



**Universidade Federal da Bahia  
Instituto de Saúde Coletiva  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva  
Mestrado Profissionalizante em Saúde Coletiva  
Área de Concentração Gestão de Sistemas de Saúde**

**Maria Conceição Benigno Magalhães**

**Comissões de Regulação, Controle e Avaliação dos Leitos  
Hospitalares em uma Capital do Nordeste: desafios da sua  
implementação**

**Salvador  
2010**



**Universidade Federal da Bahia  
Instituto de Saúde Coletiva  
Mestrado Profissionalizante em Saúde Coletiva  
Área de Concentração Gestão de Sistemas de Saúde**

**Maria Conceição Benigno Magalhães**

**COMISSÕES DE REGULAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO DOS  
LEITOS HOSPITALARES EM UMA CAPITAL DO NORDESTE:**

desafios da sua implementação

Dissertação de Mestrado Profissionalizante  
apresentado ao Programa de Pós-Graduação do  
Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da  
Bahia, como requisito parcial à obtenção de título de  
Mestre na área de Concentração Gestão de Sistemas  
de Saúde

Orientadora: Ana Luiza Queiroz Vilasbôas

Coorientadora: Sônia Cristina Lima Chaves

**Salvador  
2010**

**MARIA CONCEIÇÃO BENIGNO MAGALHÃES**

**COMISSÕES DE REGULAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO DOS  
LEITOS HOSPITALARES EM UMA CAPITAL DO NORDESTE:  
desafios da sua implementação**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial à obtenção de título de Mestre na área de Concentração Gestão de Sistemas de Saúde

Aprovada em .....

**Banca Examinadora**

Ana Luiza Queiroz Vilasbôas - orientadora \_\_\_\_\_  
Doutora em Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2006  
Sônia Cristina Lima Chaves – Coorientadora \_\_\_\_\_  
Doutora em Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2005.  
Alcino Antônio Ferla \_\_\_\_\_  
Doutor em Educação, Universidade Federal do Sul, 2002  
Luiz Eugenio Portela Fernandes de Souza \_\_\_\_\_  
Doutor em Saúde Pública, Universidade de Montreal 2002

Quero dedicar este estudo aos usuários do SUS. Aqueles que no momento de maior fragilidade de suas vidas, no pior momento da dor da doença, não encontram um leito hospitalar para receber os cuidados com dignidade. Assim como aos profissionais do SUS que ainda se indignam com tal situação, e lutam para mudar esta triste realidade.

## AGRADECIMENTOS

### **Aqueles que fazem parte do meu projeto de vida:**

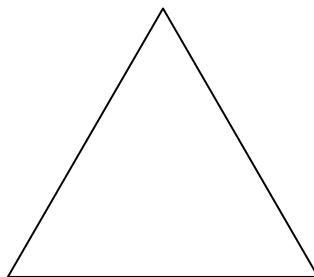
Ao meu Pai, por tudo que me orientou em tão pouco tempo de vida, principalmente que a palavra dada em uma negociação dispensa o papel, quando vemos hoje que tantos papéis assinados não valem nada!

A minha Mãe, que abriu mão de viver sua vida para criar os seus filhos.

Aos meus filhos queridos: Ricardo, Diego e Malú, pela felicidade de tê-los na minha vida, principalmente a minha pequena que ficou sem a Mãe pelas horas inacabáveis de estudo.

Aos meus irmãos, irmãs, cunhados, cunhadas, sobrinhos e minha sogra por compreenderem minha ausência nos últimos encontros familiares para dar conta deste estudo.

A Davidson, marido, amigo, camarada de luta e de muitos momentos de felicidade



### **Aqueles que me dão**

#### **Governabilidade:**

Os dirigentes do PC do B da Bahia  
O Secretário Jorge Solla,  
O Superintendente Andrés Alonso  
A Todos os meus colegas servidores  
da SESAB

### **Aqueles que me ensinaram durante este estudo:**

A minha orientadora Prof. Dra. Ana Luiza, pela paciência que teve comigo, pelo jeito firme e doce de ensinar.

Prof. Dra. Sônia Chaves, que pegou o “bonde andando” e não deixou que o mesmo parasse.

A colega Mariana Leal que não se eximiu em me ajudar.

A Jamile e Juliana pelo apoio técnico.

*“Não se pode honestamente satisfazer aos grandes sem injúria para os outros, mas o povo pode ser satisfeito. Porque o objetivo do povo é mais honesto do que o dos poderosos; estes querem oprimir e aquele não ser oprimido”.*

Maquiavel

MAGALHÃES, Maria Conceição Benigno. **Comissões de regulação, controle e avaliação dos leitos hospitalares em uma capital do nordeste: desafios da sua implementação.** f. 131 il. 2010. Dissertação (Mestrado Profissional). Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

## RESUMO

A regulação dos leitos hospitalares do SUS no Brasil vem sendo realizada por Centrais Estaduais e ou Municipais de Regulação. O Estado da Bahia, desde 2003, vem tentando regular os leitos hospitalares do SUS no município de Salvador. No entanto, os usuários que acessavam o sistema pelas portas de entrada das emergências tinham dificuldade em conseguir vagas em outras unidades, muitas vezes iam a óbito sem acesso a um leito hospitalar. O projeto de implantação das comissões permanentes de regulação, controle e avaliação de leitos em alguns hospitais visa melhorar a resolutividade da Central Estadual de Regulação.

Esse estudo foi uma pré-avaliação do tipo avaliabilidade desse projeto. Para isso, foi realizada a análise documental, entrevistas com informantes-chave, a observação das práticas destas comissões e a elaboração de um modelo lógico. O estudo foi realizado em Salvador, na comissão do Hospital Geral do Estado (HGE).

Observou-se que a intervenção aumentou a saída dos pacientes dos corredores do HGE e qualificou as transferências desses pacientes. Contudo, não há governabilidade da CER sobre os leitos da rede hospitalar conveniada, o que reduz o êxito desse projeto. Sugere-se a instalação de comissões dessa natureza nos hospitais fora da rede própria.

O estudo aponta ainda outros focos para avaliação futura, como a relação entre o número de leitos existentes hoje no município de Salvador e a necessidade real de internação para população própria e referenciada, o grau de utilização dos leitos existentes de acordo com a necessidade do sistema, a relação entre o público e o privado na oferta de leitos para o sistema, e o mesmo, considerou que é necessário a implantação de comissões permanentes de regulação, controle e avaliação em todos os grandes hospitais de leito retaguarda em Salvador.

**Palavras-chave:** regulação, atenção à saúde, atenção hospitalar, avaliabilidade, Sistema Único de Saúde.

MAGALHÃES, Maria Conceição Benigno. Commissions Regulation, Control and Evaluation of hospital beds in a Brazilian Northeast. f. II 131. 2010. Dissertation (Professional Master). Public Health Institute. Federal University of Bahia, Salvador, 2010.

### ***ABSTRACT***

The regulation of hospital beds in the Brazilian Single Health System (SUS) has been conducted by State and/or Municipal Regulation Centers. Since 2003 the state of Bahia has been trying to regulate SUS hospital beds in the city of Salvador. However, patients who have tried to access the system via the ER's entrance doors had trouble getting spots in different units, often coming to pass without access to a hospital bed. The implementation project made by the permanent hospital beds regulation, control and evaluation committees in certain hospitals aims to improve State Regulation Center resolutions.

This study was a pre-assessment of this project's feasibility. To that effect, document analysis, interviews with key informants, the monitoring of committee practices and the development of a logical framework have all been carried out. This study was conducted in Salvador, within the State General Hospital's (HGE) committee.

We observed that intervention increased the number of patients leaving HGE halls, improving their transfers. However, there is no SRC governance over hospital beds in the private hospital network, which reduces this project's rate of success. We suggest the installation of such committees in hospitals outside the network proper.

The study shows yet another focal point for further evaluation, such as the relationship between the number of beds currently available in Salvador and the actual need for hospitalization of referenced population and population proper, the degree of existing beds usage according to what the system needs, the relationship between public and private sectors in the provision of beds for the system, reaching the conclusion that it is necessary to establish permanent back-area hospital beds regulation, control and evaluation committees in all major hospitals in Salvador.

**Keywords:** regulation, regard for health, hospital care, feasibility, Single Health System, health services evaluation.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Modelo lógico para a implantação dos sistemas e seus fluxos	34
Figura 2 - Fluxograma de atendimento da triagem do HGE	34
Figura 3 - Relatório diário de acompanhamento dos pronto atendimentos e grandes emergências	37
Figura 4 - Regulação da Urgência/Emergência do HGE	40
Figura 5 - Situação atual da implantação das CRCA nos hospitais de Salvador 2009	46
Figura 6 - Número de leitos em unidades com e sem CRCA	58

## LISTA DE QUADRO E TABELAS

Quadro 1 – Unidades integrantes do Plano Piloto I	33
Tabela 1 – Encaminhamentos da CER através do SUREM dos pacientes do HGE, 2004 a 2009	45
Tabela 2 – Comparativo de Solicitações/Atendimentos dos leitos hospitalares - CRCA, 2007	56
Tabela 3 – Comparativo de Solicitações/Atendimentos - CRCA, 2007 a 2009	56

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
Asplan	Assessoria de planejamento
AR	Auxiliar de regulação
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CNES	Cadastro de Estabelecimento de Saúde
Cefet/BA	Centro Federal de Educação Tecnológica da Bahia
CER	Central Estadual de Regulação
Cerac	Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade
CMA	Coordenação de Modernização Administrativa
CNES	Cadastro de Estabelecimento de Saúde
CRCA	Comissão de Regulação, Controle e Avaliação
DGE	Diretoria Geral
Dicon	Diretoria de Controle
Direg	Diretoria de Regulação
FCES	Fichas de Cadastro dos Estabelecimentos de Saúde
FPO	Ficha de Programação Orçamentária.
HAN	Hospital Ana Neri
HE	Hospital Espanhol
HSF	Hospital da Sagrada Família
Hesf	Hospital Geral Ernesto Simões Filho
HGE	Hospital Geral do Estado
HGRS	Hospital Geral Roberto Santos
HOM	Hospital Octávio Mangabeira
HP	Hospital Português
HPCL	Hospital Professor Carvalho Luz
HMV	Hospital Manoel Victorino
HMG	Hospital Martagão Gesteira

HNS	Hospital Naval de Salvador
HSJ	Hospital São Jorge
HSI	Hospital Santa Isabel
HSA	Hospital Santo Antônio
Hupes	Hospital Universitário Professor Edgar Santos
PA	Posto de Atendimento
PCRA	Plano de Controle, Regulação e Avaliação
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PPI	Pactuação Programada e Integrada
POA	Plano Operativo Assistencial
PSF	Programa de Saúde da Família
MR	Médico regulador
MS	Ministério da Saúde
NIR	Núcleos Internos de Regulação
Noas	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
Samu	Serviço Móvel de Atendimento a Urgência
SES	Secretaria Estadual de Saúde
Sesab	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
Sisreg 2	Sistema Informatizado de Regulação 2
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
Superh	Superintendência de Recursos Humanos
SUS	Sistema Único de Saúde
Suregs	Superintendência de Regulação
Surem	Sistema de Urgências de Regulação Médica
Reda	Regime Especial de Direito Administrativo
TCEP	Termo de Compromisso entre Entes Públicos
TIH	Transporte Inter-Hospitalar
UE	Unidade de Emergência
USA	Unidade de Suporte Avançado
USB	Unidade de Suporte Básico

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>15</b>
<b>2. REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>22</b>
<b>3. OBJETIVOS</b>	<b>26</b>
3.1 OBJETIVO GERAL	26
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
<b>4. MÉTODO</b>	<b>27</b>
<b>5. ASPECTOS ÉTICOS</b>	<b>30</b>
<b>6. CARACTERIZAÇÃO DA REGULAÇÃO DE LEITOS HOSPITALARES NO MUNICÍPIO DE SALVADOR</b>	<b>31</b>
6.1 O HISTÓRICO E A SITUAÇÃO ATUAL DA REGULAÇÃO DE LEITOS EM SALVADOR	31
6.2 A CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO (CER)	35
<b>7. DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DAS CRCA EM SALVADOR</b>	<b>41</b>
<b>8. A DINÂMICA DA REGULAÇÃO SEGUNDO OS ATORES ENVOLVIDOS</b>	<b>48</b>
8.1 DA CONCEPÇÃO AMPLIADA DA REGULACÃO ASSISTENCIAL À SIMPLIFICAÇÃO DAS ATIVIDADES DA CRCA	48
8.2 FUNCIONAMENTO DA CRCA NA PRÁTICA	50
8.3 RECOMENDAÇÕES AOS GESTORES PARA MELHORIA DA GESTÃO E AVALIAÇÃO DO PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DAS CRCA	58
<b>9. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>63</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>66</b>
<b>APÊNDICES</b>	
<b>APÊNDICE A</b> - Modelo Lógico Preliminar	76
<b>APÊNDICE B</b> - Roteiros de Entrevista	77
<b>APÊNDICE C</b> - Roteiro de Observação em Campo de Prática	80
<b>APÊNDICE D</b> - Matriz da coleta de dados	81
<b>APÊNDICE E</b> - Modelo Lógico Final	95

## **ANEXOS**

<b>ANEXO A</b> - Transcrição do Documento Base que deu origem ao Projeto de implantação das Comissões de Regulação, Controle e Avaliação - CRCA - Realizado pela equipe da DIREG/CER em março de 2007	97
<b>ANEXO B</b> - Proposta para o Treinamento Introdutório da Equipe de Supervisão Hospitalar	115
<b>ANEXO C</b> – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	119
<b>ANEXO D</b> – Termo de Anuência Institucional	122
<b>ANEXO E</b> – Folha de Rosto para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos	123
<b>ANEXO F</b> – Parecer nº 054-09 – Comitê de Ética em Pesquisa-ISC	124
<b>ANEXO G</b> – Parecer Final de Dissertação	125

## 1. INTRODUÇÃO

A Constituição, promulgada em 1988, garantiu ao cidadão brasileiro o direito à saúde e definiu que a responsabilidade por sua garantia é dever do Estado. Todavia, até chegar a conquista legal deste direito, o Brasil passou por várias reformas e pela redefinição do seu sistema público de saúde. O marco, desse período, foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que abordou temas como direito à cidadania, democracia e saúde, e a reformulação do sistema e financiamento do setor. Esses temas alimentaram um intenso debate travado até a aprovação da Constituição em 1988. De certa forma, os temas e diretrizes centrais dessa Conferência mantiveram-se na agenda dos desafios a serem enfrentados pela política de saúde brasileira (NORONHA, LIMA e MACHADO, 2008).

A garantia dos direitos constitucionais impôs a necessidade de dar materialidade à política de saúde. Para tanto, a Constituição de 1988 instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), definido na Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, como: “*o conjunto de ações e serviços públicos de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público*” (BRASIL, 1990, a).

Os princípios e diretrizes do SUS estabelecidos na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde são: universalidade de acesso em todos os níveis de assistência; igualdade na assistência à saúde, sem privilégios de qualquer espécie; integralidade da assistência; participação da comunidade; descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, e com regionalização e hierarquização de ações e serviços de saúde (BRASIL, 1990, a).

O arcabouço jurídico do SUS<sup>1</sup> define as responsabilidades dos três entes federados em relação à elaboração de políticas públicas, ações e prestação de serviços de saúde. A direção do SUS é única nos níveis nacional, estadual e

---

<sup>1</sup> A base de regulamentação do SUS é de responsabilidade dos poderes executivo e legislativo em âmbito nacional, estadual e municipal, sendo realizada por meio dos seus instrumentos - leis, decretos, resoluções, medidas provisórias, portarias, documentos oficiais, etc. Em âmbito nacional, destaca-se a Constituição Federal de 1988, a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080), a Lei 8.142, de 1990), além de uma série de portarias publicadas pelo Ministério da Saúde ao longo das décadas de 1990 e 2000, complementadas pelas Normas Operacionais do SUS 01/93, 01/96; e pela Norma Operacional da Assistência à Saúde 001/02. Quanto às portarias, destacam-se a de 399 e 699, ambas de 2006, que tratam do Pacto Pela Saúde. Em 2007, a Portaria 1.571 estabelece incentivo financeiro para implementação de Complexos Reguladores, e em 2008 a Portaria 1.559 normatiza a Política Nacional de Regulação do SUS.

municipal, sendo exercida, respectivamente, pelo Ministério da Saúde, e pelas secretarias estaduais e municipais de saúde.

Para garantir os princípios e diretrizes do SUS, Noronha e colaboradores (2008) identificaram quatro amplas categorias de funções gestoras ou “macro-funções” nos diferentes campos de atenção à saúde. Essas categorias englobam: a formulação e o planejamento de políticas; o financiamento; a regulação; e a prestação de ações e de serviços de saúde. A regulação como função gestora e o conceito de “regulação em saúde” vêm sendo utilizados de forma polissêmica.

O Ministério da Saúde (MS), através das suas normas, vem tentando definir as competências da função reguladora para estabelecer apropriadamente o papel do Estado em cada esfera de gestão do SUS. A amplitude no uso do termo regulação indica a necessidade de proceder a uma revisão da literatura, buscando, para além das normas do MS, identificar os conceitos mais utilizados na saúde. Assim, no setor saúde, é importante registrar inicialmente que um dos conceitos utilizados para regulação é o de norma ou de regulamentação da prestação de serviços de saúde enquanto mercadoria, relação de oferta, demanda e necessidades.

Ao abordar o assunto, Castro (2002) apresenta os três conceitos fundamentais - oferta, demanda e mercado. A oferta consiste na quantidade de mercadoria que será produzida por determinado preço, e enfatiza os produtores. A demanda é definida pelo desejo por um bem ou serviço combinado com a capacidade e a habilidade de realizá-lo ou torná-lo conhecido, enfatizando os consumidores. O mercado é um mecanismo de ajuste entre a oferta e a demanda que permite a troca de bens e serviços entre produtores e consumidores. Nesse sentido, as seguintes falhas de mercado têm sido registradas no setor saúde: a ocorrência de riscos e incertezas, o “risco moral”, as externalidades, a distribuição desigual da informação e as barreiras ao acesso.

Para Castro (2002), a saúde é um direito básico que permite ao cidadão viver, trabalhar e produzir, não podendo ser tratada como uma mercadoria qualquer. Por isso, o setor saúde precisa sofrer a intervenção do Estado a fim de otimizar a alocação dos escassos recursos e garantir a regulamentação entre a oferta e a demanda a qual se inclui as necessidades de serviços de saúde da população.

Segundo Machado (2002), o termo regulação apresenta diferentes concepções. Todavia, a regulação, no SUS, aqui tratada, apresenta atributos



próprios. Ela envolve quatro esferas principais: os prestadores de serviços; os sistemas de saúde; a regulação sanitária; e os mercados em saúde. Todas essas esferas incluem a adoção de um conjunto de estratégias orientadas para a regulamentação, a coordenação e a avaliação de ações, bens, serviços e sistemas de saúde. Esses conjuntos visam controlar procedimentos e processos, e induzir e assegurar determinadas características comuns e resultados mais uniformes.

Destaque-se que o MS vem formulando uma nova política de regulação. A nova política incorpora os acúmulos históricos, práticos e teóricos ocorridos no SUS e, ao mesmo tempo, aponta criticamente às lacunas e às deficiências nas análises das concepções e das práticas da regulação existente no setor (BRASIL, 2002).

Nesse sentido, a política nacional de regulação está inscrita numa política de saúde condizente com os princípios e diretrizes do SUS. Para isso, o MS vem buscando viabilizar o acesso equânime e oportuno, a atenção integral de qualidade, a universalidade e a garantia ao cidadão brasileiro dos direitos sociais constitucionais. Para atender esse desafio, o MS delega as responsabilidades das funções regulatórias para os Estados e Municípios através das suas normatizações.

A Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas) 001/2002 foi editada com o objetivo de organizar a regionalização da assistência, buscando enfrentar a “atomização do SUS” em sistemas municipais isolados. Essa norma delega aos estados a competência de organizar o fluxo da assistência municipal por meio do Plano Diretor de Regionalização (PDR) (BRASIL, 2001, a).

A regionalização é uma estratégia de conformação de redes intermunicipais hierarquizadas que consigam formatar os fluxos para a garantia das referências especializadas. A regionalização parece ter interferido na organização de fluxos de referência e contra-referência. Também, exigiu a implantação de instrumentos e de estratégias que intermediassem o acesso dos usuários aos serviços, incluindo na agenda dos gestores do SUS o conceito de “regulação assistencial”. Tal conceito implicou na substituição das proposições esparsas de implantação das centrais de controle de leitos, consultas e exames propostas pela Norma Operacional Básica (NOB) 01/93 (BRASIL, 2001, a).

A Noas 01/2002 define a regulação assistencial como a “*disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada, que deverá ser efetivada por meio de complexos reguladores que congreguem unidades de trabalho responsáveis pela*

*regulação das urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários*". Tal assertiva delimita a regulação do acesso dos usuários aos serviços assistenciais, incluindo a noção de complexos reguladores (BRASIL, 2001, a).

Assim, o MS, para superar as deficiências conceituais de práticas e de finalidades, propôs a reformulação dos conceitos. A regulação foi abordada segundo sua atuação sobre os sistemas de saúde, a produção direta das ações e dos serviços de saúde, e o acesso dos usuários aos últimos (BRASIL, 2008).

Essa conceituação indica um esforço em articular e em integrar as ações de regulação, controle, avaliação e auditoria sobre os sistemas e sobre a produção de bens e serviços de saúde, tais como vigilância sanitária, saúde suplementar, entre outros. Espera-se que as ações do controle público sobre a aplicação dos recursos sirvam como intervenções mediatas, oportunas e facilitadoras das atividades de atenção à saúde de modo a assegurar a universalidade do acesso, a efetividade e a integralidade do cuidado. Nesse sentido, as ações-meio devem ajudar a criar as condições para uma atenção à saúde pautada pelas demandas, pelas necessidades e pelos direitos de usuários cidadãos (BRASIL, 2008).

Em fevereiro de 2003, a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Sesab), ao assumir a responsabilidade pela gestão do processo regulatório no território estadual, elaborou o Plano de Controle, Regulação e Avaliação (PCRA) com o propósito de atender à política nacional. O PCRA estava associado ao cumprimento da Noas 001/2002 quanto aos requisitos para a habilitação plena da gestão do SUS. O documento detalhava as estratégias e os instrumentos a serem empregados, no âmbito estadual, para a implantação das atividades regulatórias.

No Plano, a regulação sistematizada da assistência foi proposta como ferramenta para garantir a equidade. Entre os seus objetivos específicos, destaca-se *"a garantia do acesso da população aos serviços de saúde em todos os níveis da assistência de forma adequada, equânime, qualificada, o mais próximo da sua residência"* (BAHIA, 2008, e, p.4).

A Central Estadual de Regulação (CER) foi criada como estratégia de implementação do PCRA. A CER iniciou suas atividades em fevereiro de 2003. À princípio, a Central surgiu como componente do "Plano Piloto I: Sistema Estadual de Urgência e Emergência". Na época, o objetivo era ordenar o fluxo de pacientes nos postos de saúde, nas unidades de emergência e nos hospitais, priorizando cada caso de acordo com o nível de necessidade apresentada (BAHIA, 2003, c).

No relatório elaborado pela equipe de transição governamental em dezembro de 2006, encontram-se minuciosamente as dificuldades para a implantação da política de regulação na Bahia. Dentre as dificuldades, destacaram-se:

- ✓ o modelo de atenção hegemônico (hospitalocêntrico, privatista, biologicista, curativista e corporativista que prioriza o prestador, e não o usuário);
- ✓ a baixa cobertura e a pouca efetividade da atenção primária;
- ✓ o processo pós-fato de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) na CER (autorizar a AIH após o paciente já ter sido internado);
- ✓ a insuficiência na conformação da rede assistencial de serviços de saúde;
- ✓ a baixa oferta de leitos em várias especialidades, tais como UTI adulto, pediátrico e neonatal; neurologia clínica e cirúrgica; cardiologia clínica e cirúrgica; e para pacientes com patologias crônicas.

O relatório da transição governamental constatou a existência de contratos precários de trabalho e a pouca qualificação dos profissionais da saúde na área de regulação, controle e avaliação. Também, evidenciou que os processos laborais trabalho relativos à regulação assistencial, ao controle da prestação de serviços e à avaliação dos serviços de saúde foram implantados de forma fragmentada.

A superlotação de leitos nas emergências de Salvador, a baixa oferta de leitos de retaguarda para os usuários à espera por vagas nesses hospitais, a insuficiente autoridade sanitária dos profissionais da CER, a sua pouca efetividade, e os processos autorizativos pós-fato de AIH foram apontadas, no relatório da transição de governo, como causas das fragilidades no desenvolvimento das ações que garantissem a regulação assistencial. Tal situação tornava visível a necessidade de instrumentos e de ações que pudessem garantir a regulação como macrofunção gestora (NORONHA, LIMA & MACHADO, 2008).

Torres (2007) revelou que a regulação dos leitos hospitalares para as urgências, em Salvador, é precária. A regulação pouco contribuiu para o acesso dos usuários aos leitos de retaguarda. Ao discutir os desafios e as dificuldades dos profissionais da CER, quanto ao seu funcionamento, demonstrou a pouca governabilidade dos atores envolvidos apesar dos seus potenciais.

Evangelista, Barreto e Guerra (2008), em seu estudo sobre a regulação de leitos do SUS de Belo Horizonte, afirmam que as centrais são ferramentas importantes para mediar o acesso aos serviços hospitalares, especialmente, em casos de urgência e de emergência. As centrais de internação otimizam os recursos

quando são insuficientes para atender a demanda populacional, sendo estratégicas para propiciar a assistência mais equânime e de qualidade aos usuários. O acesso ideal implica no fornecimento do cuidado apropriado em momento e em local adequados. Porém, evidenciou-se que a gestão de leitos públicos e contratados pela central de internação foi insuficiente, sendo parcialmente cumprido seus objetivos. Assim, a necessidade de realizar análises sistemáticas para identificar os fatores que subsidiem mudanças é reforçada a fim de aprimorar as centrais de internação, e garantir a equidade no acesso e a qualidade na assistência prestada à população.

