD.

Um dos fatores complicadores para a integração entre as centrais de regulação é que a regulação dos prestadores de saúde das capitais não é executada por um comando único. Nesses casos, o controle de leitos hospitalares dentro de uma mesma capital de estado é realizado tanto pela Secretaria Estadual de Saúde, quanto pela Secretaria Municipal de Saúde da capital. Em tais municípios, mesmo na situação de gestão plena, o governo estadual ainda possui a gestão de muitos dos prestadores de serviços.

A necessidade de aperfeiçoar a organização da rede de regulação, em níveis de articulação bem estruturados, se reflete também na operacionalização da CNRAC. Esta recebe as demandas das Centrais Estaduais de Regulação de Alta Complexidade (CERAC), e faz a interligação com as CERAC de outros estados, para que

estas realizem o agendamento junto aos prestadores de serviços. Foi verificado em alguns estados que tal agendamento tem sido realizado diretamente com as unidades hospitalares, à revelia da regulação municipal que deveria exercer a gestão sobre os prestadores de serviços.

A fim de que a regulação assistencial do SUS tenha adesão e funcione de forma adequada é fundamental que exista plena divulgação das ações implementadas. Os usuários da regulação precisam entender como funciona o direcionamento para os diversos serviços de saúde. Os próprios profissionais de saúde e outros operadores da regulação precisam conhecer toda a normatização envolvida, bem como outras regras de funcionamento, como as estabelecidas nos protocolos assistenciais. No entanto, à exceção de um estado visitado, os demais não desenvolvem um trabalho consistente de divulgação.

Evidenciou-se que a informatização dos complexos reguladores ainda é incipiente na maioria dos estados, que não apresenta sistemas informatizados de regulação de leitos. Embora a utilização de sistemas informatizados não seja obrigatória, verificou-se que sua ausência acarreta diversos problemas para a operacionalização dos complexos. Quando não há sistema informatizado de regulação, normalmente são utilizadas, para o controle do fluxo de informações, planilhas eletrônicas, fichas de atendimentos e videofonistas. A central depende da informação do prestador, que normalmente é que acaba fazendo as reservas de leitos. O Ministério da Saúde vem desenvolvendo um sistema que apoia a implantação e operacionalização dos complexos reguladores – o SISREG. Tanto o sistema desenvolvido pelo Ministério como os sistemas dos demais entes federados possuem oportunidade de melhorias, especificamente quanto à incorporação de funcionalidades consideradas fundamentais para a operacionalização dos complexos reguladores.

Finalmente, apesar de a confiabilidade dos dados do cadastro de usuários do Cartão Nacional de Saúde (Cartão SUS) ser imprescindível para correta identificação da origem dos pacientes e, por conseguinte, orientar o processo de regulação, constatou-se que tal confiabilidade é reduzida. O próprio projeto do Cartão SUS, outrora ambicioso, hoje se resume a manter o cadastro. A implantação efetiva do projeto permitiria a criação de uma câmara automática de compensação nacional, resolvendo grande parte dos problemas existentes com a PPI e com o financiamento dos procedimentos dos municípios e estados com recursos federais.

## LISTA DE SIGLAS

|                |   |
|----------------|---|
| <b>AIH</b>     | Autorização de Internação Hospitalar                  |
| <b>APAC</b>    | Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade     |
| <b>BNDES</b>   | Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social  |
| <b>CEF</b>     | Caixa Econômica Federal                               |
| <b>CERAC</b>   | Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade    |
| <b>CERAS</b>   | Central de Regulação                                  |
| <b>CERSUS</b>  | Central Estadual de Ressarcimento ao SUS              |
| <b>CF</b>      | Constituição Federal                                  |
| <b>CGR</b>     | Colegiado de Gestão Regional                          |
| <b>CGU</b>     | Controladoria-Geral da União                          |
| <b>CIB</b>     | Comissão Intergestores Bipartite                      |
| <b>CIT</b>     | Comissão Intergestores Tripartite                     |
| <b>CMRAC</b>   | Central Municipal de Regulação de Alta Complexidade   |
| <b>CNES</b>    | Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde       |
| <b>CNRAC</b>   | Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade    |
| <b>CNS</b>     | Cartão Nacional de Saúde                              |
| <b>CONASS</b>  | Conselho Nacional de Secretários de Saúde             |
| <b>CRUE</b>    | Central de Regulação de Urgências Estadual            |
| <b>DAHA</b>    | Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial |
| <b>DATASUS</b> | Departamento de Informática do SUS                    |
| <b>DRAC</b>    | Departamento de Regulação, Avaliação e Controle       |
| <b>DRS</b>     | Delegacia Regional de Saúde                           |
| <b>FAEC</b>    | Fundo de Ações Estratégicas e Compensação             |
| <b>FNS</b>     | Fundo Nacional de Saúde                               |
| <b>FOC</b>     | Fiscalização de Orientação Centralizada               |
| <b>GIL</b>     | Gerenciador de Informações Locais                     |
| <b>GM</b>      | Gabinete do Ministro                                  |
| <b>IBGE</b>    | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística       |
| <b>MS</b>      | Ministério da Saúde                                   |

## LISTA DE SIGLAS

|                 |   |
|-----------------|---|
| <b>NIR</b>      | Núcleo Interno de Regulação                                   |
| <b>NOAS</b>     | Norma Operacional da Assistência à Saúde                      |
| <b>NUAC</b>     | Núcleo de Alta Complexidade                                   |
| <b>PDR</b>      | Plano Diretor de Regionalização                               |
| <b>PNASS</b>    | Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde           |
| <b>PNH</b>      | Política Nacional de Humanização                              |
| <b>PPI</b>      | Programação Pactuada e Integrada                              |
| <b>PT</b>       | Portaria  |
| <b>REGNET</b>   | Sistema de Regulação em Saúde                                 |
| <b>SAMU</b>     | Serviço de Atendimento Móvel de Urgência                      |
| <b>SAS</b>      | Secretaria de Atenção à Saúde                                 |
| <b>SECEX</b>    | Secretaria de Controle Externo                                |
| <b>SES</b>      | Secretaria Estadual de Saúde                                  |
| <b>SESAPI</b>   | Secretaria Estadual de Saúde do Piauí                         |
| <b>SIA</b>      | Sistema de Informações Ambulatoriais                          |
| <b>SIH</b>      | Sistema de Informações Hospitalares                           |
| <b>SIOPS</b>    | Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde     |
| <b>SISCNRAC</b> | Sistema da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade |
| <b>SISPI</b>    | Sistema da Programação Pactuada e Integrada                   |
| <b>SISREG</b>   | Sistema de Regulação  |
| <b>SMS</b>      | Secretaria Municipal de Saúde                                 |
| <b>SNA</b>      | Sistema Nacional de Auditoria do SUS                          |
| <b>SUS</b>      | Sistema Único de Saúde  |
| <b>TABWIN</b>   | Programa TAB para WINDOWS                                     |
| <b>TCG</b>      | Termo de Compromisso de Gestão                                |
| <b>TFD</b>      | Tratamento Fora de Domicílio                                  |
| <b>TMS</b>      | Tema de Maior Significância                                   |
| <b>UF</b>       | Unidade da Federação  |
| <b>UTI</b>      | Unidade de Terapia Intensiva                                  |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Tabela 1</b> .....  | <b>18</b> |
| Histórico da execução orçamentária do programa atenção hospitalar e ambulatorial no sistema único de saúde, para cada estado selecionado pela auditoria em comparação com o total de recursos do programa, de 2004 a 2008. |           |
| <b>Tabela 2</b> .....  | <b>21</b> |
| Existência e data de elaboração da ppi vigente nos estados fiscalizados, em outubro de 2009  |           |
| <b>Tabela 3</b> .....  | <b>21</b> |
| Frequência de revisão da ppi com definição de parâmetros para programação das ações de saúde nos estados fiscalizados, em outubro de 2009.   |           |
| <b>Tabela 4</b> .....  | <b>24</b> |
| Quantidade de estados fiscalizados que atualizam a ppi após receberem recursos de teto livre, em outubro de 2009.  |           |
| <b>Tabela 5</b> .....  | <b>24</b> |
| Quantidade de estados fiscalizados que definiam critérios e parâmetros de distribuição de recursos para deliberação da cib, em outubro de 2009.  |           |
| <b>Tabela 6</b> .....  | <b>24</b> |
| Quantidade de estados fiscalizados que alteravam os pactos quando ocorria mudança de parâmetro assistencial, em outubro de 2009.   |           |
| <b>Tabela 7</b> .....  | <b>26</b> |
| Quantidade de estados fiscalizados que atualizam a ppi devido à mudança do fluxo assistencial, em outubro de 2009.   |           |
| <b>Tabela 8</b> .....  | <b>26</b> |
| Forma de atualização da ppi nos estados fiscalizados, em outubro de 2009.  |           |
| <b>Tabela 9</b> .....  | <b>27</b> |
| Existência e funcionamento dos colegiados de gestão regional (cgr) nos estados fiscalizados, em outubro de 2009.   |           |
| <b>Tabela 10</b> .....   | <b>28</b> |
| Situação do monitoramento dos pactos firmados entre os gestores, aplicáveis às internações hospitalares, em outubro de 2009.   |           |
| <b>Tabela 11</b> .....   | <b>29</b> |
| Mecanismos utilizados pelas secretarias de saúde fiscalizadas para realizar o monitoramento da ppi, em outubro de 2009.  |           |
| <b>Tabela 12</b> .....   | <b>39</b> |
| Panorama da formalização dos contratos com estabelecimentos privados e de sua convergência com o cnes nos oito estados selecionados, em outubro de 2009.   |           |
| <b>Tabela 13</b> .....   | <b>41</b> |
| Número de contratos que apresentam as cláusulas essenciais, de um total de 55 contratos analisados, em outubro de 2009.  |           |
| <b>Tabela 14</b> .....   | <b>49</b> |
| Situação de implementação dos complexos reguladores em relação ao pactuado nos estados fiscalizados, em outubro de 2009.   |           |

## LISTA DE TABELAS

|   |            |
|---|------------|
| <b>Tabela 15</b> .....  | <b>51</b>  |
| Dificuldades para implementação e funcionamento dos complexos reguladores nos estados fiscalizados, em outubro de 2009.   |            |
| <b>Tabela 16</b> .....  | <b>53</b>  |
| Grau de adequação do monitoramento realizado pela gestão estadual na execução do projeto de implementação de complexos reguladores nos estados, em outubro de 2009.   |            |
| <b>Tabela 17</b> .....  | <b>57</b>  |
| Existência de levantamento da grade resolutiva das regiões de saúde para orientar a regulação das internações hospitalares nos estados fiscalizados.  |            |
| <b>Tabela 18</b> .....  | <b>59</b>  |
| Existência e divulgação de protocolos assistenciais para instrumentalizar a regulação a cargo dos gestores estaduais e municipais das capitais visitadas, em outubro de 2009.   |            |
| <b>Tabela 19</b> .....  | <b>61</b>  |
| Existência de orientação sobre a forma de encaminhamento do paciente do sus com recursos do fd nas secretarias de saúde estaduais e municipais visitadas, em outubro de 2009.   |            |
| <b>Tabela 20</b> .....  | <b>66</b>  |
| Existência de mecanismos de divulgação da política de regulação assistencial do sus para os principais interessados no processo, em outubro de 2009.  |            |
| <b>Tabela 21</b> .....  | <b>79</b>  |
| Dificuldades apontadas pelas centrais de regulação devido à ausência de sistema informatizado.  |            |
| <b>Tabela 22</b> .....  | <b>80</b>  |
| Quantitativo de funcionalidades previstas no manual de implantação de complexos reguladores do ministério da saúde existentes no sisreg, em outubro de 2009.  |            |
| <b>Tabela 23</b> .....  | <b>86</b>  |
| Número de sistemas informatizados desenvolvidos pelos entes federados auditados que possuíam as funcionalidades previstas no manual de implantação de complexos reguladores do ministério da saúde, em outubro de 2009.   |            |
| <b>Tabela 24</b> .....  | <b>102</b> |
| Panorama da implantação dos complexos reguladores no brasil, incluindo número de centrais por tipo, recursos repassados pelo ministério da saúde para a regulação, total e por habitante, e total da produção ambulatorial e hospitalar por unidade da federação. |            |
| <b>Tabela 25</b> .....  | <b>104</b> |
| Formas pelas quais os complexos reguladores gerenciam as informações necessárias para seu funcionamento.  |            |

|  |            |
|--|------------|
| <b>Gráfico 1</b> .....   | <b>25</b>  |
| Proporção de secretarias municipais de saúde que realizam alteração dos pactos municipais e atualização de cotas.  |            |
| <b>Gráfico 2</b> .....   | <b>31</b>  |
| Frequência com que as secretarias municipais de saúde acompanham as internações hospitalares de seus municípios.   |            |
| <b>Gráfico 3</b> .....   | <b>36</b>  |
| Procedimentos adotados pelas secretarias de saúde fiscalizadas para contratação de serviços de saúde junto a estabelecimentos privados.  |            |
| <b>Gráfico 4</b> .....   | <b>39</b>  |
| Proporção de estabelecimentos com e sem instrumento contratual formalizado de uma amostra de 80 entidades privadas e filantrópicas com leitos sus cadastrados no cnes, em outubro de 2009. |            |
| <b>Gráfico 5</b> .....   | <b>44</b>  |
| Porcentagem de estabelecimentos em que a quantidade de leitos prevista no contrato era igual ou diferente aos leitos cadastrados no cnes, em outubro de 2009.                              |            |
| <b>Gráfico 6</b> .....   | <b>103</b> |
| Centrais de regulação implantadas, por região.   |            |
| <b>Gráfico 7</b> .....   | <b>103</b> |
| Recursos federais repassados, por região, em r\$ milhões.  |            |
| <b>Gráfico 8</b> .....   | <b>103</b> |
| Recursos federais por habitante, por região, em r\$.   |            |
| <b>Gráfico 9</b> .....   | <b>103</b> |
| Produção, por região, em r\$ milhões.  |            |
| <b>Gráfico 10</b> .....  | <b>103</b> |
| Repasso federal por central implantada, por região, em r\$ milhões.  |            |

## LISTA DE FIGURAS

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Figura 1</b> .....  | <b>78</b> |
| Problemas decorrentes da ausência de sistemas informatizados de regulação nas centrais de regulação. |           |

# SUMÁRIO

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| <b>1</b> | <b>Introdução</b>   | <b>15</b> |
| 1.3      | Objetivos da auditoria  | 17        |
| 1.4      | Metodologia   | 17        |
| <b>2</b> | <b>Programação Pactuada e Integrada (PPI)</b>   | <b>20</b> |
| 2.1      | A PPI não está consolidada como instrumento norteador da regulação  | 21        |
| 2.1.1    | <i>Ausência de atualização física e financeira da PPI</i>   | 21        |
| 2.1.2    | <i>Deficiência do monitoramento da PPI pelos entes federados</i>  | 28        |
| 2.1.3    | <i>As informações da PPI não alimentam o sistema de regulação</i>   | 32        |
| 2.2      | Determinações e recomendações   | 32        |
| <b>3</b> | <b>Contratação dos prestadores de serviços do SUS</b>   | <b>34</b> |
| 3.1      | Insuficiência de atuação dos gestores do SUS com vistas a otimizar a capacidade instalada da rede pública de saúde        | 34        |
| 3.1.1    | <i>Deficiência no planejamento da contratação dos prestadores de serviços de saúde</i>                                    | 34        |
| 3.1.2    | <i>Contratação não formalizada por instrumentos jurídicos</i>   | 38        |
| 3.1.3    | <i>O número de leitos contratados não está em consonância com os registrados no CNES</i>                                  | 43        |
| 3.1.4    | <i>Ausência de acompanhamento e fiscalização dos contratos com os prestadores privados</i>                                | 45        |
| 3.2      | Determinações e recomendações   | 45        |
| <b>4</b> | <b>Implantação dos complexos reguladores</b>  | <b>47</b> |
| 4.1      | Baixa eficácia na execução e no acompanhamento da implantação dos complexos reguladores                                   | 49        |
| 4.1.1    | <i>Descumprimento da meta assumida no TCG e das condições fixadas no projeto de implantação dos complexos reguladores</i> | 49        |
| 4.1.2    | <i>Ausência de monitoramento da implementação dos complexos reguladores</i>   | 52        |
| 4.2      | Determinações e recomendações   | 55        |
| <b>5</b> | <b>Operacionalização da regulação de internações hospitalares</b>   | <b>56</b> |
| 5.1      | Deficiência na operacionalização da regulação de internações hospitalares   | 56        |
| 5.1.1    | <i>Ausência da grade resolutiva do estado que oriente as internações hospitalares</i>                                     | 57        |
| 5.1.2    | <i>Deficiências na instrumentalização e divulgação de protocolos assistenciais</i>  | 59        |
| 5.1.3    | <i>Desconhecimento do processo de Tratamento Fora de Domicílio (TFD)</i>  | 61        |
| 5.1.4    | <i>Deficiências de integração na gestão dos complexos reguladores</i>   | 63        |
| 5.1.5    | <i>Insuficiente divulgação da Política de Regulação do SUS</i>  | 66        |
| 5.1      | Ocorrência de negativa de acesso a serviços públicos de saúde   | 68        |
| 5.3      | Determinações e recomendações   | 74        |

---

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| <b>6</b> | <b>Fluxo de Informações</b>   | <b>76</b> |
| 6.1      | Baixo grau de informatização dos complexos reguladores                                    | 76        |
| 6.2      | Ausência de funcionalidades requeridas nos sistemas informatizados de regulação           | 79        |
| 6.2.1    | <i>Sistema informatizado de Regulação do Ministério da Saúde - SISREG</i>                 | 80        |
| 6.2.2    | <i>Sistemas informatizados desenvolvidos por estados e municípios</i>                     | 86        |
| 6.3      | Deficiências de integração entre os sistemas das centrais de regulação                    | 88        |
| 6.4      | Problemas de confiabilidade dos dados do cadastro de usuários do Cartão Nacional de Saúde | 90        |
| 6.5      | Determinações e recomendações   | 92        |

---

|          |                              |           |
|----------|------------------------------|-----------|
| <b>7</b> | <b>Comentários do gestor</b> | <b>94</b> |
|----------|------------------------------|-----------|

---

|          |                  |           |
|----------|------------------|-----------|
| <b>8</b> | <b>Conclusão</b> | <b>95</b> |
|----------|------------------|-----------|

---

|          |                                   |           |
|----------|-----------------------------------|-----------|
| <b>9</b> | <b>Proposta de Encaminhamento</b> | <b>97</b> |
|----------|-----------------------------------|-----------|

---

|   |            |
|---|------------|
| <b>Apêndice A – Dados sobre a implantação dos complexos reguladores no Brasil</b> | <b>102</b> |
|---|------------|

---

|   |            |
|---|------------|
| <b>Apêndice B – Gerenciamento da informação pelos complexos reguladores</b> | <b>104</b> |
|---|------------|

---

|                    |            |
|--------------------|------------|
| <b>Referências</b> | <b>106</b> |
|--------------------|------------|

---

|              |            |
|--------------|------------|
| <b>Notas</b> | <b>111</b> |
|--------------|------------|



## 1.1 Antecedentes

1 A presente auditoria, realizada sob a sistemática de Fiscalização de Orientação Centralizada (FOC), é decorrente de deliberação constante do Despacho de 05/06/2009 do Ministro-Relator José Jorge, prolatado no TC 009.726/2009-0. O Relatório de levantamento na Função Saúde (TC 002.088/2009-2) havia apontado eventos de riscos relacionados à implantação e operacionalização das centrais de regulação, sugerindo a realização de auditoria operacional na Política de Regulação Assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS).

## 1.2 Visão geral do objeto da auditoria

2 O atendimento à saúde insculpido na Constituição Federal (CF), artigos 196 a 200, e prestado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), está disciplinado pela Lei nº 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde), que dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde e a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e pela Lei nº 8.142/1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

3 As ações e serviços de saúde do SUS integram uma rede regionalizada e hierarquizada (art. 198 da CF/1988). A Rede de Atenção à Saúde é uma forma de organização dos serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, em todos os níveis de complexidade. Sua finalidade é melhorar a eficiência e a racionalidade dos serviços, além de produzir economia, melhoria do acesso e evitar a desnecessária repetição de exames e procedimentos. Neste contexto, é fundamental que os serviços de saúde dos entes federados se interconectem ou interajam entre si, uma vez que a maioria dos municípios não é capaz de arcar sozinho com a assistência à saúde do cidadão.

4 Para que a organização das redes e o planejamento das ações não ocorram de forma fragmentada, repercutindo na dificuldade de acesso da população aos serviços, norma operacional editada pelo Ministério da Saúde, em 1996, instituiu a Programação Pactuada e Integrada (PPI) para organização das redes e dos fluxos assistenciais<sup>1</sup>. Na construção da rede, há a necessidade de gestão intergovernamental e articulação/cooperação entre diversos atores participantes, visando à construção dos arranjos institucionais imprescindíveis para garantir que o direito à saúde da pessoa humana seja alcançado, bem como para atender ao princípio da integralidade da assistência.

5 A necessidade de regulação da assistência por meio de implantação de complexos reguladores foi estabelecida por outra norma operacional em 2001<sup>2</sup>,

que instituiu o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e o Plano Diretor de Investimentos (PDI). Retomando essa matéria sob a forma de acordo interfederativo, o Pacto pela Saúde, de 2006, prevê a regionalização e a regulação como diretrizes da gestão do SUS.

6 Na perspectiva de fortalecer o processo de regionalização, hierarquização e integração das ações e serviços de saúde, estabelecido pelas normas operacionais supracitadas, em 2008 foi instituída a Política Nacional de Regulação do SUS<sup>3</sup>, “a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão, como instrumento que possibilite a plenitude das responsabilidades sanitárias assumidas pelas esferas de governo” (BRASIL, 2008).

7 São três as dimensões de atuação da Política Nacional de Regulação, conforme definido no art. 2º da Portaria GM/MS nº 1.559, de 01/08/2008:

- I. Regulação de Sistemas de Saúde: define macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e tem como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos;
- II. Regulação da Atenção à Saúde: é exercida pelas secretarias estaduais e municipais de saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde. Define estratégias e macrodiretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde, tendo como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população, por meio da produção de ações diretas e finais de atenção à saúde, sendo direcionada aos prestadores públicos e privados;
- III. Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem por finalidade a organização, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no SUS. A área técnica da regulação assistencial é composta por estruturas denominadas Complexos Reguladores, e estes comportam as Centrais de Regulação, que podem ser de três tipos: Urgência; Internações; e Consultas e Exames.

8 Desta forma, a regulação assistencial constitui-se na principal estratégia do Ministério da Saúde para a construção da rede regionalizada e hierarquizada, sendo essa a dimensão objeto do presente trabalho.

### 1.3 Objetivos da auditoria

9 Considerando o volume de recursos investidos e as dificuldades observadas para a população ter acesso aos leitos disponibilizados pelos estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS, o presente trabalho focou sua análise na **regulação assistencial dos procedimentos de internação hospitalar**.

10 Identificou-se como problema de auditoria a existência de deficiências nos mecanismos de elaboração e acompanhamento da Programação Pactuada Integrada, na implantação e operacionalização dos complexos reguladores, na contratação de serviços de saúde e no fluxo de informações que comprometem a eficiência, eficácia e equidade da regulação assistencial, prejudicando o acesso a procedimentos de internação hospitalar, acarretando atrasos ou até mesmo inviabilizando o atendimento à população.

11 Assim, o objetivo da FOC Regulação Assistencial do SUS foi investigar as quatro questões a seguir descritas, abrangendo instrumentos de caráter estruturante para a implantação da Política de Regulação Assistencial do SUS:

- a) A PPI está consolidada como instrumento norteador da regulação?
- b) A contratação dos prestadores de serviço está contribuindo para a otimização da capacidade instalada e para um melhor controle dos serviços regulados?
- c) A implantação dos complexos reguladores está ocorrendo conforme o programado e a sua operacionalização se desenvolve de forma a assegurar o acesso da população aos procedimentos de internação hospitalar?
- d) De que forma o fluxo de informação existente contribui para que o processo da regulação assistencial se desenvolva adequadamente?

### 1.4 Metodologia

12 A FOC foi realizada na modalidade de relatórios individualizados. Nessa modalidade, as unidades executoras emitem relatórios e expedem determinações/recomendações relativamente aos gestores locais, sem prejuízo da elaboração deste relatório de consolidação pela unidade orientadora, agrupando as situações encontradas, suas causas e efeitos, com proposta de encaminhamento ao órgão formulador da política.

13 Foram selecionados oito estados para serem visitados: Mato Grosso; Minas Gerais; Pará; Paraná; Piauí; Rio de Janeiro; Rio Grande do Sul; e São Paulo. Além desses estados, Goiás foi escolhido pela equipe orientadora para a realização da visita exploratória e do teste piloto. A Tabela 1 apresenta o volume de recursos repassados pelo Programa Atenção Hospitalar e Ambulatorial no Sistema Único de Saúde (código 1220) aos oito estados selecionados, montante esse que foi, no período de 2004 a 2008, em média 63% do total de recursos do programa.

(valores em milhões de reais)

**Tabela 1**  
Histórico da execução orçamentária do Programa Atenção Hospitalar e Ambulatorial no Sistema Único de Saúde, para cada estado selecionado pela auditoria em comparação com o total de recursos do programa, de 2004 a 2008.

| Estados Selecionados  | 2004             | 2005             | 2006             | 2007             | 2008             | Total (2004-2008) |
|-----------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|-------------------|
| MG                    | 1.450,87         | 1.587,01         | 1.807,81         | 1.952,58         | 2.216,93         | 9.015,20          |
| MT                    | 199,82           | 218,65           | 247,77           | 257,9            | 302,66           | 1.226,80          |
| PA                    | 385,55           | 419,84           | 482,18           | 547,91           | 632,6            | 2.468,08          |
| PI                    | 206,03           | 226,08           | 252,56           | 285,18           | 344,48           | 1.314,33          |
| PR                    | 930,83           | 988,69           | 1.110,92         | 1.248,06         | 1.346,77         | 5.625,27          |
| RJ                    | 2.036,79         | 2.174,17         | 2.360,87         | 2.481,42         | 2.652,61         | 11.705,86         |
| RS                    | 1.410,94         | 1.455,02         | 1.621,55         | 1.815,86         | 1.940,53         | 8.243,90          |
| SP                    | 3.976,70         | 4.014,57         | 4.467,44         | 4.859,16         | 5.186,14         | 22.504,01         |
| <b>TOTAL amostra</b>  | <b>10.597,53</b> | <b>11.084,03</b> | <b>12.351,10</b> | <b>13.448,07</b> | <b>14.622,72</b> | <b>62.103,45</b>  |
| <b>TOTAL programa</b> | <b>16.331,69</b> | <b>17.269,04</b> | <b>19.431,54</b> | <b>21.323,75</b> | <b>23.636,86</b> | <b>97.992,88</b>  |
| <b>% amostra</b>      | <b>65%</b>       | <b>64%</b>       | <b>64%</b>       | <b>63%</b>       | <b>62%</b>       | <b>63%</b>        |

Fonte: SIAFI.

Com relação às consultas orçamentárias realizadas, foram utilizados os valores relativos a Créditos Liquidados, que, no SIAFI Gerencial, consolida a soma dos valores constantes das contas correntes 292130201, 292130209 e 292130301. Esta última apenas no exercício de 2008, quando foi criada para pagamento de folha e cujos valores estavam incluídos anteriormente na conta 292130201.

14 Inicialmente, a metodologia utilizada envolveu um levantamento da regulação assistencial da alta complexidade pelas oito Secretarias de Controle Externo (SECEX) do TCU nos estados envolvidas na auditoria, realizado em julho de 2009. As SECEX elaboraram como produtos desse levantamento: a) texto descrevendo a estruturação da regulação no estado; b) quadro demonstrativo dos principais atores envolvidos no processo e o papel que desempenham; c) as atas das entrevistas realizadas; d) aplicação da técnica de análise SWOT; e) sugestões para a matriz de planejamento.

15 Paralelamente, além de realizar o estudo da legislação e de publicações sobre o assunto, e de entrevistar gestores do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle (DRAC), vinculado à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), a equipe da unidade orientadora realizou visita exploratória, onde foram entrevistados os encarregados da regulação nos hospitais e na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Goiânia/GO, e na Secretaria Estadual de Saúde (SES) de Goiás. Em seguida, a partir dos produtos entregues pelas SECEX regionais e da análise dos resultados da visita, foi elaborada a Matriz de Planejamento, alterando-se o foco da auditoria para a regulação das internações hospitalares tanto de média como de alta complexidade. Dificuldades em separar a internação de média e alta complexidade para analisar a PPI e a contratualização dos serviços de saúde justificaram tal alteração.

16 A Matriz de Planejamento foi discutida com representantes do Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), do DRAC/SAS e do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), em Painel de Referência realizado em 19/08/2009, a fim de validar as questões de auditoria e a metodologia proposta. Na sequência, foram elaborados

os procedimentos de auditoria e os instrumentos de coleta de dados, testados num piloto (de 31/08 a 04/09/2009) novamente em Goiânia/GO.

17 Uma oficina de trabalho, com a duração de três dias (de 16 a 18/09/2009), foi realizada em Brasília/DF, reunindo auditores das SECEX integrantes da FOC, a fim de que a unidade orientadora expusesse as questões elaboradas na Matriz de Planejamento, os procedimentos de auditoria e os instrumentos de coleta de dados. Após tal oficina, houve a fase da execução, onde os cinco componentes da unidade orientadora integraram as equipes de auditoria nos estados de Minas Gerais, Pará, Paraná, Piauí, Rio de Janeiro e São Paulo.

18 Após a fase de execução, tabelas padronizadas foram enviadas às unidades executoras a fim de que estas pudessem se posicionar, de forma clara e objetiva, sobre o que foi constatado a partir das visitas in loco e da análise documental. O uso dessas tabelas orientou e facilitou o trabalho de consolidação das informações.

19 Além disso, a unidade orientadora realizou duas pesquisas eletrônicas, durante os meses de outubro e novembro de 2009, tendo como população alvo as Secretarias Municipais de Saúde (268 respondentes) e as Centrais de Regulação (68 respondentes). O questionário aplicado às secretarias municipais de saúde abordou questões relativas à Programação Pactuada Integrada, negativa de acesso, tratamento fora de domicílio, conhecimento de aspectos da gestão do SUS e colegiado de gestão regional. Já o questionário encaminhado às centrais de regulação abordaram as interfaces e dificuldades de operacionalização de sistemas de informação, fluxo e gerenciamento de informações, além da integração de sistemas informatizados.

20 Cada unidade executora elaborou sua própria Matriz de Achados e seu relatório, contendo recomendações para os gestores estaduais. Alguns exemplos e evidências citados foram incorporados neste relatório de consolidação, a fim de ilustrar e fortalecer as análises realizadas.

21 Os capítulos subseqüentes descrevem os achados e evidências referentes a cada um dos aspectos investigados pela auditoria (PPI; contratação; complexos reguladores; e fluxo de informações), trazendo recomendações para sanar as deficiências encontradas. Procurou-se, também, ressaltar as boas práticas de gestão identificadas.

## 2 PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA (PPI)

22 A rede de serviços do SUS deve garantir a integralidade da atenção à saúde. As ações de atenção básica são de responsabilidade de cada município. Com relação às ações de média e alta complexidade, quando o serviço estiver localizado em outro município, o gestor estadual deve coordenar o processo de pactuação entre os gestores municipais para que estes garantam o acesso de seus municípios a todos os níveis do sistema, buscando a integralidade da atenção.

23 Nesse contexto, a PPI é o instrumento para alocação dos recursos federais para o custeio da atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar no SUS, constituindo os tetos financeiros de estados e municípios (Teto MAC). Esses recursos são repassados na modalidade fundo a fundo, por meio de duodécimos mensais, pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS).

24 A PPI foi instituída por uma norma editada pelo Ministério da Saúde em 1996, denominada Norma Operacional Básica do SUS, a NOB nº 01/1996, cuja definição de tetos financeiros municipais ainda tinha como base o potencial de oferta existente no território municipal. Em 2001, por meio de outra norma operacional, a NOAS 01/2001, a PPI tornou-se obrigatória para os estados se habilitarem em gestão plena, passando a orientar-se não somente pela oferta de serviços, como também pela demanda existente.

25 Em 22 de maio de 2006, após o Pacto pela Saúde, foi publicada a Portaria GM/MS nº 1.097/2006 que definiu a PPI como um processo no âmbito do SUS, a ser coordenado pelo gestor estadual. Por meio desse processo, deverão ser definidos os limites financeiros destinados à assistência da população própria de cada município e das referências recebidas de outros municípios, assim como ser definidas e quantificadas as ações de saúde para população residente em cada território e efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população nos municípios referenciados (art. 1º da Portaria GM/MS nº 1.097/2006).

26 Dentre outros objetivos gerais da PPI, cabe citar o de buscar a equidade de acesso e o de fornecer subsídios para os processos de regulação. Como acontece com qualquer planejamento, a realidade não ocorrerá de forma idêntica ao que foi previsto, uma vez que as necessidades vão se alterando ao longo do tempo. Por esse motivo, a PPI deve ser revisada periodicamente, para que não se distancie da realidade e continue cumprindo seu papel estratégico.

27 Para auxiliar na revisão da PPI ou dos parâmetros por ela adotados, o monitoramento e a avaliação dos pactos firmados entre os gestores devem ser feitos rotineiramente, tanto da execução física e financeira das ações, como dos fluxos pactuados.

28 Com a finalidade de avaliar se a Programação Pactuada Integrada está consolidada como instrumento norteador da regulação, procurou-se identificar a forma de atualização da PPI (programação física e/ou financeira), os mecanismos de monitoramento e se os estados a estão utilizando para direcionar a regulação. Buscou-se, assim, verificar se a PPI vem sendo adotada como documento meramente formal e, em função disso, não contribui para o processo de regulação nem, conseqüentemente, para garantir a integralidade e equidade de acesso à internação hospitalar.

## 2.1 A PPI não está consolidada como instrumento norteador da regulação

29 Com base nos dados da consolidação, verificou-se que a Programação Pactuada Integrada não está consolidada como instrumento norteador da regulação, devido à sua não atualização física e financeira, à deficiência do seu monitoramento pelos entes federados, bem como pelo fato das informações da PPI não alimentarem o sistema de regulação.

### 2.1.1 Ausência de atualização física e financeira da PPI

30 Embora a Portaria GM/MS nº 1.097/2006 normatize a obrigatoriedade de realizar a programação a cada mudança de gestão estadual (ou seja, a cada quatro anos), em cinco dos oito estados analisados os instrumentos tinham sido elaborados nas gestões anteriores ou sequer existia o processo de PPI implementado, conforme verificado na Tabela 2.

|                                    |  |   |
|------------------------------------|--|---|
| Data de elaboração da PPI vigente: | Não existia PPI no Estado              | 2 |
|                                    | Nas gestões anteriores                 | 3 |
|                                    | Há mais de um ano, mas na gestão atual | 2 |
|                                    | Há menos de um ano                     | 1 |

Fonte: SECEX-MG, SECEX-MT, SECEX-PA, SECEX-PI, SECEX-PR, SECEX-RJ, SECEX-RS e SECEX-SP.

31 Além disso, como no meio desse período tem eleições municipais, deve ser feita uma ampla revisão da PPI estadual em face das prioridades estabelecidas nos novos planos de saúde municipais (art. 7º, parágrafo único, da Portaria GM/MS 1.097/2006). Contudo, apesar das eleições municipais ocorridas em 2008, na maioria dos estados não foi realizada a revisão da PPI, com definição de parâmetros para a programação das ações de saúde (Tabela 3).

|  |                                    |   |
|--|------------------------------------|---|
| Frequência de revisão da PPI com definição de parâmetros para programação das ações de saúde (revisão global): | Não existia PPI no Estado          | 2 |
|  | Não foi feita revisão nesta gestão | 4 |
|  | Uma vez por gestão                 | 1 |
|  | Anual                              | 0 |
|  | Semestral                          | 0 |
|  | Trimestral                         | 1 |

Fonte: SECEX-MG, SECEX-MT, SECEX-PA, SECEX-PI, SECEX-PR, SECEX-RJ, SECEX-RS e SECEX-SP.

**Tabela 2**

Existência e data de elaboração da PPI vigente nos estados fiscalizados, em outubro de 2009.

**Tabela 2**

Frequência de revisão da PPI com definição de parâmetros para programação das ações de saúde nos estados fiscalizados, em outubro de 2009.

32 Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul são os estados onde não existe PPI de internações hospitalares. No Rio de Janeiro, a Programação Pactuada Integrada em vigor à época da auditoria, aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB), em fevereiro de 2000, contempla somente os procedimentos ambulatoriais, portanto não existe PPI de internações. Entre as causas apontadas para o fato está a falta de comprometimento da esfera estadual, que não desempenhou de maneira satisfatória o seu papel de coordenador do processo, e a falta de consenso entre os entes envolvidos (estado e municípios).

33 No Rio Grande Sul, o modelo assistencial ainda se desenvolve segundo o processo de habilitação dos municípios (gestão plena municipal ou gestão estadual). Nesse modelo, os municípios em gestão plena recebem o respectivo teto financeiro para o atendimento da população própria e referenciada, quando for o caso, sendo atribuída aos municípios sob gestão estadual, para fins de internação, uma cota mensal de Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), de modo a viabilizar a internação dos pacientes nos hospitais da rede estadual. O motivo de ainda não ter havido mudança de modelo assistencial é que não foi elaborada a PPI na formatação definida nas Portarias GM/MS nº 399/2006 e nº 1.097/2006, a qual implica na adesão solidária aos Termos de Compromisso de Gestão.

34 Entre os estados em que a PPI foi elaborada nas gestões anteriores, estão os de Mato Grosso, Minas Gerais e Piauí. Em Minas Gerais, a PPI Assistencial foi implantada em 1997, sendo objeto de revisão em 2003, quando então foi tornada pública. A revisão da PPI com definição de parâmetros para programação das ações de saúde realizava-se trimestralmente e os gestores municipais podiam solicitar remanejamento dos pactos no mesmo período, de acordo com o que foi executado.

35 Em Mato Grosso, a PPI que estava em vigor foi elaborada em 2005, com base no antigo sistema SISPP/NOAS. O estado realizou uma revisão global da PPI na gestão seguinte. Estava em andamento uma nova repactuação global, a qual seria realizada com base em novo programa desenvolvido pelo Ministério da Saúde: o SISPP/Pacto.

36 No Piauí, a PPI foi elaborada em 2005, mas na prática nunca foi efetivamente implementada, constituindo-se como documento meramente formal, com vistas a atender às exigências do Ministério da Saúde, e não um instrumento utilizado para orientar a regulação.

37 Pará, Paraná e São Paulo foram os únicos estados estudados em que a PPI foi elaborada na gestão vigente à época da auditoria. No Estado do Pará, a PPI do Município de Belém foi elaborada em setembro de 2007, com a última revisão datando de março de 2009. As alterações na PPI decorrem apenas de atualização de valores financeiros, face à alocação de recursos pelo Ministério da Saúde.

38 No Paraná, há um descompasso das programações das ações de saúde no Estado. No Município de Curitiba, existe PPI elaborada em 2002, com conteúdo diverso da PPI elaborada pelo Estado em 2006, a qual não fora aprovada pela CIB.

39 Em São Paulo, o sistema disponibilizado pelo estado para os municípios na internet apresentava a versão da PPI elaborada em outubro de 2008, que não está atualizada física e financeiramente. As alterações realizadas na PPI foram registradas em diversas tabelas publicadas no endereço eletrônico da Secretaria Estadual de Saúde. O fato de as informações estarem esparsas em vários instrumentos e não em um único sistema prejudica o monitoramento da PPI, a formalização dos instrumentos contratuais com os prestadores de serviços (a oferta deve ser ajustada ao programado) e, por consequência, a avaliação e o controle dos serviços de saúde prestados.

40 Diante da situação apresentada pelos estados visitados, observou-se que a PPI do Mato Grosso e de Minas Gerais continham informações mais atualizadas, em vista da frequência das revisões globais realizadas, embora a elaboração dos documentos remontasse às gestões anteriores. Quanto aos demais estados, nenhum apresentou revisão global recente.

41 Além das revisões gerais a cada nova gestão estadual e municipal, também devem ser feitas revisões periódicas em razão de alterações de fluxo no atendimento ao usuário, de oferta de serviços, da tabela de procedimentos, dos limites financeiros, de problemas no atendimento da população referenciada, de descumprimento, pelo município, dos acordos estabelecidos no termo de garantia de acesso, entre outras.

42 Dentre as diversas hipóteses que ensejam a atualização da PPI, na presente fiscalização, optou-se por restringir a análise ao incremento de recursos de teto livre, repassados pelo Ministério da Saúde, e ao remanejamento de recursos decorrente de mudança de fluxo assistencial.

43 Cumpre esclarecer que, sempre que houver incremento de recursos federais para o estado, por meio de portaria do Ministério da Saúde em que não se especifica a destinação dos recursos, denominada portaria de teto livre, deverão ser definidos os critérios e parâmetros adotados para a distribuição de recursos.

44 No que se refere à documentação exigida pelo Ministério da Saúde ao final do processo de PPI, a Portaria GM/MS nº 1.097/2006 assim estabelece em seu art. 8º:

Art. 8º Estabelecer que, ao final do processo de Programação Pactuada e Integrada da Assistência, a Secretaria de Estado da Saúde e do Distrito Federal encaminhe à Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, a seguinte documentação acompanhada de ofício devidamente assinado pelos Coordenadores Estadual e Municipal da CIB:

I - cópia da resolução CIB que aprova a nova programação;

II - quadros com os Limites Financeiros da Assistência de Média e Alta Complexidade, conforme Anexo II a esta portaria, devidamente assinados pelos Coordenadores Estadual e Municipal da CIB;

III - quadro síntese dos critérios e parâmetros adotados; e

IV - **memória dos pactos municipais realizados com explicitação das metas físicas e financeiras.** (grifo nosso)

45 Em que pese os diversos documentos listados nesse dispositivo, segundo técnicos do Ministério da Saúde, apenas há a obrigatoriedade de fato de serem encaminhados quadros com os Limites Financeiros da Assistência de Média e Alta Complexidade, os quais se limitam a informar as metas financeiras, o que não é suficiente para dar transparência ao processo da PPI. É preciso demonstrar o que vai representar esse recurso em termos de ações de saúde (metas físicas).

46 Não se discutindo a forma de atualização dos dados da PPI (se físico e/ou financeiro), constatou-se que em apenas três dos oito estados visitados a PPI era atualizada quando do recebimento de recursos por meio de portaria de teto livre (MG, MT e PR).

**Tabela 4**

Quantidade de estados fiscalizados que atualizam a PPI após receberem recursos de teto livre, em outubro de 2009.

|  |                           |   |
|--|---------------------------|---|
| Foi observado que o Estado atualiza a PPI sempre que recebe recursos do Ministério da Saúde de teto livre? | Não existia PPI no Estado | 2 |
|  | Sim, sempre               | 3 |
|  | Sim, às vezes             | 1 |
|  | Nunca                     | 2 |

Fonte: SECEX-MG, SECEX-MT, SECEX-PA, SECEX-PI, SECEX-PR, SECEX-RJ, SECEX-RS e SECEX-SP.

47 Conquanto as atualizações financeiras não sejam suficientes, por não demonstrarem em quais ações de saúde os recursos foram destinados, verificou-se que em metade dos estados estudados não houve definição dos critérios de distribuição dos recursos (PA, PI, PR, RJ). Em contrapartida, os Estados de MG, MT e RS definiram esses critérios para todas as portarias de teto livre do Ministério da Saúde (Tabela 5).

**Tabela 5**

Quantidade de estados fiscalizados que definiam critérios e parâmetros de distribuição de recursos para deliberação da CIB, em outubro de 2009.

|   |                                   |   |
|---|-----------------------------------|---|
| No caso de portarias do Ministério da Saúde de incremento de recursos de teto livre, estão sendo definidos os critérios e parâmetros de distribuição de recursos para deliberação da CIB? | Sim, para todas as portarias      | 3 |
|   | Sim, para a maioria das portarias | 1 |
|   | Sim, para a minoria das portarias | 0 |
|   | Não foram definidos os critérios  | 4 |

Fonte: SECEX-MG, SECEX-MT, SECEX-PA, SECEX-PI, SECEX-PR, SECEX-RJ, SECEX-RS e SECEX-SP, em outubro de 2009.

48 Constatou-se ainda que, no caso de aumento de recursos, os estados definem o critério de distribuição, destinando-os para os municípios que executam os serviços, mas em regra não há alteração dos pactos municipais dos demais municípios. Em outras palavras, os municípios que encaminham pacientes para o município de referência da região não alteram seus pactos para que haja o aumento da sua cota de internações (Tabela 6).

**Tabela 6**

Quantidade de estados fiscalizados que alteravam os pactos quando ocorria mudança de parâmetro assistencial, em outubro de 2009.

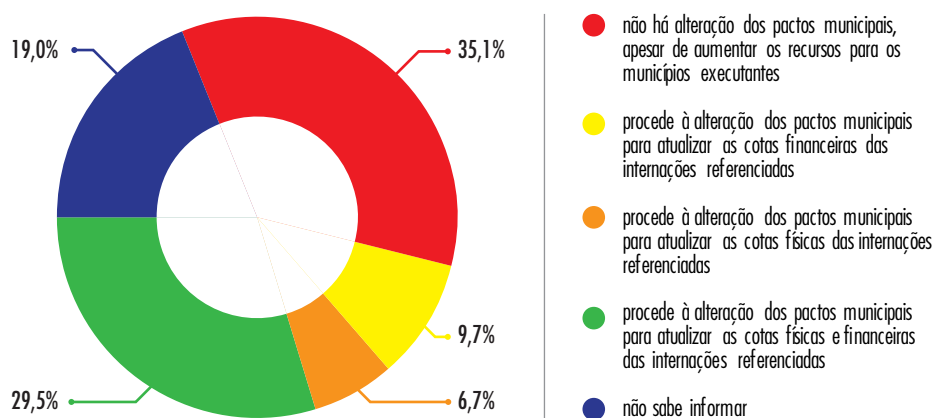
|  |   |   |
|--|---|---|
| Os recursos recebidos por portaria do Ministério da Saúde de teto livre estão sendo objeto de atualização dos pactos dos gestores municipais, quanto às metas físicas e financeiras? | Sim, para todas as portarias  | 2 |
|  | Sim, para a maioria das portarias   | 0 |
|  | Sim, para a minoria das portarias   | 0 |
|  | Não foram alterados os pactos, embora tenha havido mudança de parâmetro assistencial. | 6 |

Fonte: SECEX-MG, SECEX-MT, SECEX-PA, SECEX-PI, SECEX-PR, SECEX-RJ, SECEX-RS e SECEX-SP.

49 O gestor deve comunicar toda a rede de referência sempre que houver incremento de recurso, para que as alterações dos pactos entre os gestores possam

se refletir nos Termo de Compromisso para Garantia de Acesso. Este documento expressa o compromisso de um determinado gestor municipal de saúde em realizar atendimento da população residente em outros municípios e deve conter as metas físicas e financeiras das ações a serem ofertadas nos municípios de referência (Portaria GM/MS nº 1.097/2006, art. 3º, §1º). No entanto, dos oito estados estudados, apenas em MG e no PR houve atualização dos pactos entre os gestores.

50 Em pesquisa enviada às Secretarias Municipais de Saúde, também foram investigadas as alterações nos pactos municipais a partir do incremento de recursos federais de teto livre nos estados, para a média e alta complexidade, após a CIB ter aprovado os critérios de distribuição. Para a maioria (35% dos respondentes) não há alteração dos pactos municipais, apesar do aumento dos recursos repassados para os municípios executantes. Para 17%, ou ocorrem apenas alterações financeiras (10%) ou somente do quantitativo físico (7%), havendo deficiências, portanto, no processo de atualização da PPI, com o estabelecimento de novos limites financeiros e novas cotas de serviços a serem realizados.



**Gráfico 1**  
Proporção de Secretarias Municipais de Saúde que realizam alteração dos pactos municipais e atualização de cotas.

Fonte: pesquisa com Secretarias Municipais de Saúde, em outubro e novembro de 2009.

51 Conforme estabelecido no inciso VII do art. 3º da Portaria GM/MS nº 1.097/2006, um dos objetivos gerais do processo de Programação Pactuada Integrada é possibilitar a transparência dos pactos intergestores firmados e assegurar que estejam explicitados no “Termo Compromisso para Garantia de Acesso”. Ocorre que as alterações dos pactos municipais, decorrentes de incremento de recurso de teto livre, não vêm acontecendo, o que é imprescindível para orientar a regulação.

52 Entende-se que a falta de exigência do Ministério da Saúde de encaminhamento da memória dos pactos municipais realizados com explicitação das metas físicas e financeiras, conforme preconizado no art. 8º, inciso IV, da citada portaria, pode estar contribuindo para a não alteração dos pactos entre os gestores. Segundo técnicos do Ministério da Saúde, a exigência de envio dessas memórias demandará muito esforço dos gestores. No entanto, perde sentido a organização da rede de serviços por intermédio da PPI se não for dada transparência aos fluxos estabelecidos.

53 Outro fato que deveria ensejar alteração da PPI é uma mudança no fluxo assistencial. Se for aberto um serviço novo em um município, por exemplo, pa-

cientes que antes eram referenciados para outra cidade passam a ser atendidos ali. Isso representa uma mudança do fluxo de atendimento e deve ser refletida na PPI, para que ela não se descole da realidade e para que os recursos sejam redistribuídos de maneira a financiar esses novos atendimentos. Neste caso, é preciso demonstrar apenas as alterações dos pactos municipais, com explicitação das metas físicas e financeiras, tanto de quem envia os pacientes como de quem recebe (é necessário para orientar a regulação). Entretanto, apenas dois dos oito estados visitados (MG e PR) atualizavam a PPI sempre que ocorria mudança do fluxo assistencial, conforme demonstrado na Tabela 7.

**Tabela 7**

Quantidade de estados fiscalizados que atualizam a PPI devido à mudança do fluxo assistencial, em outubro de 2009.

|  |                           |   |
|--|---------------------------|---|
| Foi observado que o Estado atualiza a PPI sempre que ocorre mudança do fluxo assistencial? | Não existia PPI no Estado | 2 |
|  | Sim, sempre               | 2 |
|  | Sim, às vezes             | 2 |
|  | Nunca                     | 2 |

Fonte: SECEX-MG, SECEX-MT, SECEX-PA, SECEX-PI, SECEX-PR, SECEX-RJ, SECEX-RS e SECEX-SP.

54 Passando da análise da frequência para uma avaliação da forma de atualização, verificou-se que apenas o Estado de Minas Gerais atualiza os dados físicos e financeiros da PPI, conforme preconizado no art. 1º da Portaria GM/MS nº 1.097/2006 (Tabela 8).

**Tabela 8**

Forma de atualização da PPI nos estados fiscalizados, em outubro de 2009.

|                              |  |   |
|------------------------------|--|---|
| Forma de atualização da PPI: | Não existia PPI no Estado                      | 2 |
|                              | A PPI não foi atualizada                       | 3 |
|                              | São atualizados os dados financeiros e físicos | 1 |
|                              | É atualizada somente a parte financeira        | 2 |

Fonte: SECEX-MG, SECEX-MT, SECEX-PA, SECEX-PI, SECEX-PR, SECEX-RJ, SECEX-RS e SECEX-SP.

55 Nos Estados do PR e de MT, observou-se que não há atualização física da PPI, apenas financeira. No Mato Grosso, uma das causas da dificuldade em manter a parte física atualizada é a limitação do sistema SISPP/NOAS, uma vez que ele não permite a inserção desses dados. Neste estado, verificou-se, também, que o cronograma previsto na NOAS 01/2002 não é respeitado rigorosamente pela Secretaria Estadual de Saúde para atualizar a PPI. Nesse dispositivo, é prevista atualização da PPI trimestralmente, com o intuito de ajustar as pactuações ao fluxo de atendimento das referências.

56 Cita-se, como boa prática, a publicidade dada à PPI de Minas Gerais na internet. Além disso, a PPI Eletrônica disponibilizada pelo sistema adotado no Estado (SUSfácil) permite a solicitação e a aprovação dos remanejamentos via sistema, bem como a gestão física e financeira dos recursos disponíveis. O remanejamento no Sistema consiste no processo de registro eletrônico e formalização dos novos pactos entre gestores, firmados nas Comissões Intergestores Bipartite de âmbito micro e macrorregional.

57 Na auditoria, questionou-se também a situação dos colegiados de gestão regional nos estados e sua participação no processo de elaboração e atualização

da PPI. Embora esses colegiados tenham sido criados em cada região de saúde em todos os estados visitados, verificou-se que parte deles não está em funcionamento e metade não cumpre a finalidade para qual foram criados, consoante estabelece o Pacto pela Saúde (Portaria GM/MS nº 399/2006), uma vez que eles não se constituem em um espaço permanente de pactuação entre os gestores.

| Situação dos colegiados de gestão regional  | Quantidade de Estados |                 |
|---|-----------------------|-----------------|
|   | Responderam SIM       | Responderam NÃO |
| Existência de um colegiado de gestão regional em cada região de saúde                                 | 8                     | 0               |
| Funcionamento dos colegiados de gestão regional   | 6                     | 2               |
| Constituição dos CGR como um espaço permanente de pactuação entre os gestores de cada região de saúde | 4                     | 4               |

Fonte: SECEX-MG, SECEX-MT, SECEX-PA, SECEX-PI, SECEX-PR, SECEX-RJ, SECEX-RS e SECEX-SP.

**Tabela 9**

Existência e funcionamento dos Colegiados de Gestão Regional (CGR) nos estados fiscalizados, em outubro de 2009.

58 Segundo pesquisa enviada às Secretarias Municipais de Saúde, 86% dos gestores municipais informou que é comum acontecer dos municípios referenciados não cumprirem o estabelecido no Termo de Compromisso para Garantia de Acesso firmado entre os gestores.

59 Por ser um espaço permanente para discussão da PPI, o funcionamento do CGR deve ser organizado de modo a exercer a função de solucionar os conflitos ocorridos entre os entes federativos, a exemplo do decorrente da falta de cumprimento dos referidos termos, forçando a sua observância para que não se tornem letra morta.

60 Considerando a responsabilidade na regionalização prevista no Pacto pela Saúde de que todos os municípios e o estado participem dos colegiados de gestão regionais, bem como a evidência de que grande parte dos colegiados não se constitui num espaço permanente de decisão e soluções de conflitos, entende-se ser preciso fortalecer essa instância de pactuação.

61 Em relação aos colegiados, duas situações antagônicas merecem ser relatadas. No Mato Grosso, constatou-se que os colegiados de gestão regional são omissos no seu papel de fiscal da execução do que foi pactuado entre os entes federados. Além disso, possuem uma atuação passiva em relação à Comissão Intergestores Bipartite do Estado, participando das discussões nessa instância somente quando são convocados para delinear as pactuações.

62 Já no Estado de São Paulo, os colegiados constituem efetivamente um fórum de discussão dentro da região de saúde e as distorções de parâmetro entre os municípios da região passaram a ser debatidas com vistas a reduzir as desigualdades. Como boa prática, destaca-se a agenda de compromissos pactuados no CGR, criada para fortalecer a atuação dessa instância quanto à avaliação da implantação da PPI no estado. O governo estadual estimulou que cada colegiado fizesse uma agenda para implementar a PPI até o fim de 2009.

63 Sem atualização, a PPI perde sua função de nortear as ações de saúde no estado, tornando-se apenas um instrumento de distribuição de recursos financeiros,

quando deveria ser um instrumento de planejamento. É papel do Ministério da Saúde, enquanto definidor da política nacional, criar mecanismos para fomentar o uso da PPI como determina a política.

64 Em documento anexo ao Ofício GAB/SAS nº 285, de 08/02/2010, o DRAC menciona o desenvolvimento de novas funcionalidades no SISPPPI, a exemplo da possibilidade de registro das modificações de fluxos em decorrência da alteração de pactos intergestores e de revisão da tabela de procedimentos, que buscam facilitar a atualização periódica da PPI.

65 O DRAC ressaltou ainda que o art. 8º da Portaria GM/MS 1.097/2006 atribui aos entes apenas a obrigatoriedade de informar ao Ministério da Saúde, ao final do processo de PPI, as programações físicas e financeiras, não estendendo esta obrigatoriedade às alterações periódicas (remanejamentos de fluxos) ou aos incrementos de novos recursos. Assim, de modo a aperfeiçoar esse processo, o gestor mencionou a intenção de revisar o teor da referida portaria para contemplar a obrigatoriedade do envio das memórias dos pactos municipais realizados e aprovados no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), com explicitação das metas físicas e financeiras, tanto na conclusão de um processo de PPI quanto em suas revisões. Contudo, conforme alerta o Departamento, essa nova portaria precisará ser consensuada com os órgãos representativos dos estados e municípios – CONASS e CONASEMS.

### 2.1.2 Deficiência do monitoramento da PPI pelos entes federados

66 Embora o Ministério da Saúde oriente que, após o processo de pactuação integrada, é fundamental que sejam adotados mecanismos para o seu monitoramento, elencando diversos aspectos que devem ser acompanhados rotineiramente, constatou-se que, com exceção dos comparativos entre limites financeiros e valores produzidos, a maioria das Secretarias de Saúde visitadas não realiza monitoramento ou o realiza de forma esporádica, conforme demonstrado na Tabela 10.

**Tabela 10**  
Situação do monitoramento dos pactos firmados entre os gestores, aplicáveis às internações hospitalares, em outubro de 2009.

| Aspectos a serem monitorados segundo o Manual do Ministério da Saúde <sup>1</sup> / Estágio do monitoramento realizado pela secretaria de saúde                     | Monitoramento realizado rotineiramente | Monitoramento realizado esporadicamente | Não é realizado o monitoramento |
|---|--|---|---------------------------------|
| Comparativo entre <b>parâmetros físicos</b> adotados e produzidos   | 8                                      | 1                                       | 7                               |
| Fluxos pactuados e realizados para área hospitalar  | 4                                      | 3                                       | 9                               |
| Comparativos entre <b>limites financeiros</b> e <b>valores produzidos</b>   | 10                                     | 2                                       | 4                               |
| Comparativo entre os <b>percentuais de participação</b> por clínica hospitalar (cirúrgica, clínica médica, obstetrícia, pediatria, psiquiatria e alta complexidade) | 5                                      | 1                                       | 10                              |
| Comparativo entre os <b>percentuais de internação</b> adotados e realizados para população própria  | 6                                      | 3                                       | 7                               |
| Comparativo entre <b>valores médios</b> adotados e produzidos para a população própria e referenciada   | 5                                      | 1                                       | 10                              |
| Identificação de <b>vazios assistenciais</b> (demanda reprimida por insuficiência ou inexistência de serviços)  | 7                                      | 1                                       | 8                               |

Fonte: SECEX-MG, SECEX-MT, SECEX-PA, SECEX-PI, SECEX-PR, SECEX-RJ, SECEX-RS e SECEX-SP.

<sup>1</sup> Estudo incluiu 16 secretarias de saúde - 8 estaduais (UF visitadas) e 8 das respectivas capitais.

67 O art. 2º da Portaria GM/MS nº 1.097/2006 estabelece que a Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde deverá se orientar pelo Manual de “Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde”. Segundo esse Manual, o monitoramento e a avaliação dos pactos firmados entre os gestores têm por objetivo buscar o permanente direcionamento para uma alocação consistente dos recursos, acompanhando rotineiramente a execução física e financeira das ações e dos fluxos pactuados.

68 Contudo, evidenciou-se que não existe uma sistemática de monitoramento da PPI nos estados e municípios fiscalizados que trate dos aspectos que devem ser acompanhados segundo orientação do Ministério da Saúde. Mesmo informações básicas, como os fluxos de referência, cotas físicas e financeiras dos municípios e registro separado de serviços prestados à população própria e à referenciada, não costumam ser acompanhados. Os entes não são providos de um instrumento que permita o acompanhamento do que foi produzido em relação ao que foi programado, para identificar gargalos, demandas reprimidas e orientar a atualização do instrumento de planejamento.

| Mecanismos utilizados para o monitoramento  | Quantidade de Secretarias de Saúde que responderam SIM em relação ao total pesquisado |
|---|---|
| Sistema informatizado de regulação faz automaticamente  | Nenhuma   |
| Sistema informatizado de regulação permite o acompanhamento, por meio de relatórios específicos que o operador deve gerar | 3/16  |
| Sistema informatizado específico para o controle da PPI   | 2/16  |
| Controle por relatórios dos sistemas de produção (Tabwin, SIA, SIH)   | 11/16   |
| Controle por planilhas de Excel   | 9/16  |
| Controle manual (não informatizado)   | 3/16  |
| Nenhum  | 3/16  |

**Tabela 11**

Mecanismos utilizados pelas secretarias de saúde fiscalizadas para realizar o monitoramento da PPI, em outubro de 2009.

Fonte: SECEX-MG, SECEX-MT, SECEX-PA, SECEX-PI, SECEX-PR, SECEX-RJ, SECEX-RS e SECEX-SP.

69 De acordo com o referido Manual do Ministério da Saúde, os complexos regulatórios de acesso se configuram como uma das ferramentas de excelência para o monitoramento dos pactos firmados. De fato, ao controlarem os fluxos de acesso, os complexos têm contato com o cotidiano dos serviços de saúde na região, agregando informações sobre demandas, atendimentos, vazios assistenciais, referências e contra-referências, entre outros. No entanto, verificou-se que, na grande maioria dos entes, o sistema de regulação não permite o acompanhamento da PPI, conforme analisado na seção 2.1.3.

70 A falta de um processo permanente de monitoramento impossibilita conhecer as necessidades de ajustes na PPI. Não basta fazer análises comparativas do programado com o produzido. Também devem ser feitas outras análises que permitam auxiliar na revisão da PPI ou dos parâmetros adotados, a exemplo dos fluxos pactuados e realizados para área hospitalar e do percentual de internações planejadas e realizadas (total e por clínica) (CONASS, 2007).

71 Em decorrência disso, ao longo do tempo a PPI vai se distanciando da realidade, do dia a dia da regulação. Esse distanciamento, por outro lado, leva à desvalorização do instrumento de pactuação e à desobediência aos pactos firmados. Não há motivo que leve os gestores a respeitarem um pacto que nada tem a ver com a realidade dos problemas da população e dos serviços de saúde. Nessa dinâmica, a programação vem sendo utilizada de forma isolada, com seu uso restrito à dimensão financeira, de repartição de recursos, sem que sejam exploradas suas potencialidades de planejamento contínuo e desenvolvimento da assistência.

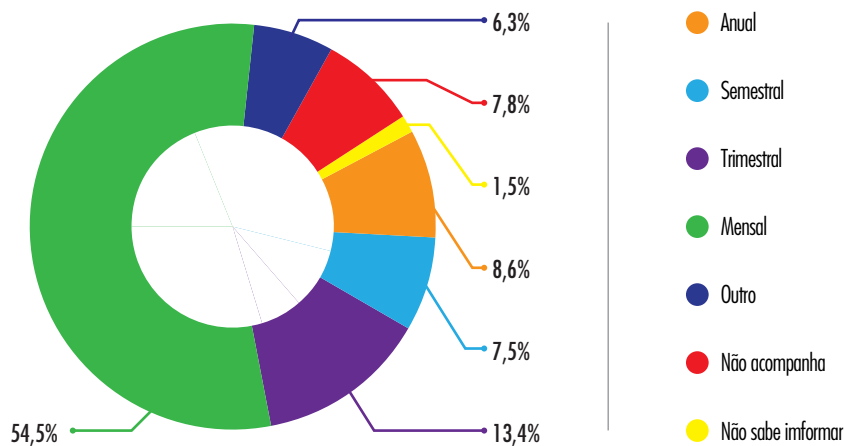
72 Mesmo em Minas Gerais, onde o processo de implementação da PPI encontra-se avançado, observou-se que a maioria dos municípios não realiza o monitoramento desse instrumento. Além disso, o acompanhamento realizado pelo Estado é pontual. Há uma divisão responsável pela elaboração de relatórios anuais e de estudos (Coordenação de Análises e Estudos Prospectivos da PPI/MG) que faz o acompanhamento por meio da seleção de áreas críticas. O TABWIN é uma das principais fontes de informação utilizada - tanto pelo gestor estadual quanto pelo gestor da Capital - para acompanhar a execução física e financeira da PPI. No entanto, os dados de produção do DATASUS apresentam atraso de até três meses.

73 Em Mato Grosso, verificou-se que o monitoramento da PPI é realizado apenas sobre os municípios que se encontram sob gestão da secretaria de saúde daquele estado, e ainda assim de forma incompleta. Como em Minas Gerais, essa atividade é feita com base nos dados de produção (TABWIN, SIA e SIH), desconsiderando nesse processo a capacidade do complexo regulador realimentar o sistema de monitoramento.

74 Conforme entrevistas com responsáveis pelo setor de regulação da SMS/ Belém, para o monitoramento da execução financeira das ações e dos valores pactuados na PPI são utilizados os sistemas TABWIN, SIH e SIA, de forma semelhante aos casos anteriores, os quais geram relatórios que são repassados aos gestores dos municípios pactuantes.

75 No Estado de São Paulo, o monitoramento limita-se ao programado para os estabelecimentos de saúde que realizam a alta complexidade. Relativamente ao Município de São Paulo, não há acompanhamento dos fluxos pactuados e realizados, nem individualização por município encaminhador, o que impossibilita a verificação da conformidade das referências pactuadas. Assim, não é possível saber se houve extrapolação da quota pactuada, objeto, por exemplo, de demanda espontânea de pacientes oriundos dos outros municípios dentro e fora do Estado, que gera conseqüente prejuízo ao teto financeiro do Município.

76 Em pesquisa enviada às SMS, questionou-se sobre o acompanhamento das pactuações realizadas. Quanto à frequência do acompanhamento das internações hospitalares programadas para seus munícipes, a maioria (55%) declarou que realiza um acompanhamento mensal, porém 30% fazem o acompanhamento de forma esporádica (anual, semestral ou trimestralmente) e 8% assinalaram que não acompanham.



**Gráfico 2**

Frequência com que as Secretarias Municipais de Saúde acompanham as Internações Hospitalares de seus municípios.

Fonte: Pesquisa realizada com Secretarias Municipais de Saúde, em outubro e novembro de 2009.

77 Segundo essa mesma pesquisa, 73% dos gestores municipais informaram que é comum acontecer da cota de internações programadas para o município referenciado já estar esgotada. Esse fato demandaria a revisão da PPI, alterando o limite financeiro do município referenciado por meio do remanejamento de recurso programado para outro município. Daí a necessidade de acompanhamento rotineiro dos pactos firmados.

78 Quanto à espécie de dados que as SMS acompanham, ainda que a maioria tenha declarado monitorar os dados físicos e financeiros (60%), parcela significativa afirmou que só acompanha os dados físicos (30%) e outra respondeu que não acompanha ou não sabe informar (9%). Além disso, em que pese que a maioria afirme controlar os dados sobre o atendimento à população no próprio município e à população referenciada para outros municípios (62%), existe uma parcela que não acompanha nada ou não sabe informar (10%).

79 Acerca da necessidade de orientação quanto a aspectos da gestão do SUS, para 96% dos respondentes seria importante receber maiores orientações sobre formas de atualização da PPI e maior conhecimento sobre quais aspectos da PPI deveriam ser monitorados. Esses resultados são altamente representativos de que um bom processo de gestão da PPI demanda permanente capacitação dos gestores envolvidos.

80 Uma das causas levantadas para a deficiência do monitoramento da PPI é a falta de uma ferramenta que permita o cruzamento dos dados da programação com a produção e que facilite o acompanhamento dos aspectos estabelecidos pelo Manual de Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde. No escopo do novo sistema informatizado desenvolvido pelo Ministério da Saúde, o SISPPi/Pacto, pretende-se elaborar a programação e registrar todas as pactuações entre os gestores, havendo previsão de uma ferramenta que irá facilitar o monitoramento da PPI.

81 Questionados sobre etapas de desenvolvimento desse sistema, técnicos do Ministério informaram que recentemente finalizaram o módulo municipal e que

pretendem fazer a substituição do sistema antigo, já adotado por alguns estados, pela versão atual. Em 2010, a meta seria desenvolver o módulo da definição físico-financeira por estabelecimento de saúde. Por último, seria desenvolvido o módulo específico para monitoramento, ainda sem previsão de prazo.

### 2.1.3 As informações da PPI não alimentam o sistema de regulação

82 Dos 16 casos estudados, constatou-se que apenas no Estado de Minas Gerais e em sua capital, Belo Horizonte, a regulação estava operando de acordo com a PPI no momento da auditoria (outubro de 2009), o que pode ser atribuído à integração dos sistemas da PPI e da Regulação, assim como à importação dos dados ser feita de forma automática (por carregamento de bases), também constatada unicamente naquelas localidades.

83 O inciso V do art. 3º da Portaria GM/MS 1.097/2006 estabelece que a PPI deve fornecer subsídios para os processos de regulação do acesso aos serviços de saúde.

84 Observa-se que o SISPPPI não permite a troca de informações de forma automática com o SISREG, sistema de regulação desenvolvido pelo Ministério para auxiliar os gestores na operacionalização dos Complexos Regulatórios da Assistência à Saúde.

85 Embora a ausência de integração desses dois sistemas não seja empecilho para que as informações da PPI sirvam de subsídio para o processo de regulação de acesso aos serviços de saúde, na maioria dos casos estudados constatou-se que a necessidade de alimentar manualmente os sistemas de regulação com os dados da PPI impacta negativamente no processo, uma vez que a regulação não é orientada com informações atualizadas do que foi planejado.

86 A integração entre os dois sistemas oferecidos pelo Ministério da Saúde, o SISPPPI e o SISREG, constitui-se em uma funcionalidade requerida nos sistemas informatizados de regulação e será objeto de análise no Capítulo 6 deste relatório.