Como os gestores de Belo Horizonte, a equipe da Sesab encontrou dificuldades em gerir os leitos hospitalares próprios e os contratados pela CER. Para contribuir com a operacionalização da gestão desses leitos, a Diretoria de Regulação da Assistência à Saúde (Direg), através da CER, em maio de 2007, iniciou o projeto de implantação das Comissões de Regulação, Controle e Avaliação (CRCA) em alguns hospitais de Salvador. Tal projeto foi percebido pelos gestores da Sesab como uma ação estratégica ao enfrentamento das dificuldades relativas à gestão dos leitos sob sua responsabilidade. É preciso lembrar que a gestão dos leitos está associada ao processo das AIH realizados pela CER (BAHIA, 2007).

O objetivo geral do projeto de implantação das CRCA era organizar os processos de trabalho de modo a garantir a regulação, o controle e a avaliação do acesso aos leitos hospitalares do SUS no município de Salvador. Os objetivos específicos dessa implantação eram: qualificar recursos humanos a fim de desenvolver processos de trabalho que assegurassem a consecução do objetivo maior; melhorar a capacidade administrativa da Sesab mediante a produção de informações sobre os processos assistenciais; fomentar a circulação eficiente de dados entre as unidades de saúde e a CER; garantir a cooperação técnica e o apoio às unidades visando a retaguarda de leitos; estabelecer os protocolos de regulação para a CER e para as unidades de saúde; e implantar o método de avaliação e de controle do processo regulatório nas unidades de saúde (BAHIA, 2007, c).

Segundo Contandriopoulos *et al* (2000) afirma que uma intervenção pode assumir diversas formas, tais como um programa, um projeto, uma técnica, uma organização ou uma prática. Porém, todas as formas de intervenção são analisadas em seis componentes: objetivos, recursos, serviços, bens, atividades e efeitos. Além

disso, qualquer intervenção não deve excluir os atores envolvidos na sua implementação.

Nesse sentido, considera-se que o projeto de implantação das Comissões de Regulação, Controle e Avaliação dos leitos hospitalares do SUS em Salvador, elaborado pela Sesab em 2007, é uma intervenção. No entanto, observam-se a pouca sistematização do conhecimento sobre as CRCA e a pouca formalização do projeto elaborado. No período de implantação, verificou-se que o referido projeto das CRCA não continha uma matriz de critérios para a avaliação da mesma, conseqüentemente, não havia um plano de trabalho com prazos e responsáveis para as ações propostas.

Considerando que as fragilidades de concepção expostas nos documentos propositivos das CRCA comprometeriam a realização da avaliação quanto ao grau de implantação das comissões nos hospitais do SUS em Salvador, o presente trabalho realizou um estudo de avaliabilidade a fim de responder às seguintes perguntas:

a) os objetivos do projeto de implantação da CRCA foram claramente formulados?

b) os diversos profissionais concordam acerca dos objetivos do projeto de implantação da CRCA?

c) as atividades desenvolvidas pelas CRCA são plausíveis? Essas atividades são necessárias e suficientes para resolver os problemas a que o projeto se propõe?

d) Quais são os focos de avaliação plausíveis e úteis para subsidiar o aperfeiçoamento da implantação das CRCA?

Para tanto espera-se que este estudo possa responder tais questionamentos, e contribuir com o aprimoramento da intervenção, mediante a análise de sua avaliabilidade, a construção do modelo lógico para sua implementação e a apresentação de focos importantes para uma futura avaliação das CRCA.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

Tanto a regulação como função gestora quanto o conceito de “regulação em saúde” têm sido utilizados de forma polissêmica. Machado (2002), ao estudar o modelo de intervenção do MS nos anos 90, refletiu sobre as formas de atuação nos processos de descentralização das ações de planejamento, financiamento e regulação. A autora postulou que a regulação sanitária é uma função tradicional da saúde pública, compreendendo ações destinadas a assegurar a qualidade dos produtos e dos serviços de interesse. Nesse sentido, suas ações incluem a regulação de medicamentos e a vigilância sanitária em portos, aeroportos e fronteiras. Para essa intervenção, o MS instituiu a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

Além da Anvisa, o Estado brasileiro, quanto à regulamentação do setor saúde, criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) dirigida à assistência complementar em 2000. A pauta de trabalho da ANS é a definição de regras e normas quanto a cobertura, os reajustes de preços dos planos, as reservas técnicas e o controle de solvência das empresas, além do ressarcimento ao SUS. Verifica-se a existência de estudos que avaliaram os resultados de efetividade das ações da ANS. Dentre esses estudos, destaca-se o de Santos e colaboradores (2006) que avaliou os principais resultados alcançados pela regulação na saúde suplementar no período de 2000 a 2006.

É importante ressaltar que o marco teórico conceitual de regulação, freqüentemente, utilizado não decorre do conceito gramsciano da sociedade regulada, nem da escola francesa da regulação<sup>2</sup>. No Brasil, as primeiras das agências reguladoras criadas foram fundamentadas na necessidade do papel mediador do Estado. Contraditoriamente, as agências foram criadas no contexto de hegemonia das políticas e do pensamento neoliberais no país, cuja essência é a redução da participação do Estado e dos seus mecanismos de controle nas relações econômicas e sociais.

Portanto, as políticas de regulação e, em especial, a da Saúde, no Brasil, apresentam importantes contradições na sua origem que possibilitam, em algumas situações, a preponderância do setor privado sobre os deveres do Estado na

---

<sup>2</sup> Ver sobre os fundamentos da escola regulacionista e gramsciana em Santos (2006)

organização do SUS. Apesar de não ter sido objeto do presente estudo, deve-se salientar que o modo de implantação da regulação assistencial não está livre da influência do modelo econômico vigente no Brasil.

Em sua revisão bibliográfica sobre a regulação no SUS pelo Ministério da Saúde, Jaime (2004) concluiu que o órgão apresentou uma visão reducionista da regulação, expressa em seus instrumentos normativos. O autor alegou que, nas Portarias 356/2000 e 423/2002, e na Noas 001/2002, a regulação foi restringida a seu aspecto assistencial. Por esse motivo, defende que é mais adequado para os gestores do SUS o conceito mais amplo de regulação do sistema de saúde, ou seja, a regulação da política nacional de saúde.

As normas do MS que retratam a regulação foram elaboradas em conjunto com as normatizações que abordam a descentralização na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços em todos os níveis de atenção. À medida que o MS transfere recursos, também delega responsabilidades aos gestores estaduais e municipais. Essas responsabilidades foram organizadas desde a NOB 96 até as Portarias 399/2006 e 699/2006 (TORRES, 2007).

Para instituir a Política Nacional de Regulação do SUS, por meio da portaria 1.559/2008, além da legislação pertinente ao setor - a lei 8.080/1990; a pactuação formulada na Câmara Técnica da Comissão de Intergestores Tripartite; e as Portarias 399/1996, 699/2006, 3.277/96, 61.571/2007 -, o MS considerou a necessidade de estruturar as ações, visando o aprimoramento e a integração dos processos de trabalho; de fortalecer os instrumentos de gestão do SUS; e de regionalizar, hierarquizar e integrar as ações e os serviços de saúde. As ações de regulação, controle e avaliação do SUS estão organizadas em três dimensões integradas entre si:

- I. Regulação dos Sistemas de Saúde: o objeto são os sistemas municipal, distrital, estadual e federal de saúde, definidos a partir dos princípios e diretrizes do SUS. Os gestores – federais, estaduais, distritais e municipais - são responsáveis pelas ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância;
- II. Regulação da Atenção à Saúde: é exercida pela secretarias estaduais e municipais de saúde, conforme o

estabelecido no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde. O objetivo é garantir o adequado atendimento à população. Tem como objeto a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando dirigida aos gestores das organizações prestadoras de serviço, públicas ou privadas. Essa dimensão, também denominada de regulação assistencial ou do controle da oferta de serviços, executa ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde;

III. Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, possui como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a prioridade dos acessos aos fluxos assistenciais. Os sujeitos são os gerentes dos leitos públicos. A regulação do acesso é estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais. Esta dimensão abrange a regulação médica por meio do exercício da autoridade sanitária, visando a garantir o acesso baseado em protocolos, classificação de riscos e demais critérios de priorização.

Além de explicitar as dimensões da regulação, a Política Nacional de Regulação do SUS estabelece ações, processos de trabalho e estruturas necessárias, e designa as responsabilidades de cada ente federado e as atribuições dos gestores públicos (BRASIL, 2008).

Apesar dos avanços relativos às normas elaboradas pelo MS, é evidente a insuficiência de estudos baseados em experiências práticas exitosas quanto ao modo, à responsabilidade e à operacionalização quanto a regulação dos sistemas de saúde. Dessa forma, os Estados e Municípios arcam com a responsabilidade de operacionalizar as normas e as políticas estabelecidas pelo MS para garantia de acesso a serviços de saúde de modo universal, equânime, e hierarquizado.

Os Estados e os Municípios, desde a constituição de 1988, enfrentam grandes desafios para desenvolver ações de regulação do sistema ou da atenção à



saúde. As ações de governos para atingir seus objetivos devem considerar, em seu planejamento, a tríade proposta por Matus. Os resultados dessas ações governamentais dependem da previsibilidade dos efeitos dos três condicionantes do triângulo de governo: o projeto de governo, a capacidade de governo, e a governabilidade (ROMO, 2006). Desse modo, ressalta-se que as ações desenvolvidas para a regulação dos sistemas de saúde implantadas de forma desestruturadas podem não atender os seus objetivos.

Segundo Matus, o projeto de governo é a proposição de meios e de objetivos comprometidos com uma mudança em direção à situação esperada. A capacidade de governo expressa a perícia em conduzir, manobrar e superar as dificuldades com a mudança proposta. Também, está relacionada com as experiências, a liderança, os conhecimentos e a governabilidade do sistema. O projeto de governo sintetiza as dificuldades da proposta e o método a ser seguido. A governabilidade é medida pelo grau de aceitação e pela capacidade dos atores sociais em respaldar motivações favoráveis, adversas ou indiferentes (ROMO, 2006).

Nesse sentido, o foco do presente estudo é a regulação do acesso na assistência hospitalar, entendendo o último como a utilização dos serviços de saúde. É importante esclarecer que os objetos da CER, basicamente, são o leito hospitalar e as avaliações diagnósticas demandadas pelos pacientes internados. Regula-se o acesso à internação através da disponibilização de leitos e aos procedimentos cirúrgicos destinados ao atendimento de urgência e de emergência.

Na concepção, aqui apresentada, de regulação, o componente que se explora é o acesso ao leito de internação hospitalar, pois o mesmo desempenha um papel essencial no sistema de saúde e caracteriza o modo de instituição dos fluxos regulatórios assistenciais. Assim, atentar para a regulação de leitos contribui a compreensão da regulação assistencial como um todo.

O processo de utilização dos serviços de saúde é resultante da interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados e da atitude do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde (CUNHA, 2008). O comportamento individual é, geralmente, responsável pelo primeiro contato com os serviços de saúde, e a atitude do profissional de saúde é responsável pelos contatos subseqüentes. Na assistência hospitalar, os profissionais, em grande parte, definem o tipo e a quantidade de recursos aplicados na resolução dos problemas de saúde dos pacientes.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar a avaliabilidade do projeto de implantação das comissões de regulação, controle e avaliação dos leitos hospitalares do município de Salvador no período de junho de 2007 a fevereiro de 2010.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

3.2.1 Esclarecer os objetivos das CRCA.

3.2.2 Descrever o funcionamento das CRCA.

3.2.3 Elaborar o modelo lógico das CRCA.

3.2.4 Identificar áreas para melhoria do projeto

3.2.5 Elaborar as respectivas recomendações.

3.2.6 Identificar os pontos de avaliação plausíveis e úteis para subsidiar o aperfeiçoamento da implantação das CRCA.

#### 4. MÉTODO

Nessa seção, apresentar-se-á o tipo de estudo desenvolvido, apontando a trajetória metodológica escolhida. É importante registrar que a perspectiva político-ideológica desse estudo se baseia na concepção de que

(...) a visão de mundo do pesquisador e dos atores sociais estão implicadas em todo o processo de conhecimento, desde a concepção do objeto até o resultado do trabalho. É uma condição da pesquisa, que uma vez conhecida e assumida pode ter como fruto a tentativa de objetivação do conhecimento. Isto é, usando-se todo o instrumental teórico e metodológico que ajuda uma aproximação mais cabal da realidade, mantém-se a crítica não só sobre as condições de compreensão do objeto como do próprio pesquisador. Conforme nos adverte Lévy Strauss: “Numa ciência onde o observador é da mesma natureza que o objeto, o observador é, ele mesmo, uma parte de sua observação” (MINAYO, 2004, p.21).

É um estudo descritivo que pretende analisar a viabilidade de processos avaliativos sobre uma determinada política pública. Assim, considerando a possibilidade do estudo de uma intervenção através da fragmentação em seus componentes, e que objetivo central da presente pesquisa foi analisar a avaliabilidade do projeto de implantação das CRCA de leitos hospitalares nas unidades públicas mantidas pela Sesab em Salvador, o método escolhido e utilizado foi adaptado das etapas que constituem essa forma de pré-avaliação. Desse modo, as etapas da pré-avaliação de uma intervenção são: a definição do propósito, a elaboração do modelo lógico, a descrição do funcionamento e a elaboração de recomendações ao coordenador responsável (LEVINTON *et al*, 1998).

O estudo de avaliabilidade é uma espécie de pré-avaliação de uma intervenção visando identificar se essa foi bem concebida e consistentemente executada de modo a estar apta a se submeter a uma futura avaliação (PATTON apud VIEIRA DA SILVA, 2005). A proposta é esclarecer os objetivos da intervenção e verificar se esta possui condições de ser avaliada, e se a sua avaliação pode contribuir para melhorar o seu desempenho (VIEIRA DA SILVA, 2005).

Os dados necessários ao cumprimento das etapas da pré-avaliação foram obtidos mediante o uso das seguintes técnicas qualitativas: análise documental, entrevistas semi-estruturadas, e observação do trabalho de uma comissão das práticas relacionadas às CRCA na CER. A escolha da comissão do HGE atendeu aos critérios de maior tempo de funcionamento (primeira a ser implantada em junho de 2007), equipe mais completa (médicos, enfermeiras, assistentes sociais e

auxiliares de regulação), melhor infra-estrutura (sala, computadores e sistema informatizados já instalados) e maior receptividade à implantação da comissão.

Muitos dados e informações levantadas ao longo da presente dissertação se justificam pela implicação da própria autora no processo estudado enquanto agente política do cenário abordado. Assim, a implicação forja o conhecimento produzido, pois se nutre dela para conferir significado às análises produzidas.

### **1ª etapa - Elaboração do modelo lógico preliminar**

O modelo lógico é uma representação visual do modo de implementação de uma intervenção e dos resultados esperados (ROWAN, 2000 apud MEDINA *et al*, 2005). A representação permite a explicitação da lógica subjacente à intervenção. A construção do modelo lógico implica em detalhar seus componentes e suas formas de operacionalização, abstraindo-se as determinações contextuais (MEDINA *et al*, 2005). Assim, um modelo lógico preliminar (apêndice A) foi elaborado a partir da análise documental e da recuperação da experiência profissional prévia da autora da presente dissertação, pois, na época da implantação da CRCA, era diretora da Direg e foi responsável, até julho de 2008, por sua implementação.

Para a análise documental, foram consultados os planos estaduais de Regulação de 2003 e de Saúde de 2007 a 2010; os relatórios de gestão da Suregs, da Direg e da CER no período de 2007 a 2009; o documento base que deu origem ao projeto de implantação das CRCA; o documento da análise de situação da CRCA realizado em setembro de 2009, e as Portarias 1.559/09 do MS, e as Portarias 1.628/08 e 2.191/08 da Sesab. O modelo lógico preliminar das CRCA foi cotejado com a produção dos dados das etapas ulteriores que serão descritas a seguir.

### **2ª Etapa - Definição dos objetivos das CRCA e caracterização do funcionamento de uma comissão**

Esta etapa consistiu, inicialmente, na identificação dos objetivos das CRCA que foram cotejados com o modelo lógico preliminar. As informações foram obtidas mediante a ampliação da análise documental e a realização de entrevistas semi-estruturadas com informantes-chaves. No aprofundamento da análise documental,

além dos documentos já citados, recorreu-se aos relatórios elaborados pelas CRCA do HGE, HGMV, do HGRS e pelas comissões volantes, aos relatórios fornecidos pelos sistemas informatizados da CER (Sisreg 2 e Surem) e ao programa do curso introdutório para os integrantes da CRCA (anexo B).

Foram realizadas 12 entrevistas semi-estruturadas com os responsáveis pela coordenação e pela execução do trabalho da CRCA: os coordenadores médico e técnico da CER; os chefes de plantão da CER; os coordenadores médico e de enfermagem da CRCA na CER; os médicos, os enfermeiros e os auxiliares de regulação da CRCA do HGE; o chefe de plantão do HGE; e o diretor do HGE.

O objetivo das entrevistas foi conhecer a opinião que os informantes-chaves tinham do funcionamento das CRCA, quanto aos propósitos, objetivos, atividades, facilidades e dificuldades. As entrevistas foram realizadas segundo um roteiro previamente elaborado (Apêndice B), sendo gravadas e transcritas. Além da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice C) pelos entrevistados, a dissertação contou com assinatura do Termo de Anuência fornecido pela Sesab para sua realização (apêndice D). As informações obtidas das entrevistas foram analisadas através da matriz de coleta de dados (Apêndice F).

Nesta etapa, também foram realizadas a observação e o acompanhamento de algumas atividades da CER e da CRCA-HGE para descrever e identificar o funcionamento da intervenção na prática. As visitas ao técnicas foram realizadas em janeiro de 2010, em dias e turnos variados, de acordo com a disponibilidade das diferentes equipes. A observação foi registrada em diário de campo, conforme roteiro definido previamente (Apêndice E).

### **3ª Etapa - elaboração do modelo lógico final e recomendações**

O modelo lógico preliminar elaborado na etapa anterior foi reelaborado a partir da análise dos dados obtidos nos documentos, nas entrevistas com os informantes-chaves e na observação de campo, conformando o modelo lógico final produzido pelo estudo (Apêndice G). O modelo final é base para a descrição dos resultados, proposição das recomendações para a melhoria da gestão das CRCA, e identificação de perguntas para uma avaliação futura dessa intervenção pela Sesab.

## 5. ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo enquadra-se na modalidade de pesquisa de risco mínimo, conforme a Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996, b), e foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Trata-se de uma pesquisa em que foram realizadas a análise documental e de entrevistas semi-estruturadas com servidores e dirigentes da Sesab.

Segundo a referida Resolução 196/96 “*o respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa*” (BRASIL, 1996, b, sem página). Desse modo, a realização desta pesquisa recorreu ao consentimento livre e esclarecido.

Conseqüentemente, o termo de consentimento abordou as características do estudo, o sigilo dos dados obtidos, a isenção de remuneração, e a livre decisão de participação ou de desistência do sujeito. Esse termo foi solicitado aos indivíduos participantes, e devidamente assinado pela pesquisadora responsável e pelos entrevistados. Os informantes-chaves envolvidos na pesquisa receberam uma cópia da declaração de sua participação voluntária.

Os entrevistados foram apresentados no estudo através de números, garantindo o anonimato. Nesse sentido, também se evitou mencionar a categoria profissional e o cargo de modo a prevenir a identificação dos entrevistados e preservar a confidencialidade da entrevista e o anonimato dos participantes, por exemplo, diretores e coordenadores, etc.

Deve-se lembrar que todos os resultados da pesquisa são de livre acesso da Sesab, e que a instituição poderá utilizá-la conforme suas necessidades, sem qualquer ônus para a mesma.

## 6. CARACTERIZAÇÃO HISTÓRICA DA REGULAÇÃO DE LEITOS HOSPITALARES EM SALVADOR

### 6.1 O HISTÓRICO E A SITUAÇÃO ATUAL DA REGULAÇÃO DE LEITOS EM SALVADOR

Até 2007, quando ocorreu a mudança na gestão estadual, as informações sobre o processo de implantação da CER não estavam sistemática e democraticamente disponibilizadas pela Sesab. A maioria das informações necessárias sobre a implantação não foram transmitidas formalmente aos novos gestores, isto é, não foram publicadas de modo a facilitar o acesso. Destaca-se que a autora da presente dissertação participou da equipe de transição governamental como responsável pela relatoria dos dados referentes à regulação assistencial, assumindo a Diretoria de Regulação em janeiro do mesmo ano.

A valorização da produção do conhecimento gerado pelos trabalhadores e a sua publicação não eram práticas da Sesab. Apesar de ser campo de produção de estudos, permanentes ou pontuais, de diversos atores oriundos das várias instituições de ensino na Bahia e das consultorias contratadas, em geral, as informações não foram sistematizadas, publicadas e divulgadas institucionalmente.

Segundo Ferla *et al.* (2009), o sistema de saúde produz conhecimentos que precisam ser sistematizados. Os problemas cotidianos de trabalho não podem ser reduzidos apenas aos aspectos cognitivos dos trabalhadores, pois, se assim fossem, a oferta de cursos e as atividades de formação os resolveriam. Desse modo, é essencial considerar o domínio da aprendizagem no trabalho para que a produção e a circulação de conhecimentos estejam sempre associadas às práticas do cotidiano.

França e colaboradores (2010) reconstruíram historicamente a implantação da regulação dos leitos hospitalares no município de Salvador até o ano de 2007, quando houve a mudança da gestão estadual. Assim, segundo as autoras, o processo de implantação da regulação assistencial em Salvador foi iniciado com a elaboração do Projeto Plano Piloto I pelos gestores da Sesab em 2003.

No início, o alvo do projeto restringia-se apenas operacionalização da regulação da urgência e da emergência. O projeto tinha como objetivos: atender os pacientes com quadro agudo de qualquer natureza dentro dos limites operacionais de complexidades estabelecidos para cada unidade; diminuir a sobrecarga nos

hospitais de maior complexidade; apoiar, em caráter complementar, as Unidades Básicas do Programa de Saúde da Família (PSF); e servir como entreposto de estabilização para pacientes críticos conduzidos pelos serviços de atendimento pré-hospitalar ou inter-hospitalar (FRANÇA, MUSTO & ROCHA, 2010).

As autoras relataram que o projeto estabeleceu estratégias como: a assistência pré-hospitalar (fixa), a assistência inter-hospitalar, a regulação médica, a organização e a estruturação físico-tecnológica das unidades, a capacitação dos recursos humanos e a humanização da atenção. Um sistema informatizado foi desenvolvido para a implementação do Plano Piloto. O sistema foi construído pela equipe técnica da Coordenação de Modernização Administrativa (CMA) da Sesab. O sistema, na época, permitiu registrar as ocorrências, a melhor organização dos dados e a distribuição dos recursos de saúde solicitados para os usuários (FRANÇA, MUSTO & ROCHA, 2010).

O Centro Federal de Educação Tecnológica da Bahia (Cefet/BA), através das Fichas de Cadastro de Estabelecimento de Saúde (FCES) e do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), elaborou a rede de atendimento de urgência e emergência que é integrante do Plano Piloto I. Esse trabalho foi utilizado para alimentar o primeiro sistema informatizado, o qual foi denominado de Sistema de Regulação da Urgência e Emergência Médica (Surem). A primeira versão foi implantada no Carnaval de 2003. Desde então, o sistema vem sendo adaptado para atender às necessidades do processo regulatório da Sesab. Em 2003, o Surem tinha como prioridade atender o Hospital Geral do Estado (HGE), o Hospital Ernesto Simões Filho (Hesf) e algumas unidades de pronto atendimento fixas (FRANÇA, MUSTO & ROCHA, 2010), conforme demonstrado na Quadro 1.

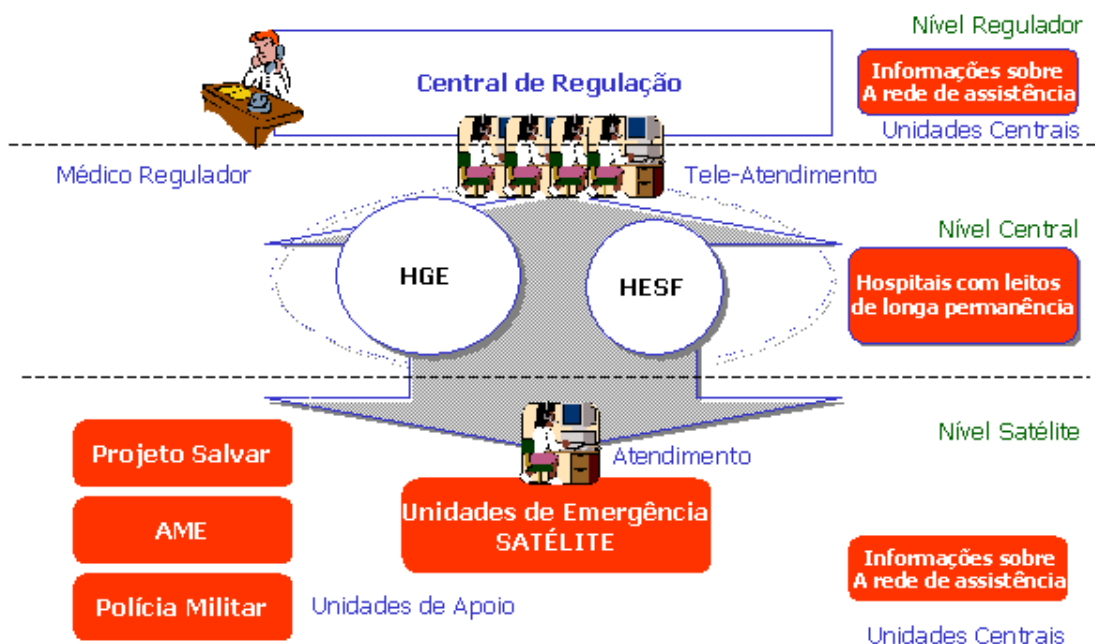


**Quadro 1 – Unidades Integrantes do Plano Piloto I**

Nível	Entidade	Natureza*	Administração**	Gestão
Central	Hospital Geral do Estado (HGE)	Adm. Direta	Estado	Dupla****
	Hospital Geral Ernesto Simões Filho (Hesf)	Adm. Direta	Estado	Dupla
Satélite	UE Prof. Hosanah de Oliveira	Adm. Direta	Estado	Municipal
	UE Gercino Coelho	Adm. Direta	Estado	Municipal
	8º Centro de Saúde Sigfried Schindler	Adm. Direta	Estado	Municipal
	PA Prof. Adroaldo Albergaria	Adm. Direta	Município	Municipal
	PA Dr. Hélio Machado	Adm. Direta	Município	Municipal
	PA Rodrigo Argolo	Adm. Direta	Município	Municipal
	UE de São Marcos	Adm. Direta	Município	Municipal
	Hospital São Jorge (HSJ)	Adm. Direta	Estado	Municipal
de Apoio	Hospital Santo Antônio (HSA)	Beneficente	Privada	Dupla
	Hospital Professor Carvalho Luz (HPCL)	Adm. Direta	Estado	Municipal
	Hospital Martagão Gesteira (HMG)	Beneficente	Privada	Dupla
	Hospital Geral Roberto Santos (HGRS)	Adm. Direta	Estado	Dupla
	Hospital Manoel Victorino (HMOV)	Adm. Direta	Estado	Dupla
	Hospital Santa Isabel (HSI)	Beneficente	Privada	Municipal
	Hospital Espanhol (HE)	Beneficente	Privada	Municipal
	Hospital Português (HP)	Beneficente	Privada	Municipal
	Hospital Universitário Prof, Edgard Santos (Hupes)	Adm. Direta	União	Dupla
	Hospital da Sagrada Família (HSF)	Beneficente	Privada	Municipal
	Hospital Naval de Salvador (HNS)	Adm. Direta	União	Municipal
	Hospital Ana Neri (HAN)	Adm. Direta	Estado	Dupla
	Hospital Octávio Mangabeira (HOM)	Adm. Direta	Estado	Dupla
<p>*Aborda o vínculo da organização prestadora do serviço com a Administração Pública.  ** Esfera refere-se a propriedade da organização prestadora do serviço.  *** Refere-se a operacionalização administrativa da prestação dos serviços de saúde .  **** Consiste na gestão pelo Município e no gerenciamento da oferta pelo Estado.  Elaborado pela autora a partir de CNES/Projeto Piloto I/Sesab, 2003</p>				

Ainda no Plano Piloto I, os gestores da Sesab elaboraram um modelo lógico para implantação dos sistemas de regulação e os seus fluxos (Figura 1).