## 2.2 Determinações e recomendações

87 Em vista do relatado neste capítulo, cabe recomendar à Secretaria de Atenção à Saúde, enquanto coordenadora da Política Nacional de Regulação, que:

- a) Crie mecanismos para fomentar o avanço dos entes federados em relação aos seguintes pontos: i) elaboração, atualização e monitoramento da PPI na forma e periodicidade preconizadas pelo Ministério da Saúde; ii) publicação da PPI vigente com as memórias de cálculo dos pactos municipais realizados, com explicitação das metas físicas e financeiras, tanto no caso remanejamento de recursos como incremento de recursos novos, de modo a dar transparência ao fluxo estabelecido e aos pactos firmados entre os gestores, nos termos do art. 1º, parágrafo único, da Portaria GM/MS nº 1.097/2006;

- b) Em conjunto com o Departamento de Informática do SUS (DATASUS), desenvolva ferramenta no SISPPI capaz de facilitar o monitoramento dos diversos aspectos dos pactos firmados entre os gestores, estabelecidos pelo Manual de Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde.

88 Recomenda-se também a Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, nos termos da competência que lhe é atribuída pelo Art. 9º do Decreto nº 5.974/2006, que crie mecanismos para fomentar o avanço dos entes federados na instalação e funcionamento dos Colegiados de Gestão Regional de modo a se constituir num espaço permanente de decisão e pactuação de soluções para organização de uma rede regional de ações de atenção à saúde, bem como solucionar os conflitos ocorridos entre os entes federativos, a exemplo do decorrente da falta de cumprimento dos Termos de Compromisso para Garantia de Acesso.

## 3 CONTRATAÇÃO DOS PRESTADORES DE SERVIÇOS DO SUS

89 Para que a contratação dos prestadores de serviços contribua para otimização da capacidade instalada, o gestor da rede deve identificar as principais necessidades assistenciais da população, obtida pelo diagnóstico situacional de saúde da região e pela análise da demanda reprimida e dos indicadores de produção, ofertando serviços compatíveis com as necessidades identificadas. Esse planejamento pressupõe que cada contrato celebrado com os prestadores tenha impacto na redução das lacunas assistenciais e na melhoria da qualidade dos serviços oferecidos.

90 Além disso, é preciso que haja o acompanhamento adequado pelos gestores dos instrumentos que regulam a oferta assistencial na região, promovendo-se adequações periódicas, se necessário. Da mesma forma que os contratos, os dados da capacidade instalada do SUS registrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) devem ser fiscalizados, por se constituírem importante fonte de informação para o planejamento e para o faturamento da produção (SILVA, 2008).

91 Com vistas a avaliar se a contratação dos prestadores de serviços contribui para otimização da capacidade instalada e para um melhor controle dos serviços prestados pelo SUS, procurou-se identificar, em síntese, a formalização e o acompanhamento dos contratos, bem como a eventual discrepância entre o número de leitos previstos nos instrumentos contratuais e os disponibilizados no CNES.

### **3.1 Insuficiência de atuação dos gestores do SUS com vistas a otimizar a capacidade instalada da rede pública de saúde**

92 Com fulcro nos dados da consolidação, verificou-se a insuficiência de atuação dos gestores do SUS em otimizar a capacidade instalada da rede pública de saúde, devido à baixa qualificação do planejamento da contratação dos prestadores de serviços, à grande parte da contratação não estar formalizada por instrumentos jurídicos, à discrepância significativa dos dados constantes do CNES com os previstos nos contratos e à ausência de acompanhamento e fiscalização dos contratos com os prestadores privados.

#### **3.1.1 Deficiência no planejamento da contratação dos prestadores de serviços de saúde**

93 A maior parte dos estados fiscalizados não conseguiu demonstrar que planeja efetivamente a contratação dos serviços de saúde junto a prestadores particulares. Em virtude disso, as contratações não são realizadas tomando como base as necessidades da população, nem é feita uma definição clara de quais serviços e

em que quantidade deve haver complementação por parte de prestadores privados. Normalmente, o que rege o processo de contratação é a oferta dos serviços e não a demanda.

94 A Constituição Federal de 1988, no art. 199, estipula que:

*§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.*

95 Assim, a iniciativa privada pode participar do SUS, mas de forma complementar, ou seja, deve-se priorizar o atendimento em instituições públicas. Como se trata de prestação de serviço público, realizado em nome do Estado e com o pagamento deste, deve haver a formalização da participação de entidades particulares no SUS, por meio de contrato administrativo.

96 A gestão dos prestadores de serviços de saúde particulares deve abranger algumas funções: a definição das necessidades de ações e serviços para atender a população; o estabelecimento dos parâmetros de cobertura assistencial e de qualidade na atenção; a contratação, o acompanhamento, a avaliação e o pagamento aos prestadores de serviços (BRASIL, 2007).

97 Observa-se que a primeira medida é a definição das necessidades da população. Esse deve ser o ponto de partida de todo o planejamento do SUS, inclusive das contratações. Esta identificação das necessidades deve ser feita pelos três níveis da federação, principalmente pelas gestões municipais, por meio do Plano de Saúde do Município.

98 Na questão de auditoria referente à contratação dos serviços de saúde, nos oito estados selecionados pela FOC foram auditadas 15 secretarias de saúde, tanto municipais (capital) quanto estaduais, ficando de fora apenas a secretaria estadual do Pará. Foi questionado às administrações estaduais e municipais se existe documento que registra o cálculo do número de leitos necessários para atender às internações previstas. Das 15 secretarias consultadas, apenas três apresentaram tal documento.

99 Várias secretarias afirmaram que realizam o planejamento das contratações com base nos parâmetros de cobertura assistencial da Portaria GM/MS nº 1.101, de 12 de junho de 2002. Em Teresina, a identificação do número de leitos necessários seria feita com base na série histórica. No Rio de Janeiro, Porto Alegre e Belém, não foi demonstrado nenhum procedimento para esta identificação tampouco que houvesse definição de qualquer critério ou parâmetro para embasar a contratação dos serviços.

100 Com o número estimado de leitos necessários, o segundo passo para o planejamento da contratação seria o levantamento da capacidade instalada da rede pública. Uma vez que a participação da rede particular deve ser de forma complementar, é preciso que o gestor conheça a quantidade de leitos de que

dispõe para então identificar a necessidade de contratação. Esse levantamento deve ser realizado por meio do Plano Operativo.

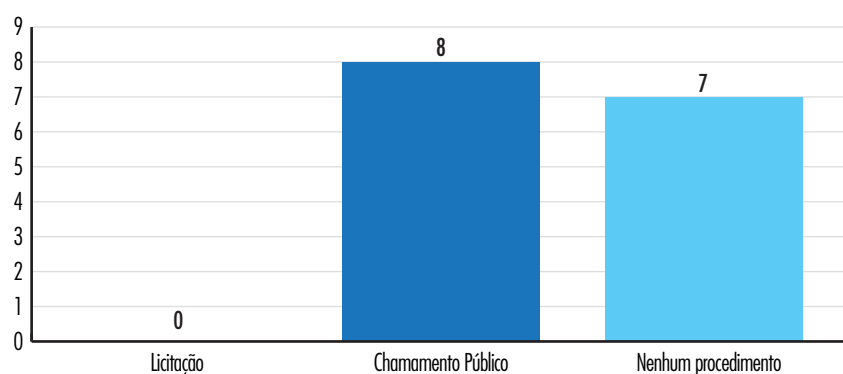
101 Foi solicitado às administrações municipais que apresentassem o plano operativo com o levantamento da capacidade instalada. Das 15 secretarias, apenas cinco apresentaram tal documento ou algo semelhante, que demonstrasse que o município conhece a quantidade de leitos disponíveis nos hospitais públicos. Se o gestor não tem conhecimento da capacidade instalada da rede pública, pode haver riscos de a contratação de serviços na rede privada ser realizada além do caráter complementar.

102 Com o conhecimento do número de leitos necessários e do número de leitos da rede pública, o gestor poderá estimar a quantidade de leitos necessários a serem contratados da rede particular. Outro documento que deve ser elaborado no planejamento da contratação é a programação física e financeira por estabelecimento, discriminando quando cada um deve atender durante o período. Das 15 secretarias, nove apresentaram tal documento ou algo semelhante.

103 Outra forma de se observar se há planejamento para a contratação dos prestadores de serviços de saúde privados é por meio dos procedimentos adotados para a realização da seleção dos estabelecimentos. Caso o gestor realizasse um planejamento adequado, ele saberia qual a quantidade de leitos necessários para complementar a rede pública e realizaria a contratação desta quantidade. Naquelas cidades em que o número de leitos da iniciativa privada é maior que o número de leitos necessários, deveria se realizar procedimento licitatório com vistas a assegurar igualdade de condições a todos os interessados. O Gráfico 3 apresenta os dados referentes aos procedimentos licitatórios adotados para a contratação pelas secretarias de saúde consultadas.

**Gráfico 3**  
Procedimentos adotados pelas secretarias de saúde fiscalizadas para contratação de serviços de saúde junto a estabelecimentos privados.

Número de secretarias de saúde que realizam procedimentos licitatórios para contratação de serviços de saúde junto a estabelecimentos privados



Fonte: SECEX-MG, SECEX-MT, SECEX-PA, SECEX-PI, SECEX-PR, SECEX-RJ, SECEX-RS e SECEX-SP.

104 Em nenhuma das 15 secretarias de saúde é realizado procedimento licitatório. Em oito é realizado chamamento público e em sete não é realizado qualquer procedimento. O chamamento público deve ser adotado quando há inviabilidade de competição, como no caso de o número de leitos necessários ser maior que o número de leitos existentes na cidade. No entanto, o que tem ocorrido é que

os gestores não definem a quantidade de leitos necessários, realizam o chamamento público e contratam todos os leitos que são ofertados pelos interessados. Isso foi observado na visita piloto realizada em Goiânia, em que foi constatado que, apesar de o gestor ter calculado que a quantidade de leitos necessários, por exemplo, para clínica cirúrgica era de 314, o número de leitos SUS cadastrados é de 858, ou seja, 173% maior.

105 Apesar de o pagamento do SUS se dar por produção, o fato de haver excesso de leitos contratados pode gerar aumento dos gastos inicialmente previstos, considerando que o sistema de saúde está organizado em rede. Onde não há relação ideal entre a oferta, a produção e as necessidades da população, as unidades assistenciais acabam pressionando por produção em proporção superior à necessária, provocando desarmonia na rede (SILVA, 2008).

106 Salienta-se que o “Manual de Orientações para Contratação de Serviços no Sistema Único de Saúde”, elaborado pelo Ministério da Saúde em 2007, estabelece que a necessidade de saúde da população deve ser verificada através de dados populacionais e da Portaria nº 1.101/2002, além de trazer um fluxograma da contratação de serviços de saúde, abordando a obrigatoriedade de elaborar o plano operativo de cada unidade pública, de identificar a necessidade de completar a rede, enfim, os passos necessários para contratação de serviços de saúde.

107 Para auxiliar no planejamento, alguns dos estados visitados manifestaram a importância de atualização dos parâmetros da Portaria GM/MS nº 1.101/2002. Segundo técnicos do Ministério da Saúde, a Portaria nº 1.101/2002 está desatualizada, por que foi feita com base na série histórica de 2002, a qual mudou muito até 2009, em razão da evolução tecnológica e das mudanças da tabela de procedimentos ambulatoriais.

108 Após a elaboração desse estudo, o gestor deve aplicá-lo à rede local a fim de estimar o quanto tem de ofertar para atender a população local. O que não conseguir atender ou tiver oferta excedente, deverá ser objeto de pactuação com outros municípios ou estados via PPI. Observa-se que o parâmetro do estudo elaborado com base na Portaria nº 1.101/2002 refletiria uma aproximação da necessidade de serviços de saúde, enquanto o parâmetro da PPI está ajustado aos recursos financeiros alocados na saúde e à capacidade instalada local.

109 Diante das deficiências apontadas, entende-se necessária a promoção de medidas no sentido de qualificar o planejamento a cargo dos gestores estaduais e municipais para a contratação de prestadores privados de serviços de saúde.

110 Ao comentar o relatório de auditoria, o DRAC ressaltou que o teor do art. 1º, parágrafo único, da Portaria GM/MS nº 1.101/2002, trata de referências para orientar os gestores do SUS no planejamento, programação e priorização das ações de saúde a serem desenvolvidas – incluídas a elaboração da PPI e contratação dos prestadores de serviços. Não seria, portanto, algo rígido, podendo sofrer adequações regionais ou locais de acordos com realidades epi-

demiológicas e financeiras. Foi informado que a SAS está buscando elaborar documento técnico para orientar os gestores das três esferas de governo no levantamento das suas necessidades de serviços e, conseqüentemente, aperfeiçoar o processo de PPI e de contratualização, indo ao encontro do que recomenda o TCU. Pelo seu caráter orientador, o gestor entende ser mais conveniente que tais informações fossem publicadas no formato de orientações técnicas, ao invés de portaria.

### 3.1.2 Contratação não formalizada por instrumentos jurídicos

111 Uma vez que a prestação de serviços de saúde pelo SUS por estabelecimentos particulares ocorre em nome do Estado e com pagamento deste, deve haver formalização desta participação por meio de contrato administrativo. No entanto, em todas as secretarias de saúde auditadas constatou-se que ainda é grande a proporção de prestadores de serviços sem instrumento contratual formalizado.

112 A formalização contratual entre o poder público e a iniciativa privada, além de ser exigência legal, é imprescindível para a gestão da prestação de serviços de saúde por estabelecimentos particulares, uma vez que estabelece de forma clara as obrigações de cada uma das partes, legitimando o repasse de recursos públicos para o setor privado. Além disso, submete o processo de contratação às diretrizes das políticas de saúde do SUS e constitui um instrumento importante para a regulação e avaliação dos resultados na prestação de serviços.

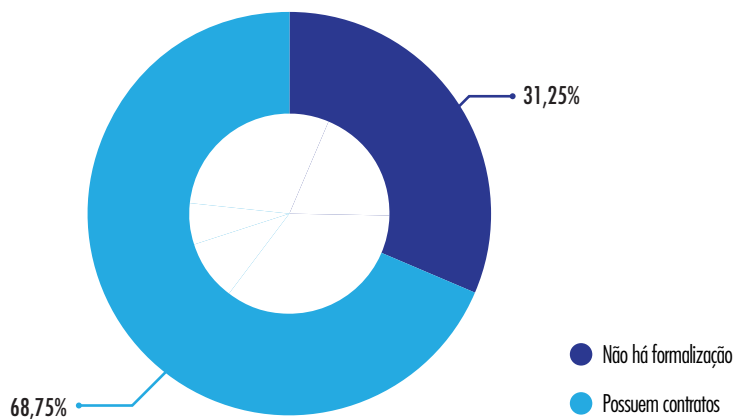
113 No entanto, segundo o CONASS (2007), de um total de 44.194 estabelecimentos privados existentes no país, 89% prestavam algum tipo de serviço ao SUS. Destes, 12,4% possuíam contratos formalizados.

114 Com vistas a reverter esta situação de informalidade, os gestores introduziram no Pacto Pela Saúde (Portaria GM/MS nº 399/2006) a meta de contratualização de todos os prestadores de serviço no prazo de um ano e da colocação de todos os leitos e serviços ambulatoriais contratualizados sob regulação. Para avaliar essa meta, foi definido como indicador o índice de contratualização, que mede o percentual de unidades conveniadas ao SUS (privadas e/ou filantrópicas) que estão com o contrato regular e a informação da sua publicação.

115 A auditoria do TCU constatou que, mais de três anos após o Pacto, permanece a informalidade na prestação de serviços de saúde ao SUS.

116 Para que fosse verificada a existência de contratos, em cada estado visitado foi selecionada uma amostra com aproximadamente 10 estabelecimentos de saúde que apresentavam Leitos SUS cadastrados no CNES. Para compor a amostra foram escolhidos os estabelecimentos filantrópicos e privados de maior produção.

117 De uma amostra de 80 estabelecimentos de saúde com Leitos SUS cadastrados no CNES, 55 possuíam contratos formalizados (Gráfico 4 e Tabela 12).



**Gráfico 4**

Proporção de estabelecimentos com e sem instrumento contratual formalizado de uma amostra de 80 entidades privadas e filantrópicas com Leitos SUS cadastrados no CNES, em outubro de 2009.

Fonte: SECEX-MG, SECEX-MT, SECEX-PA, SECEX-PI, SECEX-PR, SECEX-RJ, SECEX-RS e SECEX-SP.

| Estado | Estabelecimentos da amostra | Total de contratos formalizados | Contratos com objeto claro e preciso | Contratos com divergência com o CNES |
|--------|-----------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| MG     | 10                          | 10                              | 9                                    | 7 de 9                               |
| MT     | 9                           | 7                               | 3                                    | 3 de 3                               |
| PA     | 10                          | 0                               | 0                                    | 0 de 0                               |
| PI     | 8                           | 8                               | 0                                    | 0 de 0                               |
| PR     | 10                          | 7                               | 7                                    | 4 de 7                               |
| RJ     | 10                          | 3                               | 3                                    | 3 de 3                               |
| RS     | 15                          | 12                              | 6                                    | 5 de 6                               |
| SP     | 8                           | 8                               | 6                                    | 4 de 6                               |
| Total  | 80                          | 55                              | 34                                   | 26 de 34                             |

**Tabela 12**

Panorama da formalização dos contratos com estabelecimentos privados e de sua convergência com o CNES nos oito estados selecionados, em outubro de 2009.

Fonte: SECEX-MG, SECEX-MT, SECEX-PA, SECEX-PI, SECEX-PR, SECEX-RJ, SECEX-RS e SECEX-SP.

118 Somando-se a produção de 24 estabelecimentos de saúde que não possuem contratos formalizados, referente ao ano de 2008, chega-se ao montante de R\$ 89,4 milhões (nessa análise não foi considerado o Hospital Espírita de Porto Alegre devido ao fato de não ser possível obter os dados de produção). Tais recursos são repassados regularmente a essas unidades de saúde, sem que haja um instrumento contratual que defina a relação de prestação de serviços.

119 Adicionando-se ao montante citado no parágrafo anterior a produção, referente ao ano de 2008, dos outros 20 estabelecimentos que tinham contrato formalizado, mas cujo objeto não era claro e preciso, chega-se ao total de R\$ 381,9 milhões (não foi considerado o Hospital Ernesto Mauricio Arndt, localizado no município de Pouso Redondo/RS, por não ser possível obter os dados de produção). O fato do objeto não ser claro e preciso nos contratos também se constitui num dificultador para a fiscalização por parte do gestor. Com efeito, a imprecisão do objeto do contrato quanto à capacidade instalada dificulta a vistoria das instalações da contratada para verificar se persistem as mesmas condições técnicas do momento da contratação. Reflete ainda na oferta de leitos a serem regulados, ou seja, o que pode ser exigido que o prestador disponibilize para a regulação.

120 Todavia, deve ser ressaltado que esta amostra apresenta viés em relação à realidade, uma vez que foram selecionados os estabelecimentos com maior produção, e são justamente esses que são priorizados pelas secretarias de saúde na formalização dos contratos. A maior proporção de estabelecimentos sem contrato está naqueles de menor porte.

121 Isso pode ser observado em Curitiba, onde foram selecionados 10 estabelecimentos para verificação dos contratos, dos quais sete possuíam instrumento formalizado. A Secretaria Municipal de Saúde informou que dos 129 prestadores SUS, apenas 32,6% possuíam contrato formalizado. Contudo, esses estabelecimentos respondem por aproximadamente 80% do limite financeiro da assistência de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar disponível.

122 No Rio Grande do Sul, dos 15 estabelecimentos analisados, oito sob gestão municipal e sete sob gestão estadual, 12 possuem contratos formalizados. Contudo, o Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial da SES/RS informou que, dos 270 prestadores SUS, 169 (63%) estão contratados formalmente.

123 Em Minas Gerais, 47% dos estabelecimentos que prestam serviços na rede assistencial e que estão sob gestão estadual não tinham contrato. Além disso, 2 de 10 estabelecimentos estudados, embora possuíssem Termo de Compromisso formalizado, não estavam com esses instrumentos vigentes (Santa Casa e Biocor).

124 No Mato Grosso, constatou-se que o contrato firmado com o Hospital Amecor Ltda. (CNES 2393565) estava com vigência expirada desde 31/10/2005 e o firmado com Fundação Hospital do Câncer de Mato Grosso (CNES 2534444), desde 30/03/2009, podendo considerá-los, portanto, como não existentes.

125 No Rio de Janeiro, da amostra de 10 estabelecimentos, apenas três possuíam contratos. Além disso, o Estado e o Município do Rio de Janeiro não celebraram contrato formal com os prestadores de serviços privados (não filantrópicos). No Pará, da amostra de 10 estabelecimentos, nenhum possuía contrato. Foram apresentados apenas minutas contratuais não assinadas e dois convênios já expirados.

126 Outro problema observado é que os contratos existentes não apresentam as cláusulas essenciais aos contratos administrativos. Além das disposições da Lei Geral de Licitações e Contratos, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 3.277, de 22 de dezembro de 2006, que dispõe sobre a participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde no SUS. Segundo tal normativo:

Art. 8º São cláusulas necessárias nos contratos e convênios firmados entre a administração pública e o setor privado, lucrativo, sem fins lucrativos e filantrópicos, as que exijam das entidades contratadas ou conveniadas a observância das seguintes condições:

I - manter registro atualizado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES;

II - submeter-se a avaliações sistemáticas de acordo com o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde - PNASS;

- III - submeter-se à regulação instituída pelo gestor;
- IV - obrigar-se a entregar ao usuário ou ao seu responsável, no ato da saída do estabelecimento, documento de histórico do atendimento prestado ou resumo de alta, onde conste, também, a inscrição “Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais”;
- V - obrigar-se a apresentar, sempre que solicitado, relatórios de atividades que demonstrem, quantitativa e qualitativamente, o atendimento do objeto;
- VI - manter contrato de trabalho que assegure direitos trabalhistas, sociais e previdenciários aos seus trabalhadores e prestadores de serviços;
- VII - garantir o acesso dos conselhos de saúde aos serviços contratados no exercício de seu poder de fiscalização; e
- VIII - cumprir as diretrizes da Política Nacional de Humanização - PNH.

127 Nas fiscalizações realizadas junto às secretarias estaduais e municipais de saúde, analisaram-se os 55 contratos formalizados da amostra de 80 estabelecimentos de saúde. Buscou-se verificar, além da presença das cláusulas estabelecidas na Portaria GM/MS nº 3.277/2006, as seguintes cláusulas referentes à descrição do objeto contratual: se estava estabelecida a quantidade de leitos hospitalares por especialidade disponibilizados para o SUS; se havia previsão do número de internações, por complexidade e especialidade, programadas por mês e por ano; e cláusula específica referente à garantia de oferta dos leitos previstos. A Tabela 13 apresenta o número de contratos que apresentavam as cláusulas.

| Cláusula  | Nº (%) de contratos que continham a cláusula |
|---|--|
| Quantidade de leitos hospitalares por especialidade disponibilizados para o SUS.  | 40 (73%)                                     |
| Número de internações, por complexidade e especialidade, programadas por mês e por ano.   | 41 (75%)                                     |
| Cláusula específica referente à garantia de oferta dos leitos previstos.  | 33 (60%)                                     |
| Manter registro atualizado no CNES.   | 37 (67%)                                     |
| Submeter-se a avaliações sistemáticas de acordo com o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde – PNAAS.  | 29 (53%)                                     |
| Submeter-se à regulação instituída pelo gestor.   | 43 (78%)                                     |
| Obrigar-se a entregar ao usuário ou ao seu responsável, no ato da saída do estabelecimento, documento de histórico do atendimento prestado ou resumo de alta, onde conste, também, a inscrição “Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais”. | 18 (33%)                                     |
| Obrigar-se a apresentar, sempre que solicitado, relatórios de atividades que demonstrem, quantitativa e qualitativamente, o atendimento do objeto.  | 37 (67%)                                     |
| Manter contrato de trabalho que assegure direitos trabalhistas, sociais e previdenciários aos seus trabalhadores e prestadores de serviços.   | 43 (78%)                                     |
| Garantir o acesso dos conselhos de saúde aos serviços contratados no exercício de seu poder de fiscalização.  | 35 (64%)                                     |
| Cumprir as diretrizes da Política Nacional de Humanização.  | 35 (64%)                                     |

**Tabela 13**

Número de contratos que apresentam as cláusulas essenciais, de um total de 55 contratos analisados, em outubro de 2009.

Fonte: SECEX-MG, SECEX-MT, SECEX-PA, SECEX-PI, SECEX-PR, SECEX-RJ, SECEX-RS e SECEX-SP.

128 Também foi analisada a descrição do objeto contratual. Dos 55 contratos analisados, em 21 a descrição não era clara e objetiva.

129 Nenhum dos cinco contratos analisados em Porto Alegre apresentava o número de leitos a serem disponibilizados ao SUS nem cláusula referente à garantia de oferta dos leitos ao SUS. É grave o fato de o objeto do contrato, que é a disponibilização de leitos, não esteja previsto.

130 A falta de instrumento contratual formalizado vai de encontro aos princípios fundamentais da administração pública. Além disso, representa um risco para o Poder Público, na medida em que falta um instrumento que lhe garanta a prestação adequada de serviços públicos. O art. 60, parágrafo único, da Lei 8.666, de 21 de junho de 1993, assim estabelece:

Art. 60. Os contratos e seus aditamentos serão lavrados nas repartições interessadas, as quais manterão arquivo cronológico dos seus autógrafos e registro sistemático do seu extrato, salvo os relativos a direitos reais sobre imóveis, que se formalizam por instrumento lavrado em cartório de notas, de tudo juntando-se cópia no processo que lhe deu origem.

Parágrafo único. **É nulo e de nenhum efeito o contrato verbal com a Administração**, salvo o de pequenas compras de pronto pagamento, assim entendidas aquelas de valor não superior a 5% (cinco por cento) do limite estabelecido no art. 23, inciso II, alínea “a” desta Lei, feitas em regime de adiantamento. (grifo nosso)

131 Uma vez que é nulo o contrato verbal, a falta de formalização contratual na prestação de serviços de saúde ensejaria a interrupção do repasse de recursos federais aos estabelecimentos privados sem contratos.

132 Em documento anexo ao Ofício GAB/SAS nº 285, de 08/02/2010, o DRAC destacou como iniciativas já adotadas para aperfeiçoar o processo de contratualização: a) oficina sobre o tema “Contratualização”, realizada durante o Curso Básico de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria do SUS, com técnicos das áreas afins nos estados, em 2006; b) pesquisa com as secretarias estaduais de saúde (questionário e enquetes por telefone) sobre o processo de contratualização; c) ampliação do número de informações a serem prestadas no campo “Contratos” no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); d) publicação das Portarias GM/MS nº 2.352/2004 (regulamenta a alocação dos recursos financeiros destinados ao processo de contratualização constante do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no SUS) e nº 1.721/2005 (cria o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS); e) elaboração de portaria substitutiva à GM/MS nº 3.277/2006, que dispõe sobre a participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde no âmbito do SUS; f) publicação do Manual de Orientação para Contratação de Serviços no SUS, em 2007; g) pactuação da meta de 100% de contratualização dos prestadores de serviços no Pacto Pela Saúde.

133 O DRAC mencionou ainda duas situações levantadas em relação ao processo de contratualização, uma tida como ponto forte era de que, em fevereiro de 2010, boa parte dos hospitais objeto de programas específicos de reestruturação da assistência hospitalar no âmbito do SUS (filantrópicos, de ensino, universitários e de pequeno porte) já estariam contratualizados. A outra situação tratava-se de

uma fraqueza, haja vista que o campo “Contratos” do CNES não estava sendo preenchido.

134 No sentido de dar maior eficácia ao processo de contratualização e, consequentemente, reduzir a informalidade na contratação dos prestadores de serviço de assistência à saúde, o DRAC destacou as seguintes iniciativas que estão sendo cogitadas: a) desenvolver ação conjunta com o CONASS e o CONASEMS para sensibilizar as secretarias estaduais e municipais de saúde sobre a necessidade da contratualização no SUS, inclusive com a pactuação de prazos; b) criar, em conjunto com o CONASS e o CONASEMS, mecanismos para apoiar as secretarias estaduais e municipais de saúde para intensificar o preenchimento do campo “Contratos” no CNES e verificar os estados com menor percentual de preenchimento, identificando os motivos que estão dando causa a esta situação; c) sistematizar o monitoramento trimestral do preenchimento do campo “Contratos” no CNES.

### 3.1.3 O número de leitos contratados não está em consonância com os registrados no CNES

135 Os dados existentes no CNES não refletem a realidade, uma vez que não é realizada sua atualização nem há fiscalização por parte das secretarias de saúde.

136 O CNES foi instituído pela Portaria SAS/MS nº 376, de 03 de outubro de 2000, e é regulado pela Portaria SAS/MS nº 511, de 29 de dezembro de 2000. É obrigatório o cadastramento de todos os Estabelecimentos de Saúde prestadores de serviço ao SUS, dos Estabelecimentos de Saúde Hospitalares não contratados/conveniados com o SUS e dos estabelecimentos ambulatoriais, pessoas jurídicas, não vinculadas ao SUS, que realizam procedimentos de Patologia Clínica, Radiologia, Terapia Renal Substitutiva, Radioterapia, Quimioterapia, Ressonância Magnética, Medicina Nuclear, Radiologia Intervencionista e Tomografia Computadorizada.

137 Segundo a Portaria SAS/MS nº 511/2000:

Art. 3º - Definir que o cadastro prevê as seguintes etapas:

§1º - fornecimento da informação por meio do preenchimento dos formulários pelo responsável pelo estabelecimento de saúde (internet, disquetes, formulários). Esta etapa é opcional, cabendo aos gestores a decisão sobre a sua realização, assim como a informação aos estabelecimentos de saúde sobre essa decisão;

§ 2º - Verificação “in loco” pelo gestor, para validação das informações prestadas pelos estabelecimentos de saúde ou efetuar o processo de cadastramento, caso tenha optado pela não realização do auto cadastramento; (grifo nosso)

138 A atualização dos dados do CNES deve ser mensal. Caso não haja alimentação do CNES por dois meses consecutivos, deve haver a suspensão dos recursos federais fundo a fundo, conforme determina a Portaria do GM/MS nº 699, de 22 de março de 2006:

Art. 7º Estabelecer normas para a definição, alteração e suspensão dos valores do Limite Financeiro Global do Município, Estado e Distrito Federal:

[...]

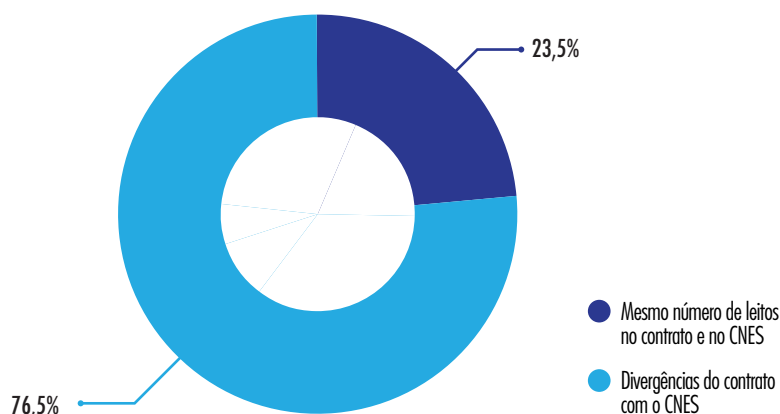
III - As transferências fundo a fundo do Ministério da Saúde para estados, DF e municípios serão suspensas nas seguintes situações:

[...]

b) falta de alimentação dos Bancos de Dados Nacionais estabelecidos como obrigatórios, por 2 (dois) meses consecutivos ou 3 (três) meses alternados, no prazo de um ano.

139 No entanto, o que foi constatado nas auditorias é que os gestores realizam a alimentação dos dados no CNES mensalmente apenas como uma formalidade, para constar no sistema do Ministério da Saúde, mas sem que haja verificação da validade dos dados e da necessidade de atualizações. Foi evidenciado que na maioria das secretarias de saúde o número de leitos cadastrados no CNES era divergente do número de leitos previsto nos contratos e, ainda mais grave, do número de leitos colocados à disposição da regulação. Gráfico 5 – Porcentagem de estabelecimentos em que a quantidade de leitos prevista no contrato era igual ou diferente aos leitos cadastrados no CNES, em outubro de 2009.

**Gráfico 5**  
Porcentagem de estabelecimentos em que a quantidade de leitos prevista no contrato era igual ou diferente aos leitos cadastrados no CNES, em outubro de 2009.



Fonte: SECEX-MG, SECEX-MT, SECEX-PA, SECEX-PI, SECEX-PR, SECEX-RJ, SECEX-RS e SECEX-SP.

Nota: Foram considerados na análise apenas os contratos que estavam formalizados e que possuíam objeto claro e preciso.

140 Dos 34 contratos analisados pelas equipes de auditoria, que possuíam objeto claro e preciso, em 26 deles o número de leitos previsto no contrato estava em desacordo com o número de leitos cadastrado no CNES. Foram encontrados hospitais que, mesmo descredenciados do SUS, continuavam com leitos SUS cadastrados no CNES. Em São Paulo, por exemplo, foi verificado um estabelecimento com 657 leitos previstos no contrato, 529 leitos cadastrados no CNES e 630 leitos disponíveis para a regulação. Em outro estabelecimento, o contrato prevê 1.815 leitos, enquanto o CNES apresenta 1.426 e a regulação 1.578. No Rio de Janeiro, o contrato de um estabelecimento prevê 94 leitos, o CNES registra 85 e a regulação conta com 129.

141 Essas divergências ocorrem em muitos casos porque que não há fiscalização in loco dos dados informados pelos prestadores nem atualização dos dados mensalmente, conforme determina a Portaria SAS/MS nº 511/2000. Essa falta de fiscalização foi identificada em cinco das 15 secretarias.

142 A inconsistência dos dados do CNES gera prejuízos tanto para o planejamento como para o controle das ações de saúde. A PPI é elaborada levando-se em consideração a capacidade instalada registrada no CNES. Se esse banco de dados está desatualizado, as distorções existentes vão refletir no planejamento. Além disso, o sistema de produção das internações hospitalares (SIH-SUS) deveria utilizar como critério de crítica dos dados nele lançados a capacidade instalada registrada no CNES. Assim, a falta de atualização do CNES irá refletir nos mecanismos de crítica do sistema de produção.

#### 3.1.4 Ausência de acompanhamento e fiscalização dos contratos com os prestadores privados

143 Outra etapa fundamental na contratação de serviços de saúde pelo SUS é a fiscalização e o acompanhamento dos contratos. O Poder Público deve constantemente verificar se o que foi contratado está sendo executado, segundo os padrões definidos no contrato. No entanto, foi constatado que a maioria das secretarias de saúde visitadas não realiza o acompanhamento e a fiscalização dos contratos, principalmente com estabelecimentos privados.

144 Um grave problema aqui é ocasionado pela falta de formalização contratual. Se não há instrumento jurídico formal que defina os padrões a serem exigidos e as punições em caso de descumprimento do que foi contratado, o Estado não terá instrumentos para garantir que os prestadores de serviços atuem como o desejado.

145 No caso dos hospitais privados, em que a regra é a não formalização contratual, o controle tem se mostrado precário, ou até mesmo inexistente. Em cinco das 15 secretarias visitadas não há acompanhamento dos contratos pela auditoria do SUS.

146 Cabe citar como boa prática o controle realizado pelo Município de Cuiabá, que, independentemente da existência de instrumento contratual formalizado com os prestadores de serviços, realiza um serviço de supervisão administrativa e médica, que fiscaliza rotineiramente os procedimentos realizados pelos hospitais contratados. Na supervisão médica, emitem-se relatórios em caso de glosas nas AIH. Na supervisão administrativa, avalia-se a qualidade do atendimento, agendamentos, UTI e taxas de ocupação.

### 3.2 Determinações e recomendações

147 Diante do exposto, mostra-se oportuno determinar à Secretaria de Atenção à Saúde que, em conjunto com o Denasus, defina estratégia de fiscalização para verificar a regularidade na formalização dos contratos com os prestadores de serviços de saúde ao SUS, bem como a conformidade de seu objeto com os dados lançados no CNES, fixando prazo para que os gestores estaduais e municipais regularizem a contratação, sob pena de interrupção do repasse de recursos federais proporcional à produção dos estabelecimentos de saúde que permaneçam sem instrumentos contratuais, nos termos do art. 60, parágrafo único, da Lei nº 8.666/1993, quanto promovam a regularização dos dados do CNES, sob pena de

suspensão dos repasses fundo a fundo, nos termos do art. 7º, inciso III, alínea “b”, da Portaria do MS/GM nº 699/2006.

148 Cabe também recomendar à Secretaria de Atenção à Saúde que, como coordenadora e incentivadora das políticas de saúde, expeça orientações técnicas para auxiliar os estados e municípios na elaboração do estudo da necessidade de serviços, o qual deve subsidiar a elaboração da PPI e a contratação dos prestadores de serviços, estabelecendo parâmetros atualizados de cobertura assistencial no âmbito do SUS, assim como sejam adotadas outras medidas no sentido de qualificar o planejamento da contratação dos prestadores de serviços.

## 4 IMPLANTAÇÃO DOS COMPLEXOS REGULADORES

149 Um complexo regulador é uma estrutura formada por unidades operacionais denominadas centrais de regulação e que operacionaliza as ações da regulação do acesso aos serviços de saúde. A Política Nacional de Regulação do SUS estabelece que as expressões “regulação do acesso à assistência e controle da atenção à saúde”, “regulação do acesso à assistência”, “regulação do acesso” e “regulação assistencial” são sinônimos e consistem numa dimensão de atuação da política de regulação (Portaria GM/MS nº 1.559/2008). As duas outras dimensões de atuação são a “regulação de sistemas de saúde” e a “regulação da atenção à saúde”. Esses complexos se organizam em três tipos: centrais de regulação de consultas e exames; centrais de regulação de internações hospitalares; e centrais de regulação de urgências.

150 Barreto Silva afirma que

Para se erradicar a busca espontânea, assistemática e não-regulada de serviços de saúde, o complexo regulador deve ter uma estrutura qualificada para viabilizar o contato com os pacientes ou deve ter estrutura descentralizada para as unidades básicas de saúde, provendo rotinas e capacitação para este fim. Essas ações viabilizam, por exemplo, a gestão adequada das filas de espera. Na prática, são comuns pacientes obrigados a se deslocar periodicamente a um serviço de saúde para tentar agendar uma consulta, exame ou cirurgia ambulatorial. Essa prática gera grande demanda na porta das unidades de saúde, causando tumulto, insatisfação e a sensação de absoluta inviabilidade. (BARRETO SILVA (artigo), sem data, disponível em: <<http://www.nesp.unb.br/ride/textopararesenhaaularegulacao.pdf>>

151 É importante ressaltar que nem todos os municípios deverão ter Complexos Reguladores, mas devem organizar uma atenção básica que faça as solicitações e encaminhamentos segundo os fluxos de referência, de acordo com o PDR e a PPI.

152 Segundo pesquisa realizada pelo TCU, em 2009, com as Secretarias Municipais de Saúde no âmbito da FOC da Atenção Básica (auditoria operacional - TC 014.485/2009-5), um dos fatores que tem dificultado a consolidação da Estratégia Saúde da Família e contribuído para a baixa resolutividade de seus serviços é a dificuldade de acesso aos serviços de saúde especializados, apontada por 81% dos pesquisados.

153 No Apêndice A é apresentado o panorama da implantação dos complexos reguladores no Brasil. Foram enviados ofícios a todas as Secretarias de Saúde Estaduais solicitando que estas informassem quantas centrais de regulação existiam em sua unidade da federação e o tipo de procedimento que elas regulam (não foram consideradas as centrais que estão em construção ou ainda em projeto, restringindo-se as que já estão em operação ou, pelo menos, prontas para fun-

cionar). Da análise dos dados, verifica-se que existiam 656 centrais de regulação espalhadas pelo país. O estado de Mato Grosso sobressai pelo número de centrais implantadas (261), onde a maior parte delas (202) são pequenas centrais municipais, instaladas nas Secretarias Municipais de Saúde, que encaminham seus municípios às de maior porte, fazendo parte de complexos reguladores regionais. Essa alta pulverização de centrais está de acordo com a concepção da Coordenação Geral de Regulação e Avaliação do Ministério da Saúde, de que haja uma central em cada município que disponha de serviços especializados.

154 A situação de Mato Grosso faz com que a região Centro-Oeste seja a que possui maior número de centrais implantadas e em operação (Gráfico 6 do Apêndice A). O Sul é a região com menor número de centrais (29), das quais a maior parte se concentra no Paraná (15). O Estado de Roraima é o único que ainda não conta com central de regulação em funcionamento.

155 Cumpre esclarecer que o Ministério da Saúde, por meio da Portaria SAS/MS nº 494, de 30 de junho de 2006, substituída pela Portaria GM/MS nº 1.571, de 29 de junho de 2007, destinou o total de R\$ 36,7 milhões para estados e municípios, no período de 2007 a 2009, para a implantação de complexos reguladores. Essas portarias, contudo, não fixaram prazo para a aplicação dos recursos repassados. Os estados e municípios receberam os recursos por meio de portarias de qualificação específicas, os quais totalizaram R\$ 37,0 milhões. A diferença encontrada entre este último valor e aquele previsto inicialmente deve-se aos estados de Goiás, que recebeu a mais R\$ 1,4 milhão, e do Espírito Santo, que recebeu a menos R\$ 1,0 milhão. O Coordenador Geral de Regulação e Avaliação justificou essa alteração ao fato de a SES/ES não ter apresentado projeto de implantação de complexo regulador e de Goiás ter encaminhado um projeto complementar, o qual foi favorecido com recursos do orçamento de 2009.

156 A Tabela 24 do Apêndice A apresenta um panorama da implantação dos complexos reguladores no Brasil em 2009. As regiões Sudeste e Nordeste, as mais populosas, receberam a maior parte dos recursos (62%). Na análise por estados, São Paulo (R\$ 5,5 milhões), Minas Gerais (R\$ 3 milhões) e Goiás (R\$ 2,7 milhões) foram, em termos absolutos, os maiores contemplados. Quando se analisa o valor em termos per capita (montante recebido por cada região dividido pela sua população), constata-se que, proporcionalmente, as regiões Centro-Oeste e Norte receberam o dobro das demais. Na análise por estados, Acre, Amapá e Roraima receberam os maiores valores por habitante (R\$ 1,11, R\$ 0,83 e R\$ 0,82, respectivamente), contrastando com Espírito Santo, que recebeu R\$ 0,02 por habitante.

157 O Gráfico 10 apresenta a produção da assistência ambulatorial e hospitalar registrada por região no exercício de 2008 (dados do SIA/SUS e do SIH/SUS): R\$ 9,8 bilhões para o Sudeste; R\$ 4,6 bilhões para o Nordeste; R\$ 3,4 bilhões para o Sul; R\$ 1,4 bilhão para o Centro-oeste; e R\$ 1,1 bilhão para o Norte.

158 No curso da presente fiscalização sobreveio a Portaria GM/MS nº 2.907, de 23 de novembro de 2009, dispondo sobre o financiamento para a implantação e/ou

implementação de complexos reguladores e informatização das unidades de saúde no âmbito do SUS. Com o objetivo de amarrar o repasse à execução do que foi planejado pelos entes federados, essa portaria inova ao estabelecer a obrigatoriedade da elaboração de um cronograma de implantação por etapas, condições para liberação das parcelas, bem como as providências que serão adotadas no caso de não aplicação dos recursos ou do descumprimento dos compromissos assumidos.

159 Observa-se que a gestão estadual tem papel fundamental na coordenação e integração do processo de regulação de seus municípios. Foi possível avaliar até que ponto a implantação dos complexos reguladores está ocorrendo de acordo com o projeto pactuado nos oito estados visitados.

#### 4.1 Baixa eficácia na execução e no acompanhamento da implantação dos complexos reguladores

160 Comparando-se as metas assumidas nos Termos de Compromisso de Gestão (TCG) com as etapas concluídas do projeto de implantação dos complexos reguladores dos estados visitados, e examinando os relatórios de acompanhamento desses projetos, as unidades executoras desta FOC constataram lentidão no cumprimento das metas pactuadas para a conclusão do referido projeto e a falta de seu acompanhamento efetivo.

##### 4.1.1 Descumprimento da meta assumida no TCG e das condições fixadas no projeto de implantação dos complexos reguladores

161 Dos oito estados visitados, constatou-se que apenas em Minas Gerais o cronograma de execução do projeto de implantação de complexos reguladores está plenamente adequado ao prazo final previsto no Termo de Compromisso de Gestão. Quanto aos demais estados, na maioria, o prazo do TCG já expirou sem que houvesse a conclusão do projeto. É o que demonstra a Tabela 14. Ficou demonstrado que a maioria dos estados visitados não tem observado todas as condições estabelecidas, havendo caso de divergência entre o que foi previsto no projeto e o realizado de fato.

| Grau de adequação das metas e condições estabelecidas | Plenamente de acordo | Parcialmente de acordo (atrasado ou não cumpriu todas as metas) | Em desacordo (prazo expirado ou divergência com o planejado) | Não há como aferir por ausência de prazo no TCG ou por inexistência de projeto |
|---|----------------------|---|--|--|
| Meta fixada no TCG                                    | 1                    | 1   | 4  | 2  |
| Condições estabelecidas no projeto                    | 0                    | 7   | 1  | 0  |

**Tabela 14**  
Situação de implementação dos complexos reguladores em relação ao pactuado nos estados fiscalizados, em outubro de 2009.

Fonte: SECEX-MG, SECEX-MT, SECEX-PA, SECEX-PI, SECEX-PR, SECEX-RJ, SECEX-RS e SECEX-SP.

162 Segundo estabelece a Portaria GM/MS nº 399/2006 c/c o art. 4º da Portaria GM/MS nº 1.571/2007, o TCG do estado contém as responsabilidades e atribuições do gestor estadual, constantes do Pacto pela Gestão, entre as quais as referentes à conclusão da implantação dos complexos reguladores e sua efetiva operacionalização, conforme projeto específico discutido e aprovado na CIB e homologado pelo Ministério da Saúde.

163 As ações necessárias para que o ente federado cumpra as responsabilidades assumidas nesse termo, dentro do prazo pactuado, deveriam estar presentes no Plano de Saúde. Este é o instrumento de planejamento obrigatório e que deve orientar todas as ações da saúde (Lei nº 8.142/1990). Por esse motivo, tem-se por injustificável o descumprimento das metas pactuadas pelos gestores, salvo no caso de superveniência de fato imprevisto e imprevisível. Contudo, não há penalidade prevista para a omissão do gestor inadimplente com as metas assumidas no TCG, em que pese os recursos federais repassados que não foram utilizados de forma oportuna.

164 Observou-se, no caso dos Estados de São Paulo, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro e Pará, que expirou o prazo fixado no Termo de Compromisso de Gestão, assinado pela Secretaria Estadual de Saúde, sem que houvesse conclusão do projeto de implementação dos complexos reguladores.

165 No Estado de São Paulo, embora a Secretaria Estadual de Saúde tenha assumido a meta de concluir o projeto até dezembro de 2008, não houve sequer a aplicação dos recursos repassados para implantação do complexo regulador estadual, encontrando-se incipiente a regulação no estado. Além disso, o projeto de implantação dos complexos reguladores, que motivou o repasse de recursos para sua concretização, foi alterado sem que houvesse deliberação da CIB, a quem compete a aprovação do projeto.

166 O projeto do Estado de São Paulo previa inicialmente a regulação de 100% dos leitos de urgência/emergência, 100% dos leitos eletivos na rede de alta complexidade cardiovascular, 100% dos leitos agudos de psiquiatria e dos contratualizados. Apenas a Central de Regulação de Urgência (CRUE) encontrava-se em funcionamento, enquanto uma das macrorregiões de saúde mais importantes do estado (a DRS-1) encontra-se sem regulação para internações hospitalares. Nesta região, situam-se 39 municípios, onde vivem cerca de 20 milhões de pessoas, respondendo por 35% de toda produção do estado, de acordo com os dados da produção do período de janeiro a julho de 2009.

167 No Rio Grande do Sul, por sua vez, o complexo regulador do estado deveria entrar em operacionalização no mês de julho de 2008. Contudo, tanto o Plano de Regulação Assistencial do estado, aprovado pela CIB, quanto o Projeto de Implantação do Complexo Regulador (maio/2006) ainda não haviam sido cumpridos. A Central Estadual de Regulação regularia os procedimentos de média e alta complexidade abrangendo os municípios sob gestão estadual. Em outubro de 2009, esta central regulava apenas as internações em UTI.

168 No Estado do Pará, havia programação para implementação de oito complexos reguladores, bem como de 33 centrais de regulação. De acordo com o TCG Estadual, a operação dos complexos reguladores deveria ocorrer até junho de 2008, mas somente as centrais de regulação de Belém e Santarém encontravam-se em funcionamento em outubro de 2009. Os gestores estaduais afirmaram que foram adquiridos os equipamentos com o dinheiro repassado pelo Ministério da Saúde e que o SISREG está sendo implantado no módulo ambulatorial. Dentre

as dificuldades apontadas para o cumprimento do prazo fixado no TCG, eles destacaram a ausência de atualização da PPI, a não implementação do sistema SISREG III e a falta de definição de responsabilidades pela condução do processo de implantação dos complexos reguladores.

169 No Estado do Rio de Janeiro, a conclusão do projeto de implantação do Complexo Regulador Estadual, a implantação dos Núcleos Internos de Regulação (NIR) e a readequação das Centrais de Regulação Regionais tinham prazo máximo até dezembro de 2008. Entretanto, o não cumprimento das metas estabelecidas no projeto restou comprovado pela desorganização da rede de serviços de saúde e das ações da regulação do acesso à assistência.

170 No Estado do Piauí, a implantação dos complexos reguladores também está atrasada. O projeto foi aprovado por meio da Resolução CIB/PI nº 076/2007, de 23/12/2007, onde consta que a regulação do acesso à assistência de saúde seria constituída inicialmente por seis complexos reguladores, situados nos municípios sede das macrorregiões de Teresina, Picos, Parnaíba, Floriano, São Raimundo Nonato e Bom Jesus, e o complexo regulador estadual<sup>4</sup>. Em outubro de 2009, somente a central de regulação de Teresina encontrava-se em funcionamento e apenas para a regulação de consultas e exames.

171 Os Estados do Mato Grosso e do Paraná não assumiram metas de implementação de complexos reguladores no TCG.

172 As principais dificuldades apontadas pelos gestores estaduais para implementação dos complexos reguladores estão demonstradas na Tabela 15. Na categoria “Outras”, estão incluídas dificuldades que foram citadas uma vez por algum gestor, a saber: conflitos políticos; dificuldades com o processo licitatório; dificuldades para a aquisição de espaço físico; falta de comprometimento dos entes federados envolvidos; e falta de monitoramento da implantação pelos estados e pela União.

| Itens mencionados                               | Quantidade de estados que assinalaram o item em relação ao total |                               |
|---|--|-------------------------------|
|   | Dificuldades de implementação                                    | Dificuldades de funcionamento |
| Insuficiência de recursos humanos               | 7/8  | 5/8                           |
| Falta de capacitação dos recursos humanos       | 3/8  | 2/8                           |
| Descontinuidade administrativa                  | 3/8  | 2/8                           |
| Ausência de sistemas informatizados             | 3/8  | 6/8                           |
| Insuficiência de recursos financeiros           | 1/8  | -                             |
| Falta de divulgação da política de regulação    | -  | 4/8                           |
| Falta de integração entre centrais de regulação | -  | 3/8                           |
| Outras  | 5/8  | 1/8                           |

**Tabela 15**  
Dificuldades para implementação e funcionamento dos complexos reguladores nos estados fiscalizados, em outubro de 2009.

Fonte: SECEX-MG, SECEX-MT, SECEX-PA, SECEX-PI, SECEX-PR, SECEX-RJ, SECEX-RS e SECEX-SP.

173 As maiores dificuldades apontadas para a implementação e o funcionamento dos complexos reguladores tratam da insuficiência de recursos humanos (27%) e a ausência de sistemas informatizados (20%). Soma-se as dificuldades

apontadas, as práticas distorcidas de acesso aos serviços de saúde, identificadas em algumas regiões.

174 Com o objetivo de verificar se a implantação dos complexos reguladores está facilitando o encaminhamento dos pacientes para os municípios referenciados e o atendimento da população, realizou-se pesquisa com as Secretarias Municipais de Saúde de todo o país para obter a percepção dos gestores sobre a contribuição dos complexos em relação a esses pontos.

175 Segundo a pesquisa, 33% das SMS responderam que os pacientes são encaminhados diretamente de ambulância para o município de referência mais próximo, sem passar pelo departamento de regulação, por considerar que dessa forma se asseguraria a rapidez e a eficiência do atendimento. Outros 31% responderam que encaminham pacientes para o município mais desenvolvido, independentemente das pactuações realizadas, já que o mais importante seria a saúde do paciente, além do fato de o SUS garantir a universalidade do atendimento. Já para 41%, encaminham-se os pacientes na maioria das vezes para a capital do estado, já que os serviços pactuados com os municípios mais próximos não oferecem o melhor atendimento.

176 Na percepção de 50% dos gestores estaduais entrevistados durante as visitas in loco, os complexos reguladores estão contribuindo para facilitar o acesso da população às internações hospitalares no estado. Já em resposta à pesquisa, as Secretarias Municipais de Saúde se manifestaram de forma mais positiva sobre essa questão: 71% responderam que a implementação dos complexos reguladores está facilitando o encaminhamento para os municípios referenciados e o atendimento da população.

177 Essa divergência de opinião entre os gestores estaduais e municipais pode ser explicada por dois motivos. Primeiro porque as centrais de regulação municipais estão em estágio de implementação mais avançado do que as estaduais, o que tem facilitado o acesso aos serviços de saúde localizados nas capitais. Segundo porque, na maioria dos estados auditados, verificou-se que a regulação intermunicipal, cuja coordenação compete à esfera estadual, ficava prejudicada pelo desconhecimento da grade resolutiva, por estabelecimento, de toda a rede de saúde do estado.

178 A grade assistencial obtida no CNES não tem informações sobre a resolutividade dos estabelecimentos, as quais são necessárias para orientar o redirecionamento das demandas que não puderem ser atendidas na capital, por esgotamento da sua capacidade instalada.

#### 4.1.2 Ausência de monitoramento da implementação dos complexos reguladores

179 Embora seja competência comum dos gestores estadual e federal, três estados visitados não realizavam qualquer espécie de acompanhamento da implantação dos complexos reguladores, deixando a cargo de terceiros essa atribuição. Pela

categorização adotada na auditoria, o acompanhamento realizado pelo Estado de Mato Grosso recebeu a classificação de plenamente adequado, com visitas in loco, de frequência regular. Os demais estados fazem apenas acompanhamento das prestações de contas. O fato de a maioria dos estados não realizar o monitoramento de forma adequada pode ser uma das causas do não cumprimento do prazo estabelecido para a conclusão do projeto, considerando a meta fixada no TCG.

| Classificação dada pela auditoria  | Quantidade de estados |
|--|-----------------------|
| Plenamente adequado (com relatórios de visitas in loco e com frequência regular) | 1                     |
| Parcialmente adequado (com base apenas em documentação de prestação de contas)   | 4                     |
| Não é realizado monitoramento pelo Estado  | 3                     |

Fonte: SECEX-MG, SECEX-MT, SECEX-PA, SECEX-PI, SECEX-PR, SECEX-RJ, SECEX-RS e SECEX-SP.

180 Constatou-se que os estados de São Paulo, Pará e Rio Grande do Sul apresentaram situação inadequada tanto pela ausência de monitoramento da implementação dos complexos reguladores como pelo fato de já ter expirado o prazo fixado no TCG para conclusão do projeto. Já o Estado do Piauí está atrasado na implantação dos complexos e, da mesma forma, possui um monitoramento parcial da sua implantação.

181 É possível que haja uma correlação positiva entre a ausência de monitoramento e não cumprimento da meta no TCG relativa à implantação dos complexos reguladores. Não se pode afirmar com precisão tal fato, pois a amostra é muito pequena e há dois estados que fogem a regra: Minas Gerais, onde há o pleno cumprimento das metas junto com o monitoramento parcialmente adequado dos municípios; e Rio Grande do Sul, onde há um monitoramento parcial, aliado ao não cumprimento das metas. Os Estados do Mato Grosso e do Paraná não entraram na análise, por não terem assumido metas de implementação de complexos reguladores no TCG.

182 Cabe referir que a Portaria GM/MS nº 1.571/2007 estabelece que as CIB deverão encaminhar cópia da resolução de aprovação dos projetos de implantação de Complexos Reguladores para homologação pelo Ministério da Saúde, que, por intermédio do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC), será responsável pela cooperação técnica e pelo monitoramento da execução dos projetos, a partir da liberação dos recursos financeiros.

183 Essas responsabilidades atribuídas ao Ministério da Saúde não excluem, porém, as previstas no Pacto pela Saúde para os estados, quais sejam: “monitorar a implementação e operacionalização das centrais de regulação”, “estimular e apoiar a implantação dos complexos municipais” e “coordenar, acompanhar e avaliar, no âmbito estadual, a implementação do seu Termo de Compromisso” (Portaria GM/MS nº 399/2006).

184 Em vista da legislação citada, considerando a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão por todos estados auditados e o princípio da eficiência que deve orientar a atuação da Administração Pública, nos termos do art. 37 da

**Tabela 16**

Grau de adequação do monitoramento realizado pela gestão estadual na execução do projeto de implementação de complexos reguladores nos estados, em outubro de 2009.

Constituição Federal de 1988, conclui-se que o acompanhamento da implementação dos complexos reguladores também deveria ser feito pela gestão estadual, de forma que as etapas do projeto aprovado pela CIB fossem cumpridas, o que não se verificou na maioria dos casos estudados.

185 Diante de todo o exposto, considerando o panorama traçado da regulação no país e o estágio de implantação dos complexos reguladores nos estados auditados, a situação encontrada pela presente auditoria pode ser assim resumida:

- a) Na maioria dos estados auditados, expirou em 2008 o prazo assumido no TCG, sem a conclusão do projeto de implantação dos complexos reguladores, encontrando-se ainda incipiente a regulação de interações hospitalares, e, em muitos dos quais, os recursos federais sequer foram aplicados;
- b) A maioria dos estados auditados não realiza o acompanhamento da implantação dos complexos reguladores com visitas *in loco* de frequência regular.

186 Contribuiu para essa situação, a falta de definição do prazo final para aplicação dos recursos repassados por meio da Portaria SAS/MS nº 494/2006, substituída pela Portaria GM/MS nº 1.571/2007, bem como a ausência de definição de responsabilidades pela condução do processo de implantação dos complexos reguladores.

187 Embora o termo final para aplicação dos recursos federais repassados não seja necessário para validade do ato, não se pode olvidar que a demora injustificável da aplicação dos recursos na finalidade prevista atenta contra o interesse público. Por esse motivo, é conveniente que seja editado novo ato administrativo, no qual seja delimitado lapso temporal razoável para que os gestores possam cumprir as obrigações assumidas quanto à implantação de complexos reguladores com os recursos recebidos sob a égide da Portaria SAS/MS nº 494/2006 e da Portaria GM/MS nº 1.571/2007.

188 Aplicando-se por analogia o Decreto nº 6.170/2007, que dispõe sobre as normas relativas às transferências de recursos da União mediante convênios e contratos de repasse, deverá ser estipulado que, quando do término do prazo concedido, em caso de não aplicação dos recursos ou do descumprimento dos compromissos assumidos, os saldos financeiros remanescentes, inclusive os provenientes das receitas obtidas das aplicações financeiras realizadas, sejam devolvidos ao órgão repassador dos recursos, no prazo improrrogável de trinta dias, sob pena da imediata instauração de tomada de contas especial.

189 Essas providências poderão ser adotadas sem prejuízo das fiscalizações a cargo dos órgãos de controle interno, compreendendo os componentes do Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA) e da Controladoria-Geral da União (CGU). Acerca da não aplicação dos recursos ou do descumprimento dos compromissos assumidos, a recente Portaria GM/MS nº 2.907/2009 assim dispôs em seu art. 4º:

Art. 4º Os recursos de que trata esta Portaria serão repassados, do Fundo Nacional de Saúde - FNS para os Fundos de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal.

§ 1º Os recursos financeiros repassados deverão ser movimentados em conta bancária específica aberta pelo FNS em nome dos respectivos Fundos de Saúde.

§ 2º Os recursos financeiros, durante o período em que aguardam para serem investidos em sua finalidade, deverão obrigatoriamente ser aplicados em caderneta de poupança, devendo seus rendimentos ser utilizados na própria proposta de forma complementar.

§ 3º Em caso de não aplicação dos recursos ou do descumprimento, por parte do Estado, Município e Distrito Federal, das metas propostas e dos compromissos assumidos, os respectivos recursos deverão ser devolvidos ao Fundo Nacional de Saúde, acrescidos da correção prevista em lei, cuja determinação decorrerá das fiscalizações promovidas pelos órgãos de controle interno, compreendendo os componentes do Sistema Nacional de Auditoria do SUS - SNA, em cada nível de gestão, e a Controladoria-Geral da União - CGU. (grifos nossos)

190 Essa portaria, contudo, apenas disciplinou a matéria para as situações futuras, não enfrentando os casos ocorridos sob a égide da Portaria SAS/MS nº 494/2006 e da Portaria GM/MS nº 1.571/2007, o que, por conseguinte, deverá ser objeto de ato normativo específico.

191 Em documento anexo ao Ofício GAB/SAS nº 285, de 08/02/2010, o DRAC mencionou que, ciente dessa situação, o Ministério da Saúde já estaria atuando, em parceria com o CONASS e o CONASEMS, para estabelecer um prazo para devolução dos recursos repassados pelo Governo Federal e não utilizados por estados e municípios para implantação de complexos reguladores. Foi informado ao TCU que 89 secretarias de saúde (sendo 13 estaduais, 75 municipais e o Distrito Federal) ainda não teriam declarado ao Ministério a execução do recurso financeiro recebido.

## **4.2 Determinações e recomendações**

192 Em vista do relatado neste capítulo, cabe recomendar à Secretaria de Atenção à Saúde que fixe o termo final para aplicação dos recursos repassados para implantação de complexos reguladores, destinados a estados e municípios por meio da Portaria SAS/MS nº 494/2006 e da Portaria GM/MS nº 1.571/2007, bem como respectivas portarias específicas de qualificação, determinando que, ao término do prazo fixado, seja providenciada a devolução dos recursos federais, devidamente atualizados, aos cofres do Fundo Nacional de Saúde, no caso de sua não aplicação ou do descumprimento dos compromissos assumidos, conforme projeto aprovado na Comissão Intergestores Bipartite e homologado pelo Ministério da Saúde.

## 5 OPERACIONALIZAÇÃO DA REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES

193 A estruturação das ações de regulação assistencial deve ocorrer por meio da implantação de complexos reguladores e suas unidades operacionais, as centrais de regulação. Na sua ausência, essa atribuição deverá ser desenvolvida pela área técnica da regulação de acesso das Secretarias de Saúde, por intermédio de departamentos específicos.

194 Com vistas a identificar entraves à consecução do objetivo de promover o acesso equânime aos serviços de saúde, na fase de planejamento da presente auditoria, foi realizado levantamento preliminar na operacionalização da regulação municipal, estadual e nacional nos oito estados fiscalizados, bem como aplicado teste piloto no Estado de Goiás.

195 A partir desse levantamento preliminar, entendeu-se oportuno examinar os seguintes instrumentos de apoio à regulação: grade resolutive das regiões de saúde; protocolos assistenciais; operacionalização do Tratamento Fora do Domicílio (TFD); sistemática de compartilhamento de informações quanto aos leitos disponíveis; meios de divulgação da Política de Regulação; e mecanismos para inclusão do paciente não regulado no sistema. As oito unidades executoras desta fiscalização verificaram a existência desses instrumentos por meio de análise documental e observação direta, assim como a contribuição deles para a operacionalização da regulação por meio de entrevistas com os responsáveis pela regulação das Secretarias Estaduais de Saúde dos Estados auditados e das Secretarias Municipais de Saúde das respectivas capitais. Esses pontos também foram tratados na pesquisa realizada, por meio eletrônico, junto aos gestores municipais.

### 5.1 Deficiência na operacionalização da regulação de internações hospitalares

196 Com base nos dados coletados, foram constatadas as seguintes evidências de que a operacionalização da regulação está ocorrendo de forma deficiente: ausência do levantamento da grade resolutive que oriente as internações hospitalares; lacunas na referenciação de protocolos assistenciais; desconhecimento do processo de TFD; integração precária na gestão dos complexos reguladores; e insuficiente divulgação das normas e do funcionamento da política de regulação assistencial do SUS.

197 Outro fato que evidencia a deficiência na operacionalização da regulação de internações hospitalares é a ocorrência de negativa de acesso a ações e serviços de saúde de média e alta complexidade por falta de regulação. A pretexto de organizar o sistema público de saúde, não se pode criar embaraços injustificáveis aos usuários do SUS, que coloquem em risco a vida deles. Diante da relevância desse tema, a questão da negativa de acesso será abordada em tópico específico,

embora se trate também de uma evidência de que a operacionalização da regulação está ocorrendo de forma deficiente.

### 5.1.1 Ausência da grade resolutiva do estado que oriente as internações hospitalares

198 Embora seja pré-requisito para definir a estratégia de regulação e, por conseguinte, para elaboração do projeto estadual de implantação de complexos reguladores, constatou-se que a maioria dos estados visitados não possui grade resolutiva que oriente a regulação das internações hospitalares, abrangendo as de urgência e as eletivas, conforme demonstrado na Tabela 17.

| Espécies de levantamento da grade resolutiva  | Quantidade de estados |
|---|-----------------------|
| Existe grade resolutiva que orienta toda a regulação das internações hospitalares (urgência e eletivas) | 2                     |
| Existe grade resolutiva, mas apenas para a urgência e/ou para algumas especialidades                    | 3                     |
| Não existe grade resolutiva que oriente a regulação das internações hospitalares                        | 3                     |

Fonte: SECEX-MG, SECEX-MT, SECEX-PA, SECEX-PI, SECEX-PR, SECEX-RJ, SECEX-RS e SECEX-SP.

199 Com base nas necessidades de internação identificadas na Programação Pactuada Integrada (PPI), na capacidade instalada registrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e considerando o fluxo assistencial existente no estado, deveria ser discutida e pactuada a grade de resolutiva de cada região de saúde para as internações hospitalares.

200 Tanto para as internações de urgência como para as eletivas, é preciso identificar a capacidade de atendimento de média e de alta complexidade por estabelecimento de saúde, assim como o quantitativo de procedimentos a eles destinados e o fluxo de referência e contra-referência entre as unidades que compõem a rede de saúde, conforme pactuado entre os gestores.

201 Nesse sentido, é o que dispõe o Manual de Implantação de Complexos Reguladores, no item Definição da Estratégia de Regulação (BRASIL, Ministério da Saúde, 2006, Volume 6 da Série Pactos pela Saúde).

202 Com efeito, o conhecimento sobre a capacidade de resolução oferecida pelos diversos prestadores, dos municípios que integram o estado, é fundamental para o redirecionamento das demandas, tal como no caso de superlotação das unidades da capital. Sem essas informações materializadas na forma de grade resolutiva de saúde, o estado não tem como intermediar o acesso da população às unidades de saúde sob gestão municipal, localizadas nas diversas regiões de saúde.

203 Os estados que não apresentaram mapeamento da capacidade resolutiva das unidades da sua rede de serviços assistenciais foram Mato Grosso, Piauí e Rio de Janeiro.

204 No Mato Grosso, a Secretaria Estadual de Saúde apresentou o Plano Diretor de Regionalização (PDR) como documento que contemplaria a grade

**Tabela 17**

Existência de levantamento da grade resolutiva das regiões de saúde para orientar a regulação das internações hospitalares nos estados fiscalizados.

resolutiva dos serviços de saúde. No entanto, esse levantamento não detalha a rede conformada por nível de complexidade, além do que seus dados foram gerados por sistemas como o CNES e SISPPI, os quais estariam desatualizados, segundo constatado pela equipe de auditoria. Soma-se a isso, a apresentação do levantamento da rede hospitalar por microrregião, com base em dados extraídos de um sistema local, cujos números de leitos SUS por hospital não coincidiam com as informações prestadas pela Central de Regulação de Cuiabá. Por esses fatos, concluiu-se que não existe levantamento preciso a respeito da grade resolutiva em Mato Grosso.

205 Cabe referir que, embora conste no PDR a capacidade de atendimento por região (a grade assistencial), esse instrumento não detalha a capacidade resolutiva de todos os serviços que compõem a rede de atenção.

206 Quanto ao CNES, esse cadastro possui dados relativos aos prestadores, capacidade instalada, leitos por especialidades, mas não contém informações da capacidade de atendimento por nível de complexidade para cada uma das especialidades, não abordando o quantitativo de procedimentos destinados a cada estabelecimento de saúde, nem o fluxo de referência e contra-referência entre as unidades que compõem a região de saúde. Essas são informações básicas para orientar o processo de regulação em nível estadual.

207 Os estados de São Paulo, Pará e Paraná possuem grade resolutiva, mas apenas para a urgência e/ou para algumas especialidades.

208 Em São Paulo, a equipe de auditoria constatou a existência de grade resolutiva somente de urgências e emergências, constante da publicação “Sistema de Regulação de Urgência do Estado de São Paulo”. Segundo informado pelos gestores locais, eles começaram o trabalho com a grade resolutiva da urgência e, quanto às internações eletivas, o seu mapeamento era a prioridade seguinte para implantar a regulação.