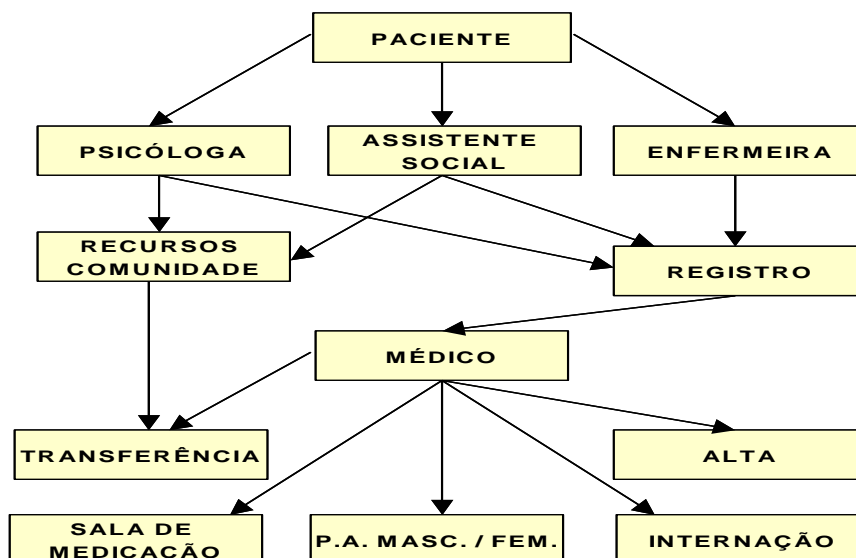
Figura 1 - Modelo lógico para a implantação dos sistemas e seus fluxos



Fonte: Projeto Piloto I/Sesab, 2003

Todo o processo de regulação proposto no Plano Piloto I contemplava o atendimento do HGE e do HESF. O plano propôs qualificar os atendimentos de urgência e de emergência, que davam entrada no HGE e necessitavam de outros serviços na rede (FRANÇA, MUSTO & ROCHA, 2010). Para tanto, os processos de trabalho no HGE foram estruturados e normatizados segundo o fluxograma abaixo.

Figura 2 - Fluxograma de atendimento da triagem do HGE



Fonte: Projeto Piloto I/Sesab, 2003

A proposta do Plano Piloto I instituiu o Hesf como uma unidade hospitalar para o atendimento de urgências e de emergências do tipo II, e para os procedimentos de média complexidade. Também, passou a funcionar como retaguarda do HGE. Os pronto-atendimentos funcionavam em regime de plantões, com observação médica até 24 horas/dia; prestavam assistência no primeiro nível da média complexidade (FRANÇA, MUSTO & ROCHA, 2010).

As solicitações de transferências dos pacientes do HGE, nesse período, eram inseridas no Surem pelos auxiliares de regulação da unidade. A distância, os médicos reguladores, na CER, avaliavam as solicitações sem poder classificar seus riscos, decidindo para aonde encaminhariam os pacientes. Ressalta-se que todo o processo concentrava-se no médico. Assim, existiam três classes de médico: o solicitante, o regulador e o supervisor (FRANÇA, MUSTO & ROCHA, 2010).

## 6.2 A CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO (CER)

A CER, quando iniciou suas atividades, estava localizava no Centro Médico Odontológico Prof. José Maria de Magalhães Neto. O quadro de pessoal da CER era formado por 03 coordenadores médicos, 07 médicos reguladores, 31 auxiliares de regulação, 03 monitores, 01 secretária, 04 funcionários administrativos, 07 médicos intervencionistas. Também, possuía um restrito parque tecnológico composto por 08 microcomputadores, 02 impressoras jato de tinta, 01 central telefônica de 06 ramais e 01 aparelho de fax. Eram 20 unidades solicitantes e 11 executantes sob regulação da CER, totalizando 329 leitos utilizados unicamente como retaguarda da demanda encaminhada pela central das três emergências da capital do estado (HGE, Hesf e Hospital Geral Roberto Santos – HGRS) (FRANÇA, MUSTO & ROCHA, 2010).

Como não existia o Serviço Móvel de Atendimento a Urgência (Samu), foi preciso instalar um serviço de transporte inter-hospitalar composto por 14 Unidades de Suporte Básico (USB) - ambulância - e 02 Unidades de Suporte Avançado (USA) - UTI móvel. Segundo a Portaria 2.048/02 do MS, o transporte inter-hospitalar refere-se à transferência de pacientes entre as unidades não-hospitalares e as hospitalares de atendimento às urgências e às emergências, de diagnóstico e de terapia, ou outras que funcionam como bases de estabilização de pacientes graves, de caráter público ou privado (FRANÇA, MUSTO & ROCHA, 2010).

Desde março de 2006, a CER não detém o comando único dos leitos existentes em Salvador, pois o Município se habilitou na gestão plena pela Noas (2002). Nesse sentido, o trabalho de regulação dos leitos foi dividido da seguinte forma: a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Salvador contrata, fatura e paga os serviços hospitalares no seu território, e a CER se responsabiliza pela regulação da oferta desses leitos. Configura-se, assim, o chamado comando duplo em que um ente gerencia a oferta de leitos e outro que gere as unidades hospitalares (FRANÇA, MUSTO & ROCHA, 2010).

O Termo de Compromisso entre Entes Públicos (TCEP) foi o instrumento utilizado pela Sesab e pela SMS, em março de 2006, para definir as respectivas responsabilidades na gerência e na gestão de todas as unidades hospitalares.

Com a perda do comando único, a Sesab passou a enfrentar maiores dificuldades para efetivar a regulação dos leitos em Salvador. Assim, a Sesab vem implantando projetos alternativos para garantir o acesso dos pacientes que estão nas grandes emergências da rede estadual, aos leitos retaguarda em Salvador. Dentre essas alternativas, destaca-se: a reestruturação e a ampliação de leitos da rede própria; a implantação das CRCA, a internação domiciliar; o mutirão de cirurgias de média e de alta complexidade; e a manutenção da contratação de leitos retaguardas para os pacientes crônicos.

Deve-se destacar que, desde que assumiu o comando único em 2006, a SMS não se responsabilizou pela gerência de nenhum leito hospitalar. Também, não ampliou a contratação de outros leitos na rede complementar, nem construiu novos. Assim, Salvador é a única grande capital brasileira, em termos de porte populacional, que não dispõe de leitos municipais.

Segundo Torres (2007), com a implantação da CER, ocorreram avanços quanto à adequação da demanda à oferta de recursos disponíveis no sistema; ao acolhimento das solicitações recebidas; à comunicação com as unidades de saúde; e ao envolvimento, ao empenho e à boa vontade dos profissionais em enfrentar os desafios da regulação dos leitos hospitalares e da execução dos exames diagnósticos dos pacientes internados.

Todavia, dificuldades também foram encontradas, tais como: a insuficiência de leitos em certas especialidades; a pouca autoridade sanitária dos médicos reguladores; o uso de fluxos para internação fora da CER; a insuficiência de protocolos clínicos e regulatórios; a falta de planejamento nos processos laborais

dos membros da CER; e o déficit de outras ações e instrumentos recomendados pelas normas do MS para garantia da regulação assistencial (TORRES, 2007).

Segundo relatório da Sesab (2007), a primeira mudança significativa de processo de trabalho na CER foi garantir que o sistema de informática utilizado na regulação das urgências permitisse a classificação das solicitações que chegavam quanto aos riscos. O Surem passou a utilizar o sistema internacional de cores para classificação de risco: vermelho para as solicitações com prioridade imediata - pacientes graves; amarelo para risco as de intermediário; verde para casos que podem aguardar; e preto para aquelas as quais os pacientes acabaram indo a óbito.

Além da classificação de riscos, o sistema passou a gerar relatórios mais qualificados, que permitiram identificar a frequência, a origem e a classificação das solicitações por especialidades clínicas, e o tempo de espera dos pacientes. Os relatórios passaram a ser regularmente analisados pelos novos gestores, sendo utilizados como ferramenta de gestão pela Sesab no processo decisório quanto à contratação e a ampliação dos serviços hospitalares e de diagnose em Salvador (Figura 3).

**Figura 3 – Relatório diário de acompanhamento dos pronto atendimentos e das grandes emergências**

Paciente	Instituição Solicitante	Abertura da Ocorrência	Motivo da Solicitação	Tempo de Espera
	UEP - UNID EMERGENCIA PLATAFORMA	14/08/2007 13:01	Internamento UCV Adulto	9 Dia(s)
	UEP - UNID EMERGENCIA PLATAFORMA	16/08/2007 17:46	Internamento UTI	8 Dia(s)
	UEP - UNID EMERGENCIA PERNAMBUES	18/08/2007 08:37	Internamento Clínica Médica	5 Dia(s)
	UEP - UNID EMERGENCIA PERNAMBUES	21/08/2007 11:14	Internamento Clínica Médica	2 Dia(s)
	UEP - UNID EMERGENCIA PERNAMBUES	21/08/2007 16:21	Internamento Clínica Médica	2 Dia(s)
	UESC - UNID EMERGENCIA SAO CAETANO - 8º CENTRO	21/08/2007 16:56	Endoscopia Digestiva	2 Dia(s)
	UESC - UNID EMERGENCIA SAO CAETANO - 8º CENTRO	22/08/2007 18:26	Avaliação Cardiologia	2 Dia(s)
	UECF - UNID EMERG CLEMENTINO FRAGA - 5º CENTRO	23/08/2007 01:32	Internamento UTI	15h, 50m
	UECF - UNID EMERG CLEMENTINO FRAGA - 5º CENTRO	23/08/2007 10:00	Internamento UTI	7h, 21m
	UESC - UNID EMERGENCIA SAO CAETANO - 8º CENTRO	23/08/2007 11:08	Avaliação Neurológica	6h, 13m
	UEV - UNID EMERGENCIA VALERIA	23/08/2007 11:08	Internamento Clínica Médica	6h, 13m

Fonte: Surem, 2009

Ao fim de cada 24h, os chefes de plantões preenchem o relatório diário padronizado, indicando a situação da rede hospitalar quanto à oferta de leitos, a

situação dos recursos humanos da CER e das unidades, a quantidade de atendimentos realizados no plantão e as dificuldades encontradas. Também, apresentavam a lista de espera do Surem e a situação do processo autorizativo das AIH no Sistema de Regulação do Ministério da Saúde (Sisreg-2). Os relatórios eram enviados mediante e-mail para a Diretoria de Regulação da Assistência à Saúde. Por sua vez, a Direg informava aos gestores que pudessem auxiliar na resolução dos problemas encontrados na rede hospitalar e nos pronto-atendimentos 24h em Salvador (BAHIA, 2008, b).

Deste modo, os profissionais da CER utilizam dois sistemas informatizados: o Surem e o Sisreg-2. O Surem é alimentado pelo auxiliar de regulação que digita as solicitações a serem enviadas médicas na própria unidade solicitante ou as que chegam por fax na CER. O médico regulador recebe as solicitações no sistema, classifica o risco segundo a categorização internacional por cor, promovendo a continuidade do processo regulatório, ou seja, conseguir os leitos vagos à CER, adequando o perfil do paciente à unidade hospitalar. O Surem também é utilizado pelos médicos para regular as avaliações conforme a especialidade médica e os exames de diagnose para pacientes internados.

Por sua vez, o Sisreg-2 é utilizado pelos médicos reguladores nas autorizações de internações hospitalares eletivas. Até então, o sistema não classificava o risco, nem gerava a fila única de espera por solicitação, como ocorre no Surem. Atualmente, segundo a coordenação da CER, durante observação do campo de prática na CER, informou a autora que é possível fazer a classificação de risco pelo Sisreg-2. Porém, esse sistema não influencia no processo regulatório, visto que não é utilizado para autorização antes da internação dos pacientes. A coordenação da CER informou ainda que os processos autorizativos no Sisreg-2 continuam pós-fato e foram transferidos para a Central de Regulação do município de Salvador.

Em conformidade com o relatório de gestão, atualmente, a CER possui um setor operacional composto de Postos de Atendimento (PA) que atuam na regulação de urgência e de emergência e dos leitos hospitalares. Nesses postos, trabalham 40 médicos reguladores sob a responsabilidade de um chefe de plantão e 81 auxiliares de regulação supervisionados por um monitor, respectivamente, distribuídos em plantões de 12h e 6h. Esses espaços são compartilhados com a

equipe da Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade (Cerac), que possui 04 médicos reguladores (BAHIA, 2009, b).

A CER conta com 05 Comissões de Regulação, Controle e Avaliação permanentes as quais pertencem ao objeto de avaliabilidade deste estudo – o projeto de implementação. Essas comissões atuam a partir das salas de regulação nas unidades hospitalares da rede própria da Sesab na capital. A CER também conta com 02 Comissões Volantes destinadas a supervisão hospitalar. O quadro de pessoal da central totaliza 404 profissionais com vínculos diferentes - estatutário, Regime Especial de Direito Administrativo (Reda) e celetista (terceirizado) - e comprometimentos diversos.

Apesar de já existir o Samu há cinco anos, o Transporte Inter-Hospitalar (TIH) secundário é realizado pela CER. Para tanto, o TIH da CER é responsável pelo deslocamento dos pacientes entre as unidades de saúde. Sua equipe é composta por condutores, médicos intervencionistas, técnicos de enfermagem, enfermeiros intervencionistas e operadores de rádio (policiais militares). Possui setores de apoio administrativo e de informática que oferecem suporte operacional aos sistemas informatizados.

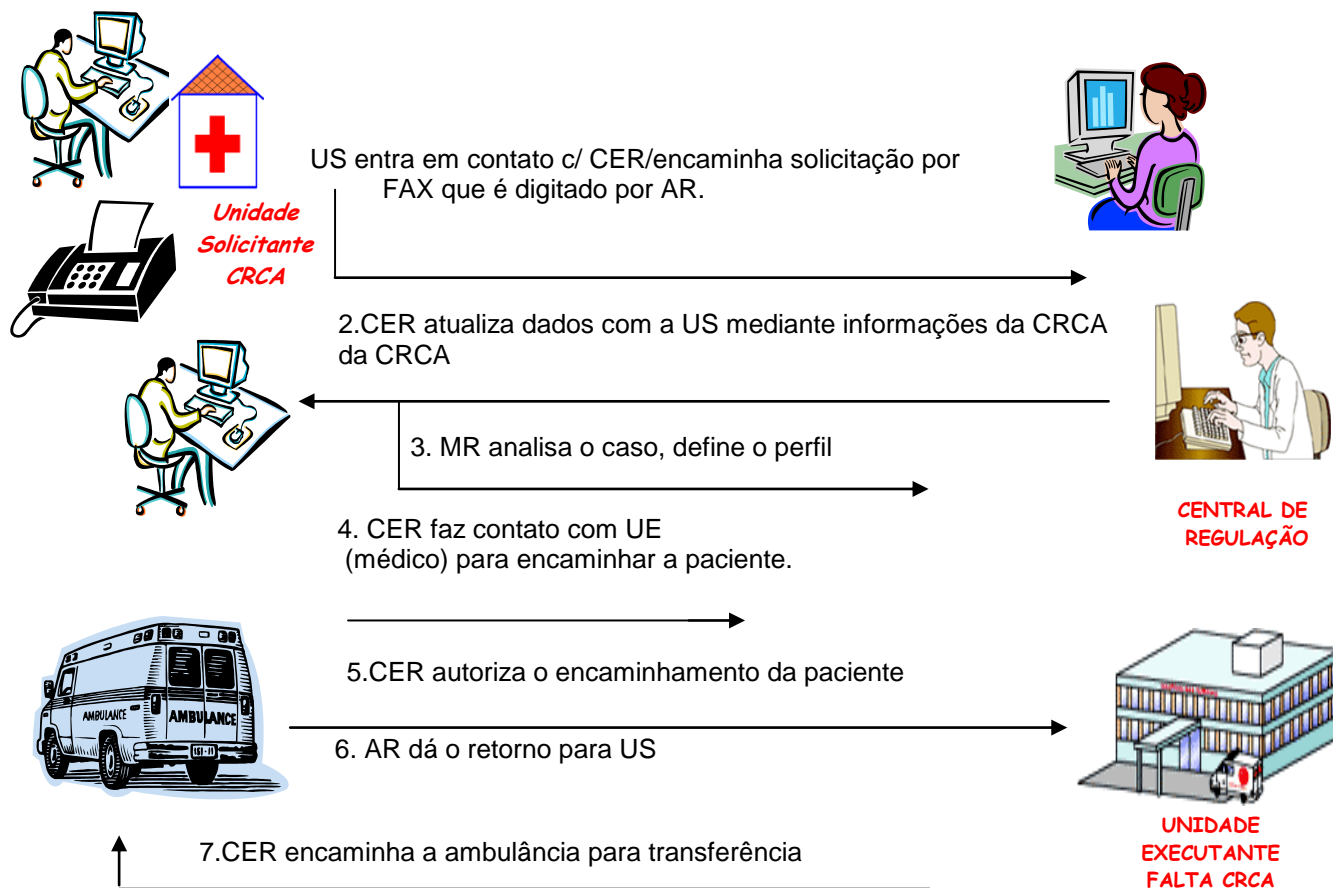
Os médicos que atuam nas ambulâncias – USB – e nas UTI móveis – USA - trabalham em plantões de 24 horas semanais. A enfermeira de educação continuada, a coordenadora administrativa, a gerente de recursos humanos e as secretárias trabalham em horário comercial - das 08 às 18 horas, de segunda a sexta-feira-. A enfermeira coordenadora possui uma carga horária de 30 horas semanais, trabalhando de segunda a sexta-feira no turno matutino. As enfermeiras de assistência, os técnicos e as auxiliares de enfermagem possuem carga horária mensal de 120 horas distribuídas em plantões de 24 horas semanais.

Os médicos coordenadores e os reguladores possuem carga horária de 96 horas mensais divididas em plantões de 12 ou 24 horas semanais. O coordenador de frota de ambulâncias trabalha 08 horas/dia, sendo responsável por sua manutenção e por sua conservação. Os condutores trabalham em plantões de 24 horas, cuja carga horária mensal varia de 180 a 240 horas, a depender do vínculo com o Estado – estatutário Reda ou terceirizado - ou com a União.

O operador de rádio trabalha 12 horas durante o dia, folga 24 horas e trabalha mais 12 horas à noite, seguido, então, de 72 horas de folga. A cada turno de 12 horas, trabalham 02 policiais. Conforme a coordenação geral, o policial militar

apóia a CER na comunicação por rádio com as ambulâncias desde a implantação da CER em 2003. Dessa forma, apresenta-se, na Figura 4, o modo de funcionamento atual dos fluxos da CER relativos à regulação dos pacientes do HGE.

**Figura 4 – Regulação da Urgência/Emergência do HGE**



Fonte: Coordenação CER-Sesab, 2009



## 7. DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DAS CRCA EM SALVADOR

Torna-se importante repetir que a autora do presente estudo era diretora da Direg na época da implantação do projeto das CRCA. Portanto, encontra-se comprometida com a referida intervenção. Desta forma, segundo Ferla e colaboradores (2009), parte das informações sobre o processo de implantação do projeto está relacionada com a produção do conhecimento através da vivência prático-cotidiana e de sua experiência profissional na área.

A razão para implantação das CRCA surgiu a partir das dificuldades encontradas pela CER, na época, em conseguir a liberação dos leitos nas unidades hospitalares por meio dos sistemas informatizados. As unidades, além de não alimentarem fidedignamente os sistemas com as vagas, resistiam em executá-la por telefone. Os profissionais da CER, antes da implantação das CRCA, solicitavam reiteradamente o envio das informações sobre as vagas existentes nos hospitais. Apenas mediante tais informações, a CER poderia utilizar os leitos disponíveis e atender às demandas que chegavam por telefone, por fax e pelos sistemas.

Na maioria das vezes, as informações contidas nas solicitações não correspondiam à necessidade apresentada pelo paciente. Não era incomum, a CER conseguir a vaga, encaminhar o paciente, e o mesmo retornar porque o relatório emitido pelo médico solicitante não correspondia ao perfil assistencial da unidade hospitalar receptora. Também, existiam problemas quanto à falta de documentos e de exames requeridos por cada unidade para atender à necessidade de cada caso.

As normas dos diversos documentos que orientaram a implantação da CER - a Política Nacional de Regulação, o Plano Estadual de Regulação, entre outros - eram objetivos quanto ao papel dos atores envolvidos no processo regulatório. Os médicos assistentes das unidades solicitantes deveriam preencher adequadamente e atualizar diariamente as solicitações, encaminhando-as posteriormente a CER. Por sua vez, a assistente social, o auxiliar de regulação e os servidores da área administrativa dos hospitais cuidariam da burocracia para transferência do paciente.

Nas unidades receptoras, segundo informações do documento base que originou à CRCA, os trabalhadores da comissão deveriam gerenciar os leitos retaguardas disponibilizados para o SUS. Para tanto, deveriam conhecer os contratos de prestação de serviços dessas unidades e os Planos Operativos Assistenciais (POA) sobre os quais a comissão faria o processo autorizativo pré-fato

na própria unidade. Além da autorização pré-fato, os trabalhadores das CRCA das unidades receptoras se responsabilizariam pela implantação da cultura de regulação, controle e avaliação da prestação de serviços.

Os gestores da Direg/CER percebiam que, para mudar o processo regulatório encontrado à época, seria necessário delegar a autoridade sanitária a uma equipe multiprofissional a fim de que a última pudesse colaborar com a gestão dos leitos hospitalares e facilitar a liberação desses para a CER. A autoridade sobre a gestão dos leitos hospitalares não poderia está exclusivamente atribuída apenas aos médicos, pois, historicamente, esses profissionais apresentam uma formação acadêmica predominantemente curativista, biologicista e clínica, ou seja, com fragilidades na capacitação para exercer a gestão dos sistemas de saúde.

Assim como, a implantação do monitoramento da infecção hospitalar demonstrou que a incorporação do profissional de enfermagem nas Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) proporcionou avanços importantes. Percebeu-se que a incorporação de outros profissionais da área de saúde, como enfermeiros e assistentes sociais, poderia qualificar e validar os processos regulatórios nos hospitais da Bahia.

A equipe das CRCA era composta por médico, enfermeira e assistente social. Para evitar desvios de função e conflitos de competência entre os representantes das categorias envolvidas, buscou-se informações junto aos seus respectivos conselhos para definir as atividades e as atribuições de cada profissional (Anexo A). A implantação também se baseou nas atividades desenvolvidas pelas equipes de supervisão médica instaladas pela central regulatória do município de Belo Horizonte para a elaboração das atividades da CRCA.

Para a definição de parte dos processos de trabalho e dos impressos a serem utilizados na CRCA, o médico que coordenava a implantação das comissões na Bahia fundamentou se nas Diretrizes Básicas da Rede de Centrais de Regulação da Secretaria de Saúde do Estado (SES) do Rio de Janeiro e suas respectivas normatizações, como, por exemplo, a Deliberação CIB-RJ 039/1999 e a Resolução SES/RJ 2.102/2003.

No entanto, a experiência da SES do Rio de Janeiro de criação dos Núcleos Internos de Regulação (NIR) na rede de hospitais públicos, não abordou a ampliação dos processos de regulação assistencial de leitos hospitalares mediante a incorporação de outros profissionais (RIO DE JANEIRO, 2009, c). Em

comparação, a experiência da Sesab proporcionou a inclusão de enfermeiros e de assistentes sociais, possibilitando a esses profissionais novos campos de trabalhos na área de regulação assistencial de leitos hospitalares no SUS da Bahia.

Antes de tudo, a análise documental constatou que, no resumo do projeto, não se encontra o plano de implantação com os responsáveis, os prazos e as atividades a serem desenvolvidas. Também, não foi encontrado um modelo lógico para essa intervenção, nem uma matriz com os critérios, os indicadores, as normas e os padrões para facilitar o processo avaliativo das CRCA. Durante o mês de março de 2007, a proposta das CRCA foi apresentada e validada pela Superintendência de Regulação (Suregs), pelo Secretário de Saúde do Estado e pela equipe de coordenação da regulação, controle e avaliação da SMS de Salvador.

O projeto de implantação das CRCA teve início em fevereiro de 2007. Foram realizadas várias reuniões entre a Direg, a Diretoria de Controle (Dicon), e a coordenação médica e a técnica da CER. Devido ao déficit de profissionais com formação específica na área de planejamento e de elaboração de projetos na Direg, Dicon e CER, um médico regulador foi disponibilizado para a implantação das CRCA e registrar as ações desenvolvidas naquele período.

As equipes multiprofissionais eram compostas por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, auxiliares de regulação e técnicos administrativos. Entre abril e maio, a coordenação da CER entrevistou os médicos reguladores para selecionar aqueles que teriam o perfil adequado para compor as CRCA dentre os aprovados no concurso de 2005. Nesse período, a Sesab nomeou 30 enfermeiros do cadastro de reserva do referido concurso para compor as comissões. Em 2008, as assistentes sociais começaram a integrar as equipes da CRCA do HGE. Os auxiliares de regulação já trabalhavam nas unidades hospitalares e a maioria do pessoal de nível médio estava vinculada a empresas contratadas pela Sesab.

A coordenação da CER, em acordo com a Direg, apresentou a proposta do projeto de implantação das CRCA a médicos e enfermeiros. Durante o mês de maio de 2007, esses profissionais participaram da elaboração do projeto da CRCA. Coletivamente, construíram as atribuições de cada profissional e as atividades das CRCA; e padronizaram os relatórios e os impressos a serem utilizados. Também, acordaram a escala de plantão de trabalho; elaboraram as propostas de fluxos e de algoritmos, e os protocolos de encaminhamentos dos pacientes; sistematizaram a

rotina da CRCA; e criaram outros documentos importantes.

Em maio, os futuros integrantes das CRCA foram qualificados quanto às atividades a serem desenvolvidas no processo de trabalho. Foram realizadas oficinas com apresentação das normatizações do MS e dos instrumentos necessários à regulação assistencial e controle da prestação de serviços. As oficinas foram realizadas na própria CER, coordenada pela Direg/CER, com a participação da Dicon e da Diretoria de Auditoria da Sesab (Anexo B).

A proposta inicial foi implantar as CRCA nos grandes hospitais da rede própria estadual e, logo em seguida, naqueles credenciados ao SUS em Salvador. Entre maio e junho de 2007, a proposta de implantação foi apresentada aos diretores da rede própria no nível central da Sesab, aos dirigentes dos hospitais HGE, HGMV, HGRS, Hesf e Hospital Santo Antônio (HSA). Em junho de 2007, foi implantada a primeira CRCA no HGE e, na seqüência, no Hospital Geral Manoel Vitorino (HMGV), no Hospital Ana Néri (HAN) e no HGRS.

A escolha do HGE para a implantação da primeira CRCA foi atribuída à superlotação de pacientes que aguardavam saída da sua emergência, e as dificuldades da CER em conseguir leitos adequados ao perfil dos seus pacientes em outros hospitais. Para aumentar a oferta de vagas nas unidades retaguardas para os pacientes do HGE, a CER implantou uma CRCA no HGMV, que foi e ainda é o único hospital a ter a totalidade dos seus leitos regulados pela CER.

Com a mudança da diretoria da Direg e da CER em janeiro de 2008, aparentemente, dentre outros fatores não estudados, a continuidade da implantação das CRCA, que poderiam funcionar como retaguarda da rede própria estadual, com a liberação de mais leitos do SUS para a CER, foi prejudicada. As enfermeiras que iriam para as comissões dos hospitais filantrópicos e do Hospital Universitário Professor Edgar Santos (Hupes) passaram a compor as equipes volantes de supervisão e a realizar a captação de leitos nessas unidades. Tal situação desvirtuou-se da idéia original do projeto que previa a implantação de CRCA nesses hospitais.

Uma justificativa para implantar as CRCA nos hospitais de retaguarda ou complementares era que a maioria dos pacientes oriunda do HGE só possuía acesso aos leitos na rede hospitalar do Estado, principalmente, os pertencentes a Administração Pública direta. Tal fato pode ser observado na tabela abaixo:

**Tabela 1 – Encaminhamentos da CER através do Surem dos pacientes do HGE, 2004 a 2009**

<b>Unidade</b>	<b>Número de leitos disponibilizados</b>	<b>Percentual de utilização</b>
Hospital Manoel Vitorino (HMV)	2.443	20,59
Hospital Geral Roberto Santos (HGRS)	2.214	18,66
Hospital Prof. Carvalho Luz (HPCL)	576	4,86
Hospital Ana Nery (HAN)	558	4,70
Hospital Couto Maia (HCM)	532	4,48
Hospital Ernesto Simões Filho (Hesf)	410	3,46
Hospital Cidade (HC) – Mutirão	401	3,38
Hospital Espanhol (HE)	392	3,30
Hospital Santa Izabel (HSI)	360	3,03
Hospital Eládio Lassere (HEL)	333	2,81
Hospital Agenor Paiva ( HAP) – Mutirão	330	2,78
Hospital Universitário Prof. Edgard Santos (Hupes)	328	2,76
Hospital Sagrada Família (HSF)	291	2,45
Clínica Acidentados Traumatologia e Ortopedia (Cato) – Vitória	253	2,13
Hospital Dois de Julho (HDJ)	226	1,90
Hospital Salvador (HS) - Mutirão	217	1,83
Hospital Espanhol (HE) – Mutirão	208	1,75
Hospital Martagão Gesteira (HMG)	197	1,66
Hospital Aristides Maltez (HAM)	155	1,31
Instituto do Coração (Incoba)	123	1,04
Clínica Acidentados Traumatologia e Ortopedia (Cato) – mutirão	122	1,03
Outros hospitais	Sem informação	Menos de 1%

Elaborado a partir de Surem/CER/Sesab, 2004 a 2009

Verifica-se, na Tabela 1, que os hospitais contratados pela SMS, a exemplo do HSA e do Hupes, apesar do grande número de leitos, pouco contribuem como retaguarda para pacientes que se encontram no HGE e que necessitam de vagas através da CER. Destaca-se que esses equipamentos de saúde são classificados pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) como hospitais

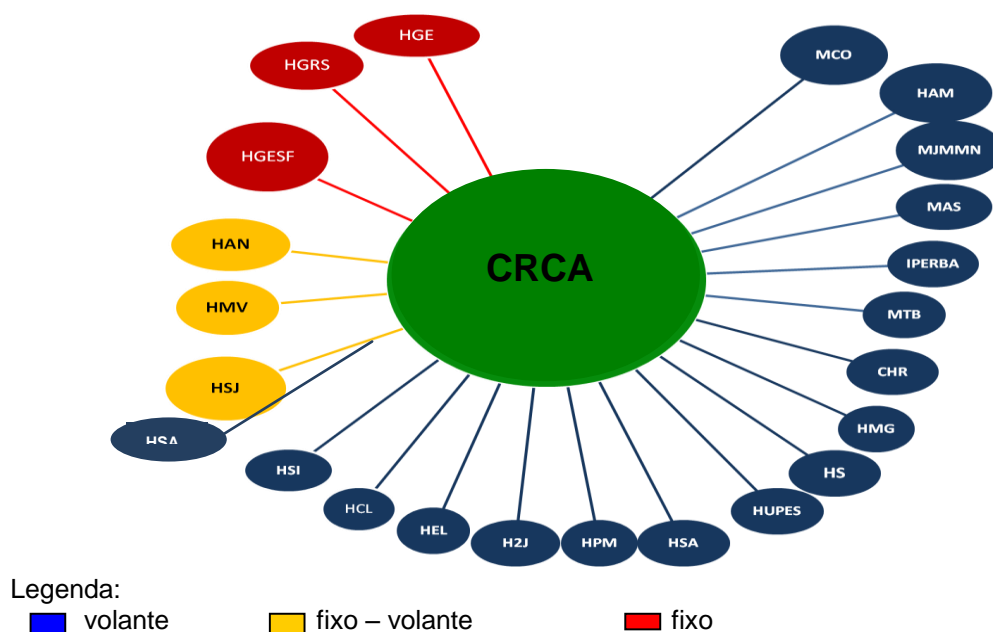
gerais e de grande porte. Portanto, não se justificam as barreiras ao acesso de pacientes do HGE encontradas pela CER nessas unidades.

Os principais objetivos da implantação das CRCA nos hospitais gerais é contribuir com a regulação dos seus leitos e reduzir a superlotação das grandes emergências em Salvador. A situação atual das CRCA é a seguinte:

- HGE - equipe completa, com médico todos os dias, exceto aos sábado;
- HGRS - equipe completa, com médico 3 dias por semana - segundas, quartas e sextas;
- HESF - equipe restrita a enfermeira e a assistente social, com médico uma vez por semana;
- HAN/Incoba, HSA e HSA - equipe restrita apenas a enfermeira; e supervisões diárias no Hupes, HMG, HSI, HPCL, HSR, HDJ, HEL, HPM e HAM, nas maternidades (MPMJMN, MTB, MAS, Iperba e MCO), nos mutirões (HC, HAP, HJV, HE) e nos retaguardas (HDJ, HPM, HS e HMG).

Em apresentação realizada pela coordenação da CER em 2009, foi esquematizada a atual situação da CRCA, conforme representada na figura abaixo:

**Figura 5 - Situação atual da implantação das CRCA em Salvador, 2009**



Na primeira fase do projeto original, a implantação das CRCA foi programada para os seguintes hospitais da rede estadual: HGE, HGRS, Hesf, HGRS, HMV. Na segunda fase do projeto, deveriam ser implantadas nos hospitais filantrópicos - HAN, HSI, HSA, HAM, e HMG - e no universitário - Hupes. A terceira fase contemplaria a implantação das CRCA nos hospitais de referência das nove macrorregionais da Bahia (BAHIA, 2008,e).

Em julho de 2009, houve mudança na coordenação da CER e das CRCA. Entre os meses de agosto e setembro, a nova coordenadora da CRCA apresentou a proposta de reestruturação do projeto. Assim, verifica-se a retomada da proposta de implantar as CRCA nos 10 hospitais contemplados anteriormente na proposta inicial. A reestruturação foi apresentada e aprovada pela Suregs. Segundo a pesquisadora do presente estudo, enquanto diretora da Diretoria de Programação e Desenvolvimento da Gestão Regional-DIPRO, no momento, informa que a diretoria da DIREG aguarda a nomeação e a posse dos novos profissionais - médicos, enfermeiras e assistentes sociais – habilitados no concurso público realizado em 2009 pela Sesab.

## 8. A DINÂMICA REGULAÇÃO SEGUNDO OS ATORES ENVOLVIDOS

Os resultados e as discussões sobre a dinâmica da regulação estão organizados de modo a caracterizar os objetivos das CRCA, os sujeitos que operam as práticas dessa intervenção e o funcionamento da comissão do HGE e da CER, principalmente, conferir voz aos atores envolvidos. Na seqüência, será apresentada a exposição do modelo lógico das CRCA, finalizando com as recomendações aos gestores com pontos para a melhoria da gestão e a análise dessa intervenção.

### 8.1 DA CONCEPÇÃO AMPLIADA DA REGULACÃO ASSISTENCIAL À SIMPLIFICAÇÃO DAS ATIVIDADES DA CRCA

Na avaliação do documento que norteou a intervenção das CRCA, observou-se que os formuladores definiram como objetivo geral das comissões organizar os processos de trabalho da CER. Pretendia-se, dessa forma, garantir a regulação, o controle e a avaliação por intermédio da implantação de ferramentas que propiciassem a visão e a atuação presencial nas unidades de saúde. A análise documental permitiu a elaboração do Modelo Lógico Preliminar (Apêndice A).

Os objetivos específicos explicitados no projeto das CRCA definiam com maior precisão os propósitos dessa intervenção, os quais são: a) qualificar os recursos humanos a fim de garantir a regulação; b) controlar e avaliar presencialmente; c) melhorar a capacidade de gestão da Sesab mediante a produção de informações relativas à assistência a saúde; d) fomentar a circulação de dados entre as unidades de saúde e CER; e) assegurar a cooperação técnica e o apoio às unidades para a retaguarda de leitos; f) implementar os protocolos clínicos da CER; g) instituir protocolos de regulação da CER e das unidades de saúde; e, h) implantar método de avaliação e controle do processo regulatório.

Entretanto, os entrevistados restringiram os objetivos da CER - quanto à implantação as CRCA - à simples a regulação assistencial da saída dos pacientes do HGE e a captação dos leitos retaguarda. Os entrevistados não demonstraram uma visão ampla da regulação da atenção aos leitos retaguardas, e dos instrumentos e das ações objetivados no documento base.



[...] viabilizar a integralidade da assistência através de uma avaliação presencial do paciente e da sua necessidade de internamento hospitalar. Esse seria um dos objetivos. O maior mesmo seria o de transformar a autorização de internamento hospitalar de pré-fato em pós-fato. (Entrevistado 1)

[...] Na verdade, a intenção maior foi a gente buscar pacientes com o perfil [adequado] para esvaziar as grandes unidades, assim como, autorizar o internação de pacientes que a gente tem uma avaliação prévia. (Entrevistado 2)

[...] a gestão do leito na unidade hospitalar: visualizar os pacientes que têm necessidade de sair do hospital para outra unidade hospitalar, fazer a captação dos pacientes identificando-os, viabilizar que possam ser transferidos para uma unidade de destino adequada ao perfil de sua patologia. (Entrevistado 3)

[...] Ser mais efetivo, do ponto de vista da logística na unidade, deixar o paciente pronto para ser encaminhado para a unidade que vai receber. Quando a unidade tem comissão, é mais efetivo. (Entrevistado 4)

[...] Criar um fluxo de pacientes, ordenar, na verdade, esse fluxo de pacientes. Dar uma maior resolutividade aos casos para a gente poder resolver os problemas dos pacientes e impedir que as unidades de emergência fiquem superlotadas. (Entrevistado 7)

Contudo, os entrevistados da CRCA do HGE, ao descreverem suas atribuições, mantiveram coerência com parte dos objetivos formulados no documento supracitado. Entre as concordâncias, encontram-se: o desenvolvimento de processos de trabalhos que qualificam a regulação de forma presencial, principalmente, quanto à melhoria da transferência dos pacientes; a produção de informações relativas aos processos de assistência no HGE mediante o envio de relatórios à CER; o fomento ao intercâmbio de dados entre as unidades de saúde e a CER; e a implantação de protocolos de regulação para o HGE.

No entanto, todos os entrevistados da CRCA do HGE não relataram e os observados não revelaram atividades quanto ao controle e a avaliação da prestação de serviço. A maioria não utilizava a Ficha de Programação Orçamentária (FPO), o CNES e o termo de compromisso entre entes públicos, no caso, entre a SMS e a Sesab. Os enfermeiros não conheciam o processo de autorização de AIH da unidade. Os auxiliares de regulação, que inserem as AIH nos sistemas, pareciam também desconhecer o significado do procedimento. Os médicos, que autorizavam as internações hospitalares no Sisreg-2, limitavam-se a verificar a compatibilidade do CID com o solicitado na AIH pelo médico assistente do HGE.

## 8.2 FUNCIONAMENTO DA CRCA NA PRÁTICA

Observou-se a clara definição do papel de cada membro da equipe da CRCA no HGE e a integração entre seus participantes. Apesar de não estarem escritas e acessíveis para consulta dos integrantes, as rotinas de trabalho estavam bem estabelecidas. As equipes desenvolviam rotinas de trabalho semelhantes. Deve-se considerar que os profissionais das equipes (médicos e enfermeiras) exercem suas atividades em regime de plantão de 12h diárias, situação que poderia interferir negativamente no estabelecimento de rotinas laborais idênticas.

Em geral, os profissionais chegavam na unidade por volta das oito horas, analisavam a lista de solicitações de saídas dos pacientes do dia anterior, e avaliavam se foram inseridas novas solicitações pelos auxiliares de regulação no período noturno. Após isso, percorriam os diversos setores do hospital reavaliando os pacientes que constavam na lista de espera de saída do HGE. Caso houvesse mudanças do quadro clínico ou na solicitação de recursos, ou pendências nos documentos ou nos resultados de exames, os médicos e enfermeiros da CRCA comunicavam ao médico assistente que solicitava a atualização dos dados.

De posse da lista de espera dos pacientes atualizada, os profissionais da CRCA entravam em contato com o chefe de plantão da CER, este então, liberava as vagas disponíveis na rede hospitalar. Ao tomarem conhecimento das vagas existentes, juntos os médicos da CRCA e o chefe de plantão da CER analisavam o perfil de cada paciente para cada vaga liberada e decidiam quais as ocupariam. O médico regulador da CER finaliza a regulação no sistema de informática utilizado. O fechamento só deve ocorrer quando o paciente já estiver sido devidamente acolhido pela unidade receptora.

Em entrevista, a coordenadora do projeto explicou que o médico regulador da CER é o único profissional que consegue enxergar todas as solicitações do estado e a fila única de espera por uma vaga. Sem esse ator, a CER perderia esse controle. Como já foi dito antes, os profissionais da CRCA do HGE ao relatarem suas atribuições demonstravam semelhanças na execução, conforme os trechos a seguir:

[...] avalia o relatório do dia anterior para ver se ficou alguma pendência, checa a lista de solicitação de saída de pacientes da unidade, passa em todos os setores da emergência, e dos andares, avalia se a solicitação de saída está atualizada pelo médico acompanhante, caso contrário, solicita

que o paciente esteja com todos os documentos e exames necessários para sua saída, faz contato permanente com a CER, para passar agilizar as saídas dos pacientes. (Entrevistado DD)

[...] verifica a planilha de pacientes que estão aguardando recurso, corrige algumas falhas, atualiza com pacientes que operaram na unidade e liga para o chefe de plantão para saber ainda alguma pendência ou se há existe alguma vaga disponível. Olha na planilha quais são as pendências dos pacientes, se tem alguma alta de alguma especialidade, como a neuro ou a cirurgia-geral. Vê quais são os pacientes que tem perfil para sair do CRPA para saber eles têm condições de sair. Pede ao chefe de plantão para fazer essas solicitações e a partir daí a gente já começa a captar os pacientes para vagas que são disponibilizadas para unidade. A partir do momento que a gente consegue captar esses pacientes, a gente começa a fazer relatórios - tirar cópia de prescrição; ver se todos os exames estão atualizados, e dentro dos padrões normais; ver se tem acompanhante, se tem documento; e faz a solicitação de ambulância. Normalmente, nossa rotina é essa. (Entrevistado 7)

[...] Verifica uma planilha que existe com todas as solicitações da regulação. Começa a triar os pacientes segundo o perfil de saída. Vê as pendências deles e se estão ok. Então, assim, se ele se encaixar nas vagas que a gente tem, a gente entra com a Central de Regulação, que fica lá no Pau-Miúdo. Eles passam as vagas que tem para esses pacientes. A gente vai triando esses doentes e colocando nas vagas, e entrando em contato sempre com a Central. (Entrevistado 8)

[...] Verifica a planilha em que tem todos os pacientes que tem solicitação de regulação. A partir daí nós vamos às enfermarias, vamos ao centro para ver como está a lotação. Encaminhamos toda essa situação para a Central de Regulação e aguardamos as vagas. Vamos encaixando de acordo com o perfil. (Entrevistado 9)

Entre as ações e os instrumentos necessários à garantia da regulação da assistência à saúde estabelecidos pela Política Nacional de Regulação (BRASIL, 2008), destacam-se: a identificação unívoca; a avaliação territorial das necessidades de atenção; a conformação regional, hierárquica e integral das redes assistenciais de saúde; a definição das linhas de cuidados; os protocolos clínicos baseados em evidências científicas; os protocolos de regulação; a Pactuação Programada e Integrada (PPI) de serviços de saúde entre os entes federados; os complexos reguladores; os sistemas informatizados integrados; a atualização do CNES; e a inclusão de cláusulas que garantam a regulação, o controle e a avaliação dos serviços prestados nos contratos. Por fim, ressalta-se a presença de recursos humanos qualificados para operar os complexos reguladores e garantir efetividade da regulação, do controle e da avaliação dos serviços.

Observam-se diferenças entre as respostas dos integrantes da CER e os da CRCA quanto às ações e aos instrumentos necessários para garantir a regulação da assistência ou do acesso. Os integrantes da CRCA revelaram uma percepção

limitada sobre a organização de sistemas de saúde e a conformação de redes hierarquizadas e regionalizadas. Em geral, suas respostas concentram-se no imediatismo dos problemas enfrentados na suas rotinas de trabalho no HGE:

[...] Eu acho que, inicialmente, precisa da vaga. É a primeira coisa que tem de existir é a vaga, não é? Outra coisa importante, talvez, seja que ter pessoas capacitadas no local para está vendo esse paciente também, porque pode existir a vaga e não ter paciente na unidade. (Entrevistado 10)

[...] Ter médico em toda unidade. A enfermeira ajuda muito, mas é o medico que garante a resolutividade da CER. (Entrevistado 4)

[...] os instrumentos que a gente já tem, só precisa mesmo de uma melhoria. Eu acho que o sistema que a gente usa ajuda bastante, pois detalha exatamente o que cada paciente tem e facilita até a nossa comunicação com a central para que a gente possa esta ocupando os leitos. (Entrevistado 7)

[...] Bom, primeiro, a gente precisa das vagas, e que o paciente esteja pronto com seus exames pra que ele se encaixe àquela vaga. A própria comunicação, que é muito importante nesse processo, com os próprios médicos da comissão e os que ficam na Central. (Entrevistado 9)

Por sua vez, o entrevistado 3 da CER, demonstrou maior percepção quanto as ações e os instrumentos necessários para operar a regulação assistencial. Porém, verifica-se a existência de divergências nas respostas dos outros dois integrantes da CER que fazem parte da coordenação do projeto da CRCA:

[...] seria o processo de comunicação melhorado, o aumento no número de médicos, e a autoridade sanitária no sentido da gestão dos leitos fosse efetivamente da Central Estadual de Regulação. (Entrevistado 1)

[...] Aumentar o numero de médicos e de enfermeiras das CRCA. (Entrevistado 2)

[...] Primeiro, o conhecimento do CNES da unidade. Depois, conhecimento do quantitativo real de leitos disponíveis e do seu perfil assistencial. Esse é o primeiro passo para que a comissão agir. Segundo, essas unidades, sejam elas da rede própria ou filantrópica, como terceirizada, têm contratos. Essa comissão deve ter esses instrumentos que são o Plano Operativo Assistencial de cada unidade e os contratos efetivados com a Secretaria Municipal de Saúde. (Entrevistado 3)

Ainda assim, pode-se afirmar que há limites na percepção dos entrevistados quanto à importância da garantia do desenvolvimento de ações e à relevância do acesso aos instrumentos que precedem a implantação da regulação assistencial.

A insuficiência no conhecimento das ações e dos instrumentos, que possam aumentar a resolubilidade da CER, leva ao posicionamento assistemático e pouco objetivo dos integrantes. Tal situação dificulta o estabelecimento de prioridades para

selecionar os problemas a serem solucionados. Quanto aos entraves enfrentados para a consecução dos objetivos do projeto da CRCA, os informantes relataram:

[...] Começa desde a ambulância, que é um transporte que, às vezes, a gente regula. [A gente] não consegue regular uma quantidade boa de pacientes. Falta de exames, faltam documentos, o paciente ignorado, o paciente sem acompanhante. (Entrevistado 9)

[...] A gente precisa ser mais flexível com o horário das unidades, porque, às vezes, não consegue obedecer a esses horários pré-estabelecidos por algumas unidades, como o Santa Izabel, Hospital das Clínicas, Agnora Paiva. Aí, a gente, às vezes, perde essa vaga. Consegue tudo, consegue fazer o relatório, consegue os exames, consegue os documentos, mas o paciente não chega na hora e, então, é devolvido a unidade ou, às vezes, nem vai. Eu acho também que se a gente pudesse fazer algumas manipulações no sistema (...) A gente precisaria ter essa senha para poder utilizar, por exemplo, para informar óbito, alta, transferência via convenio, sem precisar que o médico que está lá, na Central ou nas PA, façam. Isso já ajudaria, porque diminuiria o número de solicitações na tela (...) Eu acredito que a gente tem bons instrumentos para trabalhar, relatórios, listas, não é? Eu acho que com isso a gente já consegue fazer um bom trabalho. (Entrevistado 7)

[...] Falta de liberdade das CRCA para trabalhar no sentido da autonomia, coloca na sua fala que a falta de documento, se a piora de um paciente no transporte, tudo pode ser motivo para travar a liberação da vaga para o paciente do HGE em outras unidades. (Entrevistado 10)

[...] Muitas dificuldades. Falta de autoridade sanitária, comunicação com unidades receptoras, de médicos na equipe aos domingos. Isso atrapalha o trabalho. Falta de profissionais nas unidades receptoras para atender os telefonemas da CER. Tem a restrição no horário de recepção dos pacientes do HGE em outras unidades e a dificuldade com os transportes das ambulâncias da CER. (Entrevistado 11)

[...] hoje, eu percebo é que os hospitais, tanto da rede própria, como da outra rede, não informam o número de leitos, as vagas e a disponibilidade que existe na rede para a gente. Não informa para a central. O que a gente observa é justamente isso, que há um, não digo um descontrole, mas uma desconformidade. Por exemplo, durante o dia, quando dá meio-dia, que nós solicitamos a Central de Regulação se já tem alguma disponibilização de vagas, nos é dito que não tem nenhuma. Se acontece a interferência de algum gestor a nível central, como aconteceu recentemente, em meia hora eu tive 48 vagas disponível na rede hospitalar. (Entrevistado 5)

[...] minha maior dificuldade hoje é pessoal. Eu preciso ampliar meu número de profissionais nas unidades, principalmente, os médicos. Porque se estar a cada dia reduzindo o número de médicos, e isso dificulta. Porque só os médicos podem mexer no sistema, tanto para fazer autorização de AIH, quanto para fazer qualquer tipo de autorização no Surem. (Entrevistado 1)

Quando questionados sobre o acesso a treinamentos específicos destinados ao exercício das atividades de regulação, controle e avaliação, a maioria respondeu ter participado de uma capacitação no início da implantação do projeto. Todavia, não tinha acesso a um programa de educação permanente na área:

[...] eu acho que uma autonomia maior em cada comissão de regulação dentro de cada hospital. Que essa comissão de regulação tivesse uma autonomia não ligada a direção do hospital. No meu entender, ela deveria entrar no hospital, captar os leitos e ela própria administrá-los, sem ficar na dependência da direção hospitalar. Aí, quando eu me apresentei numa quarta feira e o treinamento tinha começado numa segunda-feira. E, como trabalhava em outro município, eu não pude ficar para assistir nem quarta, nem quinta e nem sexta. Eu vim somente para entregar os documentos. (Entrevistado 6)

[...] na verdade, quando eu entrei, já havia acontecido a capacitação das enfermeiras que tinham entrado pra formar as comissões. Eu participei de uma aula. Esqueci o nome do médico, perdão. A gente participou de uma aula em que ele explicou exatamente o que é regulação, como funciona, mas, até então, foi só essa aula. (Entrevistado 7)

[...] não, eu só recebi no início quando entrei por concurso. O resto foi na prática mesmo. (Entrevistado 8)

[...] Não, não. Nunca recebi. Nem tenho conhecimento de ter alguma coisa desse porte. (Entrevistado 5)

Nos depoimentos, evidenciou-se que o projeto das CRCA não avançou na educação permanente dos integrantes que atuam na comissão do HGE. A análise do documento que originou o projeto das CRCA (anexo A) destaca a necessidade da implantação do Núcleo de Educação Permanente na CER e dos módulos específicos para capacitação profissional dos membros das comissões. Nos documentos da CER, foi encontrado o registro da programação do primeiro curso, chamado de introdutório, disponibilizado aos integrantes da CER, em maio de 2007 (anexo B). A coordenadora do projeto informou que medidas para iniciar a educação continuada dos membros da CRCA já vinham sendo adotadas.