209 Tornou-se evidente, portanto, que a maioria dos estados auditados não possuía documento que contivesse as informações básicas para orientar o processo de regulação estadual. A ausência da grade resolutiva é fator restritivo para que o estado exerça, de forma eficiente, a sua competência como coordenador do processo de regulação. A visualização de toda a rede resolutiva do estado permitiria, aliás, que o planejamento dos fluxos de referência e contra-referência fosse aprimorado, da mesma forma que a pactuação entre os gestores de todas as ações necessárias ao atendimento da população de cada região.

210 Ao comentar os resultados dessa fiscalização, o DRAC ressaltou que a qualificação do processo de referência e contra-referência passa também pela informatização das Unidades de Saúde, melhorando o fluxo de informação entre os diversos estabelecimentos de saúde e seus respectivos gestores e centrais de regulação. Além disso, há previsão de desenvolver, no SISPPI, o módulo “Programação dos Estabelecimentos de Saúde”, que possibilitaria definir a programação ambulatorial e hospitalar desses estabelecimentos.

### 5.1.2 Deficiências na instrumentalização e divulgação de protocolos assistenciais

211 Dos 16 casos estudados, abrangendo a regulação municipal e estadual realizada por complexos reguladores ou departamentos específicos dentro da Secretaria da Saúde, constatou-se que, na maior parte, a operacionalização da regulação não é plenamente instrumentalizada por protocolos assistenciais, conforme demonstrado na Tabela 18.

| Existência e divulgação de protocolos assistenciais | Plenamente | Parcialmente | Regulação não é instrumentalizada por protocolos (e/ou não há meios de divulgação) |
|---|------------|--------------|--|
| Protocolos clínicos                                 | 3          | 9            | 4  |
| Protocolos de regulação/operacionais                | 1          | 9            | 6  |
| Divulgação dos protocolos                           | 4          | 5            | 7  |

Fonte: SECEX-MG, SECEX-MT, SECEX-PA, SECEX-PI, SECEX-PR, SECEX-RJ, SECEX-RS e SECEX-SP.

212 Os protocolos assistenciais são necessários para a padronização dos procedimentos adotados pelos operadores da Regulação Assistencial. As centrais de regulação demandam regras mínimas que orientem as decisões dos médicos reguladores e demais operadores, com o estabelecimento de critérios para o seu funcionamento, que minimizem a subjetividade do processo e as interferências de caráter pessoal. E a própria Política Nacional de Regulação já normatizou que a garantia do acesso será baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização, estabelecendo a necessidade da elaboração de protocolos assistenciais para o adequado funcionamento da Regulação Assistencial (inciso III, do art. 2º e inciso IV, do art. 8º).

213 O Manual de Implantação de Complexos Reguladores, disponibilizado pelo Ministério da Saúde, define protocolo assistencial, diferenciando-o em duas espécies: a) os protocolos clínicos, que tratam da forma de intervenção por patologia, indicando o recurso terapêutico mais adequado, para subsidiar as decisões terapêuticas; b) os protocolos operacionais ou de regulação, que pretendem ordenar o fluxo de pacientes entre os níveis de complexidade, definindo os limites resolutivos de cada um deles (Brasil, Ministério da Saúde, 2006, Manual de Implantação de Complexos Reguladores, Volume 6 da Série Pactos pela Saúde).

214 Dos 16 casos estudados, apenas três (Secretarias Municipais de Curitiba e de Belo Horizonte e a Secretaria Estadual de Minas Gerais) possuíam protocolos clínicos para a orientação dos médicos reguladores em todas as especialidades. Quanto à padronização das solicitações de procedimentos, a SMS de Curitiba foi a única a afirmar que já existem protocolos operacionais para todas as especialidades e procedimentos. No que se refere à divulgação dos protocolos e manuais utilizados, a SES de Minas Gerais e do Rio Grande do Sul, assim como a SMS de Curitiba e de Porto Alegre afirmaram haver ampla divulgação para os profissionais envolvidos no processo de regulação.

**Tabela 18**

Existência e divulgação de protocolos assistenciais para instrumentalizar a regulação a cargo dos gestores estaduais e municipais das capitais visitadas, em outubro de 2009.

215 Nos demais Estados auditados, revelou-se a carência de regras claras para orientar o processo de regulação: ou a regulação do acesso não é instrumentalizada por protocolos; ou eles são adotados parcialmente, apenas para algumas especialidades. Além disso, na maioria, constatou-se pouca ou nenhuma divulgação dos protocolos e manuais adotados.

216 O Estado de São Paulo, que é referência para todas as especialidades no país, possuía protocolo de regulação de vaga-zero (procedimento previsto pela Portaria GM/MS nº 2.048/2002 para as portas de urgência), de recém-nascido para as urgências/emergências e UTI Neonatal, utilizados pela Central de Regulação de Urgências Estadual (CRUE), única central de regulação estadual em funcionamento à época da auditoria. Quanto às demais especialidades, cada estabelecimento de saúde sob gestão estadual observa os protocolos elaborados pelas próprias instituições, não seguindo qualquer padronização da Secretaria Estadual de Saúde.

217 No Rio Grande do Sul, foram concluídos os protocolos operacionais nas seguintes especialidades: pediátrico; internação e tempo de permanência em UTI; gestante em alto risco; neurologia; e cardiologia. Ainda em fase de elaboração ou validação, estariam os protocolos de transporte para UTI pediátrica e traumatologia, elaborados pelos respectivos médicos, segundo conhecimentos específicos. Os gestores daquele estado destacaram que o estabelecimento dos protocolos foi de grande importância para o bom funcionamento da central de regulação, em razão da padronização do diagnóstico e do reconhecimento de situações de risco, tendo em vista que a equipe de médicos reguladores possui formação e/ou especialização em diferentes áreas da medicina. Além disso, tanto a secretaria estadual do Rio Grande do Sul como a secretaria municipal de Porto Alegre têm realizado plena divulgação dos protocolos de atendimento elaborados.

218 A norma de regulação assistencial também aborda a necessidade da elaboração de critérios de priorização do atendimento e de classificação de risco (inciso III, do art. 2º e inciso IV, do § 2º, do art. 8º, da Portaria 1.559/2008). Contudo, 10 dos 16 casos estudados não possuíam critérios de classificação de risco e de priorização do acesso.

219 Em São Paulo, a responsável pela regulação relatou que não existem protocolos que estabeleçam critérios de priorização e/ou classificação de risco, ficando a critério de cada profissional usar o bom-senso para o atendimento dos pacientes. Em contrapartida, em Minas Gerais, o próprio sistema de regulação, o SusfácilMG traz critérios para classificação de risco.

220 Verifica-se, pois, que o acesso a maior parte dos serviços de saúde disponibilizados pelo SUS não é orientado por regras preestabelecidas, o que fragiliza o sistema, por contribuir para o risco de seleção de pacientes baseada em critérios de influência pessoal. Considerando a oferta limitada de serviços públicos de saúde, é preciso que haja a ordenação da ocupação dos leitos hospitalares e da realização dos demais procedimentos com base em protocolos assistenciais e critérios de priorização de risco previamente definidos, uma vez que o acesso deve ser sempre balizado pelo princípio da necessidade.

221 Em documento anexo ao Ofício GAB/SAS nº 285, de 08/02/2010, o DRAC informou que discussões estão sendo fomentadas para definir o papel e o uso de protocolos/diretrizes de regulação, quais os modelos mais adequados e quais as prioridades para, então, publicar um manual orientador sobre a construção e aplicação de protocolos operacionais. A Coordenação Geral de Regulação e Avaliação disponibiliza no sítio eletrônico do Ministério da Saúde diversos protocolos operacionais e de regulação, já adotados em algumas localidades do país, para consulta e referência a estados e municípios. A padronização dos protocolos deve ser vista com cautela, pois existe uma variabilidade aceitável em virtude, por exemplo, da capacidade técnica instalada, da resolutividade das unidades de saúde e das referências intermunicipais e interestaduais, que devem ser consideradas em cada estado ou município. Ao invés de se falar em padronização, o gestor entende que a recomendação do TCU deva ser no sentido de que o Ministério da Saúde proponha um modelo de referência que seja flexível a adequações locais.

### 5.1.3 Desconhecimento do processo de Tratamento Fora de Domicílio (TFD)

222 Embora as responsabilidades, rotinas e fluxos para autorização do transporte sanitário devessem estar sistematizados em manual estadual aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB), na maioria dos casos estudados não existem manuais que tratem da utilização do benefício de TFD de forma diferenciada para os deslocamentos intermunicipais e interestaduais, incluindo os procedimentos necessários para os encaminhamentos regulados pela Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC).

| Existência de orientação sobre a forma de encaminhamento com TFD                          | Quantidade de Secretarias de Saúde em relação ao total pesquisado |
|---|---|
| Quando é necessário o encaminhamento com TFD intermunicipal (dentro do mesmo estado)      | 3/16  |
| Quando é necessário o encaminhamento com TFD interestadual não-CNRAC                      | 6/16  |
| Quando é necessário o encaminhamento com TFD interestadual CNRAC                          | 6/16  |
| Quando a regulação deve ser feita via CNRAC (procedimentos eletivos de alta complexidade) | 6/16  |

Fonte: SECEX-MG, SECEX-MT, SECEX-PA, SECEX-PI, SECEX-PR, SECEX-RJ, SECEX-RS e SECEX-SP.

**Tabela 19**

Existência de orientação sobre a forma de encaminhamento do paciente do SUS com recursos do TFD nas Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais visitadas, em outubro de 2009.

223 O TFD é um instrumento que visa garantir atendimento de média e alta complexidade na rede do SUS, custeando diárias e passagens para acesso de pacientes a serviço existente em outro município. O TFD, portanto, não garante o procedimento, mas sim as diárias e passagens.

224 Quanto à operacionalização do TFD, a Portaria SAS nº 55, de 24 de fevereiro de 1999, assim estabelece em seu art. 5º:

Art. 5º - Caberá as Secretarias de Estado da Saúde/SES propor às respectivas Comissões Intergestores Biparte – CIB a estratégia de gestão entendida como: definição de responsabilidades da SES e das SMS para autorização do TFD; estratégia de utilização com o estabelecimento de critérios, rotinas e fluxos, de acordo com a realidade de cada região e definição dos recursos financeiros destinados ao TFD.

§1º A normatização acordada será sistematizada em Manual Estadual de TFD a ser aprovado pela CIB, no prazo de 90 dias, a partir da vigência desta portaria, e encaminhada, posteriormente, ao Departamento de Assistência e Serviços de Saúde/SAS/MS, para conhecimento.

225 Após a edição da referida portaria, foi instituída, no início de 2002, a CNRAC, para regular o fluxo da referência interestadual de pacientes que necessitam de assistência hospitalar de alta complexidade, passando-se a remunerar os procedimentos com os recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC). No caso de procedimentos não previstos no elenco da CNRAC, os estados deram início ao processo de elaboração da PPI interestadual, instrumento por meio do qual o estado de origem repassa os recursos federais do seu teto financeiro para custear as despesas médicas de seus cidadãos em outros estados.

226 Nesse interregno de tempo, sobrevieram diversas inovações na operacionalização da regulação, que envolvem o deslocamento dos usuários e, consequentemente, a concessão do TFD. Novo disciplinamento desse instrumento passou então a ser requerido, uma vez que a definição de responsabilidades, fluxos e rotinas depende da abrangência do deslocamento (intraestadual/intermunicipal ou interestadual) e, no caso de procedimento eletivo de alta complexidade, de ele estar previsto no elenco da CNRAC ou não. Essas diversas facetas do transporte sanitário não foram, contudo, regulamentadas em âmbito nacional, para aclarar eventuais dúvidas e evitar desvirtuamentos na sua utilização.

227 No estado do Piauí, apesar de a Secretaria Estadual de Saúde já ter elaborado seu Manual de TFD, ainda existe muita confusão sobre a adequada utilização desse benefício, bem como desinformação por parte dos municípios menores. No relatório da SECEX-PI, consta que em entrevista realizada com gestores municipais de saúde presentes às oficinas de trabalho da PPI, observou-se que ainda não há clareza quanto à sistemática de TFD, o que resulta na subutilização do procedimento, com o uso de práticas distorcidas de transporte e hospedagem, tais como a utilização de ambulâncias para o transporte de pacientes eletivos e a manutenção de casas de apoio, por parte dos municípios do interior, na cidade de Teresina, a qual recebe o maior fluxo de pacientes.

228 Os resultados da pesquisa enviada às SMS corroboram a situação observada no Estado do Piauí. Quando questionados sobre a necessidade de orientação sobre determinadas questões envolvidas na gestão do SUS, 88% responderam positivamente à afirmação de que haveria necessidade de orientações quanto aos requisitos e as formas de operacionalização do TFD nos casos de internação hospitalar, de urgência ou eletiva, em outro município do Estado de residência. E para os mesmos 88% dos respondentes, também haveria a necessidade de orientações sobre requisitos e formas de operacionalização do TFD para a internação hospitalar, de urgência ou eletiva, em outro estado.

229 Os recursos advindos do TFD deveriam estar atrelados ao fluxo de regulação do acesso, conforme estabelece a Política de Regulação do SUS, § 4º, art. 6º: “As autorizações para Tratamento Fora de Domicílio (TFD) serão definidas

pela área técnica da regulação do acesso”. Entretanto, seis dos 16 departamentos de regulação auditados relataram em entrevista que não se manifestam durante o processo de TFD.

230 A pesquisa enviada às SMS também aponta que há desconhecimento quanto ao correto processamento do TFD. Frente à afirmativa de que, “no caso da necessidade de realizar um procedimento eletivo de alta complexidade não disponível no Estado de residência, deve-se providenciar primeiramente o TFD para depois encaminhar o paciente via CNRAC”, 62% responderam que a afirmativa seria verdadeira. Tal procedimento indica que podem estar ocorrendo encaminhamentos por meio do TFD, sem que sejam obedecidos os procedimentos estabelecidos pela Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade. Assim, os pacientes poderiam ter acesso aos grandes centros de saúde, mesmo que ainda não tenham solicitado o procedimento, procurando agendamento diretamente junto aos prestadores de serviços, de forma desordenada, sem o atendimento do fluxo organizado pela regulação.

231 O transporte sanitário deve ser providenciado apenas quando o atendimento estiver garantido. Em vista da antiguidade da Portaria/SAS nº 55/1999 e do desconhecimento manifestado pelos gestores municipais, entende-se que deve ser elaborado novo normativo que estabeleça as regras mínimas para o encaminhamento de pacientes para o TFD, atrelando-o à regulação, bem como oriente sobre como proceder no caso de deslocamento intermunicipal, mas dentro do mesmo estado, e no caso de deslocamento interestadual.

232 O DRAC informou ao TCU que vem realizando tratativas com o CONASS e o CONASEMS para revisar a portaria que dispõe sobre o TFD, tendo inclusive citado a realização de estudo das despesas com transporte sanitário dos estados que compõem a região da Amazônia Legal, uma das que mais utilizam essa forma de assistência. Ressaltou que, nos termos da Portaria SAS/MS nº 55/1999, compete ao gestor estadual coordenar todo o processo de implantação do TFD, o que envolve sua articulação com as secretarias de saúde municipais para estabelecer os fluxos de encaminhamento de pacientes.

#### 5.1.4 Deficiências de integração na gestão dos complexos reguladores

233 Em 15 de 16 casos estudados, constatou-se o não-compartilhamento das informações quanto à disponibilidade de leitos ou deficiências na comunicação dessas informações. Minas Gerais foi o único estado onde o complexo regulador estadual faz a integração entre centrais do interior do estado com central de regulação de Belo Horizonte.

234 A falta de funcionamento integrado entre as áreas técnicas da regulação de acesso das diversas esferas de gestão, além de prejudicar o fluxo de informações necessárias à adequada operacionalização da Regulação Assistencial, está em desacordo com a Portaria nº 1.559/2008, que instituiu a Política Nacional de Regulação do SUS, precisamente com o disposto em art. 6º:

Art. 6º Os processos de trabalho que compõem a Regulação do Acesso à Assistência serão aprimorados ou implantados **de forma integrada, em todas as esferas de gestão do SUS**, de acordo com as competências de cada esfera de governo. (grifo nosso)

235 Em Mato Grosso, a falta de visualização por parte da Central Estadual de Regulação dos dados registrados no sistema de regulação da Central de Cuiabá (AGHOS) dificulta o acompanhamento do atendimento das demandas encaminhadas a esta pela primeira. Quando há necessidade de alguma informação sobre encaminhamentos efetuados para a Central de Cuiabá, é preciso realizar um contato por telefone e contar com a colaboração de algum funcionário para fornecer a resposta. A SMS de Cuiabá também tem exigido que essas comunicações sejam formalizadas por ofício, o que torna o processo de comunicação lento e burocrático.

236 Um dos complicadores para o funcionamento integrado entre as centrais de regulação é o fato de a gestão dos prestadores de saúde das capitais não ser exercida por um comando único. Constatou-se que o controle de leitos hospitalares dentro das capitais é realizado tanto pela SES quanto pela SMS. A falta de uma direção única na gestão de leitos, e conseqüentemente na regulação desses leitos, tem provocado dificuldades na organização de um sistema de regulação integrado e articulado, com o estabelecimento de um fluxo único de acesso.

237 A comprovação de comando único sobre a totalidade dos prestadores de serviços ao SUS localizados no território municipal foi um dos requisitos estabelecidos pela NOAS/SUS nº 01/2002 para habilitação dos municípios na Gestão Plena. Além disso, essa norma dispõe que uma das prerrogativas da Gestão Plena é a gestão do conjunto das unidades prestadoras de serviços ao SUS ambulatoriais especializadas e hospitalares, estatais e privadas, estabelecidas no território municipal.

238 O Pacto pela Saúde/2006, em suas diretrizes operacionais, estabelece como princípios orientadores do processo de regulação que cada prestador de serviços do SUS deve responder à apenas um gestor e que a regulação dos prestadores de serviços deve ser preferencialmente do município, conforme desenho da rede de assistência pactuado na CIB, observado o Termo de Compromisso de Gestão do Pacto (Portaria GM/MS nº 399/2006).

239 As diretrizes do Pacto pela Saúde/2006 também são claras quanto ao papel a ser desempenhado pelo estado no processo de regulação do acesso à assistência e na operacionalização dos complexos reguladores no que se refere à referência intermunicipal. O gestor estadual se relacionaria com a central municipal que, por sua vez, faria a gestão do prestador.

240 A Política de Regulação do SUS, por sua vez, estabelece que o complexo regulador estadual deva exercer a função coordenadora da regulação das referências intermunicipais, bem como regular o acesso às unidades de saúde sob sua gestão. Ocorre que esta competência atribuída ao gestor estadual tem criado conflitos com a administração municipal, que não deteria a totalidade do controle sobre os leitos do município.

241 No Estado de São Paulo, foi apontado que os estabelecimentos sob gestão estadual são prioritariamente os universitários e os de alta complexidade, os quais demandam mais recursos humanos, havendo uma resistência em repassá-los para gestão municipal, apesar da diretriz do SUS preconizar o repasse dos prestadores de saúde para a gestão municipal. Além de não exercer a gestão desses hospitais, o Complexo Regulador do Município de São Paulo tem dificuldade em ter acesso a esses serviços junto gestor estadual, em razão da falta de integração e articulação entre eles. Sob a gestão do Município de São Paulo, concentram-se os hospitais de urgência, que demandam muitas vezes os serviços de hospitais especializados sob gestão estadual.

242 A falta de gestão dos prestadores de serviços pelos municípios traz prejuízo à organização de uma sistemática de regulação que esteja de acordo com a política descentralizadora do SUS e com o planejamento instituído pela Programação Pactuada e Integrada. Os gestores das secretarias municipais das capitais precisam ter conhecimento da totalidade dos prestadores de serviços que atendem a sua localidade, para que possam realizar as pactuações com os outros municípios e a contratação dos prestadores de acordo com as necessidades do planejamento, e por fim, exercer a regulação do acesso junto aos prestadores sob sua gestão.

243 Aos gestores estaduais caberia o papel de coordenação do processo de regulação intermunicipal, com o estabelecimento de redes integradas para a interligação da regulação de todo o estado. O complexo regulador estadual receberia as solicitações de atendimento de todos os municípios e faria o direcionamento delas de acordo com a organização de grade resolutive de cada região de saúde do estado e com a proposta de regionalização da assistência estabelecida no PDR. Nesse sentido, o inciso IV, do art. 5º, da Política Nacional de Regulação estabelece que a regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização, do desenho das redes.

244 A falta de organização da rede de regulação, em níveis de articulação bem estruturados, se reflete também na operacionalização da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC). A CNRAC recebe as demandas das Centrais Estaduais de Regulação de Alta Complexidade (CERAC) e faz a interligação com as CERAC de outros estados, para que estas realizem o agendamento junto aos prestadores de serviços. Foi verificado em alguns estados que tal agendamento tem sido realizado diretamente com as unidades hospitalares, à revelia da regulação municipal que deveria exercer a gestão sobre os prestadores de serviços.

245 Em Mato Grosso, o agendamento junto aos hospitais é descentralizado para uma Central Municipal de Regulação de Alta Complexidade (CMRAC). Contudo, a equipe de auditoria verificou que há falta de transparência nas informações produzidas pela CMRAC de Cuiabá, o que tem dificultado a coordenação da regulação por parte do estado.

246 O relatório da SECEX-SP registra que, no Estado de São Paulo, não há articulação entre as diversas instâncias da Regulação Assistencial: “A CRUE, a

CERAC, a Central de internação do Município de Guarulhos, os hospitais que integram o REGNET e respectivas DRS, a CERSUS, instituída no âmbito da Beneficência Portuguesa, e as centrais municipais não atuam de forma integrada”.

247 O DRAC informou ao TCU, por meio do Ofício GAB/SAS nº 285, de 08/02/2010, a publicação da Portaria GM/MS nº 161, de 21/01/2010, que versa sobre o Termo de Cooperação entre Entes Públicos, decorrente de decisão proferida na 7ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite, em 27/08/2009. Este termo, designado pela citada portaria como Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP), se destina à formalização da relação entre gestores do SUS “quando unidades públicas de saúde, hospitalares e ambulatoriais especializadas, situadas no território de um Município, estão sob gerência de determinada unidade federativa e gestão de outra” (art. 2º, da Portaria GM/MS nº 161/2010).

248 Observa-se que a Portaria nº 161/2010 estabeleceu regras sobre o Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos, instrumento que formaliza a relação entre gestores do SUS, quando unidades públicas prestadoras de serviços, situadas no território de um Município, estão sob gerência de determinada unidade federativa e gestão de outra.

249 O art. 8º da referida portaria estabelece que não sendo possível acordo entre os gestores do SUS, a negociação deverá ser remetida à Comissão Intergestores Bipartite, o que, a princípio, tenderia a resolver os casos em que há resistência dos Estados em repassar os estabelecimentos sob sua gestão e gerência para os municípios, a fim de dar cumprimento à regra de comando único sobre a totalidade dos prestadores de serviços ao SUS localizados no território municipal.

250 Contudo, esse normativo não enfrenta outros aspectos que ocasionam a ausência de integração dos complexos reguladores, constatados na presente auditoria, especialmente a falta de organização da rede de regulação, em níveis de articulação bem estruturados entre os gestores municipais, estaduais e federal.

### 5.1.5 Insuficiente divulgação da Política de Regulação do SUS

251 Com exceção do Estado de Minas Gerais, onde a SES e a SMS da capital desenvolvem trabalho consistente de divulgação da Política de Regulação, orientado tanto para os gestores e profissionais de saúde, como para os usuários do SUS, na maior parte dos casos estudados, constatou-se que não há mecanismos para divulgação dessa política, conforme demonstrado na Tabela 20.

**Tabela 20**  
Existência de mecanismos de divulgação da Política de Regulação Assistencial do SUS para os principais interessados no processo, em outubro de 2009.

| A secretaria dispõe de mecanismo de divulgação da Política de Regulação do SUS para o seguinte interessado? | Quantidade de Secretarias de Saúde em relação ao total pesquisado |
|---|---|
| Médicos reguladores e operadores das centrais   | 5/16  |
| Profissionais da saúde em geral   | 3/16  |
| Usuários do SUS   | 2/16  |

Fonte: SECEX-MG, SECEX-MT, SECEX-PA, SECEX-PI, SECEX-PR, SECEX-RJ, SECEX-RS e SECEX-SP.

252 A maioria dos gestores estaduais e municipais entrevistados reconhece que a falta de entendimento dos profissionais de saúde e dos usuários acerca do funcionamento da regulação do SUS tem ocasionado dificuldades de acesso aos serviços de saúde (12 dos 16 casos estudados).

253 Para que a política de regulação assistencial tenha adesão e funcione de forma adequada, é fundamental que exista plena divulgação das ações implementadas. Os usuários da regulação devem entender como funciona o direcionamento para os diversos serviços de saúde. A consecução desse intento pressupõe a transmissão de uma mensagem clara e objetiva sobre a regulação assistencial para o usuário do SUS. Ele deve ser orientado como proceder para se inserir no sistema público de saúde, considerando os níveis de complexidade, o papel da regulação e os problemas relacionados à demanda espontânea.

254 Os próprios profissionais de saúde e outros operadores da regulação precisam conhecer a normatização envolvida, bem como outras regras de funcionamento, como as estabelecidas nos protocolos assistenciais. Os gestores, por fim, devem conhecer os elementos estruturantes da política, os benefícios que ela traz para melhoria da gestão do SUS e as competências e responsabilidades de cada esfera de gestão.

255 Como consequência da desinformação dos usuários do SUS e profissionais de saúde, tem-se a demanda espontânea, a superlotação dos hospitais de urgência e especializados em detrimento das unidades básica de saúde, o mau direcionamento dos fluxos assistenciais pelos profissionais de saúde e negativas de acesso a serviços de saúde.

256 Para 68% das SMS pesquisadas há desconhecimento dos profissionais de saúde e dos usuários do SUS acerca da política de regulação. Outras questões abordadas pela pesquisa também corroboram esse resultado. Para 93% dos respondentes, as pessoas têm buscado diretamente o atendimento hospitalar, sem observar a organização e os fluxos estabelecidos na rede de atenção à saúde, resistindo em procurar primeiramente as unidades básicas de saúde.

257 Além disso, 90% das pessoas têm se dirigido por conta própria a outras localidades onde acreditam haver melhor prestação de serviços de saúde independentemente do que foi pactuado pelos gestores. A pesquisa também indicou que profissionais de saúde estão tendo dificuldades em lidar com as questões relacionadas à regulação da saúde. Para 63% dos gestores municipais que responderam à pesquisa, os profissionais de saúde são reticentes em dar cumprimento à política de regulação assistencial no município.

258 Essa mesma pesquisa também revelou a importância de se orientar os gestores sobre os procedimentos envolvidos na operacionalização da regulação assistencial. Para 97%, seria necessário haver maior detalhamento sobre as normas do Ministério da Saúde relacionadas ao processo de regulação assistencial do SUS, além de maior divulgação quanto às atribuições da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade.

259 Por se tratar de uma política que envolve a atuação de várias áreas do Ministério da Saúde, as informações acerca dos elementos estruturantes da Política Nacional de Regulação estão dispersas em seu sítio na internet. No entanto, a fim de facilitar a pesquisa do material disponibilizado pelo gestor federal por todos os possíveis interessados, seria conveniente concentrá-lo em um único lugar, acessível diretamente na página inicial do Ministério, por intermédio de um link específico.

## **5.1 Ocorrência de negativa de acesso a serviços públicos de saúde**

260 A pesquisa realizada junto às SMS revela que gestores municipais têm enfrentado dificuldades de acesso aos municípios referenciados. Para 85% dos respondentes, os municípios referenciados não têm cumprido o estabelecido no Termo de Garantia de Acesso firmado entre os gestores. Enquanto para 73% dos gestores respondentes, os municípios referenciados têm negado acesso sob a alegação de que as cota de internações programadas estariam esgotadas. Apenas 14% das SMS responderam que nunca houve negativa de acesso devido ao esgotamento da cota de internações eletivas pactuadas, sendo que a maioria (48%) respondeu que nesses casos negociam-se as cotas pactuadas para o mês seguinte para evitar a demora no atendimento dos pacientes.

261 Na tentativa de minimizar tal problema, o Estado de Minas Gerais instituiu a Câmara de Compensação de Média e Alta Complexidade (Deliberação CIB SUS/MG nº 404 de 6/12/2007). Essa câmara, mantida com recursos do Tesouro Estadual, garante o ressarcimento dos atendimentos prestados que extrapolaram as metas físicas e financeiras pactuadas na PPI Assistencial, tanto para as internações de média complexidade nas quatro Clínicas Básicas (Clínica Médica, Clínica Pediátrica, Obstetrícia e Cirurgia Geral) e de Alta Complexidade, estas referentes às Cirurgias Cardiovasculares, Oncológicas, Ortopédicas e Neurológicas, quanto para os procedimentos eletivos de Quimioterapia, Radioterapia e Terapia Renal Substitutiva.

262 No Estado do Piauí, irregularidades que estariam ocorrendo na regulação de procedimentos de alta complexidade no SUS foram objeto de representação oferecida pelo Ministério Público junto ao TCU (TC 032.595/2008-7), na qual se postulou pela apuração de “imposição de obstáculos, algumas vezes intransponíveis, a pacientes que devem submeter-se a procedimentos de alta complexidade no âmbito do Sistema Único de Saúde”.

263 As irregularidades consistiam em negativas de acesso pela Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade do Piauí (CERAC/PI), aos procedimentos regulados pela CNRAC, em função de entraves operacionais para inserção de pacientes oriundos de outros estados pela regulação local. Para ilustrar o problema, cabe transcrever caso noticiado por Procurador da República daquele estado, extraído da referida representação:

No cotidiano dos brasileiros que vivem diante dessa situação, veja o que acontece: A cidadã [...], portadora de câncer de mama, iniciou tratamento médico

em Teresina-PI, através da rede pública de saúde, porém quando da necessidade de realização de cirurgia recomendada pelo médico especialista, esta não foi autorizada pela Secretaria Estadual de Saúde/PI, eis que a cidadã não preenche os requisitos da portaria 39/06, já citada. A cidadã tem origem no Maranhão. Ela reside em Imperatriz/MA e procurou a cidade de Teresina para tratamento pelo SUS. **(omitimos o nome da paciente)**

A cidadã procurou o Ministério Público Federal. Este, através deste signatário, oficiou ao Secretário Estadual de Saúde recomendando extrajudicialmente a adoção das providências para o tratamento médico da cidadã, nos termos da prescrição médica.

A resposta da Secretaria de Saúde é que, cumprindo rigorosamente a Portaria n. 39/06 do Ministério da Saúde, ‘a paciente deveria possuir cadastro CNRAC na Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade de origem (ou seja, do Maranhão) por ser a solicitante do procedimento, onde informaria a identificação da paciente, o motivo e a pertinência da solicitação e a indicação do procedimento para validação pela CNRAC. Só então é que o Estado do Piauí poderia receber qualquer paciente oncológico. Como a paciente não possui CNRAC na origem, o Estado do Piauí não pode realizar o procedimento. São as regras do SUS que a SESAPI precisa cumprir. Caso a paciente cumpra as requisições da Portaria n. 39/06 estará apta a receber o devido tratamento’.

264 Quanto à apuração dos fatos na presente Fiscalização de Orientação Centralizada, assim se posicionou a unidade executora no Piauí (SECEX-PI):

No Estado do Piauí, restou cabalmente comprovada a negativa de acesso a serviços de saúde por falta de regulação. Segundo constatado pela equipe de auditoria, no Relatório Analítico de Atividades do Núcleo de Alta Complexidade (NUAC) da Coordenação Geral do SUS em Teresina/PI, consta a seguinte orientação: “observar procedência dos pacientes através do CNS e dos endereços anexados aos exames. Se os pacientes procederem do interior do Estado ou de outros Estados, devolver os laudos médicos orientando que os mesmos sejam encaminhados via Central de Regulação (CERAC) ou através da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC)”.

De acordo com entrevistas realizadas junto à Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Piauí e Fundação Municipal de Saúde de Teresina/PI, no âmbito da Fiscalização de Orientação Centralizada – FOC na Política Nacional de Regulação do SUS (TC 014.780/2009-5) constatou-se que os pacientes que se deslocam de forma espontânea à Teresina em busca de tratamento de alta complexidade são orientados a se dirigirem à Central de Regulação do seu estado de origem para que sigam o fluxo determinado pela regulação, conforme dispõe a Portaria SAS/MS nº 258/2009.

A citada negativa de atendimento refere-se, porém, exclusivamente aos procedimentos eletivos, não restando configurada tal situação nos casos de procedimentos de urgência.

265 A SECEX-PI informou ainda que, recentemente houve aumento das demandas judiciais com pedidos de liminares, dando conta que possíveis falhas no sistema de regulação podem estar inviabilizando o acesso de pacientes aos

serviços de saúde. O número crescente de demandas judiciais sinalizaria, conforme observado por técnicos do Ministério da Saúde, que a regulação não está funcionando como deveria.

266 Cabe referir que o Maranhão faz fronteira com o Estado do Piauí, separado apenas pelo Rio Parnaíba. A cidade de Timon/MA, por exemplo, é separada apenas por uma ponte da cidade de Teresina/PI. Além disso, existe toda uma estrutura de casas de apoio para a hospedagem de pessoas que procuram tratamento nesta capital.

267 Segundo dados retirados do relatório de auditoria da SECEX-PI (TC 014.780/2009-5), a grande afluência de pacientes à Teresina fora da regulação estaria sobrecarregando financeiramente a Prefeitura desta capital, uma vez que ela não receberia recursos dos municípios de origem dos pacientes. Naquela capital, teria aumentado de R\$ 67,00 para R\$ 140,66 o valor aplicado por habitante em saúde (SIOPS – DATASUS) e elevado o percentual constitucional de aplicação em saúde de 15,34% para 21,46%. Enquanto isso, o percentual de recursos transferidos pelo SUS no gasto total com saúde teria caído de 80,78% para 65,08%. A SMS de Teresina também teria informado que, no ano de 2008, foram internados 11.192 pacientes oriundos do Estado do Maranhão, totalizando uma despesa de R\$ 10.307.809,56, dos quais foram recebidos apenas R\$ 4.820.000,00, resultando numa diferença em desfavor do Município de Teresina de R\$ 5.487.809,56.

268 Conforme citado no Capítulo 2, foi a partir de norma operacional editada pelo Ministério da Saúde, em 2001, que a PPI passou a ser condição obrigatória para os estados se habilitarem em gestão plena. Essa norma também apontou a necessidade de regulação da assistência por meio de implantação de complexos reguladores.

269 A Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade (CNRAC) foi instituída, no início de 2002, para regular o fluxo da referência interestadual de pacientes que necessitam de assistência hospitalar de alta complexidade a certas especialidades previstas no seu elenco, passando-se a remunerar os procedimentos por ela autorizados com os recursos do Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (FAEC). O desafio da CNRAC, portanto, é ordenar o fluxo de pacientes que saem, espontaneamente, em busca da assistência em outro estado, demandando aquelas especialidades que, notoriamente, não estão disponíveis de maneira uniforme em todo o país.

270 Segundo Manual de Orientações da CNRAC, “até então, esses atendimentos eram cobrados do estado de origem através da Câmara Nacional de Compensação, desde que, devidamente, comprovados, o que gerava pautas desgastantes nas reuniões da Comissão Intergestores Tripartite – CIT”. O objetivo era acabar com as queixas de estados e municípios no tocante ao atendimento de pacientes oriundos de outros estados, que onerava significativamente os seus tetos financeiros, em razão do elevado custo dos procedimentos de alta complexidade.

271 Os procedimentos de caráter eletivo possíveis de ser solicitados à CNRAC e custeados pelo FAEC são: aqueles constantes de listagem específica do Ministério da Saúde, relativos às especialidades de Cardiologia, Oncologia, Ortopedia, Neurocirurgia e Epilepsia, e desde que haja ausência ou insuficiência de oferta de serviço no estado de origem (Portaria SAS/MS nº 258/2009).

272 Todos os demais fluxos da referência interestadual deverão ser custeados pelo teto financeiro dos estados e municípios, inclusive de pacientes que necessitam de assistência hospitalar de alta complexidade.

273 Não há dúvidas de que é preciso organizar o sistema público de saúde. Contudo, a pretexto de organizar a rede de atenção e os fluxos assistenciais, não se podem criar obstáculos ao acesso a serviços de saúde para aqueles que dele necessitam, contrariando o disposto no art. 6º e no art. 196 da Constituição Federal:

Art. 196 A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

274 Observa-se que a CNRAC custeia com recursos do FAEC (extra-teto) somente procedimentos de alta complexidade, de caráter eletivo, nos quais, em regra, o paciente pode aguardar o agendamento oportuno, por não envolver risco de morte imediato, tal qual na urgência. Contudo, não se pode olvidar que a demora no atendimento do paciente, em decorrência da negativa de acesso a procedimentos de alta complexidade por falta de regulação da CNRAC, pode agravar o seu quadro clínico, vindo a se tornar urgência e levar o paciente a óbito.

275 Os pacientes que têm o seu acesso negado, muitas vezes devem retornar aos seus estados de origem para que sejam inseridos no sistema de regulação e ainda aguardar todo o trâmite do processamento da solicitação. Conforme se verifica no fluxo de atendimento da CNRAC, não basta a CERAC solicitante cadastrar o paciente e incluir o laudo médico no sistema informatizado. A CNRAC e os hospitais consultores devem ainda fazer a análise dos requisitos que estabelecem a condição do estado solicitante e dos laudos eletrônicos e, somente após isso, acionar os estados executores para que seja providenciado o agendamento dos procedimentos.

276 Em função do embaraço do processo que retarda a execução do atendimento requerido, a equipe de auditoria considerou como oportunidade de melhoria desse processo que os procedimentos eletivos mais graves, que podem vir a se complicar devido à intercorrências no quadro clínico ou à má avaliação do risco do paciente, fossem objeto de critérios de priorização.

277 Na CNRAC, vale observar, o hospital consultor, habilitado no Sistema da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (SISCNRAC), ao receber o laudo para análise apenas deveria emitir parecer autorizando ou não a solicitação, não definindo qualquer critério de priorização. Enfim, até final de 2009,

não havia realização de classificação de risco e de critérios de priorização para o agendamento de procedimentos eletivos do elenco da CNRAC, em desconformidade com o que estabelece a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (no art. 2º, inciso III, da Portaria GM nº 1.559/2008).

278 Sobre essa questão, o Departamento de Regulação, Avaliação e Controle (DRAC) informou ao TCU, em documento anexo ao Ofício GAB/SAS nº 285, de 08/02/2010, que o SISCNRAC adequou os critérios de classificação de risco consoante medida proposta pela equipe de auditoria. Essa classificação está disponibilizada no laudo de solicitação, documento que dispõe de campo para registrar o tipo de prioridade de atendimento, levando em conta as seguintes classificações:

- a) Classificação de Risco informada pela Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade (CERAC) solicitante: Prioridade 2 – Não Urgente; e Prioridade 3 – Atendimento de Acordo com o Agendamento;
- b) Classificação de Risco informado pela Unidade de Saúde executante, sobre o estado de saúde do paciente na sua admissão: Prioridade 0 – Emergência (necessidade de atendimento imediato); Prioridade 1 – Urgência (atendimento o mais rápido possível); Prioridade 2 – Não Urgente; e Prioridade 3 – Atendimento de Acordo com o Agendamento.

279 Com relação às recentes alterações da legislação, de acordo com a Portaria SAS/MS nº 258/2009, que revogou a Portaria SAS/MS nº 39/2006, agora não é mais possível a CERAC executante inserir o paciente no sistema de regulação da CNRAC. Antes o gestor estadual ou municipal, quando identificava pacientes interestaduais que apresentavam o perfil da CNRAC e que não haviam sido encaminhados pelo seu estado de origem, poderia inseri-lo no fluxo por meio da ferramenta Executor Solicitante (art. 4º da Portaria SAS/MS nº 39/2006).

280 O DRAC enfatizou que, nos termos do art. 9º, parágrafo único, da Portaria SAS/MS nº 258/2009, “A CERAC de origem do paciente não será obrigada a emitir laudo para a CERAC executante nos casos em que o paciente seja originário de demanda espontânea”. Prossegue o gestor afirmando que, no caso de demanda espontânea a assistência não poderá ser realizada por meio da CNRAC, uma vez que está regulamentado explicitado em portaria do Ministério da Saúde de que o usuário somente deverá ser encaminhado ao Estado executante após confirmação do agendamento de procedimento, o que, na sua visão, não feriria o princípio da universalidade do SUS.

281 Diante desse panorama, é visão clara do Ministério que a demanda espontânea não se coaduna com a organização de acesso aos serviços de saúde definida na Política de Regulação Assistencial do SUS. Os usuários que procuram assistência de caráter eletivo e que residem em locais onde há ausência ou insuficiência de serviços de alta complexidade nas especialidades relacionadas pelo Ministério da Saúde deveriam, portanto, estarem sendo bem orientados de como proceder e a quem procurar nesses casos. Todavia, a pesquisa realizada pelo TCU indicou desconhecimento da Política de Regulação Assistencial do SUS pelos principais

interessados no processo (médicos reguladores, profissionais de saúde e usuários do SUS), conforme apresentado na Tabela 20 do relatório preliminar de auditoria.

282 Considera-se que a demanda espontânea é uma realidade que impacta consideravelmente o processo de regulação assistencial praticado pela CNRAC, tendo em vista que a não prestação de assistência a paciente com essa origem vem sendo entendida como negativa de acesso pelo Ministério Público e Poder Judiciário. Cite-se, como exemplo, o apontado em Representação oferecida pelo Ministério Público junto ao TCU, que envolveu procedimentos regulados pela CNRAC no Estado do Piauí.

283 A situação que se apresenta não é algo trivial, porque põe em confronto normas de organização e acesso aos serviços de saúde regulamentados por meio de portaria ministerial, ainda que consensuada pelas três esferas de gestão do SUS, com princípios e direitos previstos na Constituição Federal. Estes, muitas vezes se sobrepondo e orientando o posicionamento do Ministério Público e do Poder Judiciário quando demandado a atuar ou decidir sobre a garantia de acesso de atendimento ao paciente que procura essas instâncias na busca da defesa de seus direitos.

284 Ademais, a demanda espontânea de pacientes oriundos de outros estados, depois de identificado o fluxo assistencial, deve ser objeto de PPI Interestadual. É o que estabelece a Portaria GM/MS nº 1.097/2006, a qual acrescenta ainda ser necessária a participação dos estados e municípios envolvidos, com mediação do gestor federal e aprovação nas respectivas Comissões Intergestores Bipartite, mantendo consonância com o processo de construção da regionalização (art. 5º, §1º).

285 Ademais, o art. 7º da Portaria GM/MS 1.097/2006 assim dispõe acerca da PPI:

Art. 7º Definir que a Programação Pactuada e Integrada deverá ser realizada no mínimo a cada gestão estadual, respeitando as pactuações nas Comissões Intergestores Bipartite, e revisada periodicamente, sempre que necessário, em decorrência de alterações de fluxo no atendimento ao usuário, de oferta de serviços, na tabela de procedimentos, nos limites financeiros, entre outras.

Parágrafo único. No início da gestão municipal deve ser efetuada uma revisão da PPI estadual em face dos novos Planos Municipais de Saúde.

286 Ao identificar o fluxo assistencial e definir os recursos financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros estados, a PPI Interestadual organiza o sistema e minimiza a possibilidade de que um dos estados não seja penalizado com o custeio do atendimento do outro.

287 É fato constatado que as inúmeras negativas de atendimento aos pacientes do SUS decorrem da falta de pactuação entre os entes intermunicipais e interestaduais, ou seja, de falhas no processo de regulação. Ocorre que a elaboração da PPI Interestadual pressupõe a formalização da programação pactuada integrada de cada um dos Estados envolvidos.

288 No caso do Piauí, na auditoria em tela, ao se constatar que o processo de PPI não estava implementado, determinou-se à Secretaria Estadual de Saúde, com base no art. 7º da Portaria GM/MS 1.097/2006, que fossem adotadas providências no sentido de implantar o processo de PPI e manter esse instrumento atualizado física e financeiramente.

289 A respeito da implantação da PPI interestadual entre os estados do Maranhão e do Piauí, o DRAC corrobora da determinação do TCU e informa que o Departamento já se posicionou sobre tal matéria no Parecer nº 10205/2009, de 07/12/2009, em resposta à consulta formulada pela Secretaria Técnica da Comissão Intergestores Tripartite por meio do Memo nº 85/ST-CIT/SE, de 23/11/2009. O DRAC salienta que a reformulação da PPI no Estado do Maranhão deve envolver tanto negociações com o Estado do Piauí como com outras unidades federadas com as quais sejam mantidos fluxos assistenciais relevantes e sistemáticos, de modo a formalizá-los.

290 Ressalte-se que a extensão das análises deste trabalho se preocupou apenas em coletar elementos para evidenciar a problemática que representa a existência da demanda espontânea na área de atuação da CNRAC. Esses elementos, por si só, não são suficientes e adequados para o TCU criticar o modelo regulatório adotado pelo Ministério da Saúde, inclusive frente a princípios constitucionais. Por outro lado, em virtude da magnitude em que ocorre a demanda espontânea, entende-se conveniente que o Tribunal dê tratamento a essa questão recomendando ao gestor federal que monitore a recorrência da demanda espontânea e os motivos que lhe estão dando causa e promova iniciativas para mitigar os riscos advindos dessa situação.

### **5.3 Determinações e recomendações**

291 Diante das oportunidades de melhoria observadas neste capítulo, mostra-se oportuno fazer as seguintes recomendações à Secretaria de Atenção à Saúde:

- a) Estabeleça a obrigatoriedade de os estados, em conjunto com os seus municípios, elaborarem a grade resolutive dos estabelecimentos hospitalares neles situados, a qual contenha informações sobre a capacidade de atendimento, de urgência e/ou eletivo, por nível de complexidade, abordando o quantitativo de internações destinadas a cada estabelecimento de saúde e o fluxo de referência e contra-referência entre as unidades que compõem a região de saúde;
- b) Proceda à referenciação de protocolos assistenciais operacionais que sirvam de modelo para estados e municípios regularem o fluxo de encaminhamento de pacientes entre os níveis de complexidade, aplicando-os de acordo com a capacidade técnica instalada, a resolutive das unidades de saúde e as referências intermunicipais e interestaduais, disponibilizando esses documentos na página do Ministério da Saúde na internet, de modo a possibilitar sua consulta por quaisquer interessados;

- c) Proceda à revisão e divulgação dos procedimentos necessários para os deslocamentos intermunicipais e interestaduais de pacientes para o Tratamento Fora de Domicílio (TFD), com o estabelecimento de competências e responsabilidades de cada esfera de governo;
- d) Defina regras mínimas operacionais para mitigar os conflitos de gestão entre os entes federados enquanto não adotado o comando único sobre a totalidade dos prestadores de serviços do SUS localizados nos territórios municipais, entre as quais, para o compartilhamento de informações geradas pelas áreas técnicas de regulação de acesso das três esferas de gestão, a fim de que funcionem plenamente integradas, com o estabelecimento de fluxo único de acesso aos serviços de saúde situados nos municípios;
- e) Concentre toda a informação relativa à Política Nacional de Regulação do SUS em um link específico, acessível diretamente na página inicial do Ministério da Saúde na internet, onde sejam inseridas informações dirigidas aos usuários do SUS, aos médicos reguladores, operadores de centrais, profissionais de saúde em geral e gestores do sistema, e cujo conteúdo contemple a orientação sobre os fluxos de atendimento do SUS, a normatização da regulação em saúde, os protocolos assistenciais e os manuais para tratamento fora do domicílio;
- f) Institua sistemática de monitoramento de modo a identificar onde e os motivos que estão contribuindo para a recorrência da demanda espontânea, adotando medidas saneadoras para mitigar os riscos advindos dessa situação.

292 Além disso, diante da gravidade dos fatos relatados na representação do Ministério Público que trata de negativa de acesso a serviços de alta complexidade no Estado do Piauí e apurados na fiscalização realizada pela SECEX-PI, entende-se que caberia ainda fazer a seguinte determinação à Secretaria de Atenção à Saúde: que, na condição de facilitadora para implantação da Política Nacional de Regulação do SUS, dê o apoio técnico necessário para que a Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Maranhão implemente o processo de PPI naquela unidade da federação, e, tão logo seja finalizado, adote providências no sentido de identificar os fluxos assistenciais consolidados entre aquele estado e o Estado do Piauí, a fim de que seja realizada a programação pactuada integrada interestadual, com a participação dos estados e municípios envolvidos, com aprovação nas respectivas Comissões Intergestores Bipartite, nos termos do que dispõe os artigos 5º, §1, e 7º da Portaria GM/MS nº 1.097/2006;

293 As estratégias de ação e de intervenção necessárias à implantação da Política Nacional de Regulação do SUS, incluindo os processos de captação, análise e manutenção das informações geradas, devem ser construídas pelas áreas técnicas de regulação das diversas esferas de governo. Isto porque as informações geradas pela área técnica da regulação do acesso devem servir de base para o processamento da produção, sendo condicionantes para o faturamento. (BRASIL, 2008).

294 Além disso, para que possa disponibilizar a alternativa mais adequada à necessidade do cidadão, por meio de atendimentos às urgências, consultas, leitos e outros procedimentos, levando em consideração as referências, fluxos assistenciais e protocolos pactuados, é fundamental que o complexo regulador seja abastecido por informações consistentes que supram as necessidades dos profissionais responsáveis por efetuar a regulação.

295 A fim de se traçar um panorama de como está sendo processado o fluxo de informações nos complexos reguladores em funcionamento no país, foi realizada uma pesquisa com centrais de regulação, abrangendo centrais de internação, de urgências, de UTI e de consultas e exames. A amostra final contou com 68 centrais, assim distribuída por Região: 26 da Região Norte; 16 da Sudeste; 12 da Norte; oito da Sul; e seis da Centro-Oeste.

### 6.1 Baixo grau de informatização dos complexos reguladores

296 Na presente auditoria, constatou-se que a informatização ainda é incipiente na maioria dos estados, encontrando-se as capitais mais avançadas nesse processo. O Ministério da Saúde tem procurado desenvolver um sistema que apóie a implantação e operacionalização dos complexos reguladores – o SISREG. Devido às deficiências que ele ainda apresenta, muitos entes optaram por desenvolver sistemas próprios, os quais, porém, não atendem aos requisitos estabelecidos no Manual de Implantação de Complexos Reguladores, do Ministério da Saúde.

297 A fim de que a regulação assistencial possa desempenhar suas funções, é preciso que ela disponha de um fluxo de informação adequado. Embora a utilização de sistemas informatizados não seja obrigatória, o fluxo de informação entre os diversos atores envolvidos no processo de regulação é bastante facilitado com a adoção desses sistemas, sendo por isso sugerida pelo Ministério da Saúde.

298 Nesse sentido, a Portaria GM/MS nº 1.559/2008, que institui a Política Nacional de Regulação do SUS, estabelece que:

Art 4 - **A Regulação da Atenção à Saúde efetivada pela contratação de serviços de saúde, controle e avaliação de serviços e da produção assistencial, regulação do acesso à assistência e auditoria assistencial contempla as seguintes ações:**

[...]

XII – **utilização de sistemas de informação que subsidiam** os cadastros, a produção e a **regulação de acesso.** (grifos nossos)

299 Das 68 centrais que responderam a pesquisa, verificou-se que 62% utiliza um sistema informatizado para realizar o agendamento de internações, consultas e exames. Todavia, 47% ainda não dispensam o telefone e em 21% o paciente comparece pessoalmente à Central para conseguir agendar seu procedimento. Planilhas eletrônicas, fichas e cadernos ainda são utilizados para se controlar o fluxo de informações em 28%, 24% e 7% das centrais, respectivamente. Há, portanto, a necessidade de se avançar no processo de informatização, o que será detalhado a seguir.

300 No que tange à regulação a cargo dos estados, a quem compete regular o acesso às unidades sob gestão estadual, bem como coordenar o processo de referências intermunicipais, constatou-se, durante as visitas in loco, que, dos 8 estados analisados, apenas Minas Gerais e Paraná apresentavam sistemas informatizados de regulação de leitos.

301 Em São Paulo, estado que possui a maior capacidade instalada do país e onde há majoritária participação dos estabelecimentos de saúde sob gestão estadual no sistema público de saúde, o sistema REGNET, utilizado para controle de leitos de 81 hospitais situados no interior do estado, não pode ser considerado como um sistema de regulação, uma vez que serve apenas para incluir os pacientes que se encontram na porta do hospital para internação eletiva ou de urgência. As centrais de regulação daquele estado utilizam bancos de dados criados na própria SES e planilhas eletrônicas para registrar, para fins estatísticos, a regulação da internação hospitalar e o controle de leitos.

302 Excluindo Minas Gerais, Paraná e São Paulo, os demais estados não possuem nenhum sistema informatizado de regulação. Na SES/RS existe intenção de implantar o sistema AGHOS, utilizado no município de Pelotas/RS para controlar a regulação. Apesar de haver um esforço do estado de Mato Grosso para implantar o SISREG III, sistema oferecido pelo Ministério da Saúde, os procedimentos para informatizar as centrais ainda não haviam sido executados.

303 O Estado do Rio de Janeiro possuía sistemas específicos somente para a regulação da Terapia Renal Substitutiva, da Oncologia e da Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade. Quanto aos demais procedimentos, o fluxo de informações era controlado por planilhas eletrônicas cujos dados são coletados por telefone, fax ou email. No Estado do Pará, foram feitas tratativas junto ao Ministério da Saúde para implantação do SISREG nos municípios que compõem o complexo regulador. O Estado do Piauí também não utiliza nenhum sistema de gerenciamento informatizado, somente planilhas eletrônicas.

304 Desta forma, constata-se que a informatização das centrais de regulação estaduais ainda é incipiente e, em muitos casos, inexistente.

305 Inversamente à situação encontrada no âmbito estadual, as capitais analisadas estão em estágio de informatização mais avançado. Apenas Porto Alegre/RS não apresentava nenhum sistema de regulação, embora estivessem implantando o piloto do SISREG III. No município de São Paulo, há o sistema Siga Saúde, utilizado para controle ambulatorial. Contudo, esse sistema não possui módulo para regulação de leitos, assim como o sistema de Teresina/PI. Nesses casos, a regulação da internação hospitalar é registrada para fins estatísticos em um banco de dados Access e em planilhas eletrônicas.

306 Nos 8 estados selecionados, foi constatado que a ausência de sistema informatizado acarreta diversas dificuldades na operacionalização de uma central de regulação. Os principais problemas apontados podem ser visualizados na Figura 1.

**Figura 1**  
Problemas decorrentes da ausência de sistemas informatizados de regulação nas centrais de regulação.



Fonte: SECEX-MT, SECEX-RS e SECEX-SP, em outubro de 2009.

307 Quando não há sistema informatizado de regulação, normalmente são utilizadas planilhas eletrônicas, fichas de atendimentos e videofonistas. Esta é a forma que o estado do Rio Grande do Sul conduz o fluxo de informações da regulação das internações de UTI. Para a central de leitos do município de Porto Alegre/RS, a ausência de um sistema informatizado dificulta o controle da ocupação dos leitos, ficando a central dependente da informação do prestador que normalmente faz as reservas. O diretor do SAMU de Ponta Grossa/PR ressaltou a

grande dificuldade em localizar atendimentos já efetuados, bem como de coletar dados estatísticos.

308 A Tabela 21 mostra as principais dificuldades, apontadas pela pesquisa enviada às centrais, devidas à ausência de sistema informatizado.

| Dificuldade indicada  | %   |
|---|-----|
| Dificuldade em gerenciar a fila de espera                     | 46% |
| Falta de informação sobre leitos/consultas/exames disponíveis | 41% |
| Falta de informação sobre a demanda                           | 41% |
| Falta de informação para o médico regulador                   | 32% |
| Falta de informação sobre as unidades executantes             | 32% |
| Falta de informação das unidades solicitantes                 | 29% |
| Outras  | 29% |
| Não há dificuldades   | 7%  |

Fonte: pesquisa com Centrais de regulação, em outubro e novembro de 2009.

Nota: Cada central pôde marcar mais de uma opção

**Tabela 21**

Dificuldades apontadas pelas centrais de regulação devido à ausência de sistema informatizado.

309 Além dessas, três outras dificuldades podem ser citadas, com base em constatações no Estado de São Paulo: a) o acompanhamento do percurso da AIH, para fins de auditoria; b) o fornecimento de subsídios aos setores de Controle, Avaliação e Auditoria, no que se refere ao faturamento em alta e média complexidade hospitalar e à qualidade da assistência; c) o gerenciamento e acompanhamento do mapa de leitos, das autorizações e encaminhamentos, do fluxo dos pacientes e da evolução dos atendimentos e internações.

310 Sem um sistema informatizado de regulação, perde-se muito em eficiência no acompanhamento do que foi produzido em relação ao que foi programado, com objetivo de se identificar gargalos, demandas reprimidas, enfim, orientar a atualização do instrumento de planejamento. Há dificuldade de agilização dos agendamentos e autorização dos procedimentos, falta de dados sobre o perfil dos municípios e sobre vazios assistenciais.

## **6.2 Ausência de funcionalidades requeridas nos sistemas informatizados de regulação**

311 Apesar dos diversos requisitos estabelecidos, tanto o sistema desenvolvido pelo Ministério da Saúde como os sistemas dos demais entes federados não possuem algumas das funcionalidades consideradas fundamentais para a operacionalização dos complexos reguladores.

312 O Manual de Implantação de Complexos Reguladores do Ministério da Saúde define os objetivos gerais de um sistema informatizado de regulação e as funcionalidades mínimas para atingir esses objetivos e operar uma central de regulação, possibilitando ações regulatórias para consultas, exames e internações. Além disso, seu subitem 3.5, estipula que:

O sistema informatizado deve ser compatível e estar em consonância com a Política Nacional de Informação em Saúde, com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, com a Programação Pactuada e Integrada – PPI, com o Cartão Nacional de Saúde – CNS, com o Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA e com o Sistema de Informações Hospitalares - SIH, além de permitir todos os tipos de consultas e relatórios possíveis e necessários para o gerenciamento dos Complexos Reguladores.

### 6.2.1 Sistema informatizado de Regulação do Ministério da Saúde - SISREG

313 Foi constatada oportunidade de aperfeiçoamento do sistema informatizado de regulação desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), denominado SISREG, que se encontrava na versão III, são apontadas pelos gestores dos estados visitados como justificativa para que parte deles prefira buscar uma solução própria a adotar o sistema disponibilizado gratuitamente pelo Governo Federal. Com efeito, na presente auditoria, constatou-se que, das 15 funcionalidades preconizadas no Manual de Implantação de Complexos Reguladores do Ministério da Saúde, o SISREG possuía seis em pleno funcionamento, conforme demonstrado na Tabela 22. As causas para algumas funcionalidades terem sido apontadas como parcialmente existentes serão abordadas a seguir.

**Tabela 22**  
Quantitativo de funcionalidades previstas no Manual de Implantação de Complexos Reguladores do Ministério da Saúde existentes no SISREG, em outubro de 2009.

| Funcionalidades requeridas para um sistema informatizado de regulação   | Existência da funcionalidade no SISREG |
|---|--|
| Acompanhamento da execução, por prestador, das programações feitas pelo gestor (PPI)  | Sim                                    |
| Indicação do tempo de permanência nos leitos  | Sim                                    |
| Mapa de leitos com atualização dinâmica   | Sim                                    |
| Controle do fluxo dos pacientes nas unidades hospitalares   | Sim                                    |
| Importação de dados automática do Cartão Nacional de Saúde  | Sim                                    |
| Importação de dados automática do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)   | Sim                                    |
| Acompanhamento dinâmico da execução dos tetos pactuados entre as unidades e municípios, com a disponibilização dos dados da PPI | Parcial                                |
| Referenciamento, em todos os níveis de atenção, nas redes de prestadores públicos e privados                                    | Parcial                                |
| Gerenciamento da fila de espera   | Parcial                                |
| Acompanhamento da alocação de leitos de urgência e eletivos por clínica e prestador   | Parcial                                |
| Autorização e encaminhamento de pacientes com a configuração da grade de referência, indicação de prioridades e geração de AIH  | Parcial                                |
| Acesso aos protocolos clínicos de regulação   | Não                                    |
| Acesso aos protocolos operacionais de regulação   | Não                                    |
| Integração com os sistemas de produção (SIA e SIH)  | Não                                    |
| Hierarquização entre as Centrais de Regulação   | Não                                    |

Fonte: Observação direta da unidade coordenadora, bem como das SECEX-MG, SECEX-MT, SECEX-PA, SECEX-PI, SECEX-PR, SECEX-RJ, SECEX-RS e SECEX-SP, em outubro de 2009.

314 Cumpre esclarecer que o SISREG é uma ferramenta tecnológica que busca auxiliar os gestores na operacionalização dos Complexos Regulatórios da Assistência à Saúde, cujo projeto foi fundamentado na necessidade do controle das ações executadas na área da Saúde Pública (regulação, avaliação e auditoria). O

sistema foi criado com a intenção de gerenciamento de todo Complexo Regulatório, indo da rede básica à internação hospitalar.

315 O DATASUS optou por desenvolver primeiramente o módulo de regulação de consultas e exames, que operava, em outubro de 2009, em 86 centrais, alcançando mais de 800 municípios. O módulo de internações estava funcionando em apenas sete centrais de regulação, sendo que 47 municípios acessaram esse módulo em outubro de 2009, segundo listagens fornecidas pelo DRAC/SAS/MS e pelo DATASUS. A versão II do sistema, ainda adotada em cinco municípios e na SES/BA, também possui módulo de internações. Dando conta da morosidade na implementação do módulo de internações do SISREG III, os responsáveis pela regulação de Goiás informaram, em levantamento preliminar realizado naquele estado, que a cidade de Aparecida de Goiânia/GO ainda não conseguiu que esse módulo funcionasse adequadamente, apesar de se encontrar na fase piloto desde 2006.

316 A estratégia do DATASUS para expandir a utilização do módulo de internações do SISREG III resume-se em realizar a migração daqueles que ainda utilizam o SISREG II e, em seguida, atender os que solicitarem a implantação do novo sistema. Não existia, contudo, metas e cronograma estabelecido para essa expansão.

317 O SISREG apresenta algumas lacunas que se solucionadas poderiam contribuir para uma maior atratividade na sua utilização. O encarregado do setor de regulação do Estado de Goiás comentou, em entrevista, que o ponto mais importante seria automatizar a regulação de urgências, com a disponibilização da grade resolutiva, mas o SISREG ainda não oferece essa funcionalidade. O sistema também deveria informar ao encarregado da central de regulação quais os leitos disponíveis para cada paciente, apresentando as opções existentes nas diversas centrais de regulação, auxiliando-o a tomar sua decisão rapidamente e com a confiabilidade adequada. Considera-se, portanto, parcialmente existente a funcionalidade relativa ao acompanhamento da alocação de leitos de urgência e eletivos por clínica e prestador.

318 Em outubro de 2009, o SISREG tinha a capacidade de ser utilizado apenas por uma central e suas unidades solicitantes e executantes, pois não havia um módulo desenvolvido para dar ao estado a visão geral da operacionalização de todas as centrais de regulação, ou seja, no sistema inexiste a hierarquização entre as Centrais de Regulação. O próprio DATASUS sugeriu que as centrais municipais fornecessem senhas para o estado operar como uma unidade solicitante, minimizando a ausência do módulo estadual até o seu desenvolvimento. Todavia, essa solução paliativa dependente da capacidade de coordenação entre os gestores, o que pode dificultar sua consecução.

319 A ausência das citadas funcionalidades repercute no desinteresse de muitos estados e municípios pela implantação do sistema. Entre os que optaram não utilizar o SISREG estão Goiânia/GO, Cuiabá/MT, e os estados de Minas Gerais, São Paulo e Rio Grande do Sul.

320 Para um sistema desenvolvido desde 1999, as deficiências nas funcionalidades para a gestão dos complexos, principalmente na questão das internações, tanto de urgência como eletivas, são preocupantes. O município de Guarulhos/SP, embora tenha adotado esse sistema, aponta diversas deficiências no SISREG, entre as quais a ausência de relatórios gerenciais necessários à boa regulação das internações hospitalares. Dentre os relatórios requeridos, foram citados os seguintes: a) a relação de casos que determinado médico autorizou ou negou; b) quantas cirurgias foram autorizadas ou negadas; c) quantos procedimentos foram solicitados, autorizados, negados e estão ainda pendentes de atendimento; d) a situação da fila de espera. Da mesma forma, na visão dos gestores daquele município, o sistema carece de funcionalidades simples tais como o retorno para a tela de pesquisa, contendo lista de pacientes aguardando autorização, imediatamente após ter sido realizada uma autorização não está implementada. A disponibilização dessas funcionalidades auxiliaria o trabalho dos médicos reguladores.

321 Observa-se que o SISREG só emite relatório da fila de espera relativa aos últimos 30 dias. No caso de ser necessária a emissão desse relatório relativo a um período maior, o gestor permanece na expectativa do DATASUS elaborá-lo. A dependência desse Órgão para a resolução de problemas do sistema e para a incorporação de novos relatórios e funcionalidades foi outro problema apontado pelos gestores estaduais e municipais.

322 A implementação de qualquer modificação, incluindo novas consultas e relatórios, depende do DATASUS. Para diminuir essa dependência, os técnicos do Órgão mencionaram a intenção de se disponibilizar um sistema de *Business Intelligence*, onde o usuário possa fazer consultas, gerar relatórios personalizados, sem impactar o desempenho do sistema. A implantação dessas ferramentas tornaria o sistema mais atrativo para os estados e municípios.

323 Quando existe uma demanda para instalação e configuração do sistema, o DATASUS treina suas equipes sediadas nos estados, com a finalidade de elas ajudarem no suporte e na instalação do sistema. Ocorre que o tempo de resolução das demandas foi considerado insatisfatório por diversos gestores estaduais entrevistados.

324 Com relação à demora na resolução das demandas, é importante trazer as conclusões do grupo de estudo constituído pela Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul para avaliar um projeto piloto do SISREG. Dentre os pontos negativos apontados, esse estudo refere que a implantação e o suporte do sistema são realizados à distância e/ou com visitas ocasionais, não existindo uma equipe de implantação e suporte específica que permita assessoria presencial para atendimento dos pleitos estaduais e municipais.

325 Aliás, com a expansão esperada do sistema, é improvável que o DATASUS consiga dar o suporte adequado a todos os usuários. Torna-se essencial, pois, mudar a estratégia adotada pelo Órgão. Uma alternativa seria qualificar as equipes de informática das Secretarias Estaduais de Saúde, a fim de que estas

possam customizar o sistema de acordo com as necessidades regionais e dar o suporte necessário aos municípios do seu estado.

326 Em outubro de 2009, 800 municípios utilizavam o SISREG. Devido ao crescente aumento daqueles que aderiram ao sistema, ele apresentou lentidão, o que requereu um upgrade do servidor, para aumentar a capacidade do banco de dados. Segundo técnicos do DATASUS, há uma preocupação com a possível expansão para todos os municípios do Brasil, por não saber se o sistema irá conseguir dar a resposta que se impõe. Por esse motivo, é fundamental que haja um planejamento no sentido de dotar o Órgão de recursos humanos e equipamentos compatíveis com a demanda futura do sistema, para evitar possível comprometimento em seu desempenho.

327 Outro fato constatado é que o SISREG não está integrado ao Gerenciador de Informações Locais (SISTEMA GIL), sistema utilizado nos postos e unidades básicas de saúde. Essa integração tornaria possível a visualização de quais unidades possuem vaga para consulta de determinada especialidade recomendada pelo clínico geral da Atenção Básica, agilizando o fluxo de informações para a regulação proveniente da principal porta de entrada do SUS. O DATASUS também não apresentou metas e cronograma para a realização dessa integração.

328 Essa ausência de previsão de integração com a Rede Básica do Programa de Saúde da Família igualmente foi apontada no mencionado estudo da SES/RS, que elencou ainda outras lacunas que poderiam ser objeto de estudo para viabilização no SISREG: a) não possui prontuário eletrônico; b) impossibilidade de integração com a distribuição de medicamentos; c) não é configurável para inclusão de protocolos clínicos ou operacionais e não toma decisões baseadas em protocolos; d) todos os eventos regulados passam, obrigatoriamente, pela análise e autorização do médico regulador, o que demanda uma equipe muito grande para que seja possível regular todas as internações de média complexidade; e) não possui mapa de leitos automático, dependendo da informação do hospital; f) não tem previsão de lista de espera informatizada de consultas e exames padronizada por protocolos clínicos, disponibilizada na Web; g) não permite a parametrização do acompanhamento das metas dos Planos Operativos dos Hospitais Contratualizados; h) não possui a funcionalidade de APAC e AIH eletrônica, não permitindo integração com os sistemas de faturamento.

329 O estudo da SES/RS também ressaltou os pontos positivos do sistema: a) ser público e gratuito; b) ser acessado via internet, não necessitar de microcomputadores servidores nas centrais e nas unidades de saúde; c) ser de fácil operação e manuseio pelos profissionais; d) possuir um mapa de leitos eficiente, ainda que dependente das informações disponibilizadas pelo prestador de serviço; e) possuir capacidade de expansão de armazenamento de informação satisfatória; f) permitir a configuração e acompanhamento da PPI; g) estar ao alcance de todos os municípios que desejarem a sua implantação.

330 A Central de Regulação do Município do Rio de Janeiro, que utiliza o SISREG, aponta como pontos fortes a transparência, a facilidade de monitoramento

e o fato de permitir a visualização do estabelecimento de saúde a qualquer hora e em qualquer local que possua o sistema instalado.