Quando os informantes foram questionados sobre as principais dificuldades encontradas no cumprimento dos objetivos do projeto, as respostas foram as mais diversas. Porém, apesar de diversificadas, os relatos demonstram os principais entraves encontrados atualmente no exercício das atividades desenvolvidas pela CRCA do HGE e na CER, a saber:

[...] dificuldade na comunicação, pouca integralidade nas ações da CER e da CRCA, falta de autoridade sanitária da CER na gestão dos leitos contratados, e processo autorizativo de AIH pós-fato. (Entrevistado 1)

[...] autorização de AIH pós-fato, desvio de função dos MR das CRCA, número de profissionais insuficiente nas CRCA. (Entrevistado 2)

[...] autorização de AIH pós-fato, dificuldade da CER em fazer a gestão dos leitos, o desconhecimento pela CER/CRCA dos contratos de leitos hospitalares realizados pela SMS de Salvador, e recursos humanos insuficientes na CER/CRCA. (Entrevistado 3)

[...] a real gestão dos leitos pela CER/CRCA, a decisão dos gestores Sesab e SMS em mudar o processo de autorização das AIH para pré-fato, o conhecimento dos contratos feitos pela SMS de Salvador, e a implantação efetiva do núcleo de educação continuada na CER, aumentar o número de médico e de enfermeiras da CER/CRCA. (Entrevistado 3)

[...] não ter médicos reguladores e enfermeiras em todas as unidades hospitalares. (Entrevistado 4)

Apesar das dificuldades encontradas, observou-se uma unanimidade nas respostas sobre a contribuição das atividades das CRCA para o processo de regulação da CER. Todos os entrevistados informaram que as CRCA otimizaram os processos de trabalho da CER.

[...] Sim, com certeza contribui. Eu fiquei muito feliz agora, no fim do ano, que fechamos um relatório. Eu fiz um apanhado sobre como a gente influenciou nesse processo de trabalho, e detectei através de dados do Surem que houve aumento na ocupação dos leitos de internamento em 21% de 2008 para 2009 e um aumento de 27% de saída de pacientes das três emergências. [Todos os resultados] ligados diretamente aos hospitais em que agente atua. Eu peguei os dados dos hospitais que a gente está atuando. (Entrevistado 1)

[...] acho que contribui bastante. Porque na verdade, a busca desses pacientes e a saída deles é a comissão que está fazendo. Então, se a gente localiza os pacientes, consegue esvaziar as unidades que precisam e ocupar os leitos que estão vagos nas outras unidades. (Entrevistado 2)

[...] acho sim, que a presença das comissões no intra-hospitalar é de fundamental importância. A CRCA é o olho da Central dentro da unidade de saúde. Facilitou deste que a comissão chegou. (...) As comissões auxiliam muito na evolução e na adequação dos quadros clínicos dos pacientes, e têm papel fundamental que é o educacional, pois elas fazem com que o pessoal da área de saúde das unidades entendam o papel da regulação e suas dificuldades. (Entrevistado 3)

[...] eu tenho certeza. Porque eu acho que a nossa participação na regulação, em geral, é exatamente ser os olhos dos médicos que estão nas PA. Porque a gente estando aqui, vê de perto o paciente, identifica o problema que ele tem, e as pendências que existem. A gente tenta resolver de alguma forma. Então, a gente, na verdade, só enxerga o que os médicos estão vendo lá na tela, e passa para ele. Assim, eu acho que a gente aqui consegue organizar a saída do paciente. A gente consegue resolver. O que o médico começa lá, a gente termina aqui. (Entrevistado 7)

[...] sem sombra de dúvida melhorou, porque antes, praticamente, pelo que eu vivi, não existia regulação. Dependia da aquiescência de cada diretor de hospital. E, a central ficava numa distância grande em relação a isso, ou seja, ela autorizava, mas ela ficava acompanhando essa regulação direta entre os diretores. Com as comissões, eu acho que isso melhorou bastante, porque, tem um diálogo muito bom entre os profissionais da casa, do plantão, da direção, junto com os profissionais da regulação. A gente vê é que a Comissão de Regulação tem um empenho muito grande no sentido de resolver e melhorar... (Entrevistado 6)

Segundo França, Musto e Rocha (2009), quanto a resolutividade, a CRCA teve um impacto positivo no número de saídas dos pacientes do HGE, que pode ser constatado na análise das tabelas a seguir apresentadas.

**Tabela 2 – Comparativo de Solicitações/Atendimentos de leitos hospitalares - CRCA, 2007**

Período	HGE		
	Solicitações	Atendimentos	
		Quantidade	Percentual
Jan/Mai	504	418	82
Jun/Dez	1.684	1.248	74
Total	2.191	1.666	76

Adaptado a partir do Surem/CER/Sesab, 2009

No período de janeiro a maio de 2007, quando não havia sido implantada a CRCA, a média das solicitações correspondia a 412 solicitações/mês e os respectivos atendimentos representavam a média de 323/mês

**Tabela 3 – Comparativo de Solicitações/Atendimentos - CRCA, 2007 a 2009**

Ano	HGE		
	Solicitações	Atendimentos	
		Quantidade	Percentual
2007	2.191	1.666	76,0
2008	6.417	4.909	76,5
2009	7.527	5.201	69,1

Adaptado a partir de Surem/CER/Sesab, 2009

O percentual do número de atendidos em relação às solicitações não aumentou. Porém, a quantidade de solicitações apresentou um aumento substancial, bem como o número de atendimentos. No período de junho a dezembro de 2007, já com a CRCA implantada no HGE, observa-se um aumento de 39,5% nas solicitações, cuja média passou para 475 solicitações/mês, e de 27,6% no atendimento em que a média mensal passou para 412 atendimentos/mês. Pode-se inferir que o trabalho da CRCA, por ser presencial na unidade solicitante, qualificou a captação e ampliou o quantitativo de pacientes no processo regulatório.

Observa-se, ainda no Quadro 04, que, comparando as solicitações registradas em 2007 com as de 2008, houve o aumento de 292,9%. Já o

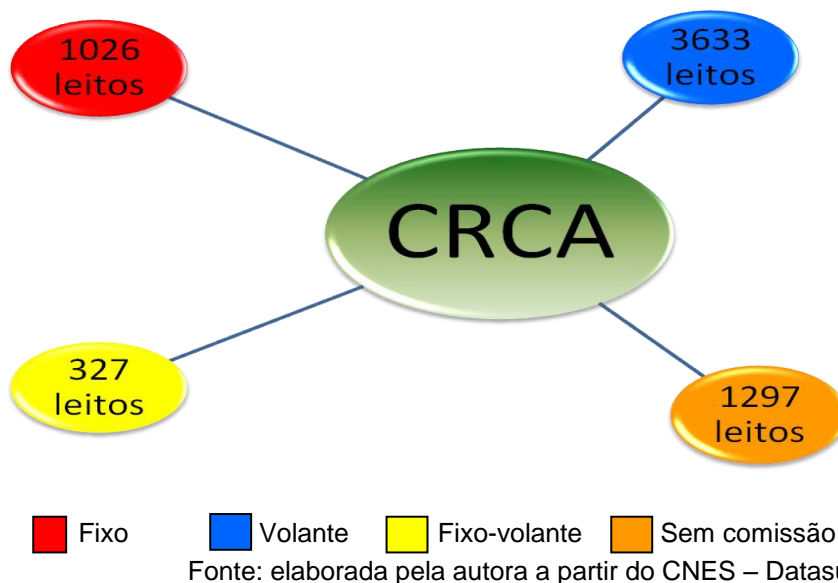


comparativo dos atendimentos em 2008 e em 2009 revelou o aumento de 117,3%. Vale ressaltar que, nesse período, houve a diminuição do número de médicos reguladores na CER de 86 para 64, e que, segundo dados do CNES, não se verificou um aumento no número de leitos em Salvador. Acredita-se que se pode atribuir o aumento de solicitações e de atendimentos à reestruturação dos processos de trabalho da CER, à implantação das CRCA, à reorganização da rede estadual direta, aos contratos de mutirões para cirurgias realizados pela Suregs, e a implantação do programa de internação domiciliar

Apesar da intervenção não ter sido implementada conforme o plano original, a comparando-se a análise do grupo de entrevistas com a análise dos Quadros 03 e 04, evidencia-se o impacto positivo da CRCA do HGE. Todavia, verifica-se a insuficiência no desenvolvimento das atividades que contribuiriam com a resolutividade da CER, tais como: a mudança dos processos autorizativos de AIH de pós-fato para pré-fato; a definição de um comando único para os leitos contratados pela SMS de Salvador; e o aumento da capacidade de gestão desses leitos pela central. Assim, observou-se que a CRCA apresenta um potencial positivo e que a sua adequação à proposta contida no presente estudo poderá levar a melhoria na resolutividade da CER.

Informa-se que, dos 6.283 leitos SUS em Salvador, apenas 1.026 estão em unidades com CRCA, correspondendo a 16,3% dos leitos disponíveis. Evidencia-se que a capacidade regulatória da CER sobre os leitos hospitalares na rede complementar/indireta ao SUS está muito aquém do esperado pelos responsáveis pela intervenção, conforme demonstra a Figura 6.

Figura 6 – Número de leitos em unidades com e sem CRCA



### 8.3 RECOMENDAÇÕES AOS GESTORES PARA MELHORIA DA GESTÃO E AVALIAÇÃO DO PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DAS CRCA

Os integrantes da CRCA do HGE fizeram sugestões de melhoria no projeto, as mesmas estavam sempre relacionadas com as dificuldades encontradas na prática, por exemplo:

[...] ter médicos e enfermeiras reguladoras em todas as unidades hospitalares. (Entrevistado 4)

[...] disponibilizar uma senha para que as enfermeiras operacionalizarem o sistema em situações que não dependam de ato médico para o HGE. Por exemplo, poder fechar as solicitações que foram a óbito ou a alta/evasão, Que as unidades de leitos retaguardas passem a receber os pacientes do HGE regulados nas 24 h, e que aceitem pacientes que não tenham documentos ou acompanhantes. (Entrevistado 7)

[...] eu acho assim, que deveria ter, primeiro, mais conscientização dos médicos assistentes. Ter um trabalho educativo sobre a regulação e a necessidade de fazer um relatório bem feito, de ter os exames complementares... O outro é ter realmente o recurso da vaga, que é outra coisa que falta muito ainda... (Entrevistado 8)

No entanto, os gestores do HGE e da CER sugerem ações relacionadas com a gestão e o controle dos leitos hospitalares em Salvador. Quando questionados, todos sinalizam a necessidade de implantar efetivamente as comissões com

equipes completas e de modo permanente nos grandes hospitais que possuem leitos ret guardas credenciados ao SUS.

[...] maior integração da equipe da CER e da CRCA, um telefone celular para cada comissão, mudar o processo autorizativo das AIH para pré-fato, e delegar mais poder às comissões para exercer a autoridade sanitária e fazer a gestão dos leitos. (Entrevistado 1)

[...] fazer as autorizações da AIH pré-fato, aumentar o numero de médicos e enfermeiras da CRCA, adequar as funções dos MR nas CRCA, Elaboração de novos relatórios pela CRCA. (Entrevistado 2)

[...] a real gestão dos leitos pela CER/CRCA, a decisão dos gestores Sesab e SMS em mudar o processo de autorização das AIH para pré-fato, o conhecimento dos contratos feitos pela SMS de Salvador, e a implantação efetiva do núcleo de educação continuada na CER, aumentar o número de médico e de enfermeiras da CER/CRCA. (Entrevistado 3)

[...] eu acho que uma autonomia maior em cada comissão de regulação dentro de cada hospital. Que essa comissão de regulação tivesse uma autonomia não ligada a direção do hospital. No meu entender, ela deveria entrar no hospital, captar os leitos e ela própria administrá-los, sem ficar na dependência da direção hospitalar. (Entrevistado 5)

Com antes mencionado, o modelo lógico preliminar (Apêndice A) foi elaborado unicamente a partir da análise documental. Por sua vez, a elaboração do modelo lógico final do estudo (Apêndice G) foi realizada a partir da análise das entrevistas com os informantes-chaves, da observação das práticas laborais no âmbito da CER e da CRCA do HGE, da revisão das normas do MS sobre a regulação da assistência, do arcabouço legal que materializa o SUS e da revisão da literatura quanto ao assunto estudado.

Assim, propõe-se a mudança no objetivo geral do projeto. Entende-se que apenas a organização dos processos de trabalho da CER não é suficiente para melhorar sua resolutividade. Deste modo, o objetivo geral passaria a ser: contribuir com a melhora da resolutividade regulatória da CER. Também, propõe-se a redução dos objetivos específicos de oito para quatro, tornando a proposta mais exequível no nível da CER e da CRCA. Os objetivos específicos seriam: a) organizar os processos laborais da CER; b) fomentar a eficiência na circulação de dados entre as US e a CER; c) qualificar os recursos humanos quanto os processos de regulação de leitos hospitalares; e d) implantar o método de regulação, controle e avaliação nas US.

As atividades necessárias para atender aos objetivos propostos no nível da CER e das unidades hospitalares nas CRCA podem ser subdivididas em dois

grupos. Primeiro, as atividades relativas a implantação da CRCA nas Unidades Hospitalares em Salvador, compreendem: a) institucionalizar a elaboração do projeto de implantação das CRCA; b) apresentar o projeto à Suregs/Sesab; c) elaborar manual com normas e rotinas dos processos de trabalho das CRCA, para o Nível Central e para a CER; d) dimensionar necessidades de infra-estrutura para funcionamento da CER; e c) elaborar protocolos clínicos e de regulação.

O segundo grupo de atividades refere-se à qualificação dos recursos humanos para exercerem as atividades da CRCA. O segundo grupo envolve a criação do Núcleo de Educação Permanente na CER com módulos específicos para a qualificação dos integrantes das CRCA; e a garantia da capacitação de todos os membros nos módulos recomendados pelo documento que originou a intervenção.

No âmbito do CER, as atividades destinadas a implantação e a manutenção das CRCA são: garantir a infra-estrutura necessária; e articular politicamente a SMS de Salvador e as outras áreas da Sesab. A garantia de infra-estrutura para a implantação e a manutenção das CRCA envolve as seguintes subatividades: a) disponibilizar a infra-estrutura necessária ao funcionamento da CRCA, na CER e nas unidades hospitalares, inclusive dotação orçamentária; b) elaborar portarias estaduais delegando a autoridade sanitária aos profissionais – médicos, enfermeiros e assistentes sociais - das CRCA; c) articular com a DMA as alterações necessárias no Surem e com MS no Sisreg-2; e) nomear e conferir a posse aos profissionais da categorias médica, de enfermagem e assistência social habilitados no concurso público de 2009 da Sesab para atuarem nas comissões; e f) viabilizar o sistema de comunicação efetivo entre as CRCA e a CER.

As sub-atividades de articulação política com a SMS de Salvador e outras áreas da Sesab para a implantação e manutenção das CRCA são: a) solicitar oficialmente à SMS as cópias dos contratos das unidades hospitalares conveniadas; b) garantir junto à SMS a participação dos representantes da CER nas comissões de acompanhamento de contratos com as unidades hospitalares; c) articular com a Superh o apoio ao Núcleo de Educação Permanente da central para efetivar a qualificação profissional; e d) fomentar a intersetorialidade das comissões regulatórias com as unidades hospitalares

Quanto aos resultados esperados com a implantação das atividades propostas no nível das CRCA nas unidades hospitalares, espera-se: a) projeto de implantação da CRCA elaborado coletivamente com os atores envolvidos no

processo; b) projeto da CRCA apresentado e aprovado pelo colegiado de gestores da Suregs, da Sesab e das unidades hospitalares; c) Manual de normas e rotinas da CER elaborado coletivamente com os profissionais das CRCA e disponível a todas as unidades hospitalares participantes; d) médicos, enfermeiras e assistentes sociais nomeados e empossados para atuar nas comissões; e) equipamentos e insumos para as atividades laborais; f) estrutura física adequada ao funcionamento; g) dotação orçamentária para a implantação e a manutenção das atividades; h) protocolos clínicos e de regulação; i) Núcleo de Educação Permanente implantado na CER; l) parceria do Núcleo de Educação Permanente com a Superh; m) projeto de implantação, implementação e manutenção das comissões coordenado, monitorado e permanentemente avaliado; e o) relatórios analíticos e de gestão da intervenção periódicos, conforme orientação da Asplan-Sesab.

Por sua vez, no nível central da CER, espera-se: a) relatórios analíticos periódicos; b) portarias estaduais elaboradas, publicadas e amplamente divulgadas; c) alterações solicitadas pela CER para a DMA realizadas mediante o Surem e o Sisreg-2; d) facilitação da comunicação entre a CRCA e a CER; e) cópias dos contratos dos leitos hospitalares em Salvador disponíveis à CER e às CRCA; e f) Núcleo de Educação Permanente implantado na CER apoiado pela Superh.

Constatou-se que a maior fragilidade no projeto se encontra nos processos autorizativos pós-fato de AIH. Desta forma, a mudança mais significativa nas atividades da CER, através das CRCA, é a necessidade dos processos autorizativos de AIH pré-fato nas grandes unidades hospitalares de retaguarda em Salvador. Por este motivo, recomenda-se que as CRCA volantes sejam transformadas em fixas ou permanentes, e com toda a equipe qualificada para realizar as atividades propostas no modelo lógico final, e não apenas a captação de leitos, tal como ocorre hoje.

Faz-se preciso que o nível central da Sesab, através da Direg/Suregs/Gasec, desenvolva estratégias, técnicas e políticas para enfrentar os prestadores da rede complementar ou indireta de leitos em Salvador, obrigando que esses sirvam efetivamente aos interesses do SUS, e não a interesses alheios. Para esse enfrentamento, os gestores da Sesab precisam se apoiar em parceiros que defendam os direitos constitucionais do cidadão, a exemplo do Ministério Público. Pois, observa-se que o duplo comando instalado na capital baiana é um obstáculo preponderante ao acesso dos usuários a essas unidades hospitalares.

Com base nas análises realizadas recomenda-se ainda que a gestão no nível central da Sesab apoiada nas propostas do triângulo de governo de Matus busque estruturar as ações voltadas para a regulação assistencial. O projeto de governo será fortalecido com a formulação, a publicação e a coordenação da política estadual de regulação da assistência à saúde na Bahia, especificando o Plano de Regulação proposto pela Sesab. No que se refere a capacidade de governo, a implantação no Núcleo de Educação Permanente na CER para capacitar os membros da central e da CRCA poderá ser uma alternativa importante.

Por fim, quanto a governabilidade, torna-se evidente a necessidade dos gestores do nível central da Sesab empoderar os atores responsáveis pela implementação das CRCA nos hospitais de leito retaguarda em Salvador. Para tanto, é fundamental que a legitimação da autoridade sanitária dos profissionais da CRCA – médicos, enfermeiros e assistentes sociais – para que possam enfrentar as pressões corporativas, garantindo a liberação de leitos segundo a necessidade do sistema.

Ainda no tópico da governabilidade, deve-se alertar que medidas emergenciais devem ser adotadas para acabar com o comando duplo dos leitos complementares. A SMS, quando aderiu ao Pacto pela Saúde em 2007 através da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão (TCG), assumiu a responsabilidade de implantar a regulação de leitos no município. Todavia, até o momento, só assegurou a regulação da urgência do serviço de atenção a urgência pré-hospitalar móvel o Samu, porém sem se comprometer com a regulação inter-hospitalar móvel.

Ante ao exposto, sugere-se que a SMS de Salvador reveja as suas responsabilidades quanto a necessidade da gestão única das grandes unidades hospitalares em seu território e ao TCG, ou, então, as assuma efetivamente. Para tanto, a Sesab deve apoiar o Município a assumir suas responsabilidades pactuadas no TCG. Só assim a Sesab será capaz de cumprir as cláusulas especificadas no seu TCG, que é coordenar a implantação da política de regulação nos 416 municípios, além da capital da Bahia (BRASIL, 2007b).

## 9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se que a maioria dos objetivos específicos da implantação da CRCA não foi claramente formulada pelos atores envolvidos no projeto. Deve-se lembrar que, quando entrevistados, os informantes não relataram precisamente tais objetivos e se posicionaram assistematicamente. Os informantes da CRCA estavam mais preocupados com as dificuldades diárias enfrentadas nos processos de trabalho, e não com as possibilidades e as propostas contidas no projeto formulado. Tal situação decorre da localização desses atores – na CRCA da unidade hospitalar - na periferia do sistema de regulação, e não no nível central.

Também, verificou-se a concordância entre os integrantes da CRCA e da CER sobre os objetivos do projeto de implantação das comissões. Eles restringiram os objetivos meramente à regulação assistencial dos pacientes do HGE e aparentavam não compreender a importância das atividades da CRCA quanto o controle dos leitos da unidade; a avaliação da prestação dos serviços de saúde pelo HGE; a integração com a equipe local da unidade para implantação de protocolos clínicos e de regulação; e o desenvolvimento de ações educativas relativos à regulação, ao controle e à avaliação para os trabalhadores e os usuários do HGE.

Acrescenta-se a mesma parcialidade das atividades desenvolvidas pelos profissionais da CRCA em resolver os problemas torna o projeto plausível. Pois, a atividades exercidas, apesar de não corresponderem a todos os objetivos do projeto, foram suficientes para aumentar o número de saídas dos pacientes regulados do HGE, que aguardavam vagas em outras unidades, evidenciando-se a redução de retorno deles após a implantação da CRCA.

Desse modo, faz-se preciso a maior integração entre os trabalhadores e usuários do HGE com os profissionais da regulação (da CRCA e da CER), além da utilização dos relatórios das CRCA como instrumento de gestão para a ampliação de contratação de serviços complementares aos SUS pela Suregs.

No entanto, as atividades da CRCA não foram suficientes para transpor as barreiras de acesso impostas pelos prestadores da rede complementar. A observação nas práticas da CRCA e na CER revelaram a pouca autoridade sanitária dos profissionais envolvidos, e o sofrimento desses em conseguir um leito na rede. Tal situação demonstrou que, em verdade, os profissionais da CER não regulam esses leitos. Esses profissionais dedicam quase todo o seu tempo de trabalho

discutindo, desgastando-se junto aos médicos e aos prestadores das unidades executoras, e, até mesmo, suplicando por uma vaga na rede. Esse fato parece ser a maior justificativa para a redução do número de médicos reguladores na CER.

Os resultados encontrados neste estudo permitem afirmar que a implantação da CRCA no HGE apresentou um impacto positivo na resolubilidade da CER em relação às saídas dos pacientes do hospital e na qualificação das transferências para outras unidades, contudo em níveis inferiores aos pretendidos. Constatou-se que a CRCA do HGE apresenta rotinas de trabalho estruturadas, e que a educação permanente relacionada à regulação controle e avaliação não foi consolidada. A ausência de educação permanente dificulta os processos de trabalho desses profissionais.

Pode-se relatar que a consolidação das CRCA - equipes completas e permanentes focando a regulação, o controle e a avaliação da prestação de serviços - nos grandes hospitais complementares ao SUS em Salvador - é fundamental. Assim, a liberação dos leitos dessas unidades poderá ocorrer segundo a necessidade do sistema de saúde municipal. O que se pretende com tal ação é evitar a liberação dos leitos hospitalares de acordo com o interesse dos prestadores, como vem ocorrendo até a presente data.

Espera-se que a instalação das CRCA nos hospitais de leitos retaguardas possa contribuir no enfrentamento dos problemas que limitam a Sesab, a cumprir os direitos constitucionais dos cidadãos baianos. Outros estudos são necessários para avaliar as limitações da regulação em exercer a autoridade sanitária na cobrança dos contratos firmados entre a Sesab, e SMS com prestadores de leitos hospitalares complementares ao SUS em Salvador.

Entende-se que as CRCA, nessas unidades, podem contribuir com uma análise situacional e presencial, ofertando dados e subsídios mais consistentes aos gestores do SUS em Salvador para a superação das limitações já mencionadas.

Constata-se a necessidade de ampliar a análise para outros aspectos que podem interferir na resolutividade da CER, e que considerados neste estudo como focos para a avaliação futura, por exemplo: a) a relação entre o número de leitos existentes hoje em Salvador e a necessidade real de internação para população própria e referenciada - desconsiderando as recomendações da Portaria 1.101/02, por entender que a mesma não é suficiente para tal análise -; b) o grau de utilização



dos leitos existentes conforme a necessidade do sistema; c) a relação entre o público e o privado na oferta de leitos e na utilização no sistema.