331 Em documentos anexo ao Ofício GAB/SAS nº 285/2010, O DRAC manifestou seu entendimento de que os protocolos clínicos são orientadores do processo terapêutico e base para a construção de protocolos de regulação (ou protocolos operacionais), por determinarem a complexidade do processo assistencial envolvido em cada tipo de atendimento. Os protocolos operacionais devem determinar regras de fluxo e, conseqüentemente, o nível resolutivo e hierárquico de cada unidade assistencial, sendo sua construção essencialmente local. Assim, é possível padronizar um modelo para essa construção, porém as definições devem necessariamente estar associadas à capacidade técnica instalada e resolutiva de cada ente federado. Na opinião do gestor, o SISREG pode aprimorar mecanismos que sistematizem regras de fluxo mínimas, a exemplo de limitações de solicitação por especialidade e obrigatoriedade de provas diagnósticas, com funcionalidades customizáveis pelas centrais de regulação.

332 A atenção básica (Sistema GIL) pode ser integrada ao SISREG utilizando o sistema como instrumento para referenciar pacientes e receber a contra-referência. O gestor reconhece que essa integração seria um avanço, contudo ressalta que a mesma nunca impediu a integração da atenção básica aos processos de regulação estabelecidos. Quanto à dispensação de medicamentos, citada na proposta de recomendação, o gestor informa que não seria objeto do sistema SISREG. Apesar disso, o gestor entende que o SISREG poderia compor um contexto maior de integração de sistemas que controlem a especificidade da dispensação de medicamentos, alimentando conjuntamente um sistema de prontuário eletrônico, o que traria ganhos no controle dos fluxos assistenciais.

333 Sobre a integração do SISREG com os demais sistemas dos diversos complexos regulatórios, o gestor entende que ela precisa ser mais ampla, abrangendo a comunicação com sistemas dos estabelecimentos de saúde e de gestão. Nesse contexto, informa o gestor, a Coordenação Geral de Regulação e Avaliação coordenou uma Câmara Técnica junto à Rede Interagencial de Informações para Saúde (RIPSA), oportunidade em que foi elaborado o Manual de Requisitos de Funcionalidades, Interoperabilidade, Segurança e Auditabilidade de Sistemas de Informação para a Regulação do Acesso à Assistência em Saúde, disponível no sítio eletrônico do Ministério.

334 O DRAC esclarece que essa iniciativa permitiu definir o padrão de interoperabilidade entre os diversos sistemas envolvidos no processo de regulação assistencial e indicou a necessidade de se construir um conjunto de mensagens padronizadas para troca de informação entre os sistemas, utilizando o formato XML, cuja incumbência por essa ação foi dada ao DATASUS. Sobre a integração de sistemas, o gestor ressaltou as seguintes funcionalidades já criadas pelo SISREG e disponíveis aos seus usuários (conforme já tinha sido atestada pela equipe de auditoria na Tabela 22 do relatório preliminar de auditoria): integração com o sistema do cadastro de usuários e com o CNES, permitindo a importação de dados pelo SISREG; e geração de toda a produção do SISREG

em formato TXT, possibilitando o carregamento de dados em qualquer outro sistema de informação.

335 No que se refere à Programação Pactuada Integrada (PPI), cabe destacar que está sendo desenvolvida nova versão do sistema disponibilizado pelo Ministério da Saúde: o SISPPI. Segundo consta do sítio do Ministério da Saúde, esse sistema tem o objetivo de registrar as pactuações, constituindo como uma ferramenta de formalização das discussões intergestores e otimizadora do processo executado nas unidades federadas. De uso opcional para os entes federados, devido à autonomia dos sistemas estaduais e municipais na definição dos instrumentos de programação dos recursos de custeio da assistência, o SISPPI contém os módulos de regionalização, federal, estadual e municipal.

336 A versão anterior do sistema, ainda com base na Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/SUS nº 1/2001, foi desenvolvida na linguagem “Visual Basic”, na arquitetura “cliente-servidor”, para auxiliar no registro dos dados da programação assistencial realizados pelos estados e municípios, visando a um melhor acompanhamento do processo pelos gestores. Esta arquitetura obrigava cada secretaria municipal a instalar o programa em seus microcomputadores, a baixar os bancos de dados, a preencher cada um deles e a reenviar os dados.

337 A nova versão do SISPPI, elaborada com base no Pacto pela Saúde de 2006, também não está sendo desenvolvida via web, tal qual o SISREG, o que impossibilita o acesso pelos estados e municípios sem a necessidade de se instalar um programa no microcomputador local. Questionados a respeito, os técnicos do Ministério da Saúde alegaram que as condições do acesso a internet na maioria dos municípios não comportaria o grande volume de dados a ser transmitido, acarretando perda de informação e lentidão no processamento. Esse problema não existiria no SISREG, pois o volume de informações enviadas é bem menor.

338 O DATASUS informou que a alimentação dos dados da PPI no SISREG, mesmo que os dados sejam provenientes do novo SISPPI, não será automática. O SISREG tem uma tela que permite seja lançado, manualmente, o quantitativo físico do que está previsto na PPI, de todos os procedimentos que o ente vai regular. Quaisquer alterações da PPI deverão ser alimentadas posteriormente no SISREG, que só monitora o quantitativo físico. Quanto às PPI interestaduais, o SISREG não tem uma ferramenta que acompanhe os acordos já existentes em estados como Mato Grosso e Rondônia, Pará e Amapá, Pará e Tocantins.

339 A ausência de integração entre os dois sistemas oferecidos pelo MS - o SISPPI e o SISREG - não é um impedimento ao processo de regulação, todavia, a integração seria um facilitador. A estimativa do DATASUS é de que, até o final de 2010, o SISPPI tenha o módulo da definição físico e financeira por estabelecimento de saúde, cujos dados são imprescindíveis para alimentar o SISREG (número de internações programadas e valor médio das internações). A integração entre esses sistemas somente seria possível após o desenvolvimento do módulo “Programação dos Estabelecimentos de Saúde” no SISPPI, quando se conseguiria a compatibilidade das plataformas

340 Ao comentar o relatório de auditoria, o DRAC mencionou que o SISREG já trabalha com a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) eletrônica, estando a Autorização de Procedimentos de Alto Custo (APAC) e a integração com o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) em fase de desenvolvimento e homologação. Por sua vez, a integração com o Sistema de Informação Hospitalar (SIH) ainda precisa ter a regra de negócio definida para iniciar seu desenvolvimento.

### 6.2.2 Sistemas informatizados desenvolvidos por estados e municípios

341 Mesmo com a iniciativa dos entes federados de desenvolver sua própria solução de sistema informatizado de regulação, foi verificado que eles apresentam lacunas no que se refere às funcionalidades disponibilizadas aos usuários. Foram analisados os sistemas informatizados de regulação de internações dos estados de Minas Gerais, Paraná e São Paulo, e das cidades de Belo Horizonte/MG, Cuiabá/MT, Belém/PA, Teresina/PI, Curitiba/PR e Rio de Janeiro/RJ. Examinou-se o atendimento aos requisitos estabelecidos no Manual de Implantação dos Complexos Reguladores. A Tabela 23 contém as funcionalidades examinadas e os respectivos resultados encontrados.

**Tabela 23**  
Número de sistemas informatizados desenvolvidos pelos entes federados auditados que possuíam as funcionalidades previstas no Manual de Implantação de Complexos Reguladores do Ministério da Saúde, em outubro de 2009.

| Funcionalidades requeridas para um sistema informatizado de regulação  | Quantidade de sistemas com a funcionalidade em relação ao total pesquisado |
|--|--|
| Indicação do tempo de permanência nos leitos   | 6/9  |
| Mapa de leitos com atualização dinâmica  | 6/9  |
| Autorização e encaminhamento de pacientes com a configuração da grade de referência, indicação de prioridades e geração de AIH's | 6/9  |
| Controle do fluxo dos pacientes nas unidades hospitalares  | 6/9  |
| Referenciamento, em todos os níveis de atenção, nas redes de prestadores públicos e privados                                     | 5/9  |
| Acompanhamento da alocação de leitos de urgência e eletivos por clínica e prestador  | 5/9  |
| Integração com os sistemas de produção (SIA e SIH)   | 5/9  |
| Gerenciamento da fila de espera  | 3/9  |
| Acesso aos protocolos clínicos de regulação  | 3/9  |
| Acesso aos protocolos operacionais de regulação  | 3/9  |
| Acompanhamento dinâmico da execução dos tetos pactuados entre as unidades e municípios, com a disponibilização dos dados da PPI  | 2/9  |
| Importação de dados automática (sem intervenção humana) do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde                        | 2/9  |
| Acompanhamento da execução, por prestador, das programações feitas pelo gestor (PPI)   | 1/9  |
| Importação de dados automática (sem intervenção humana) do Cartão Nacional de Saúde  | 1/9  |
| Hierarquização entre as Centrais de Regulação  | 1/9  |

Fonte: SECEX-MG, SECEX-MT, SECEX-PA, SECEX-PI, SECEX-PR, SECEX-RJ, SECEX-RS e SECEX-SP.

342 Percebe-se que as funcionalidades que tratam especificamente da operacionalização da regulação de internações são encontradas na maioria dos sistemas analisados, ao passo que as que se referem à integração com a PPI, o Cartão Nacional de Saúde, o CNES, os sistemas de produção do Ministério da Saúde, à disponibilização de protocolos de regulação no próprio sistema e à hierarquização

entre as centrais de regulação foram pouco contempladas na amostra considerada, o que reflete o baixo grau de aderência às diretrizes estabelecidas no manual de implantação dos complexos reguladores.

343 Outra constatação é de que cada uma das funcionalidades listadas na Tabela 23 é encontrada em pelo menos um sistema, o que indica sua utilidade e corrobora a importância da adoção de todas elas nos demais.

344 O REGNET, sistema de controle de leitos do Estado de São Paulo, utilizado por 81 hospitais do interior sob gestão estadual, apresenta uma grave deficiência: não permite que o regulador faça a gestão dos leitos. Seria fundamental que o sistema apresentasse a listagem dos estabelecimentos de saúde que possuem o serviço solicitado mais próximo da casa do paciente, a fim de que o regulador pudesse decidir com rapidez qual a melhor alternativa para cada caso. O sistema era tão somente utilizado para controle dos pacientes que se encontravam na porta do hospital para internação eletiva ou de urgência, sendo disponibilizados apenas os leitos contratualizados. As informações da PPI não alimentavam o REGNET.

345 O sistema do município de Cuiabá fica comprometido pela falta de confiabilidade dos dados informados pelos prestadores, principalmente no que se refere ao mapa de leitos, e pela não disponibilização das seguintes funcionalidades: a) acompanhamento dinâmico da execução dos tetos pactuados entre as unidades e municípios, com a disponibilização dos dados da PPI; b) o referenciamento de pacientes, em todos os níveis de atenção, nas redes de prestadores públicos e privados; c) o acesso aos protocolos clínicos e operacionais de regulação.

346 Em Belém/PA, o sistema adotado para regulação de internações denomina-se NET-TERM. Por ocasião da visita da equipe de auditoria, porém, a regulação estava sendo feita manualmente, segundo os responsáveis, devido a problemas com o servidor. Isso demonstra a fragilidade da infraestrutura disponibilizada para regulação, o que, além de transtornos aos usuários, pode vir a acarretar inconsistências nos dados por eles serem inseridos extemporaneamente. Além disso, há forte dependência do uso do telefone com necessidade de o hospital ligar para pedir o número de autorização.

347 Como consequência da ausência das funcionalidades descritas no manual, sucedem problemas semelhantes aos decorrentes à inexistência de sistema informatizado, conforme analisado anteriormente. Cabe elencar os seguintes: a) erros de digitação, bem como de entendimento das informações manuscritas que são transmitidas por fax; b) impossibilidade de se efetuar o resgate do percurso da AIH e o cruzamento dos dados regulados com o autorizado, e com o produzido; c) não realização do cálculo do físico e do financeiro conjuntamente; d) inexistência da conferência dos dados do cartão SUS e do CNES; e) falta de agilidade da regulação no atendimento das demandas por serviços de saúde e deficiências no controle das demandas da regulação.

348 Na Tabela 25 do Apêndice B são listadas as forma como as 68 centrais que responderam a pesquisa gerenciam as informações correspondentes às funciona-

lidades descritas no manual. A mais gerenciada dentro do sistema de informação foi “Referenciamento, em todos os níveis de atenção, das redes de prestadores públicos e privados”, com 56% das centrais. Já a funcionalidade “Tempo de permanência nos leitos” é a menos gerenciada no sistema (apenas 19%).

349 Analisando-se os dados da Tabela 25, verifica-se que a maioria das centrais, de forma informatizada ou não, busca gerenciar as informações necessárias para sua operacionalização, com destaque para o Referenciamento (90%) e para a fila de espera (79%). Em contrapartida, pode-se inferir que os sistemas de regulação necessitam ser aperfeiçoados, tendo em vista que, segundo percepção dos entrevistados, atendem às necessidades das centrais em 18% e 22% dos casos, respectivamente (referenciamento e fila de espera).

350 O sistema de regulação da prefeitura de Cuiabá/MT emite relatórios gerenciais, bem como gera informações imprescindíveis para o processo de controle, avaliação e auditoria da atividade regulatória do município. Será implantada a funcionalidade que mostrará ao paciente, quando este deixar o hospital, o custo de seu tratamento para os cofres públicos, e possibilitará que este responda uma pesquisa de satisfação.

351 Como boas práticas, citam-se os pontos positivos encontrados nos diversos sistemas. O Estado de Minas Gerais implantou o SUSFÁCIL, que foi o sistema mais bem avaliado dentre os nove analisados, apresentando 10 das 15 funcionalidades constantes da Tabela 23. O sistema é acessado via web pelas 13 centrais macrorregionais, pelas secretarias municipais e unidades de saúde, tendo implantado de forma integral a regulação de internações no estado. A principal vantagem desse sistema em relação aos demais foi a quantidade de informações gerenciais e os relatórios disponíveis para o gestor estadual, que consegue parametrizá-lo segundo suas necessidades.

### **6.3 Deficiências de integração entre os sistemas das centrais de regulação**

352 Mediante entrevistas com os encarregados das centrais e dos setores de regulação das secretarias de saúde dos oito estados auditados, aliadas à pesquisa realizada com centrais de regulação de todo o Brasil, constatou-se que, apesar da exigência de integração dos processos de trabalho que compõem a regulação, os sistemas informatizados instalados nos entes auditados não funcionam de forma integrada, impossibilitando a troca automatizada de informações entre as diversas centrais de regulação.

353 A Portaria GM/MS 1.559/2008, que institui a Política Nacional de Regulação do SUS, estabelece que:

Art 6º - Os processos de trabalho que compõem a Regulação do Acesso à Assistência serão aprimorados ou implantados **de forma integrada**, em todas as esferas de gestão do SUS, de acordo com as competências de cada esfera de governo. (grifo nosso)

[...]

§2º As informações geradas pela área técnica da regulação do acesso servirão de base para o processamento da produção, sendo condicionantes para o faturamento, de acordo com normatização específica da União, dos Estados e dos Municípios.

354 A integração e a conseqüente troca de informações entre as centrais de regulação são fundamentais para o bom desempenho do processo regulatório. O gestor estadual necessita saber quais leitos estão disponíveis nas diversas centrais municipais de forma rápida e precisa, para melhor direcionar as demandas que chegam das demais centrais. A comunicação via fax/telefone apresenta as desvantagens da necessidade da disponibilidade de linha e de operador que forneça as informações quando estas são necessárias. Por isso, a integração dos sistemas informatizados surge como uma necessidade para possibilitar ao complexo regulador todas as informações de que ele necessita para bem desempenhar suas funções.

355 No Estado de São Paulo, os sistemas utilizados pelo gestor estadual, o REGNET e o SIGA, não se comunicam com o SISREG III, em uso no Município de Guarulhos. Além disso, não há nenhum plano visando à realização da integração do REGNET com os demais sistemas. Já o município de São Paulo pretende promover a integração dos sistemas de informações em saúde através do SIGA Saúde, tendo como base o Cartão SUS.

356 Cuiabá/MT não disponibiliza acesso ao seu sistema de informação às demais centrais de regulação existentes no estado, que somente conseguem as informações via telefone e pela troca de ofícios entre as Secretarias de Saúde. As informações são encaminhadas esporadicamente aos municípios do interior do estado.

357 No Paraná, os eventuais contatos da regulação e solicitações entre as esferas municipal e estadual são feitos por meio telefônico, não havendo planos para modificar esta situação. A situação é a mesma nos estados do Pará e Rio de Janeiro.

358 No estado de Minas Gerais, a central estadual não consegue ter acesso, via sistemas, aos leitos disponibilizados pela central do município de Belo Horizonte/MG, encontrando-se a integração incipiente.

359 Outro aspecto da troca de informações é a possibilidade de comunicação imediata entre as centrais de regulação com as unidades solicitantes e executantes. Dos nove sistemas pesquisados, seis permitem o acesso direto pelas unidades solicitantes, excluindo o do município de Cuiabá, onde essa integração existe somente para urgência e emergência. No caso das unidades executantes, 60% dos sistemas permitem o acesso direto pelas instituições conectadas a eles. De modo a assegurar a atuação oportuna da central de regulação, as solicitações das unidades precisam ser processadas de forma ágil, o que afasta a participação de intermediários, assim como a ocupação e a liberação de leitos deve ser informada com exatidão.

360 Dentre as causas para a falta de integração dos diversos sistemas das centrais de regulação, está a falta de planejamento. Embora o processo de regulação

esteja sendo instrumentalizado por sistemas de informação diferentes, elaborados pelas esferas federais, estaduais e municipais, os quais precisam conversar entre si, ainda não foram definidos os padrões de informação que devem ser utilizados com objetivo de permitir a efetiva integração dos sistemas.

361 A pesquisa aponta que apenas 4% das centrais respondentes possuem projeto completo de integração de sistemas de informação com outras centrais. Esse fato demonstra a pouca importância dada pelos gestores ao assunto.

362 Em decorrência da falta de integração, os sistemas tornam-se “ilhas”, cujas informações restringem-se à utilização pela própria secretaria de saúde. Os estados e o Ministério da Saúde ficam alheios a dados indispensáveis para o planejamento, monitoramento e avaliação das políticas de saúde. As informações produzidas pelos sistemas de regulação acabam não servindo de base para o processamento da produção, nem condicionantes para o faturamento, conforme determina a Política Nacional de Regulação.

363 Além disso, há dificuldade na visualização dos leitos disponíveis em cada uma das centrais. Isso obriga a realização de contatos por telefone ou e-mail para proceder às internações hospitalares, ensejando a demora no atendimento dos usuários SUS quando há necessidade de ocupar algum leito hospitalar sob a gestão de outro ente federado.

#### **6.4 Problemas de confiabilidade dos dados do cadastro de usuários do Cartão Nacional de Saúde**

364 Conquanto a confiabilidade dos dados do cadastro de usuários do Cartão Nacional de Saúde (Cartão SUS) seja imprescindível para correta identificação da origem dos pacientes e, por conseguinte, orientar o processo de regulação, na presente auditoria, constatou-se problemas que afetam essa confiabilidade, como a multiplicidade de cartões para um mesmo usuário, o que ainda é um entrave para a regulação.

365 De acordo com o sítio do Ministério da Saúde, o Cartão SUS foi criado com o objetivo de possibilitar “a vinculação dos procedimentos executados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) ao usuário, ao profissional que os realizou e também à unidade de saúde onde foram realizados”. Desta forma, seriam elaborados cadastros de usuários, de profissionais de saúde e de unidades de saúde, a partir dos quais, os usuários do SUS e os profissionais de saúde receberiam um número nacional de identificação (BRASIL, 2009).

366 A publicação da Portaria GM/MS nº 123, de 12 de fevereiro de 1999, deu início à concorrência internacional nº 001/1999, visando à contratação da solução de informática para o projeto. A tentativa inicial de implantação abrangeu 44 municípios, a maioria localizada na região metropolitana de Curitiba/PR. Segundo entrevistas realizadas com os técnicos do DATASUS, por ocasião do Levantamento do TMS Saúde (TC 002.088/2009-2), problemas de infraestrutura de telecomunicações e de redes, o amplo escopo, a falta de planejamento das

ações, a dificuldade de se manipular um grande número de dados e a falta de recursos humanos capacitados para operar o sistema nos municípios determinaram o fracasso do projeto piloto.

367 Conforme já descrito no referido levantamento, o projeto perdeu a maioria de seus objetivos iniciais. O escopo inicial do projeto, conforme definido na Portaria GM/MS nº 1.560/2002, abrangia a vinculação, pelo cartão, do paciente ao profissional de saúde, ao estabelecimento onde foi atendido, ao diagnóstico constatado, aos medicamentos prescritos, possibilitando o armazenamento e o acesso de todo o histórico do paciente em qualquer unidade de saúde pertencente ou conveniada ao SUS.

368 A partir de 2003, esse projeto foi sendo desativado e as atividades referentes ao Cartão SUS resumiram-se à rescisão do contrato com as empresas vencedoras da licitação, à transferência de tecnologia e ao desenvolvimento de soluções em software livre para o cadastro (CADWEB). Em 2009, o DATASUS preocupava-se em realizar a limpeza do cadastro de usuários do SUS e em definir os novos rumos do projeto.

369 Acerca da identificação dos usuários do SUS e do acompanhamento contínuo dos atendimentos de saúde a eles prestados, a Portaria GM/MS nº 1.560/2002 assim estabelece:

Art. 2º. O Cartão Nacional de Saúde permitirá a identificação dos usuários das ações e serviços de saúde perante o SUS, sendo de uso pessoal e intransferível, de acesso universal e gratuito.

Art. 3º. O Sistema Cartão Nacional de Saúde, de validade nacional e base de vinculação territorial fundada no domicílio residencial do seu titular, é coordenado pelo Ministério da Saúde e permite o cadastramento dos usuários e profissionais de saúde e o acompanhamento contínuo dos atendimentos de saúde prestados à população.

370 O Relatório da SECEX-SP (TC 015.209/2009-7) dá conta do número excessivo de cartões e sua multiplicidade para um mesmo usuário, não deixando dúvidas quanto à inconsistência dos dados armazenados naquele cadastro:

No curso dos trabalhos, foi-nos reportada a possibilidade de multiplicidade de emissão de cartões nacionais de saúde para um mesmo usuário. Tanto é assim que no Município de São Paulo, onde vivem 11 milhões de habitantes, há 14 milhões de cartões nacionais de saúde cadastrados, demonstrando falha que tem como um dos vetores o acolhimento de usuários procedentes de outros municípios do país, o que afeta o teto financeiro do município.

371 Segundo técnicos do DATASUS, diante da multiplicidade de portas de entrada do sistema, é comum ser gerado novo cartão provisório sempre que o usuário do SUS precisa de atendimento. Na emissão do cartão provisório, porém, como o sistema não tem condições de conferir se o usuário já está cadastrado, isso facilita a multiplicidade de cartões para um mesmo usuário. Fato agravado

com a demora na emissão do cartão definitivo, o que, na maioria das vezes, impossibilitava a substituição do cartão provisório pelo definitivo, face à falta de localização do usuário do SUS.

372 Em 2009, conforme já mencionado, o DATASUS estava fazendo a limpeza da base de dados do Cartão SUS, ou seja, unindo por vínculos todas as ações feitas pelo mesmo usuário do SUS com diferentes cartões provisórios ou definitivos. A pretensão desse Órgão para acabar com a duplicidade de cartões consiste em três pontos: a) gerar um número automático (não atrelado a qualquer outro número); b) porta única (hoje o SISREG registra o cadastro provisório, que não gera o cartão definitivo); c) fortalecer o cartão, atribuindo vantagens ao seu usuário, por exemplo, na aquisição de medicamentos na Farmácia Popular.

373 Conforme referido anteriormente, a implantação do Cartão SUS permitiria a criação de uma câmara automática de compensação nacional, resolvendo grande parte dos problemas existentes com a PPI e com o financiamento dos procedimentos dos municípios e estados com recursos federais. Por conseguinte, é necessário que o Ministério da saúde apresente metas e cronograma para a retomada do projeto, o que ainda não foi realizado.

## **6.5 Determinações e recomendações**

374 Considerando a necessidade de que o órgão coordenador da política de regulação desenvolva e disponibilize ferramenta para a gestão dos complexos reguladores, englobando todas as funcionalidades importantes para a melhoria do fluxo de informação, cabe recomendar à Secretaria de Atenção à Saúde que, em conjunto com o Departamento de Informática do SUS (DATASUS), adote as seguintes providências:

- a) Incorpore ao SISREG III as seguintes funcionalidades, a fim de que possa atender às necessidades de gestão da regulação assistencial, tornando-se um sistema atraente para os estados e municípios: i) criação e parametrização de consultas e relatórios gerenciais pelo próprio usuário; ii) acesso à grade resolutiva e aos leitos disponíveis nas demais centrais no mesmo estado ou em outro estado quando houver PPI interestadual; iii) disponibilização de mecanismos que sistematizem regras de fluxo mínimas, com funcionalidades customizáveis pelas centrais de regulação; iv) emissão de relatórios gerenciais que possibilitem às centrais de regulação total informação a respeito das demandas e disponibilidade de leitos, autorizações, filas de espera, agendamentos, atendimentos e altas de pacientes ocorridos no âmbito de suas unidades executantes; v) integração aos sistemas de faturamento do SUS e adoção das Autorizações de Procedimentos de Alto Custo (APAC) e Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) eletrônicas; vi) integração com a atenção básica (sistema GIL); vii) integração com a nova versão do SISPPi, a fim de que as informações produzidas pela PPI alimentem o sistema de

- regulação e vice-versa, de forma automática, tornando a adoção dos dois sistemas atrativa para os diversos entes federados;
- b) Elabore plano estabelecendo metas, responsabilidades e cronograma para integrar o SISREG III com os demais sistemas dos diversos complexos regulatórios desenvolvidos pelos estados e municípios, possibilitando que as centrais de regulação tenham acesso às informações disponibilizadas pelas outras centrais do mesmo estado de forma automática, por meio de sistema informatizado, sem a necessidade de se recorrer a outros meios para tal;
  - c) Promova ações de treinamento das equipes de informática das SES, a fim de que as mesmas tenham condições de dar suporte técnico, no que se refere à implantação e operacionalização do SISREG III, às demandas dos complexos reguladores estaduais e municipais.

375 Além disso, tendo em vista a importância que a implantação do projeto do Cartão Nacional de Saúde possui para a regulação do SUS e a fim de contribuir para a remoção das inconsistências no cadastro do sistema, cabe determinar à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde que apresente ao Tribunal, no prazo de 90 dias, plano contendo metas e cronograma para a implantação do Cartão Nacional de Saúde em todas as unidades de saúde pertencentes ou conveniadas ao Sistema Único de Saúde, a fim de cumprir o estabelecido nos artigos 2º e 3º da Portaria GM/MS nº 1.560/2002.

## 7 COMENTÁRIOS DO GESTOR

376 Nos termos do item 6.5 do Capítulo VI do Manual de Auditoria de Natureza Operacional, aprovado pela Portaria TCU nº 144/2000, a versão preliminar do relatório de auditoria operacional realizado na Política de Regulação Assistencial do SUS foi remetido à Secretaria de Atenção à Saúde, por meio do Ofício Seprog nº 01/2010, de 12/01/2010, com a finalidade de se obter os comentários pertinentes sobre as questões analisadas por este Tribunal.

377 A resposta à comunicação do TCU foi encaminhada por meio do Ofício GAB/SAS nº 285, de 08/02/2010, cujos pronunciamentos a respeito do relatório estão em documento anexo produzido pelo Departamento de Regulação, Avaliação e Controle (DRAC).

378 Considera-se que os comentários e esclarecimentos enviados pelo gestor foram pertinentes e possibilitaram o aperfeiçoamento de análises e elementos textuais do relatório final da auditoria operacional, bem como a adequação das determinações e recomendações propostas.

379 A presente auditoria operacional foi realizada sob a sistemática de Fiscalização de Orientação Centralizada, na modalidade de relatórios individualizados. Nessa modalidade, as unidades executoras emitiram seus relatórios e expediram determinações/recomendações relativamente aos gestores locais. Neste relatório de consolidação encontram-se agrupadas as situações presenciadas nos oito estados visitados e as constatações das pesquisas eletrônicas realizadas com as secretarias municipais de saúde e com as centrais de regulação. Ao final, são apresentadas propostas de determinações/recomendações a serem encaminhadas ao órgão formulador da política, notadamente o Ministério da Saúde.

380 O relatório consolidado possibilitou adquirir visão sistêmica da regulação assistencial do SUS a partir de quatro instrumentos de caráter estruturante investigados pela auditoria: a Programação Pactuada Integrada (PPI); a contratação dos serviços de saúde; os complexos reguladores; e os sistemas de informação.

381 Merece destaque o fato de que a PPI não está consolidada como instrumento norteador da regulação assistencial em virtude da ausência de atualização física e financeira pela maioria das secretarias de saúde visitadas, deficiências no seu monitoramento e desvinculação de uso pelos complexos reguladores. Embora a Portaria GM/MS nº 1.097/2006 obrigue que se realize a programação a cada mudança de gestão estadual, em cinco das oito secretarias estaduais de saúde auditadas os instrumentos vigentes tinham sido elaborados nas gestões anteriores ou sequer existia o processo de PPI implementado. Se os dados do que está acontecendo na prática não são analisados e comparados com a programação, não é possível saber se a programação é adequada ou se precisa ser ajustada. Em decorrência disso, ao longo do tempo a PPI vai se distanciando da realidade, do dia a dia da regulação, denotando a fragilidade desse processo na programação assistencial e na pactuação intergestores.

382 Outra grave situação apontada nos relatórios setoriais diz respeito à proporção de prestadores de serviços sem instrumento contratual formalizado, que alcançou 31% na amostra auditada (25 estabelecimentos de 80 pesquisados em oito estados). Somente esses estabelecimentos produziram, no ano de 2008, um montante de aproximadamente R\$ 90 milhões. O Pacto pela Saúde estabeleceu a meta de contratualização de todos os prestadores de serviço no prazo de um ano. No entanto, mais de três anos se passaram e ainda permanece a informalidade na prestação de serviços de saúde ao SUS. Além disso, 38% dos contratos firmados não apresentavam clareza e precisão no seu objeto e 76% continham divergências com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

383 O relatório evidencia ainda que o processo de regulação assistencial do SUS tem sua eficiência comprometida em virtude de: precária integração

na gestão dos complexos reguladores; não compartilhamento de informações quanto à disponibilidade de leitos; ausência de grade resolutive que oriente as internações hospitalares; desconhecimento do processo de Tratamento Fora de Domicílio (TFD); insuficiente divulgação da política de regulação assistencial do SUS tanto para os usuários quanto para os profissionais de saúde; e indisponibilidade ou disponibilidade parcial de funcionalidades requeridas nos sistemas informatizados de regulação.

384 A partir dessa leitura, comprovaram-se oportunidades de aperfeiçoamento na regulação assistencial do SUS, para as quais o relatório propõe medidas saneadoras ou indutoras. Como benefícios esperados da adoção dessas medidas pelos gestores responsáveis, destacam-se: a) a expectativa de que a PPI passe a ser, de fato, um instrumento que contribua para a regulação da produção e dos fluxos assistenciais, deixando de ter uma visão puramente de mecanismo de gestão de recursos; b) garantir o cumprimento dos pactos e o controle sobre os prestadores de serviços de saúde no que tange à contratualização das relações entre gestores públicos e provedores desses serviços; c) reverter a situação de isolamento entre o funcionamento das centrais de regulação e o processo de PPI; d) ampliar o nível de informatização dos complexos reguladores e adequar o tratamento e a troca de informação entre as centrais de regulação, profissionais de saúde e usuários do SUS sobre a forma organizativa de encaminhamento de pacientes e regulação dos fluxos assistenciais.

385 Diante do exposto, submetem-se os autos à consideração superior, para que seja encaminhado ao Gabinete do Ministro Relator José Jorge, com as propostas que se seguem:

- I. Determinar à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, com o com fulcro no art. 250, inciso II, do Regimento Interno do TCU, que apresente ao Tribunal, no prazo de 90 dias, um plano contendo metas e cronograma para a implantação definitiva do Cartão Nacional de Saúde em todas as unidades de saúde pertencentes ou conveniadas ao Sistema Único de Saúde, a fim de cumprir o estabelecido nos artigos 2º e 3º da Portaria GM/MS nº 1.560/2002.
- II. Recomendar à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, nos termos da competência que lhe é atribuída pelo Art. 9º do Decreto nº 5.974/2006, que crie mecanismos para fomentar o avanço dos entes federados na instalação e funcionamento dos Colegiados de Gestão Regional de modo a se constituir num espaço permanente de decisão e pactuação de soluções para organização de uma rede regional de ações de atenção à saúde, bem como solucionar os conflitos ocorridos entre os entes federativos, a exemplo do decorrente da falta de cumprimento dos Termos de Compromisso para Garantia de Acesso.
- III. Determinar à Secretaria de Atenção à Saúde, com fulcro no art. 250, inciso II, do Regimento Interno do TCU, a adoção das seguintes medidas:
  - a) Na condição de facilitadora da implantação da política de regulação assistencial do SUS, dê o apoio técnico necessário para que a Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Maranhão implemente o processo de PPI naquela unidade da federação, e, tão logo seja finalizado, adote providências no sentido de identificar os fluxos assistenciais consolidados entre aquele estado e o Estado do Piauí, a fim de que seja realizada a programação pactuada integrada interestadual, com a participação dos estados e municípios envolvidos, com aprovação nas respectivas Comissões Intergestores Bipartite, nos termos do que dispõe os artigos 5º, §1, e 7º da Portaria GM/MS nº 1.097/2006;
  - b) Defina, em conjunto com o Departamento Nacional de Auditoria do SUS, estratégia de fiscalização para verificar a regularidade na formalização dos contratos com os prestadores de serviços de saúde ao SUS, bem como a conformidade de seu objeto com os dados lançados no CNES, fixando prazo para

que os gestores estaduais e municipais regularizem a contratação, sob pena de interrupção do repasse de recursos federais proporcional à produção dos estabelecimentos de saúde que permaneçam sem instrumentos contratuais, nos termos do art. 60, parágrafo único, da Lei nº 8.666/1993, quanto promovam a regularização dos dados do CNES, sob pena de suspensão dos repasses fundo a fundo, nos termos do art. 7º, inciso III, alínea “b”, da Portaria do MS/GM nº 699/2006.