Acredita-se que a relação público-privado seja um dos aspectos fundamentais para superação de uma prática inadequada instalada em Salvador, em que a oferta de leitos pelas unidades hospitalares complementares ao SUS é direcionada para os interesses econômicos corporativos. Assim, por trás da falácia do “perfil assistencial”, as barreiras ao acesso dos usuários do SUS são impostas aos leitos hospitalares em Salvador.

O presente estudo é apenas um começo de um longo caminhar. Espera-se que o mesmo tenha contribuído com o início de um novo ciclo de debates sobre a regulação assistencial na Bahia no sentido de recomendar novos estudos e provocar novos diálogos.

## REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: informações e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

\_\_\_\_\_. **NBR 14724**: Informação e documentação: trabalhos acadêmicos: apresentação. Rio de Janeiro, 2006.

BAHIA. **Oficina de Alinhamento Conceitual**: Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria. Relatório Final. Salvador, dezembro de 2003, a.

\_\_\_\_\_. SESAB. **Projeto Plano Piloto I**: Sistema Estadual de Urgência e Emergência, Salvador, 2003, c.

\_\_\_\_\_. SESAB. Resolução CIB nº. 063, de 05 de agosto de 2004. Aprova a criação da 8ª Macrorregião do Estado da Bahia, alterando assim o Plano Diretor de Regionalização - PDR. Salvador, **Diário Oficial do Estado da Bahia**, 10 ago. 2004.

\_\_\_\_\_. Lei nº 9.510, de 31 de maio de 2005. Cria a carreira de Regulador da Assistência em Saúde, no âmbito da Secretaria da Saúde do Estado, reestrutura o cargo de Sanitarista e altera as Leis nos 7.306, de 23 de janeiro de 1998, 8.361, de 23 de setembro de 2002, e 8.889, de 01 de dezembro de 2003, e dá outras providências. Salvador, **Diário Oficial do Estado da Bahia**, 1º. jun. 2005, a.

\_\_\_\_\_. SESAB. **Lei nº 9.831** de 01 de dezembro de 2005. Altera a finalidade da estrutura organizacional e de cargos em comissão da Secretaria da Saúde e dá outras providências. Salvador, **Diário Oficial do Estado da Bahia** 1º dez. 2005, b.

\_\_\_\_\_. SESAB. Resolução CIB nº. 151, de 27 de outubro de 2006. Aprova o Projeto de Implantação / Implementação de Complexos Reguladores no Estado da Bahia, em conformidade com a Portaria MS/SAS nº 494 de 30 de junho de 2006. Salvador, **Diário Oficial do Estado da Bahia**, 28 e 29 out. 2006.

- \_\_\_\_\_. SESAB. DIREG/CER **Documento Base que dá origem ao Projeto de implantação das Comissões de Regulação, Controle e Avaliação – CRCA.** Marco, 2007, a.
- \_\_\_\_\_. **Decreto Simples s/nº**, de 08 de janeiro de 2007. delegar competência ao Senhor Jorge José Santos Pereira Solla, Secretário da Saúde, para, em nome do Governo do Estado da Bahia, celebrar convênios, acordos, contratos, ajustes e protocolos, bem como seus termos aditivos e rescisões, no âmbito da respectiva Secretaria. In: Salvador, **Diário Oficial do Estado da Bahia**, 09 de janeiro de 2007, b.
- \_\_\_\_\_. SESAB. Portaria Conjunta nº 2.191 de 22 de agosto de 2007. Institui Comissão Intergestora Estado e Município. Salvador, **Diário Oficial do Estado da Bahia**, Bahia, 2007, c.
- \_\_\_\_\_. SESAB. **Plano Diretor de Regionalização – PDR**, Salvador, 2008, a.
- \_\_\_\_\_. SESAB. Portaria Estadual nº 547, de 11 de maio de 2008. Define regras para o credenciamento de pessoas jurídicas para a prestação de serviços hospitalares de leitos de retaguarda para pacientes sob cuidados prolongados oriundos de hospitais públicos da rede própria da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Salvador, **Diário Oficial do Estado da Bahia**, 2008, b.
- \_\_\_\_\_. SESAB. Portaria Estadual nº 2.580, de 10 de setembro de 2008. Define regras para o credenciamento de pessoas jurídicas para a prestação de serviços hospitalares de leitos de retaguarda para pacientes sob cuidados prolongados oriundos de hospitais públicos da rede própria da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Salvador, **Diário Oficial do Estado da Bahia**, 2008,c.
- \_\_\_\_\_. SESAB. CER. **Relatório Diário HGE**. 21. Mai.2008, d.
- \_\_\_\_\_. SESAB. **Plano de Regulação, Controle e Avaliação**. Salvador, Ago., 2003. Texto disponível no endereço: <http://www.saude.ba.gov.br/arquivos/Plano%20de%20Controle%20Regulacao%20e%20Avaliacao%20da%20Bahia%20-%202003.pdf>. Acesso em: 27. mar. 2008, e.

\_\_\_\_\_. SESAB. **Saúde na Bahia: Resultados e Perspectivas**. Apresentação ao Tribunal de Contas do Estado da Bahia, ago. 2009, a.

\_\_\_\_\_. SESAB. **Relatório Anual da Central Estadual de Regulação – CER**. Dez., 2009, b.

\_\_\_\_\_. SESAB. Portaria Estadual nº 009, de 24 de julho de 2009. Institui a Coordenação de Acompanhamento de Contratos no âmbito da Central Estadual de Regulação. In: Salvador, **Diário Oficial do Estado da Bahia**, 25 e 26 jul. 2009, c.

BOYER, R. **A teoria da regulação: uma análise crítica**. São Paulo, Nobel, 1990.

BRASIL. Constituição. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 4.ed. São Paulo: Ática, 1989.

\_\_\_\_\_. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, **Diário Oficial da União**, 20 de setembro de 1990, a.

\_\_\_\_\_. Lei n. 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. Brasília, **Diário Oficial da União**, 31 de dezembro de 1990, b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Previdência Social. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Resolução 258, de 07 de janeiro de 1991. Aprovar a Norma Operacional Básica/SUS nº 01/91, constante do Anexo I da presente Resolução, que trata da nova política de financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, **Diário Oficial da União**, 10 de janeiro de 1991.

\_\_\_\_\_. Ministério da Previdência Social. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Resolução Nº 267, de 11 de abril de 1991. Disciplina e uniformiza o acompanhamento, controle e avaliação, das ações e serviços de assistência à saúde pelo nível federal do SUS. Aprovar a Norma Operacional Básica/SUS nº 02/91, constante do Anexo I da Presente Resolução, que

disciplina e uniformiza o acompanhamento, *controle* e *avaliação* das ações e serviços de assistência à saúde pela Secretária de Supervisão Técnica dos Serviços Assistenciais e pela Secretaria de Planejamento da Direção Geral do INAMPS/MS e suas projeções nas Coordenadorias Regionais de Cooperação Técnica e Controle. Brasília, **Diário Oficial da União**, 12 de abril de 1991.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Ministério da Previdência Social. Portaria nº 234, de 07 de fevereiro de 1992. Editar a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde para 1992 (NOB – SUS/92), conforme texto constante no Anexo I da presente Portaria. Brasília, **Diário Oficial da União**, 08 de fevereiro de 1992.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria, Nº 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93. Brasília, **Diário Oficial da União**, 24 de maio de 1993.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria, Nº 2.203, de 05 de novembro de 1996. Aprovar, nos termos do texto anexo a esta Portaria, a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema. Brasília, **Diário Oficial da União**, 06 de novembro de 1996, a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196**, de 09 de outubro de 1996, que aprova as diretrizes e as normas regulamentadoras das pesquisas que envolvem seres humanos. Brasília, **Diário Oficial da União**, 10 de outubro de 1996, b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 479, de 15 de abril de 1999, cria mecanismos para a implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar em atendimento de urgências e emergências. Brasília, **Diário Oficial da União**, 16 de abril de 1999.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 95, de 25 de janeiro

de 2001, aprova, na forma do anexo dessa 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 regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde; e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Brasília, **Diário Oficial da União**, 26 de janeiro de 2001, a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 737, de 15 de maio de 2001, aprova, na norma do Anexo desta Portaria, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Brasília, **Diário Oficial da União**, 16 de maio de 2001, b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº. 2309, de 18 de dezembro de 2001, institui, no âmbito da Secretaria de Assistência à Saúde/SAS, a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade/CNRAC, com o objetivo de coordenar a referência interestadual de pacientes que necessitem de assistência hospitalar de alta complexidade. Brasília, **Diário Oficial da União**, de 19 de dezembro de 2001, c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria nº. 589, de 26 de dezembro de 2001, define que a CNRAC ficará subordinada ao Departamento de Controle e Avaliação de Sistemas - DECAS/SAS, e que este poderá assessorar-se de unidades hospitalares referenciais nas áreas de alta complexidade hospitalar para estabelecer critérios de inclusão, avaliação de suficiência e pareceres técnicos, podendo haver novas inclusões. Brasília, **Diário Oficial da União**, de 27 de dezembro de 2001, d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 373**, de 26 de fevereiro de 2002, aprova, na forma do anexo dessa 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 à atualização dos critérios de

habilitação de estados e municípios, cessa os efeitos da Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Brasília, **Diário Oficial da União**, de 27 de dezembro de 2002, a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2003**, de 16 de outubro de 2003, no seu Art. 1º Habilita o Estado da Bahia em Gestão Plena do Sistema Estadual, nos termos da NOAS SUS 2002. Brasília, **Diário Oficial da União**, de 17 de outubro de 2003, b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 399**, de 22 de fevereiro de 2006, divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Brasília, **Diário Oficial da União**, de 22 de fevereiro de 2006, c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual de Implantação de Complexos Reguladores**. Brasília, 2006 d.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Manual de implantação de complexos reguladores**. Brasília, Ministério da Saúde, 2006, e (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Portaria nº 494**, de 29 de junho de 2006, estabelece incentivo financeiro destinado à implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores, que será repassado às Secretarias de Saúde e destinado, exclusivamente, à finalidade de que trata o artigo 1º, nos montantes previstos no Anexo I desta Portaria. Brasília, **Diário Oficial da União**, de 30 de junho de 2006, e.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 1571, de 28 de junho de 2007, estabelece incentivo financeiro para implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores a ser repassa o às Secretarias de Saúde, exclusivamente para a finalidade de que trata o artigo 1º, nos montantes previstos no Anexo I a esta Portaria. Revoga a Portaria SAS/MS nº 494. Brasília, **Diário Oficial da União**, 29 de junho de 2007, b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.559, de 1º de

agosto de 2008, institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, **Diário Oficial da União**, 30 de setembro de 2008.

CASTRO, J. D. Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 4, nº 7, p. 122-135, jan/jun, 2002.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. R. & INEALUT, R. A Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. IN: HARTZ, Z.M.A (org.) **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro, Fiocruz, p. 29-47, 1997.

CUNHA, A. B. O. **Acesso e utilização de serviços de saúde no Estado da Bahia**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Salvador, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2007.

FERLA, A. A.; CECCIM, R. B.; SCHAEGLER, L. I.; DARON, V. L. P.; BILIBIO, L. F. S.; SANTOS, L.; HERRERA, H. T. **Educação permanente e a regionalização do sistema estadual de saúde na Bahia: ensino-aprendizagem e política de saúde como composição de tempo**. Revista Baiana de Saúde Pública, v.33, n.1, jan./mar, pág. 7-22, 2009.

FRANÇA, E. C. da; MUSTO, K. C. e ROCHA, P. F. **A Central Estadual de Regulação – CER e o Contexto da Regulação Assistencial no Estado da Bahia: Estudo de Caso de um Processo em Construção**. Monografia. (Especialização em Gestão Hospitalar para o SUS – BAHIA). Salvador, à Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, 2010.

EVANGELISTA, P. A.; BARRETO, S. M. & GUERRA, H. L. Central de regulação de leitos do SUS em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: avaliação de seu papel pelo estudo das internações por doenças isquêmicas do coração. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, Apr. 2008.

JAIME, F. **Estratégia de Regulação do SUS pelo Gestor Federal-1995 a 2002**. Dissertação (Mestrado Profissional). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2004.



- LEVINTON, L. C.; COLLINS, C. B.; LAIRD, B. L & KRATT, P. P. **Teaching evaluation using evaluability**. London: Evaluation, 4 (4):389-409.1998.
- LUBISCO, N. M. L.; VIEIRA, S. C. & SANTANA, I. V. **Manual de estilo acadêmico: monografias, dissertações e teses**. 4. ed. rev. e ampl. Salvador: EDUFBA, 2008.
- MACHADO, C V. **Regulação da política nacional de saúde: estratégias e tendências**. In: VIANA, Negri B. ALA (org). O SUS em dez anos de desafio. São Paulo, Editora Sobravime/Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão, p. 505 -526, 2002.
- MACHADO, C V. O modelo de intervenção do Ministério da Saúde brasileiro nos anos 90. **Cad. Saúde Pública**. vol.23, n.9, p. 2113-2126, 2007.
- MEDINA, M. G.; SILVA, G. A. P.; AQUINO, R. & HARTZ, Z. M. de A. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z. M. de A. & VIEIRA DA SILVA, L. M. **Avaliação em saúde dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro, Fiocruz, p.41-63, 2005.
- MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8º Ed. São Paulo, Hucitec, 2004.
- NORONHA, J. C. de; LIMA, L. D. & MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELA, Ligia et al. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Fiocruz/CEBES, capítulo 12, p. 435-472, 2008.
- PATTON, M. Q. **Qualitative Research & Evaluation Methods**. 3 ed. Thousands, Oaks, London, New Delhi, Sage Publications, 2002.
- SANTOS, D. de M. **Globalização do capital e os estados nacionais**. São Paulo, Anita Garibaldi, 2006.
- ROMO, C. M. **Triângulo de Governo**. Santiago (Chile), Fundación Altadir, 05 de septiembre de 2006.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro.

**Deliberação nº 39**, de 24 de junho de 1999. Aprova o projeto de centrais de regulação do rio de janeiro e cria o comitê de implantação. Disponível em: <http://portal.saude.rj.gov.br/cib/Delibn39.htm>. Acesso em: 15.mar.2009, a.

\_\_\_\_\_. Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. **Resolução nº 2102**, de 14 de julho de 2003. Estabelece a missão da rede de centrais de regulação do estado do rio de janeiro, bem como sua função, cria o fórum de coordenadores das centrais de regulação e dá outras providências. Disponível em: <http://portal.saude.rj.gov.br/legislacao/legislacao.shtml>. Acesso em: 15. mar. 2009, b.

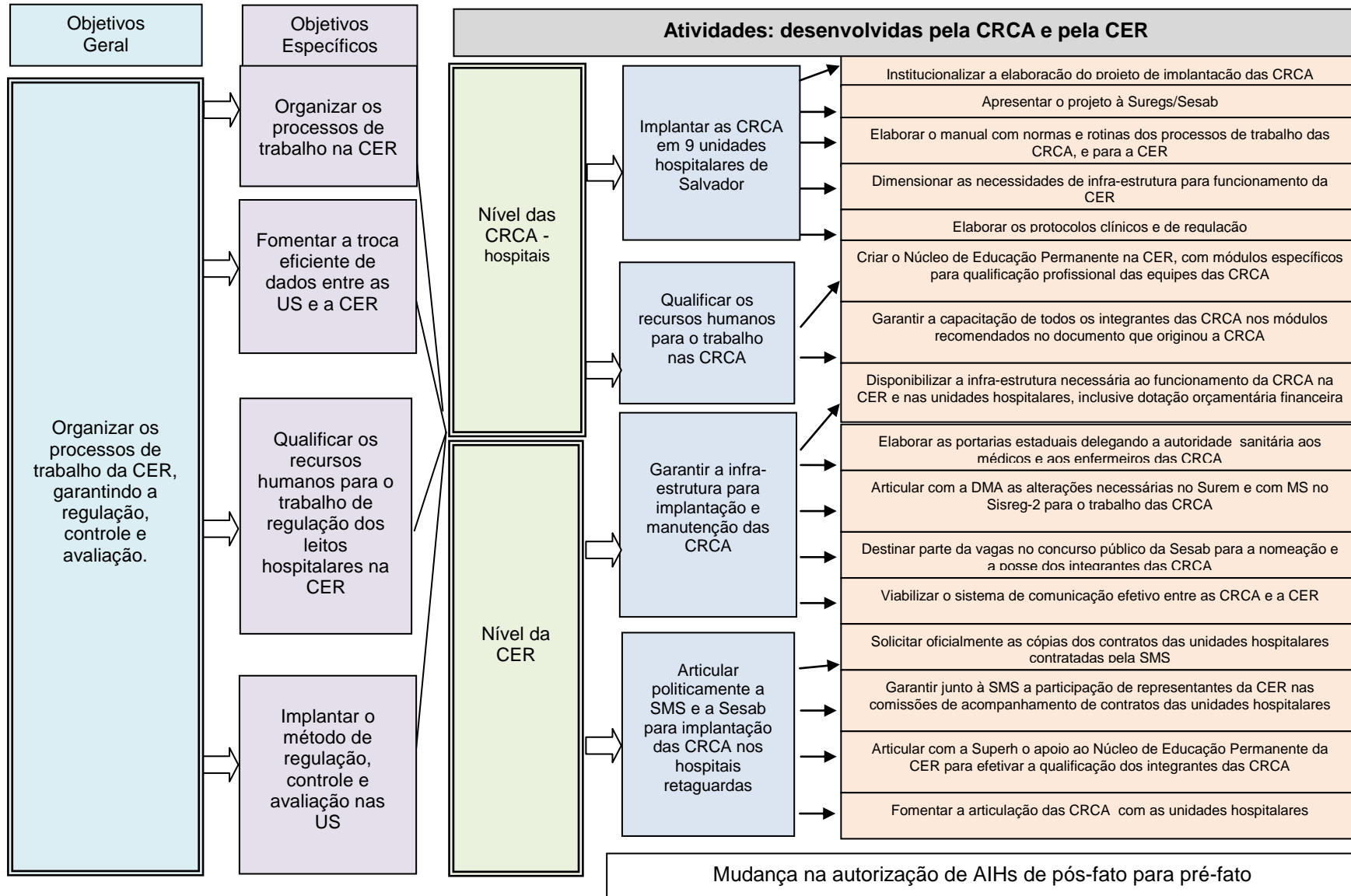
\_\_\_\_\_. Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. **Deliberação n.º 205**, de 20 de dezembro de 2005. Aprova a criação de núcleos internos de regulação na rede de hospitais públicos no estado do Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.saude.rj.gov.br/cib-deliberacoes-anteriores/1962-cib-eliberacoes-2005>. Acesso em: 15. mar. 2009, c.

TORRES, J. **Regulação dos Leitos Hospitalares no Sistema Único de Saúde na Cidade de Salvador**. Dissertação (Mestrado em Administração dos serviços de Enfermagem). Salvador, Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, 2007.

VIEIRA DA SILVA, L. M. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. de A. & VIEIRA DA SILVA, L. M. **Avaliação em saúde dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro, Fiocruz, p. 15-39, 2005.

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE A – Modelo Lógico Preliminar**



## APÊNDICE B – Roteiros de Entrevista

### Representantes da Central Estadual de Regulação do Estado da Bahia

Local da Entrevista:

Data \_\_\_\_\_ Início: \_\_\_\_\_ h Término: \_\_\_\_\_ h N° da Entrevista: \_\_\_\_\_

#### IDENTIFICAÇÃO

1. Nome: \_\_\_\_\_
2. Endereço: \_\_\_\_\_
3. Nome da Instituição que trabalha: \_\_\_\_\_
4. Cargo que ocupa na Instituição: \_\_\_\_\_
5. Telefone para contato: \_\_\_\_\_
6. Endereço eletrônico pessoal: \_\_\_\_\_
7. Endereço eletrônico institucional: \_\_\_\_\_

#### ROTEIRO DAS ENTREVISTAS

1. Quando você começou trabalhar na CER?
2. Você exerce outras atividades profissionais fora da CER?
3. Você conhece o projeto das Comissões de Regulação, Controle e Avaliação (CRCA)?
4. Na sua opinião quais os objetivos pretendidos pela CER com a intervenção de implantação do projeto das CRCA?
5. Quais são as atividades realizadas por você hoje na CER? Me fale rapidamente qual é a sua rotina de trabalho na CER?
6. Como se dar a comunicação entre a CER e as CRCA?
7. Como são realizados os processos autorizativos das AIH para os hospitais que têm CRCA?
8. Em sua opinião quais seriam os instrumentos e ações necessárias para atender os objetivos do projeto da CRCA?
9. Você acha que as atividades realizadas pela CRCA contribuem com o processo de regulação da CER? Dê um exemplo.
10. Em sua opinião o que deveria melhorar nas práticas das CRCA?

**Representantes das Comissões de Regulação, Controle e Avaliação**

Local da Entrevista:

Data \_\_\_\_\_ Início: \_\_\_\_\_h Término: \_\_\_\_\_h N° da Entrevista: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO**

1. Nome: \_\_\_\_\_
2. Endereço: \_\_\_\_\_
3. Nome da Instituição que trabalha: \_\_\_\_\_
4. Cargo que ocupa na Instituição \_\_\_\_\_
5. Telefone para contato: \_\_\_\_\_
6. Endereço eletrônico pessoal: \_\_\_\_\_
7. Endereço eletrônico institucional: \_\_\_\_\_

**ROTEIRO DAS ENTREVISTAS**

- 1- Quando você começou trabalhar na CRCA?
- 2- Você exerce outras atividades profissionais além das realizadas nas CRCA?
- 3- Quais são as atividades que você desenvolve na CRCA? Conte-me um pouco a rotina do seu trabalho.
- 4- Na sua opinião quais os objetivos pretendidos pela CER com a implantação do projeto das CRCA?
- 5- Como se dar o processo de comunicação entre a CRCA e a CER, e entre a CRCA de um hospital com outro hospital que tenha CRCA?
- 6- Você recebeu algum treinamento específico sobre regulação, controle e avaliação? Se positivo há quanto tempo e por quanto tempo? E com que regularidade?
- 7- Quais os instrumentos necessários para os exercícios das atividades para atender aos objetivos do projeto das CRCA?
- 8- O que você acha que necessita melhorar nesse projeto para que ele atinja os objetivos propostos?
- 9- Você sabe como é realizado o processo autorizativo de AIH do hospital que você trabalha como membro da CRCA?
- 10- Você acha que as atividades realizadas pela CRCA contribuem com o processo de regulação da CER? Dê um exemplo.

**Chefes de plantão da emergência do HGE e Diretor do HGE**

Local da Entrevista:

Data \_\_\_\_\_ Início: \_\_\_\_\_ h Término: \_\_\_\_\_ h N° da Entrevista: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO**

1. Nome: \_\_\_\_\_
2. Endereço: \_\_\_\_\_
3. Nome da Instituição que trabalha: \_\_\_\_\_
4. Cargo que ocupa na Instituição: \_\_\_\_\_
5. Telefone para contato: \_\_\_\_\_
6. Endereço eletrônico pessoal: \_\_\_\_\_
7. Endereço eletrônico institucional: \_\_\_\_\_

**ROTEIRO DAS ENTREVISTAS**

1. Quando você começou trabalhar no HGE?
2. Você exerce outras atividades profissionais além das realizadas no HGE?
3. Você conhece o projeto das Comissões de Regulação, Controle e Avaliação?
4. Na sua opinião quais os objetivos pretendidos pela CER com a implantação do projeto das CRCA?
5. Como se dar o processo de comunicação entre você e a CRCA?
6. Você já recebeu algum treinamento específico sobre Regulação, Controle e Avaliação? Caso positivo há quanto tempo, por quanto tempo?
7. Na sua opinião, quais as ações e os instrumentos necessários para garantir a regulação dos pacientes que aguardam saída do HGE?
8. Você sabe como é realizado o processo autorizativo de AIH do hospital HGE?
9. Você acha que as atividades realizadas pela CRCA contribuem com o processo de regulação dos pacientes internados no HGE? Dê um exemplo.
10. O que você acha que necessita melhorar no projeto da CRCA, para que ele atinja os objetivos propostos?





## APÊNDICE D – Matriz da coleta de dados

Unidades de Análise	Entrevistado 1
Objetivos do projeto	Viabilizar a integralidade da assistência através de uma avaliação presencial do paciente e da sua necessidade de internamento hospitalar. Esse seria um dos objetivos. O maior mesmo seria o de transformar a autorização de internamento hospitalar de pré-fato em pós-fato.
Realização da autorização das AIH em Salvador	Depois que os pacientes já conseguiram os recursos no SISRG II pelo medico regulador da CER. Os MR das CRCA estão começando a fazer na própria unidade há pouco tempo. O MR, chefe de plantão da CER, só autoriza AIH/GAI para internações do mutirão.
Atividades desenvolvidas pelos integrantes no projeto	Coordenadora de enfermagem da CRCA, fica na CER, e coordena 34 enfermeiras do programa. Também, faz as escalas de plantão, consolida as informações diárias repassadas pelas enfermeiras, realiza relatórios, acompanha e monitora as atividades.
Conhecimento sobre o projeto das CRCA	Sim
Outras atividades além da CRCA/CER/HGE	Sim/ Acadêmica
Recebimento de treinamento específico para a CRCA	Sim, no início do projeto, não ocorre de forma regular
Ações e instrumentos necessários para o exercício o CRA*	Seria o processo de comunicação melhorado, o aumento no número de médicos, e a autoridade sanitária no sentido da gestão dos leitos fosse efetivamente da Central Estadual de Regulação.
Contribuição das CRCA para CRA* da CER	Sim, com certeza contribui. Eu fiquei muito feliz agora, no fim do ano, que fechamos um relatório. Eu fiz um apanhado sobre como a gente influenciou nesse processo de trabalho, e detectei através de dados do Surem que houve aumento na ocupação dos leitos de internamento em 21% de 2008 para 2009 e um aumento de 27% de saída de pacientes das três emergências. [Todos os resultados] ligados diretamente aos hospitais em que agente atua. Eu peguei os dados dos hospitais que a gente está atuando.
Principais dificuldades para o atingimento dos objetivos do projeto	Dificuldade na comunicação, pouca integralidade nas ações da CER e da CRCA, falta de autoridade sanitária da CER na gestão dos leitos contratados, e processo autorizativo de AIH pós-fato.
Melhorias a serem implantadas no projeto	Maior integração da equipe da CER e CRCA, um telefone celular para cada comissão, mudar o processo autorizativo das AIH para pré-fato, e delegar mais poder às comissões para exercer a autoridade sanitária e fazer a gestão dos leitos.