- IV. Recomendar à Secretaria de Atenção a Saúde, com fulcro no art. 250, inciso III, do Regimento Interno do TCU, a adoção das seguintes medidas:
- a) Crie mecanismos para fomentar o avanço dos entes federados em relação aos seguintes pontos: i) elaboração, atualização e monitoramento da PPI na forma e periodicidade preconizadas pelo Ministério da Saúde; ii) publicação da PPI vigente com as memórias de cálculo dos pactos municipais realizados, com explicitação das metas físicas e financeiras, tanto no caso remanejamento de recursos como incremento de recursos novos, de modo a dar transparência ao fluxo estabelecido e aos pactos firmados entre os gestores, nos termos do art. 1º, parágrafo único, da Portaria GM/MS nº 1.097/2006;
  - b) Expeça orientações técnicas para auxiliar os estados e municípios na elaboração do estudo da necessidade de serviços, o qual deve subsidiar a elaboração da PPI e a contratação dos prestadores de serviços, estabelecendo parâmetros atualizados de cobertura assistencial no âmbito do SUS, assim como sejam adotadas outras medidas no sentido de qualificar o planejamento da contratação dos prestadores de serviços.
  - c) Fixe o termo final para aplicação dos recursos repassados para implantação de complexos reguladores, destinados a estados e municípios por meio da Portaria SAS/MS nº 494/2006 e da Portaria GM/MS nº 1.571/2007, bem como respectivas portarias específicas de qualificação, determinando que, ao término do prazo fixado, seja providenciada a devolução dos recursos federais, devidamente atualizados, aos cofres do Fundo Nacional de Saúde, no caso de sua não aplicação ou do descumprimento dos compromissos assumidos, conforme projeto aprovado na Comissão Intergestores Bipartite e homologado pelo Ministério da Saúde;
  - d) Estabeleça a obrigatoriedade de os estados, em conjunto com os seus municípios, elaborarem a grade resolutiva dos estabelecimentos hospitalares neles situados, a qual contenha informações sobre a capacidade de atendimento, de urgência e/ou eletivo, por nível de complexidade, abordando o quantitativo de internações destinadas a cada estabelecimento de saúde e o fluxo de referência e contra-referência entre as unidades que compõem a região de saúde;

- e) Proceda à referenciação de protocolos assistenciais operacionais que sirvam de modelo para estados e municípios regularem o fluxo de encaminhamento de pacientes entre os níveis de complexidade, aplicando-os de acordo com a capacidade técnica instalada, a resolatividade das unidades de saúde e as referências intermunicipais e interestaduais, disponibilizando esses documentos na página do Ministério da Saúde na internet, de modo a possibilitar sua consulta por quaisquer interessados;
  - f) Proceda à regulamentação e divulgação dos procedimentos necessários para os deslocamentos intermunicipais e interestaduais de pacientes para o Tratamento Fora de Domicílio (TFD), com o estabelecimento de competências e responsabilidades de cada esfera de governo;
  - g) Defina regras mínimas operacionais para mitigar os conflitos de gestão entre os entes federados enquanto não adotado o comando único sobre a totalidade dos prestadores de serviços do SUS localizados nos territórios municipais, entre as quais, para o compartilhamento de informações geradas pelas áreas técnicas de regulação de acesso das três esferas de gestão, a fim de que funcionem plenamente integradas, com o estabelecimento de fluxo único de acesso aos serviços de saúde situados nos municípios;
  - h) Concentre toda a informação relativa à Política Nacional de Regulação do SUS em um link específico, acessível diretamente na página inicial do Ministério da Saúde na internet, onde sejam inseridas informações dirigidas aos usuários do SUS, aos médicos reguladores, operadores de centrais, profissionais de saúde em geral e gestores do sistema, e cujo conteúdo contemple a orientação sobre os fluxos de atendimento do SUS, a normatização da regulação em saúde, os protocolos assistenciais e os manuais para tratamento fora do domicílio;
  - i) Institua sistemática de monitoramento de modo a identificar onde e os motivos que estão contribuindo para a recorrência da demanda espontânea, adotando medidas saneadoras para mitigar os riscos advindos dessa situação.
- V. Recomendar à Secretaria de Atenção a Saúde, em conjunto com o Departamento de Informática do SUS, com o com fulcro no art. 250, inciso III, do Regimento Interno do TCU, a adoção das seguintes medidas:
- a) Desenvolva ferramenta no SISPPI capaz de facilitar o monitoramento dos diversos aspectos dos pactos firmados entre os gestores, estabelecidos pelo Manual de Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde;
  - b) Incorpore ao SISREG III as seguintes funcionalidades, a fim de que possa atender às necessidades de gestão da regulação assistencial, tornando-se um sistema atraente para os estados e municípios:
    - i) criação e parametrização de consultas e relatórios gerenciais pelo próprio usuário; ii) acesso à grade resolutiva e aos leitos disponíveis nas demais centrais no mesmo estado ou em outro

- estado quando houver PPI interestadual; iii) disponibilização de mecanismos que sistematizem regras de fluxo mínimas, com funcionalidades customizáveis pelas centrais de regulação; iv) emissão de relatórios gerenciais que possibilitem às centrais de regulação total informação a respeito das demandas e disponibilidade de leitos, autorizações, filas de espera, agendamentos, atendimentos e altas de pacientes ocorridos no âmbito de suas unidades executantes; v) integração aos sistemas de faturamento do SUS e adoção das Autorizações de Procedimentos de Alto Custo (APAC) e Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) eletrônicas; vi) integração com a atenção básica (sistema GIL); vii) integração com a nova versão do SISPPI, a fim de que as informações produzidas pela PPI alimentem o sistema de regulação e vice-versa, de forma automática, tornando a adoção dos dois sistemas atrativa para os diversos entes federados;
- c) Elabore plano estabelecendo metas, responsabilidades e cronograma para integrar o SISREG III com os demais sistemas dos diversos complexos regulatórios desenvolvidos pelos estados e municípios, possibilitando que as centrais de regulação tenham acesso às informações disponibilizadas pelas outras centrais do mesmo estado de forma automática, por meio de sistema informatizado, sem a necessidade de se recorrer a outros meios para tal;
  - d) Promova ações de treinamento das equipes de informática das secretarias estaduais de saúde, a fim de que as mesmas tenham condições de dar suporte técnico, no que se refere à implantação e operacionalização do SISREG III, às demandas dos complexos reguladores estaduais e municipais.
- VI. Determinar à Secretaria de Atenção à Saúde que encaminhem a este Tribunal, no prazo de 90 dias, a contar da publicação do Acórdão, Plano de Ação que contenha o cronograma de adoção das medidas necessárias à implementação das respectivas deliberações prolatadas pelo TCU, com designação dos responsáveis pela implementação dessas medidas;
- VII. Encaminhar cópia do Acórdão que vier a ser adotado pelo Tribunal, bem como do Relatório e do Voto que o fundamentarem, e do inteiro teor do presente relatório, para os seguintes destinatários: a) Ministro de Estado da Saúde; b) Secretário de Atenção em Saúde; c) Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); d) Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); e) Presidente da Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados; e f) Presidente da Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal;
- VIII. Restituir o processo à Seprog para planejamento do monitoramento da implementação das deliberações do Acórdão que vier a ser proferido nestes autos.
- IX. Arquivar os autos na SEPROG.

Brasília/DF, em 12 de abril de 2010.

Ana Lucia Epaminondas  
AUFC - Matrícula 2727-8

Eduardo Favero  
AUFC - Matrícula 7637-6

Gerson José de Andrade Júnior  
AUFC - Matrícula 8119-1

Rafael Encinas  
AUFC - Matrícula 7676-7

Vitor Forjaz Rodrigues Caldas  
AUFC - Matrícula 7686-4

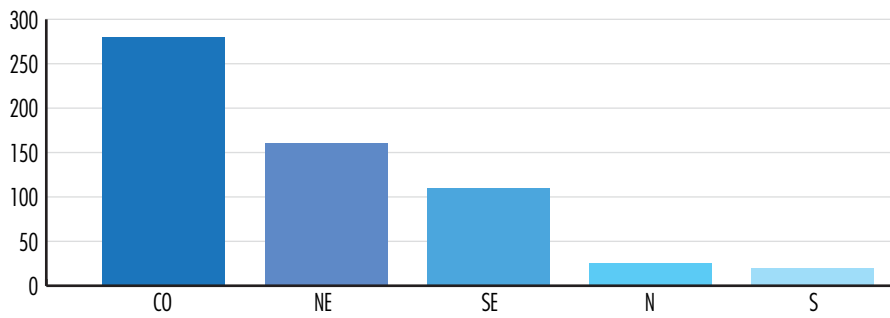
## APÊNDICE A – DADOS SOBRE A IMPLANTAÇÃO DOS COMPLEXOS REGULADORES NO BRASIL

386 As análises a seguir não consideram as centrais que estão em construção ou ainda em projeto, restringindo-se as que já estão em operação ou, pelo menos, prontas para funcionar.

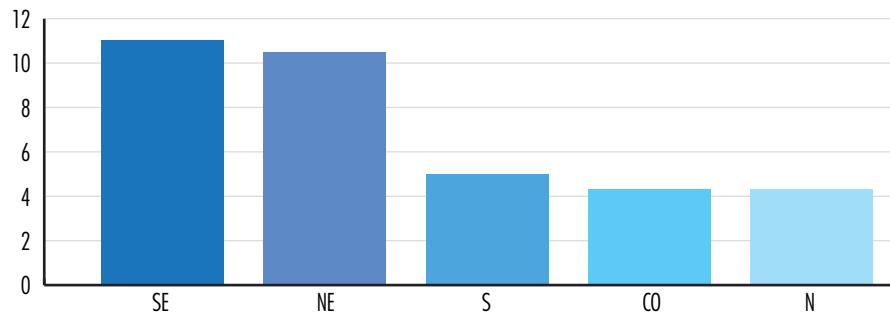
**Tabela 24**  
Panorama da implantação dos complexos reguladores no Brasil, incluindo número de centrais por tipo, recursos repassados pelo Ministério da Saúde para a regulação, total e por habitante, e total da produção ambulatorial e hospitalar por unidade da federação.

| UF            | Consultas/<br>Exames | Internações | Urgências  | UTI       | Total de centrais | Total de recursos federais repassados | Recursos/<br>habitante | Produção hospitalar de 2008 (média e alta complexidade) |
|---------------|----------------------|-------------|------------|-----------|-------------------|---------------------------------------|------------------------|---|
| AC            | 0                    | 0           | 1          | 0         | 1                 | R\$ 537.744,00                        | R\$ 0,82               | R\$ 60.772.804,42                                       |
| AL            | 8                    | 1           | 0          | 0         | 9                 | R\$ 947.527,00                        | R\$ 0,31               | R\$ 282.612.611,47                                      |
| AM            | 1                    | 0           | 0          | 0         | 1                 | R\$ 868.734,00                        | R\$ 0,17               | R\$ 262.435.847,67                                      |
| AP            | 0                    | 1           | 0          | 0         | 1                 | R\$ 487.744,00                        | R\$ 0,83               | R\$ 37.087.478,49                                       |
| BA            | 32                   | 3           | 39         | 1         | 75                | R\$ 1.809.794,00                      | R\$ 0,13               | R\$ 1.205.573.154,06                                    |
| CE            | 22                   | 20          | 2          | 4         | 48                | R\$ 1.509.507,00                      | R\$ 0,18               | R\$ 769.669.797,32                                      |
| DF            | 1                    | 0           | 1          | 1         | 3                 | R\$ 518.949,00                        | R\$ 0,21               | R\$ 373.968.717,56                                      |
| ES            | 1                    | 1           | 1          | 0         | 3                 | R\$ 56.989,00                         | R\$ 0,02               | R\$ 368.618.412,09                                      |
| GO            | 13                   | 2           | 11         | 3         | 29                | R\$ 2.668.281,60                      | R\$ 0,47               | R\$ 568.517.418,77                                      |
| MA            | 1                    | 0           | 2          | 0         | 3                 | R\$ 1.113.022,00                      | R\$ 0,18               | R\$ 411.972.470,77                                      |
| MG            | 14                   | 14          | 13         | 13        | 54                | R\$ 3.057.140,00                      | R\$ 0,16               | R\$ 2.166.963.858,12                                    |
| MS            | 2                    | 2           | 2          | 0         | 6                 | R\$ 753.239,00                        | R\$ 0,33               | R\$ 255.331.103,69                                      |
| MT            | 89                   | 71          | 78         | 23        | 261               | R\$ 924.428,00                        | R\$ 0,32               | R\$ 245.054.137,27                                      |
| PA            | 5                    | 5           | 5          | 3         | 18                | R\$ 1.163.022,00                      | R\$ 0,15               | R\$ 502.281.470,11                                      |
| PB            | 4                    | 1           | 1          | 1         | 7                 | R\$ 1.020.626,00                      | R\$ 0,26               | R\$ 336.972.085,19                                      |
| PE            | 14                   | 3           | 0          | 1         | 18                | R\$ 1.486.408,00                      | R\$ 0,12               | R\$ 825.613.777,70                                      |
| PI            | 1                    | 0           | 0          | 0         | 1                 | R\$ 1.020.626,00                      | R\$ 0,21               | R\$ 278.929.128,55                                      |
| PR            | 0                    | 5           | 10         | 0         | 15                | R\$ 1.855.992,00                      | R\$ 0,18               | R\$ 1.321.978.316,13                                    |
| RJ            | 9                    | 9           | 9          | 9         | 36                | R\$ 2.595.070,90                      | R\$ 0,15               | R\$ 1.424.878.369,78                                    |
| RN            | 5                    | 1           | 3          | 0         | 9                 | R\$ 1.043.725,00                      | R\$ 0,35               | R\$ 300.836.031,03                                      |
| RO            | 1                    | 1           | 1          | 1         | 4                 | R\$ 657.041,00                        | R\$ 0,43               | R\$ 103.239.506,03                                      |
| RR            | 0                    | 0           | 0          | 0         | 0                 | R\$ 437.744,00                        | R\$ 1,11               | R\$ 41.949.621,99                                       |
| RS            | 4                    | 3           | 3          | 3         | 13                | R\$ 2.179.378,00                      | R\$ 0,19               | R\$ 1.348.929.705,98                                    |
| SC            | 1                    | 0           | 0          | 0         | 1                 | R\$ 1.320.913,00                      | R\$ 0,19               | R\$ 706.532.723,15                                      |
| SE            | 5                    | 0           | 1          | 0         | 6                 | R\$ 878.230,00                        | R\$ 0,45               | R\$ 156.685.966,58                                      |
| SP            | 11                   | 8           | 7          | 2         | 28                | R\$ 5.482.535,00                      | R\$ 0,14               | R\$ 5.859.141.810,48                                    |
| TO            | 3                    | 1           | 1          | 1         | 6                 | R\$ 607.041,00                        | R\$ 0,46               | R\$ 123.049.658,53                                      |
| <b>BRASIL</b> | <b>247</b>           | <b>151</b>  | <b>191</b> | <b>66</b> | <b>656</b>        | <b>R\$ 37.001.450,50</b>              | <b>R\$ 0,19</b>        | <b>R\$ 20.339.595.982,93</b>                            |

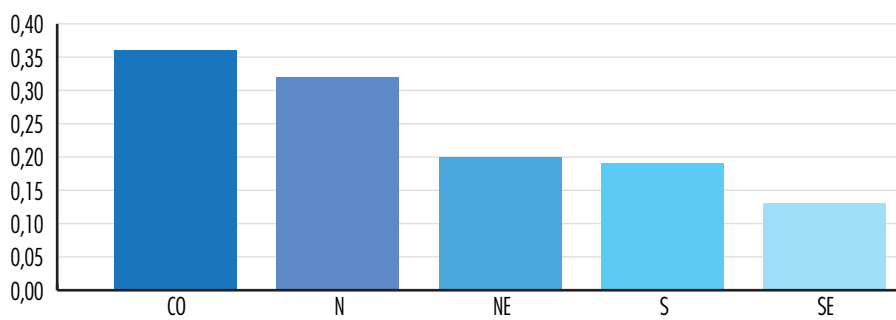
Fontes: Ofícios enviados às SES de todas as Unidades da Federação, respostas aos ofícios de requisição ao DRAC/SAS/MS, IBGE (contagem de 2007) e DATASUS (dados de produção ambulatorial e de internações por local de realização referentes a 2008).



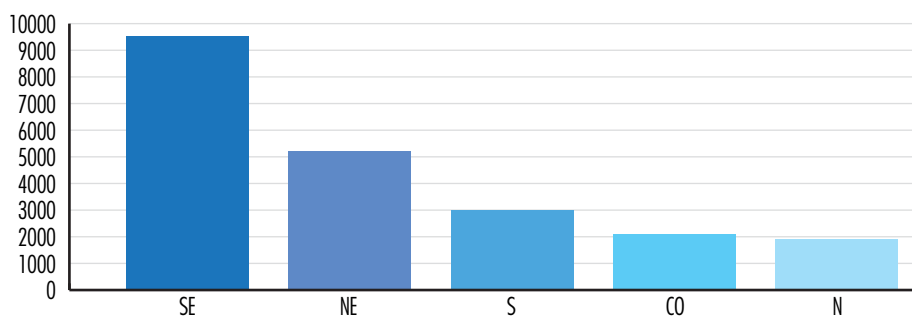
**Gráfico 6**  
Centrais de regulação implantadas, por Região.



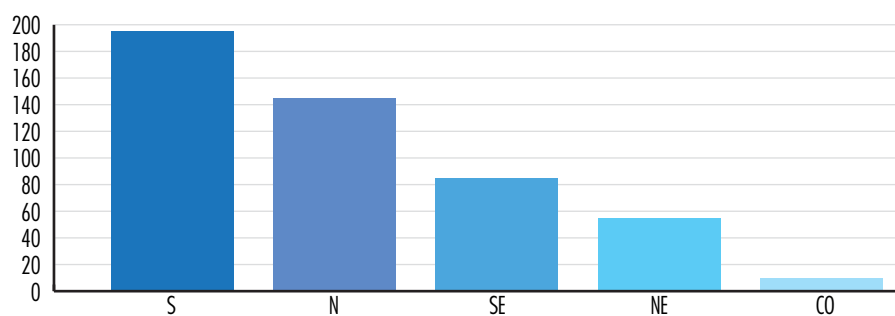
**Gráfico 7**  
Recursos federais repassados, por Região, em R\$ milhões.



**Gráfico 8**  
Recursos federais por habitante, por Região, em R\$.



**Gráfico 9**  
Produção, por Região, em R\$ milhões.



**Gráfico 10**  
Repasso federal por central implantada, por Região, em R\$ milhões.

Fontes – Gráficos 6 a 10: Portaria GM/MS nº 1.571/ 2007; demais portarias de qualificação de estados e municípios; IBGE; e Ofícios enviados pelas SES.

## APÊNDICE B – GERENCIAMENTO DA INFORMAÇÃO PELOS COMPLEXOS REGULADORES

**Tabela 25**  
Formas pelas quais os complexos reguladores gerenciam as informações necessárias para seu funcionamento.

|   | Gerencia a informação pelo sistema informatizado de regulação, que apresenta essa funcionalidade de forma satisfatória | Gerencia a informação pelo sistema informatizado de regulação, mesmo com restrições/limitações nessa funcionalidade | Gerencia a informação manualmente, pois a funcionalidade do sistema informatizado de regulação é deficiente | Gerencia a informação manualmente, pois o sistema informatizado de regulação não dispõe de tal funcionalidade |  |
|---|--|---|---|---|--|
| Execução dos tetos físicos e financeiros pactuados entre os municípios, com a disponibilização dos dados da PPI.                          | 18%  | 29%   | 1%  | 10%   |  |
| Referenciamento, em todos os níveis de atenção, das redes de prestadores públicos e privados (para onde devo enviar o paciente ?)         | 18%  | 38%   | 7%  | 10%   |  |
| Execução física e financeira, por prestador, das programações feitas pelo gestor.   | 16%  | 25%   | 6%  | 15%   |  |
| Fila de espera por prioridade, procedimento e diagnóstico.  | 22%  | 26%   | 9%  | 10%   |  |
| Protocolos clínicos de regulação  | 13%  | 25%   | 9%  | 13%   |  |
| Protocolos operacionais de regulação  | 21%  | 22%   | 6%  | 13%   |  |
| Mapa de leitos com atualização dinâmica   | 7%   | 18%   | 1%  | 7%  |  |
| Tempo de permanência nos leitos (caso de centrais de internações ou UTI)  | 10%  | 9%  | 3%  | 4%  |  |
| Alocação de leitos, de urgência e eletivos, por clínica e prestador.  | 9%   | 18%   | 1%  | 3%  |  |
| Autorização e encaminhamento de pacientes com a configuração da grade de referência, indicação de prioridades e geração de AIH's          | 10%  | 16%   | 3%  | 3%  |  |
| Fluxo dos pacientes nas unidades de saúde (admissão, acompanhamento e alta)   | 13%  | 16%   | 4%  | 3%  |  |
| Dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)  | 29%  | 19%   | 1%  | 7%  |  |
| Dados do Cartão Nacional de Saúde   | 16%  | 25%   | 3%  | 1%  |  |
| Informações para alimentação dos sistemas de produção (SIA e SIH) do Ministério da Saúde  | 25%  | 12%   | 0%  | 3%  |  |
| Informações recebidas ou enviadas para outras centrais de regulação   | 13%  | 18%   | 3%  | 13%   |  |
| Intermediação do acesso, pela central estadual, da população referenciada às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito do estado. | 12%  | 21%   | 6%  | 7%  |  |

Fonte: Pesquisa eletrônica com centrais de regulação, em outubro e novembro de 2009.

|  | Gerencia a informação manualmente, pois não dispõe de sistema informatizado | Não gerencia a informação, mesmo considerando ser aplicável às atividades dessa Central | Não gerencia a informação, por considerar que não é aplicável às atividades dessa Central | Não sabe informar | Em branco | Gerencia informação via sistema | Gerencia informação manualmente |
|--|---|---|---|-------------------|-----------|---------------------------------|---------------------------------|
|  | 15%   | 16%   | 7%  | 3%                | 0%        | 47%                             | 26%                             |
|  | 16%   | 4%  | 4%  | 1%                | 0%        | 56%                             | 34%                             |
|  | 4%  | 16%   | 10%   | 7%                | 0%        | 41%                             | 25%                             |
|  | 12%   | 13%   | 3%  | 4%                | 0%        | 49%                             | 31%                             |
|  | 13%   | 19%   | 4%  | 3%                | 0%        | 38%                             | 35%                             |
|  | 15%   | 15%   | 4%  | 4%                | 0%        | 43%                             | 34%                             |
|  | 9%  | 31%   | 15%   | 10%               | 0%        | 25%                             | 18%                             |
|  | 3%  | 25%   | 32%   | 12%               | 0%        | 19%                             | 10%                             |
|  | 7%  | 26%   | 24%   | 9%                | 0%        | 26%                             | 12%                             |
|  | 13%   | 18%   | 25%   | 9%                | 3%        | 26%                             | 19%                             |
|  | 10%   | 26%   | 16%   | 7%                | 3%        | 29%                             | 18%                             |
|  | 6%  | 12%   | 18%   | 6%                | 1%        | 49%                             | 15%                             |
|  | 4%  | 21%   | 19%   | 7%                | 3%        | 41%                             | 9%                              |
|  | 13%   | 22%   | 13%   | 9%                | 3%        | 37%                             | 16%                             |
|  | 16%   | 22%   | 6%  | 9%                | 0%        | 31%                             | 32%                             |
|  | 10%   | 16%   | 13%   | 13%               | 1%        | 32%                             | 24%                             |

BARRETO SILVA, João Marcelo. **A Gestão do Fluxo Assistencial Regulado no SUS** (artigo). Sem data. Disponível em: <<http://www.nesp.unb.br/ride/textopararesenhaaularegulacao.pdf>>

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Regulação em Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil: Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nº 1 a 6/1994 e pelas Emendas Constitucionais nº 1/1996 a 57/2008.**

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 6.170, de 25 de julho de 2007.** Dispõe sobre as normas relativas às transferências de recursos da União mediante convênios e contratos de repasse, e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993.** Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.080, 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.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Manual de implantação de complexos reguladores** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **O que é o Cartão Nacional de Saúde.** Disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/cartao/>>. Acesso em 09 de fevereiro de 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a política nacional de regulação do sistema único de saúde - SUS.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002.** Aprova, na forma do anexo desta portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na atenção básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do sistema único de saúde e procede a atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 95, de 29 de janeiro de 2001.** Aprova, na forma do anexo desta portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-

SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na atenção básica; define o processo de reorganização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do sistema único de saúde e procede a atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria SAS/MS nº 258, de 31 de julho de 2009**. Aprova o regulamento técnico, as orientações técnicas para inclusão de laudo de solicitação e o elenco de procedimentos definidos como de alta complexidade, nas especialidades de cardiologia, neurologia, oncologia, ortopedia e gastroenterologia, com o objetivo de disciplinar e otimizar as atividades da CNRAC e das CERAC, em todo território nacional.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS 1.097, de 22 de maio de 2006**. Define o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria SAS/MS Nº 494, de 30 de junho de 2006**. Estabelece incentivo financeiro destinado à implantação e/ou implementação de complexos reguladores.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.571, de 29 de junho de 2007**. Estabelece incentivo financeiro destinado à implantação e/ou implementação de complexos reguladores.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.560, de 30 de agosto de 2002**. Institui o cartão nacional de saúde - cartão SUS e da outras providências.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.907, de 23 de novembro de 2009**. Dispõe sobre o financiamento para a implantação e/ou implementação de complexos reguladores e informatização das unidades de saúde, no âmbito do sistema único de saúde - SUS.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 399, de 23 de fevereiro de 2006**. Divulga o pacto pela saúde 2006 - consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.571, de 2 de julho de 2007**. Estabelece incentivo financeiro para implantação e/ou implementação de complexos reguladores.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.907, de 24 de novembro de 2009**. Dispõe sobre o financiamento para a implantação e/ou implementação de complexos reguladores e informatização das unidades de saúde, no âmbito do sistema único de saúde - SUS.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS 1.101 de 13 de junho de 2002**. Estabelece, na forma do anexo desta portaria, os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS 3.277 de 22 de dezembro de 2006**. Dispõe sobre a participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde no âmbito do sistema único de saúde.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria MS/SAS nº 376, de 4 de outubro de 2000**. Aprova a ficha cadastral dos estabelecimentos de saúde - FCES e o manual de preenchimento, constantes dos anexos I e II, desta portaria, bem como a criação do banco de dados nacional de estabelecimentos de saúde.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.187, de 13 de dezembro de 2007**. Qualifica o Estado do Piauí e os Municípios de Teresina, Picos, Parnaíba, Floriano, São Raimundo Nonato e Bom Jesus, a receberem os recursos financeiros para implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.186, de 13 de dezembro de 2007.** Qualifica o Estado do Paraná e os Municípios de Londrina, Maringá, Cascavel, Curitiba e Ponta Grossa, a receberem os recursos financeiros para implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.188, de 13 de dezembro de 2007.** Qualifica o Estado do Rio de Janeiro e os Municípios de Cabo Frio, Três Rios, Volta Redonda, Nova Iguaçu, Niterói, Itaperuna, Campos, Teresópolis e Rio de Janeiro, a receberem os recursos financeiros para implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 584, de 24 de março de 2009.** Qualifica o Estado de Goiás e os Municípios de Campos Belos - GO, Catalão GO, Jata - GO, São Luís de Montes Belos - GO e Uruaçu -GO a receber o recurso financeiro para implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.214, de 20 de dezembro de 2007.** Qualifica o Estado de Minas Gerais e os Municípios de Diamantina, Ponte Nova, Pouso Alegre, Patos de Minas, Poços de Caldas, Varginha, Divinópolis, Passos, Teófilo Otoni, Alfenas, Governador Valadares, Ipatinga, Uberaba, Uberlândia, Montes Claros, Barbacena, Juiz de Fora e Belo Horizonte a receberem os recursos financeiros para implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.215, de 20 de dezembro de 2007.** Qualifica o Estado de Sergipe e os Municípios de Aracaju, Nossa Senhora do Socorro, Nossa Senhora da Glória, Lagarto, Estância, Itabaiana e Própria a receberem os recursos financeiros para implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.216, de 20 de dezembro de 2007.** Qualifica o Distrito Federal a receber os recursos financeiros para implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.176, de 12 de dezembro de 2007.** Qualifica o Município de Vitória (ES), a receber os recursos financeiros para implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.177, de 12 de dezembro de 2007.** Qualifica o Estado de Rondônia e os Municípios de Porto Velho, Ji-Paraná, Cacoal, Rolim de Moura, Vilhena e Ariquemes, a receberem os recursos financeiros para implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.180, de 12 de dezembro de 2007.** Qualifica o Estado de Roraima e o Município de Boa Vista, a receberem os recursos financeiros para implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.179, de 12 de dezembro de 2007.** Qualifica o Estado de Mato Grosso e os Municípios de Rondonópolis, Cáceres, Sinop, Cuiabá e Barra do Garças, a receberem os recursos financeiros para implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.178, de 12 de dezembro de 2007.** Qualifica o Estado de Santa Catarina e os Municípios de Balneário Camboriu, Blumenau, Chapecó, Criciúma, Itajaí, Jaraguá do Sul, Joinville, Lajes, Rio do Sul, São José, Tubarão e Florianópolis, a receberem os recursos financeiros para implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.835, de 1º de novembro de 2007.** Qualifica o Estado do Rio Grande do Sul, bem como os Municípios de Porto Alegre, Pelotas,

Caxias do Sul e Santa Cruz do Sul, a receberem os recursos financeiros para implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.834, de 1º de novembro de 2007.** Qualifica o Estado do Rio Grande do Norte e os Municípios de Natal, Mossoró, Caicó e Pau dos Ferros a receberem os recursos financeiros para implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.233, de 10 de setembro de 2007.** Qualifica o Estado de São Paulo e os Municípios de São Paulo, Campinas, Guarulhos, Santos, Santo André, São Carlos, São José do Rio Preto, Assis, Mauá, Diadema, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul e Pindamonhangaba a receberem os recursos financeiros para implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.232, de 10 de setembro de 2007.** Qualifica os Municípios do Estado de Goiás, a saber, de Goiânia, Luziânia, Porangatu, Anápolis, Iporá e Caldas Novas, a receberem os recursos financeiros para implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.215, de 5 de setembro de 2007.** Qualifica o Estado do Maranhão e os Municípios de São Luís, Imperatriz e Caxias a receberem os recursos financeiros para implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.214, de 5 de setembro de 2007.** Qualifica o Estado do Amapá e o Município de Macapá a receberem os recursos financeiros para implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.875, de 7 de agosto de 2007.** Qualifica o Estado da Bahia e os Municípios de Salvador, Barreiras, Eunápolis, Feira de Santana, Itaberaba, Itabuna, Juazeiro e Vitória da Conquista a receberem os recursos financeiros para implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.855, de 2 de agosto de 2007.** Qualifica o Estado de Goiás e os Municípios de Formosa, Ceres, Rio Verde, Itumbiara, Aparecida de Goiás e Goiás, a receberem os recursos financeiros para implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.854, de 2 de agosto de 2007.** Qualifica o Estado de Tocantins e os Municípios de Araguaína e Palmas a receberem os recursos financeiros para implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.736, de 19 de julho de 2007.** Qualifica o Estado de Mato Grosso do Sul e os Municípios de Campo Grande, Dourados e Três Lagoas a receberem os recursos financeiros para implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria SAS/MS nº 511, de 29 de dezembro de 2000.** Aprova a ficha cadastral dos estabelecimentos de saúde - FCES, o manual de preenchimento e a planilha de dados profissionais constantes dos anexos I, II, III, desta portaria, bem como a criação do banco de dados nacional de estabelecimentos de saúde.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 699 de 30 de março de 2006.** Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão.

\_\_\_\_\_. Tribunal de Contas da União. Relatório de Fiscalização de Orientação Centralizada do Estado de Minas Gerais, TC nº 014.719/2009-6.

\_\_\_\_\_. Tribunal de Contas da União. **Relatório de Fiscalização de Orientação Centralizada do Estado do Mato Grosso, TC nº 014.801/2009-7.**

\_\_\_\_\_. Tribunal de Contas da União. **Relatório de Fiscalização de Orientação Centralizada do Estado do Pará, TC nº 014.714/2009-0.**

\_\_\_\_\_. Tribunal de Contas da União. **Relatório de Fiscalização de Orientação Centralizada do Estado do Piauí, TC nº 014.780/2009-5.**

\_\_\_\_\_. Tribunal de Contas da União. **Relatório de Fiscalização de Orientação Centralizada do Estado do Paraná, TC nº 014.773/2009-0.**

\_\_\_\_\_. Tribunal de Contas da União. **Relatório de Fiscalização de Orientação Centralizada do Estado do Rio de Janeiro, TC nº 014.838/2009-7.**

\_\_\_\_\_. Tribunal de Contas da União. **Relatório de Fiscalização de Orientação Centralizada do Estado do Rio Grande do Sul, TC nº 014.970/2009-0.**

\_\_\_\_\_. Tribunal de Contas da União. **Relatório de Fiscalização de Orientação Centralizada do Estado de São Paulo, TC nº 015.209/2009-7.**

SILVA, Silvio Fernandes da (Org.). **Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde** – Campinas, SP: IDISA: CONASEMS, 2008 202p.

- 1 BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.203/1996 - NOB/SUS 01/1996
- 2 BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 95/2001 - NOAS/SUS 01/2001
- 3 BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.559, de 1º de agosto de 2008
- 4 Para auxiliar na implantação desse projeto, o Ministério da Saúde repassou R\$ 755.788,04. Além desses recursos, o Governo do Piauí também firmou convênio com o BNDES (SESAPI nº 282/06) com o objetivo de reestruturação do Sistema de Atenção à Saúde, sendo que no item III desse convênio, consta a implantação de centrais de marcação de consultas e leitos. De um total de R\$ 12.208.820,00, R\$ 8.501.350,00 já foram desembolsados. O quadro a seguir apresenta o estágio de implantação dos Complexos Reguladores no Estado do Piauí em outubro de 2009:

| Município           | Estágio de implantação   |
|---------------------|--|
| Teresina            | Em funcionamento apenas para consultas e exames.   |
| Picos               | Obras em execução.   |
| Parnaíba            | Obra concluída e equipamentos adquiridos. Em fase de negociação com o município/implantação. |
| Floriano            | Obra concluída e equipamentos adquiridos. Em fase de negociação com o município/implantação. |
| São Raimundo Nonato | Obra concluída e equipamentos adquiridos. Em fase de negociação com o município/implantação. |
| Bom Jesus           | Obras em execução.   |

Fonte: SECEX-PI



## **Responsabilidade pelo conteúdo**

Secretaria Geral de Controle Externo  
Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo

## **Equipe técnica**

Ana Lucia Epaminondas (coordenadora)  
Eduardo Fávero  
Gerson José de Andrade Junior  
Rafael Encinas  
Vitor Forjaz Rodrigues Caldas

## **Responsabilidade editorial**

Secretaria Geral da Presidência  
Instituto Serzedello Corrêa  
Centro de Documentação  
Editora do TCU

## **Projeto gráfico**

Editora do TCU

## **Capa**

Paulo Brandão

## **Diagramação**

Pablo Frioli

## **Endereço para contato**

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO  
Secretaria de Fiscalização e Avaliação  
de Programas de Governo (SEPROG)  
SAFS Quadra 4, Lote 1  
Anexo II, Sala 451  
70042-900 Brasília-DF  
Fone: (61) 3316.7902  
Fax: (61) 3316.7896  
seprog@tcu.gov.br

## **Ouvidoria do Tcu**

0800-6441500

**Negócio**

Controle Externo da Administração Pública  
e da gestão dos recursos públicos federais

**Missão**

Assegurar a efetiva e regular gestão dos  
recursos públicos em benefício da sociedade

**Visão**

Ser instituição de excelência no controle  
e contribuir para o aperfeiçoamento da  
Administração Pública