Unidades de Análise	Entrevistado 2
Objetivos do projeto	Na verdade, a intenção maior foi a gente buscar pacientes com o perfil [adequado] para esvaziar as grandes unidades, assim como, autorizar o internação de pacientes que a gente tem uma avaliação prévia.
Realização da autorização das AIH em Salvador	Pelo MR da CER, os médicos não fazem nas unidades. Só a GAI é autorizada antes do paciente conseguir os recursos, as demais são realizadas no Sisreg 2.
Atividades desenvolvidas pelos integrantes no projeto	Coordena a equipe médica; realiza as escalas de plantão do MR; apóia as comissões; avalia os relatórios [na CRCA-HGE]; e apóia a coordenação da CER, faz protocolos de regulação, se reúne com as equipes, e visita as unidades. Quando necessita assume outras atividades na CER, além das atividades da CRCA.
Conhecimento sobre o projeto das CRCA	Sim
Outras atividades além da CRCA/CER/HGE	Sim, na assistência como obstetra de plantão, e faz consultório; só fica 6 horas na CER
Recebimento de treinamento específico para a CRCA	Sim, sem regularidade
Ações e instrumentos necessários para o exercício o CRA*	Aumentar o numero de médicos e de enfermeiras das CRCA.
Contribuição das CRCA para CRA* da CER	Acho que contribui bastante. Porque na verdade, a busca desses pacientes e a saída deles é a comissão que está fazendo. Então, se a gente localiza os pacientes, consegue esvaziar as unidades que precisam e ocupar os leitos que estão vagos nas outras unidades.
Principais dificuldades para o atingimento dos objetivos do projeto	Autorização de AIH pós-fato, desvio de função dos MR das CRCA, número de profissionais insuficiente nas CRCA.
Melhorias a serem implantadas no projeto	Fazer as autorizações da AIH pré-fato, aumentar o numero de médicos e enfermeiras da CRCA, adequar as funções dos MR nas CRCA, Elaboração de novos relatórios pela CRCA.

Unidades de Análise	Entrevistado 3
Objetivos do projeto	A gestão do leito na unidade hospitalar: visualizar os pacientes que têm necessidade de sair do hospital para outra unidade hospitalar, fazer a captação dos pacientes identificando-os, viabilizar que possam ser transferidos para uma unidade de destino adequada ao perfil de sua patologia.
Realização da autorização das AIH em Salvador	Esse processo autorizativo está sendo feito pelo médico da comissão, quando ele tem tempo para fazer. Quando ele não tem tempo para fazer, esse processo é repassado para a central. Mas, todo processo tem sido feito pós-fato, e não pré-fato.
Atividades desenvolvidas pelos integrantes no projeto	Gerenciar, coordenar e demandar, os 5 postos de trabalho da Central Estadual de Regulação
Conhecimento sobre o projeto das CRCA	Sim
Outras atividades além da CRCA/CER/HGE	Sim, médica pediatra em Simões Filho, nos finais de semana de 15 em 15, tem 40hs na CER
Recebimento de treinamento específico para a CRCA	Sim, de forma irregular, informa que estão iniciando a implantação do Núcleo de Educação Permanente.
Ações e instrumentos necessários para o exercício o CRA*	Primeiro, o conhecimento do CNES da unidade. Depois, conhecimento do quantitativo real de leitos disponíveis e do seu perfil assistencial. Esse é o primeiro passo para que a comissão agir. Segundo, essas unidades, sejam elas da rede própria ou filantrópica, como terceirizada, têm contratos. Essa comissão deve ter esses instrumentos que são o Plano Operativo Assistencial de cada unidade e os contratos efetivados com a Secretaria Municipal de Saúde.
Contribuição das CRCA para CRA* da CER	Acho sim, que a presença das comissões no intra-hospitalar é de fundamental importância. A CRCA é o olho da Central dentro da unidade de saúde. Facilitou deste que a comissão chegou. (...) As comissões auxiliam muito na evolução e na adequação dos quadros clínicos dos pacientes, e têm papel fundamental que é o educacional, pois elas fazem com que o pessoal da área de saúde das unidades entendam o papel da regulação e suas dificuldades.
Principais dificuldades para o atingimento dos objetivos do projeto	Autorização de AIH pós-fato, dificuldade da CER em fazer a gestão dos leitos, o desconhecimento pela CER/CRCA dos contratos de leitos hospitalares realizados pela SMS de Salvador, recursos humanos insuficientes na CER/CRCA.
Melhorias a serem implantadas no projeto	A real gestão dos leitos pela CER/CRCA, a decisão dos gestores Sesab e SMS em mudar o processo de autorização das AIH para pré-fato, o conhecimento dos contratos feitos pela SMS de Salvador, e a implantação efetiva do núcleo de educação continuada na CER, aumentar o número de médico e de enfermeiras da CER/CRCA.

Unidades de Análise	Entrevistado 4
Objetivos do projeto	Ser mais efetivo, do ponto de vista da logística na unidade, deixar o paciente pronto para ser encaminhado para a unidade que vai receber. Quando a unidade tem comissão, é mais efetivo.
Realização da autorização das AIH em Salvador	No Sisreg 2, por médicos reguladores da CER. Obs: teve dificuldade em entender a pergunta
Atividades desenvolvidas pelos integrantes no projeto	A primeira coisa que o chefe de plantão faz é receber o relatório com as pendências do dia anterior. Depois, divide a equipe, o que cada médico vai fazer fica com as regulações de maior complexidade - aquelas que demandam, talvez, mais tempo. Atualmente é quem mais faz a vaga zero.
Conhecimento sobre o projeto das CRCA	Sim.
Outras atividades além da CRCA/CER/HGE	Sim, medicina estética e oftalmologista, trabalha em regime de plantão na CER,
Recebimento de treinamento específico para a CRCA	Sim, de forma pontual e irregular.
Ações e instrumentos necessários para o exercício o CRA*	Ter médico em toda unidade. A enfermeira ajuda muito, mas é o medico que garante a resolutividade da CER.
Contribuição das CRCA para CRA* da CER	Totalmente. Eu acho que a comissão, em minha opinião, é importante para a central. Eu a vejo como algo importante. Acho que as enfermeiras ajudam muito, sem elas seria muito pior, mas, quando tem um médico, [o trabalho] se torna ainda mais efetivo.
Principais dificuldades para o atingimento dos objetivos do projeto	Não ter médicos reguladores, nem enfermeiras em todas as unidades hospitalares.
Melhorias a serem implantadas no projeto	Ter médicos e enfermeiras reguladoras em todas as unidades hospitalares.

Unidades de Análise	Entrevistado 5
Objetivos do projeto	Controle dos leitos não [pertencentes a] rede própria, do restante da rede hospitalar.
Realização da autorização das AIH em Salvador	Pela Central de Regulação, é o que a gente sabe que é realizado. Não mais. Em detalhes, não. Não, inclusive o pessoal nosso de Contas Médicas que tem isso. À toda hora, somos solicitados a interferir, para ligar para Central e pedir, que já há 3 folhas ou 4 folhas no nível de computador que ainda não foi autorizado. Ai, depende muito também, não sei se dá boa vontade ou do quantitativo de pessoal no nível da central para poder autorizar, e a gente poder fazer o mapa e mandar.
Atividades desenvolvidas pelos integrantes no projeto	OBS: não perguntado.
Conhecimento sobre o projeto das CRCA	Pelo que foi me mostrado na época.
Outras atividades além da CRCA/CER/HGE	Hoje, especificamente, eu estou centralizado todas as atividades aqui no HGE.
Recebimento de treinamento específico para a CRCA	Não, não. Nunca recebi. Nem tenho conhecimento de ter alguma coisa desse porte.
Ações e instrumentos necessários para o exercício o CRA*	O que eu acho mais viável é que... Hoje, eu percebo é que os hospitais, tanto da rede própria, como da outra rede, não informam o número de leitos, as vagas e a disponibilidade que existe na rede para a gente. Não informa para a central. O que a gente observa é justamente isso, que há um, não digo um descontrole, mas uma desconformidade. Por exemplo, durante o dia, quando dá meio-dia, que nós solicitamos a Central de Regulação se já tem alguma disponibilização de vagas, nos é dito que não tem nenhuma. Se acontece a interferência de algum gestor a nível central, como aconteceu recentemente, em meia hora eu tive 48 vagas disponível na rede hospitalar.
Contribuição das CRCA para CRA* da CER	Sem sombra de dúvida melhorou, porque antes, praticamente, pelo que eu vivi, não existia regulação. Dependia da aquiescência de cada diretor de hospital. E, a central ficava numa distância grande em relação a isso, ou seja, ela autorizava, mas ela ficava acompanhando essa regulação direta entre os diretores. Com as comissões, eu acho que isso melhorou bastante, porque, tem um diálogo muito bom entre os profissionais da casa, do plantão, da direção, junto com os profissionais da regulação. A gente vê é que a Comissão de Regulação tem um empenho muito grande no sentido de resolver e melhorar...
Principais dificuldades para o atingimento dos objetivos do projeto	Autonomia maior em cada comissão de regulação que tivesse dentro de cada hospital; captar os leitos do hospital; e ela própria administra os existes. Não ficar na dependência da direção do hospital, se vai liberar os leitos ou não vai, se vai ter a vaga ou não.  Eu acho que deveria ter uma autonomia maior em cada comissão de regulação dentro de cada hospital. Que essa comissão de regulação tivesse uma autonomia não ligada a direção do hospital. No meu entender, ela deveria entrar no hospital, captar os leitos e ela própria administrá-los, sem ficar na dependência da direção hospitalar.

Melhorias a serem  
implantadas no projeto

---

Eu acho que somente nos hospitais da rede própria. Eu acho que ela vai continuar administrando somente os leitos da rede própria. Ela não vai conseguir autonomia pra administrar os leitos das outras unidades.

Unidades de Análise	Entrevistado 6
Objetivos do projeto	Ter um grupo presente nos hospitais pra facilitar a transferência dos pacientes. Identificar e buscar como sanar essas deficiências que dificultam a transferência do paciente.
Realização da autorização das AIH em Salvador	Não, não conheço não.
Atividades desenvolvidas pelos integrantes no projeto	Verifica no relatório as pendências do dia anterior. Observa o mapa do centro cirúrgico para ver se há algum paciente da nossa lista já fizeram cirurgia, principalmente, os da ortopedia e os da clínica cirúrgica. Observar se os pacientes que tinham o pedido de regulação foram para os andares. Passo em todas as enfermarias da emergência e em todos os postos de atendimento da emergência só pra confirmar os pacientes que continuam. De acordo com o surgimento de vagas, procuram-se os pacientes, tenta resolver as pendências para encaminhá-los segundo o perfil das vagas disponibilizadas.
Conhecimento sobre o projeto das CRCA	Sim.
Outras atividades além da CRCA/CER/HGE	Não.
Recebimento de treinamento específico para a CRCA	Não recebi esse treinamento. Foi feito um treinamento quando os profissionais foram convocados. Aí, no final de Abril, foi feito um treinamento, só que eu me apresentei depois dos outros. Aí, quando eu me apresentei numa quarta feira e o treinamento tinha começado numa segunda-feira. E, como trabalhava em outro município, eu não pude ficar para assistir nem quarta, nem quinta e nem sexta. Eu vim somente para entregar os documentos.
Ações e instrumentos necessários para o exercício o CRA*	Tem muitas coisas que precisam ser melhoradas ainda pra a gente conseguir isso. Na verdade, o que falta se o paciente necessita de determinado exame? Ainda é longa a espera. Ai ,precisaria que a Sesab disponibilizasse um numero maior de vagas para exames,.
Contribuição das CRCA para CRA* da CER	É até difícil responder porque eu não sei como é que funcionava antes. Quando eu cheguei, já estava aqui... Mas, eu acredito que tenha contribuído muito porque, pelo que já escutei falar: antigamente, era um só médico, não tinha a comissão. Então, era muito mais difícil porque o médico ficava sobrecarregado, pois eram muitos pacientes. Ele não tinha condições de acompanhar todos os pacientes. Na verdade, com as comissões, ficou mais fácil para a gente localizar, identificar e atualizar o quadro dos pacientes do hospital inteiro. Eu acredito que, quando só tinha um médico e não existia comissão, era muito mais difícil. Hoje, a gente vê a dificuldade. Tem dias que a gente não consegue fazer isso. São duas enfermeiras, uma médica e a gente não consegue dar conta. Como um médico somente conseguia resolver mais?
Principais dificuldades para o atingimento dos objetivos do projeto	Era a definição de papéis entre os da comissão, dos médicos assistentes. Confusões de papéis que precisam ser melhorada. Outra coisa é a questão dos contratos que foram feitos entre os hospitais e a Sesab.
Melhorias a serem implantadas no projeto	Melhoria de definição de papéis, o acesso aos contratos que são feitos pela Sesab e pela secretaria municipal.

Unidades de Análise	Entrevistado 7
Objetivos do projeto	Criar um fluxo de pacientes, ordenar, na verdade, esse fluxo de pacientes. Dar uma maior resolutividade aos casos para a gente poder resolver os problemas dos pacientes e impedir que as unidades de emergência fiquem superlotadas.
Realização da autorização das AIH em Salvador	Não sei. Porque, na verdade, quem faz essa parte são os médicos. Isso aí eu não conheço como funciona.
Atividades desenvolvidas pelos integrantes no projeto	Verifica a planilha de pacientes que estão aguardando recurso, corrige algumas falhas, atualiza com pacientes que operaram na unidade e liga para o chefe de plantão para saber ainda alguma pendência ou se há existe alguma vaga disponível. Olha na planilha quais são as pendências dos pacientes, se tem alguma alta de alguma especialidade, como a neuro ou a cirurgia-geral. Vê quais são os pacientes que tem perfil para sair do CRPA para saber eles têm condições de sair. Pede ao chefe de plantão para fazer essas solicitações e a partir daí a gente já começa a captar os pacientes para as vagas que são disponibilizadas para unidade. A partir do momento que a gente consegue captar esses pacientes, a gente começa a fazer relatórios - tirar cópia de prescrição; ver se todos os exames estão atualizados, e dentro dos padrões normais; ver se tem acompanhante, se tem documento; e faz a solicitação de ambulância. Normalmente, nossa rotina é essa.
Conhecimento sobre o projeto das CRCA	Sim.
Outras atividades além da CRCA/CER/HGE	Não, trabalho só na comissão.
Recebimento de treinamento específico para a CRCA	Na verdade, quando eu entrei, já havia acontecido a capacitação das enfermeiras que tinham entrado pra formar as comissões. Eu participei de uma aula. Esqueci o nome do médico, perdão. A gente participou de uma aula em que ele explicou exatamente o que é regulação, como funciona, mas, até então, foi só essa aula.
Ações e instrumentos necessários para o exercício o CRA*	Os instrumentos que a gente já tem, só precisa mesmo de uma melhoria. Eu acho que o sistema que a gente usa ajuda bastante, pois detalha exatamente o que cada paciente tem e facilita até a nossa comunicação com a central para que a gente possa estar ocupando os leitos. A gente precisa ser mais flexível com o horário das unidades, porque, às vezes, não consegue obedecer a esses horários pré-estabelecidos por algumas unidades, como o Santa Izabel, Hospital das Clínicas, Agenor Paiva. Aí, a gente, às vezes, perde essa vaga. Consegue tudo, consegue fazer o relatório, consegue os exames, consegue os documentos, mas o paciente não chega na hora e, então, é devolvido a unidade ou, às vezes, nem vai. Eu acho também que se a gente pudesse fazer algumas manipulações no sistema... A gente precisaria ter essa senha para poder utilizar, por exemplo, para informar óbito, alta, transferência via convenio, sem precisar que o médico que está lá, na Central ou nas PA, façam. Isso já ajudaria, porque diminuiria o número de solicitações na tela (...) Eu acredito que a gente tem bons instrumentos para trabalhar, relatórios, listas, não é? Eu acho que com isso a gente já consegue fazer um bom trabalho.
Contribuição das CRCA para CRA* da CER	Eu tenho certeza. Porque eu acho que a nossa participação na regulação, em geral, é exatamente ser os olhos dos médicos que estão nas PA. Porque a gente estando aqui, vê de perto o paciente, identifica o problema que ele tem, e as pendências que existem. A gente tenta resolver de alguma forma. Então, a gente, na verdade, só enxerga o que os médicos estão vendo lá na tela, e passa para ele. Assim, eu acho que a gente aqui



---

	consegue organizar a saída do paciente. A gente consegue resolver. O que o médico começa lá, a gente termina aqui.
Principais dificuldades para o atingimento dos objetivos do projeto	Encaminhamento do paciente, que a gente passa o quadro para a unidade. Algumas vezes, eles são devolvidos por problemas que não justificariam o seu retorno.
Melhorias a serem implantadas no projeto	Questão da utilização dos instrumentos, do uso de uma senha de amplitude maior. Problema do paciente não poder entrar sem documentos nas unidades.

Unidades de Análise	Entrevistado 8
Objetivos do projeto	Facilitar o processo de regulação dos pacientes que estão aqui nessa unidade.
Realização da autorização das AIH em Salvador	Não perguntado.
Atividades desenvolvidas pelos integrantes no projeto	<p>Verifica uma planilha que existe com todas as solicitações da regulação. Começa a triar os pacientes segundo o perfil de saída. Vê as pendências deles e se estão ok. Então, assim, se ele se encaixar nas vagas que a gente tem, a gente entra com a Central de Regulação, que fica lá no Pau-Miúdo. Eles passam as vagas que tem para esses pacientes. A gente vai triando esses doentes e colocando nas vagas, e entrando em contato sempre com a Central.</p> <p>Quando a gente chega, a gente já olha o perfil dos doentes. Depois, a gente entra em contato com a Central para ver as vagas. Durante o dia a gente vai olhando o doente, resolvendo as pendências, tentando ver os exames, tudo pra encaixar. Depois, a gente vai tentando sinalizar o que a gente tem aqui que não saiu, entendeu? Tentando conseguir que a Central consiga mais vagas, consiga os recursos. A gente frisa: "olha, tem muitos expostos aqui. Tem muito paciente precisando (...) de cirurgia, precisando sair" para, em conjunto, resolver.</p>
Conhecimento sobre o projeto das CRCA	Sim
Outras atividades além da CRCA/CER/HGE	Sim, fora da regulação, sou médica nefrologista. Trabalho em alguns hospitais particulares e também na regulação do município com nefrologia.
Recebimento de treinamento específico para a CRCA	Não, eu só recebi no início quando entrei no concurso. O resto foi na prática mesmo.
Ações e instrumentos necessários para o exercício o CRA*	Solicitação, o contato, o recurso.
Contribuição das CRCA para CRA* da CER	Eu acho que sim. É como eu falei a Comissão pra mim o mais importante é isso, conhecer bem o doente que vai ser transferido, ter o médico regulador que tá lá na Central, ter a segurança de que tá transferindo o doente certo para o hospital certo, quando o doente preenche as características de que o hospital pode receber, então eu acho que essa supervisão é pra isso, pra você olhar o doente, (*) Central de Regulação certa de que o doente vai ser beneficiado, vai ter o recurso naquele hospital onde ele vai ser colocado.
Principais dificuldades para o atingimento dos objetivos do projeto	Obs: não localizado.
Melhorias a serem implantadas no projeto	Eu acho que deveria ter, primeiro, mais conscientização dos médicos assistentes, ter um trabalho educativo sobre o que é a regulação e a necessidade de fazer um relatório bem feito, ter os exames complementares. (...) O outro é ter realmente o recurso da vaga, que é outra coisa que falta muito ainda (...) Qualificar a questão dos relatórios, melhorar o processo de comunicação e a questão burocrática para liberar vaga.

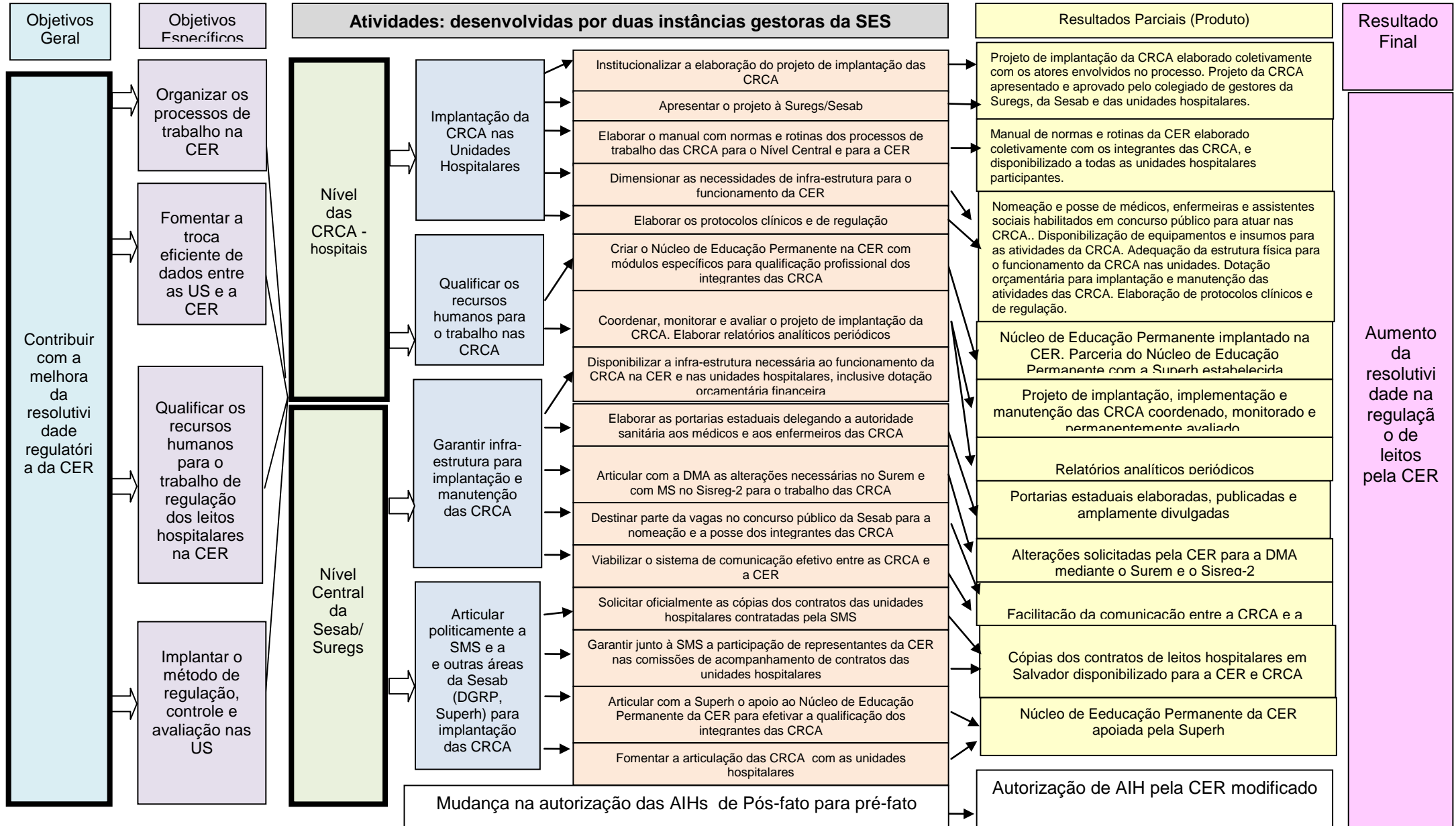
Unidades de Análise	Entrevistado 9
Objetivos do projeto	Controlar, avaliar e melhorar os serviços de regulação. Dessa forma, esvaziando realmente as emergências dos hospitais e colocando os pacientes nos devidos leitos.
Realização da autorização das AIH em Salvador	Não.
Atividades desenvolvidas pelos integrantes no projeto	Verifica a planilha em que tem todos os pacientes que tem solicitação de regulação. A partir daí nós vamos às enfermarias, vamos ao centro para ver como está a lotação. Encaminhamos toda essa situação para a Central de Regulação e aguardamos as vagas. Vamos encaixando de acordo com o perfil.
Conhecimento sobre o projeto das CRCA	Não perguntado.
Outras atividades além da CRCA/CER/HGE	Sim, exerço. Eu trabalho no município de Cachoeira como coordenadora da atenção básica do município.
Recebimento de treinamento específico para a CRCA	Só recebi um treinamento logo no início. (...) Dois dias, mas foi logo no início. Depois, não recebemos mais nenhum tipo de treinamento. Inclusive, isso é uma coisa que a gente precisa ter com mais frequência.
Ações e instrumentos necessários para o exercício o CRA*	Bom, primeiro, a gente precisa das vagas, e que o paciente esteja pronto com seus exames pra que ele se encaixe àquela vaga. A própria comunicação, que é muito importante nesse processo, com os próprios médicos da comissão e os que ficam na Central.
Contribuição das CRCA para CRA* da CER	Sim. Tanto é que nas saídas de pacientes, elas aumentaram significativamente com a comissão presente, os retornos também. Muitos pacientes retornavam (...) Retornam, ainda, mas, realmente, em uma quantidade bem menor do que antes.
Principais dificuldades para o atingimento dos objetivos do projeto	Começa desde a ambulância, que é um transporte que, às vezes, a gente regula. [A gente] não consegue regular uma quantidade boa de pacientes. Falta de exames, faltam documentos, o paciente ignorado, o paciente sem acompanhante.
Melhorias a serem implantadas no projeto	Desburocratizar algumas coisas, como eu falei anteriormente, a resposta não foi muito adequada devido aos entraves. Como eu já tinha falado, que melhore a qualidade e que realmente a gente consiga ter mais vagas para que o paciente consiga sair. A gente tem a resolutividade no nosso (*)...

Unidades de Análise	Entrevistado 10
Objetivos do projeto	Eu acredito que seria para facilitar a regulação para captar mais leitos. Eu acredito que é também para facilitar a regulação de um hospital pra hospital.
Realização da autorização das AIH em Salvador	Obs: não perguntado.
Atividades desenvolvidas pelos integrantes no projeto	Na verdade, quando eu chego as 7 h da manhã, meu trabalho, aqui, resume-se em, primeiramente, a olhar a planilha para ver se tem todos os pacientes. Conferir a planilha. Outra minha função também é ver, colocar os pacientes no sistema. Todos os pacientes que chegam devem ser colocados no sistema todos os dias, durante todo o dia.
Conhecimento sobre o projeto das CRCA	Sim
Outras atividades além da CRCA/CER/HGE	Não
Recebimento de treinamento específico para a CRCA	Eu recebi depois que eu tinha um certo tempo aqui. Na verdade, foi o único curso que eu fiz no auditório do Roberto Santos. Eu acho que já tem um tempo, mais de dois anos, mais ou menos isso. Foi na época da implantação da CRCA.
Ações e instrumentos necessários para o exercício o CRA*	Eu acho que, inicialmente, precisa da vaga. É a primeira coisa que tem de existir é a vaga, não é? Outra coisa importante, talvez, seja que ter pessoas capacitadas no local para está vendo esse paciente também, porque pode existir a vaga e não ter paciente na unidade.
Contribuição das CRCA para CRA* da CER	Eu acho que a comissão, quando chegou, veio a agregar bastante. Antigamente, eu passava um dia aqui e não saia um paciente praticamente. Dpois da regulação, no mínimo, num dia saem 10 pacientes por dia, aqui, no HGE...
Principais dificuldades para o atingimento dos objetivos do projeto	Falta de liberdade das CRCA para trabalhar no sentido da autonomia, falta de documento, (...) A piora de um paciente no transporte, tudo pode ser motivo para travar a liberação da vaga para o HGE pelas outras unidades.
Melhorias a serem implantadas no projeto	(...) deixar mais livres as comissões para trabalhar na sua unidade..., diminuir a burocracia na CER...

Unidades de Análise	Entrevistado 11
Objetivos do projeto	É justamente facilitar o processo regulatório, né? Porque, antes da implantação da comissão, o que é que acontecia, os pacientes iam e voltavam, justamente, por falta de um pessoal qualificado que estivesse na unidade, no HGE, que tivesse condições de estar triando os pacientes. Ver se esse paciente ali naquele momento tinha condições ou não de ser transferido. Então, seria justamente esse vínculo entre a unidade HGE, Central de Regulação e a unidade receptora.
Realização da autorização das AIH em Salvador	Não perguntado
Atividades desenvolvidas pelos integrantes no projeto	Olha, como rotina, a gente faz a triagem dos pacientes que têm condições de sair dessa unidade, no caso, o HGE, para outra unidade referencial. A gente verifica os exames e faz. Vê se está com alta das especialidades. A gente faz uma triagem, de uma maneira geral, dos pacientes para estar encaminhando. Às vezes, o pessoal da regulação, da Central, disponibiliza as vagas. Às vezes, gente procura o paciente regulado ou não que tenha o perfil de saída pra essa vaga. Se não tiver regulado, a gente pede ao médico da unidade que faça uma solicitação de transferência para a gente encaminhar esse paciente. Se tiver regulado, a gente já coloca na vaga mesmo. Já faz essa triagem e encaminha para aprovação do médico da retaguarda, o médico da unidade receptora.
Conhecimento sobre o projeto das CRCA	Sim
Outras atividades além da CRCA/CER/HGE	Exerço sim. Eu trabalho como enfermeira assistencial de outro hospital.
Recebimento de treinamento específico para a CRCA	Olha, que eu me lembre, somente quando a gente entrou, recebeu um treinamento, inclusive a gente cobra um treinamento, uma reciclagem. A gente sempre faz essa cobrança, pois a gente precisa estar recebendo novas orientações, porque é tudo interativo. Tudo vai mudando. O perfil de 2 anos e meio atrás está diferente do de agora. A questão da violência aumentou muito. Então, a gente teria que estar aprendendo a lidar com muita coisa. A gente necessita de maiores qualificações, de treinamento.
Ações e instrumentos necessários para o exercício o CRA*	Fala basicamente sobre a comunicação entre as unidades
Contribuição das CRCA para CRA* da CER	Claro, houve uma grande mudança, inclusive para os profissionais que trabalham aqui, melhorou bastante com a comissão permanente. A gente se torna realmente um vínculo entre a unidade, o HGE e a Central de Regulação. Então, os retornos de paciente, os que a gente chama de bate-e-volta, melhorou bastante. Então, teve uma grande contribuição com a comissão permanente aqui.
Principais dificuldades para o atingimento dos objetivos do projeto	Muitas dificuldades. Falta de autoridade sanitária, comunicação com unidades receptoras, de médicos na equipe aos domingos. Isso atrapalha o trabalho. Falta de profissionais nas unidades receptoras para atender os telefonemas da CER. Tem a restrição no horário de recepção dos pacientes do HGE em outras unidades e a dificuldade com os transporte das ambulâncias da CER.
Melhorias a serem implantadas no projeto	A comunicação, o transporte das ambulâncias, a ampliação da equipe, a presença de médicos fixos, ligado à CER, com autoridade sanitária, nas unidades receptoras para garantir a liberação do leito, quando esse achar que o perfil é adequado,

Unidades de Análise	Entrevistado 12
Objetivos do projeto	Na verdade, eu acho que foi pra facilitar mais, até para os médicos que estão lá e não tem o contato diretamente com o paciente. Às vezes, ficava complicado o médico aqui preencher uma AIH, e o médico lá não estar vendo...
Realização da autorização das AIH em Salvador	OBS: não perguntado
Atividades desenvolvidas pelos integrantes no projeto	A rotina, especificamente, do monitor, é uma escala. Nós temos uma escala de 8 horas diária, com 1 folga durante a semana. O que é que nós fazemos, nós coordenamos os monitores. Desculpa, os monitores, não, os auxiliares de regulação. Damos continuidade, aqui, em tudo que é necessário na sala. Desenvolvemos também a função que os AR fazem, sempre que o fluxo é grande. Sempre a gente também está desenvolvendo a função dos AR.
Conhecimento sobre o projeto das CRCA	Sim
Outras atividades além da CRCA/CER/HGE	Não
Recebimento de treinamento específico para a CRCA	Nós, monitores, recebemos, foram 3 dias na Central mesmo depois da implantação das CRCA
Ações e instrumentos necessários para o exercício o CRA*	Na verdade, o principal são as comissões criadas. Isso, como eu já falei, facilitou bastante. Os médicos do hospital, aos poucos, estão se aliando mais às comissões, porque antes tinha uma barreira, os médicos da unidade versus o pessoal da comissão. Mas, hoje já está se aliando, já está bem mais fácil. Então, a regulação está ocorrendo com mais facilidade.
Contribuição das CRCA para CRA* da CER	A comissão veio a melhorar bastante, principalmente, para nós, auxiliares de regulação e monitores. Nós tínhamos uma dificuldade porque, na verdade, não entendemos da parte técnica, da parte médica. Então, com o médico e as enfermeiras, ficou bem mais fácil decifrar. Na verdade, às vezes, é decifrar letra de médico de AIH mesmo... Então, nós tínhamos uma dificuldade, que era sair da sala e contar com a boa vontade de outro médico. Aí, era difícil achar o médico que preencheu a AIH, era muito complicado. Então, com o médico, do nosso lado, e as enfermeiras isso aí ficou bem alinhado. Nós sofriamos muito com isso aí.
Principais dificuldades para o atingimento dos objetivos do projeto	Transporte das ambulâncias da CER, que não são suficientes, problemas na comunicação, etc.
Melhorias a serem implantadas no projeto	Deve aumentar o numero de ambulâncias, melhorar a comunicação e implantar a CRCA em unidades receptoras.

**APENDICE E – Modelo Lógico Final**



## **ANEXOS**



**ANEXO A - Transcrição do Documento Base que deu origem ao Projeto de  
implantação das Comissões de Regulação, Controle e Avaliação – CRCA  
Realizado pela equipe da Direg/CER em marco de 2007**

Governador do Estado: Jaques Wagner

Secretário da Saúde: Jorge José Santos Pereira Solla

Superintendente SUREGS: Andrés Castro Alonso Filho

Diretoria DIREG: Maria Conceição Benigno Magalhães

Diretoria DICON: Claudia Rodrigues Almeida

Diretoria DARP: Ricardo de Gouveia Costa

Equipe técnica da DIREG:

Cleví Minas Novas Júnior

Elisabeth Cardoso França

Karla Costa Musto

Myrian Côrtes Bittencourt

Nair Amaral

Paula França Rocha

Silvana Márcia Pinheiro Santos Coelho

## 1. APRESENTAÇÃO

A regulação assistencial tem como objetivo viabilizar o acesso do usuário aos serviços de saúde, de forma a adequar à complexidade de seu problema, os níveis tecnológicos exigidos para uma resposta oportuna, ordenada, eficiente e eficaz, respeitando as prioridades, através da utilização de critérios de risco, embasados em protocolos clínicos, baseados em evidência científica.

A Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), através Superintendência de Gestão e Regulação da Atenção à Saúde (SUREGS) e suas Diretorias de Regulação da Assistência à Saúde (DIREG) e Diretoria de Controle das Ações e Serviços de Saúde (DICON), avaliou o modelo de regulação implantado no estado que teve seu foco voltado para regulação pós-fato, fragilidade na organização dos processos de trabalho e na forma de utilização dos instrumentos necessários para efetivação da regulação da assistência e baixo envolvimento e capacitação de alguns atores envolvidos no processo.

Visando organizar os processos de trabalho que garantam a regulação, controle e avaliação dos serviços hospitalares no estado da Bahia, definiu-se adotar a estratégia de implantação das comissões permanentes de regulação, controle e avaliação – CRCA's.

Tendo em vista a alta densidade tecnológica de serviços de saúde no município de Salvador o qual é referência para todos os municípios do estado da Bahia a SESAB definiu a implantação do projeto piloto neste município.

## **2. JUSTIFICATIVAS E MOTIVAÇÃO:**

- A Política de Regulação da Assistência visa garantir o acesso do cidadão ao serviço de saúde de forma equânime, ordenada e qualificada;
- O atual processo de reestruturação da Regulação da Assistência tem como foco as reais necessidades de Saúde da população do Estado da Bahia;
- A necessidade de consolidar a Central Estadual de Regulação como um importante instrumento de gestão para o planejamento e organização da oferta dos serviços de saúde;
- A necessidade de melhoria da produção de informações relativas aos processos de assistência à saúde;
- A necessidade de garantir a cooperação técnica das Unidades de Saúde (US) do SUS;
- Implantar os Protocolos Clínicos e de Regulação que elevem a capacidade de resposta através da análise da demanda pela classificação de risco e tempo de espera;
- A necessidade de implantar metodologia de Avaliação e Controle da Produção de Serviços de Saúde do SUS do Município de Salvador em unidades hospitalares;

## **3. VANTAGENS E BENEFÍCIOS:**

- Otimização da produção de informações relativas aos processos assistenciais;
- Implantação de protocolos clínicos e de Regulação para o favorecimento do processo de análise da demanda de usuários e usuários de serviço;

#### **4. OBJETIVO GERAL:**

Organizar os processos de trabalho garantindo a regulação, controle e avaliação através da implantação de ferramentas que propiciem a visão e atuação presencial nas unidades de saúde.

#### **5. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Qualificar Recursos Humanos a fim de desenvolver os processos de trabalho que garantam a regulação, controle e avaliação de forma presencial;
- Melhorar a capacidade de gestão da SESAB, através da produção de informações relativas aos processos de assistência a saúde;
- Fomentar a troca eficiente de dados entre as unidades de saúde e CER;
- Garantir cooperação técnica e apoio às unidades na retaguarda de leitos;
- Implantar Protocolos Clínicos da CER;
- Estabelecer Protocolos de Regulação da CER e das Unidades de Saúde;
- Implantar metodologia de Avaliação e Controle do processo regulatório.

## 6. COMPOSIÇÃO E PERFIL DESEJADO DA COMISSÃO

A equipe será formada por médico, enfermeiro, assistente social e auxiliar de regulação, com as seguintes competências pessoais:

Competências pessoais:

- Equilíbrio emocional e autocontrole;
- Habilidade nas relações inter-pessoais;
- Postura ética;
- Capacidade de trabalhar em equipe;
- Capacidade de manter sigilo profissional;
- Capacidade de mediar conflitos.

Competências profissionais:

### Médico Supervisor:

- Perfil profissional:
- Mínimo de quatro anos de exercício profissional;
- Mínimo de dois anos de residência ou de especialização;
- Especialização mínima em saúde pública, estratégia de saúde da família, gestão ou auditoria;
- Experiência profissional mínima de um ano em serviço de saúde municipal, estadual ou federal;
- Capacitação Mínima a ser realizada nos primeiros doze meses de exercício da função:
- Capacitação Básica em Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria do SUS;
- Capacitação em Sistema e Serviços de Saúde;
- Capacitação em Pactos da Saúde, PDR e PPI;

### Enfermeiro Supervisor:

- Perfil profissional:
- Mínimo de quatro anos de exercício profissional;
- Mínimo de dois anos de residência ou de especialização;
- Especialização mínima em saúde pública, estratégia de saúde da família, gestão ou auditoria;
- Experiência profissional mínima de um ano em serviço de saúde municipal, estadual ou federal;
- Capacitação Mínima a ser realizada nos primeiros doze meses de exercício da função:
- Capacitação Básica em Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria do SUS;
- Capacitação em Sistema e Serviços de Saúde;
- Capacitação em Pactos da Saúde, PDR e PPI;

### Assistente Social:

- Perfil profissional:
- Mínimo de quatro anos de exercício profissional;
- Experiência profissional mínima de um ano em serviço de saúde municipal, estadual ou federal;
- Capacitação Mínima a ser realizada nos primeiros doze meses de exercício da função:
- Capacitação Básica em Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria do SUS;
- Capacitação em Sistema e Serviços de Saúde;
- Capacitação em Pactos da Saúde, PDR e PPI;

### Auxiliar de Regulação:

- Perfil profissional:
- Mínimo de quatro anos de exercício profissional;
- Experiência profissional mínima de dois anos em serviço administrativo da saúde municipal, estadual ou federal;

- Capacitação Mínima a ser realizada nos primeiros doze meses de exercício da função:
- Capacitação Básica em Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria do SUS;

## **7. ATRIBUIÇÃO DOS COMPONENTES DAS COMISSÕES:**

Médico Supervisor (MS):

- Supervisionado a Regulação:
- Identificar e analisar a Lista de Pendências da US, fornecida pelos Auxiliares de Regulação classificando o risco e prioridade das mesmas;
- Analisar as “Solicitações de Recurso” (exames, avaliações, procedimentos ou internamento) para a própria US ou outra unidade referenciada, para que o processo regulatório seja executado de forma eficiente, verificando: o preenchimento correto, a pertinência da solicitação e a suficiência de dados;
- Autorizar quando em conformidade a inserção da solicitação no Sistema de Informática da CER pelos auxiliares de regulação, sinalizando a classificação de risco e prioridade das mesmas;
- Solicitar a correção de inconformidades pelos solicitantes e/ou responsáveis discutindo o caso com os mesmos quando necessário e auxiliando no entendimento do processo regulatório;
- Avaliar as potenciais solicitações ou necessidades ainda não formalizadas pelas unidades de internação e informar à Coordenação ou Diretoria da US;
- Avaliar, ratificar e preencher (se necessário) as Fichas de Transferência dos pacientes da unidade (instrumento necessário para a saída de quaisquer pacientes);
- Efetuando a Regulação:

- Avaliar e autorizar todas as internações de urgência e emergência da unidade de saúde, bem como as mudanças de procedimento e prorrogações de permanência;
- Avaliar, autorizar e agendar conforme a necessidade e protocolo da unidade as cirurgias eletivas realizadas na unidade de saúde;
- Avaliar as condições da US e auxiliar no processo de recepção dos pacientes referenciados de acordo com o perfil de atendimento;
- Auxiliar a Central Estadual de Regulação (CER) nos processos de “VAGA ZERO”;
- Supervisionando e efetuando o Controle:
- Informar a situação dos leitos e recursos da unidade para a Chefia de Plantão da CER, através do Termo de Visita Diário;
- Avaliar a Lista de Pendências da Unidade, consolidar juntamente com o Enfermeiro Supervisor e encaminhar o Termo de Visita Diário à CER (Coordenação Central e Chefia de Plantão);
- Suspender, quando necessário (catástrofes, acidentes de múltiplas vítimas, eventos de grande porte ou similares), a realização de procedimentos, exames e internamentos eletivos, para que sejam recepcionados de pacientes graves, respaldado pela Chefia de Plantão da CER e/ou Coordenações da CER;
- Supervisionando a Avaliação:
- Encaminhar diariamente à Coordenação Central das Comissões e Chefia de Plantão da CER os relatórios gerenciais relativos ao processo de Regulação: Relatório Analítico Diário e Relatório Sintético Diário;
- Encaminhar semanalmente à Coordenação Central das Comissões os relatórios gerenciais relativos ao processo de Controle e Avaliação: Relatório de Inconformidades da Unidade e Ficha de Avaliação do Perfil da Unidade;
- Encaminhar quando necessário as dificuldades, soluções encontradas e sugestões referentes à adequação da realidade das unidades e



necessidade de trabalho das comissões (processos, procedimentos e impressos);

- Participar do processo de Educação Permanente quanto ao trabalho das Comissões de Regulação, Controle e Avaliação e da CER;

Enfermeiro Supervisor (MS):

- Supervisionado a Regulação:
- Identificar e analisar a Lista de Pendências da US, fornecida pelos AR;
- Visitar as unidades de internação para configurar o mapa de leitos, ratificar a lista de pendências do período anterior e novas solicitações já realizadas pelas unidades para garantir a atualização dos dados no Sistema (Termo de Visita Diário);
- Identificar potenciais solicitações ou necessidades ainda não formalizadas pelas unidades de internação e informar ao Médico Supervisor (MS);
- Verificar o preenchimento correto, a pertinência da solicitação e a suficiência de dados das “Solicitações de Recurso” da US, orientando as retificações e informando ao MS as inconformidades dos laudos;
- Analisar e preencher (se necessário) as Fichas de Transferência dos pacientes da US (instrumento necessário para a saída de qualquer pacientes);
- Efetuando o Controle:
- Verificar através das listas de permanência se os pacientes que constam no relatório necessitam de prorrogação de AIH ou mudança de procedimento. Em casos de não conformidade, informar à Coordenação Central das Comissões;
- Verificar a conformidade dos equipamentos encontrados de acordo com o perfil de cada tipo de leito. Em casos de não conformidade, informar à Coordenação Central das Comissões;
- Supervisionando a Avaliação:

- Verificar se a quantidade de leitos disponíveis está em conformidade com o CNES. Em casos de não conformidade, comunicar à Coordenação Central das Comissões para devidos encaminhamentos.
- Participar do processo de Educação Permanente quanto ao trabalho das Comissões de Regulação, Controle e Avaliação e da CER;

#### Assistente Social:

- Atuando no Acolhimento:
- Realizar entrevista social com o objetivo de detectar dificuldades de ordem psico-social que possam interferir no tratamento ou prognóstico do paciente, sua inserção na comunidade e sua reabilitação;
- Identificar possíveis dificuldades de identificação do paciente e tentar promover o acesso aos recursos de identificação através do resgate de documentos pré-existentes ou na confecção dos mesmos.
- Interagir com a família no intuito de clarificar a necessidade do processo regulatório, a indisponibilidade do(s) recurso(s) solicitado(s) na US e os recursos disponíveis na Rede SUS;
- Interagir quando necessário em matéria referente ao processo regulatório e de interesse dos pacientes junto aos Conselhos Tutelares, Ministério Público e outros órgãos;
- Auxiliar a CRCA na identificação das solicitações não formalizadas;
- Participar do processo de Educação Permanente quanto ao trabalho das Comissões de Regulação, Controle e Avaliação e da CER;

#### Auxiliar de regulação:

- Apoiando administrativamente a comissão:
- Verificar as pendências de solicitações, listá-las e divulgá-las em documento próprio (Lista de Pendências) no final de cada período (noturno e diurno)

- Receber as “Solicitações de Recurso” da US, protocolar a sua entrada e encaminhar para os Enfermeiros Supervisores e/ou Médicos Reguladores para análise prévia;
- Digitar no Sistema de Informática da CER os laudos ratificados pela CRCA;
- Registrar no Sistema as atualizações de quadro de pacientes, devidamente analisadas e ratificadas pela CRCA;  
Manter sempre atualizada a lista de pendências

## **8. NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE (CAPACITAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS ATORES DO PROCESSO)**

- Criação de núcleo de educação permanente das crca's e modulos de capacitação:
  - Módulo 1 - Curso Introdutório para os membros da CRCA's;
  - Módulo 2 - Curso Básico do MS em Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria;
  - Módulo 3 - Curso de Informação em Saúde;
  - Módulo 4 - Curso De Análise de Situação da Saúde;
  - Módulo 5 - Protocolos Clínicos e de Regulação.
- Elaboração dos protocolos operacionais com os manuais:
  - Manual de Normas e Rotinas das CRCA's (Comissões);
  - Manual de Normas e Rotinas da Central de Regulação;
  - Plano Operacional das Unidades de Saúde e Orientações Básicas ao Prestador de Serviços.
- Incorporação de conteúdo dos seguintes documentos:

- Política Nacional de Regulação;
- Plano Estadual de Regulação;
- Regimento da Central estadual de regulação;
- Plano Pluri-Anual de Saúde do Estado;
- Portarias Ministeriais do GM e da SAS afins e vigentes da Regulação;
- Plano Diretor de regionalização;
- Programação Pactuada integrada;
- Pacto pela Saúde;
- Manual do SIH.

## **9. SENSIBILIZAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DOS PROTOCOLOS JUNTO AOS MEMBROS DAS COMISSÕES, COORDENADORES DE PLANTÃO E EQUIPE DE REGULAÇÃO DA CENTRAL**

- Ações de divulgação:
  - Cópia, em CD, dos elementos de capacitação para cada membro das comissões;
  - Cópia, eletrônica, dos elementos de capacitação em cada P.A. da central de regulação;
  - Cópia, em papel, das orientações básicas do prestador (unidades de saúde) para cada unidade referenciada com comissão (CRCA's);
  - Seminários para divulgação dos processos de trabalho com a participação dos membros da comissão, coordenadores de plantão, médicos reguladores e auxiliares de regulação da central;
  - Reuniões e encontros com os Gestores e Coordenadores das unidades para divulgação do projeto e apresentação da condução do trabalho.

- Escala padrão de trabalho das comissões:
  - Médico Supervisor / das 07h00min às 19h00min;
  - Enfermeiro Supervisor / das 07h00min às 19h00min;
  - Assistente Social / das 07 às 19 h (Rede Própria) ou da própria unidade;
  - Auxiliar de Regulação / 24 horas / Jornadas de trabalho de 6 ou 12 horas;

## **10. NORMAS E ROTINAS DO PROCESSO REGULATÓRIO**

- Propostas de normas, rotinas e algoritmos:
  - Atribuições dos membros da comissão
  - Orientações gerais
  - Rotina diária da comissão
  - Normas e rotinas de verificação da unidade
  - Normas e rotinas de registro de solicitações da unidade
  - Normas e rotinas de garantia de vaga ou recurso
  - Normas e rotinas de saída de pacientes da unidade
  - Normas e rotinas de recepção de pacientes
  - Normas e rotinas de retorno de pacientes
  - Normas e rotinas dos relatórios da comissão
  
- Impressos:
  - Termo de visita diário
  - Laudo de solicitação de AIH
  - Ficha de referência e contra-referência
  - Ficha de transferência
  - Termo de remoção de paciente
  
- Relatórios:
  - Relatório analítico diário

- Relatório sintético diário
- Ficha de avaliação do perfil da unidade
- Ficha de avaliação do perfil da unidade

## 11. PROTOCOLOS DE ENCAMINHAMENTO

- Conjunto avaliação especializada:
  - Envelope padronizado da central estadual de regulação;
  - Ficha de referência e contra-referência;
  - Cópia da última prescrição;
  - Cópia de exames atualizados;
  - Documentos pessoais do paciente.
- Conjunto exame diagnóstico:
  - Envelope padronizado da central estadual de regulação;
  - Laudo de solicitação do procedimento;
  - Ficha de referência e contra-referência;
  - Cópia da última prescrição;
  - Cópia de exames atualizados;
  - Documentos pessoais do paciente.
- Conjunto procedimento terapêutico;
  - Envelope padronizado da central estadual de regulação;
  - Laudo de solicitação do procedimento;
  - Ficha de referência e contra-referência;
  - Cópia da última prescrição;
  - Cópia de exames atualizados;
  - Documentos pessoais do paciente.
- Conjunto internamento/transferência:
  - Envelope padronizado da central estadual de regulação;

- Cópia do laudo de emissão de aih;
- Ficha de referência e contra-referência;
- Relatório de transferência da cer;
- Ficha social;
- Cópia da última prescrição;
- Cópia de exames atualizados;
- Documentos pessoais do paciente.

## 12. GLOSSÁRIO DE TERMOS

**Regulação** - Processo técnico, científico e político de intervenção no sistema de saúde e de coordenação da integração dos sistemas de saúde e de coordenação da integração dos sistemas municipais, com vistas a adequar a relação entre a oferta e a demanda das ações e serviços de saúde e obter resultados superiores do ponto de vista social, para viabilizar o acesso às ações e serviços de saúde, de forma equânime, integral e qualificada.

**Controle** - Conjunto de medidas exercidas pelo gestor estadual, visando a implementação e operacionalização de normas, e o monitoramento dos sistemas municipais, ações e serviços de saúde para garantir o fiel cumprimento das normas e das pactuações pré-estabelecidas.

**Avaliação** - Ato de considerar as intervenções efetuadas, atribuindo um juízo de valor, com a finalidade de subsidiar a tomada de decisão, tendo como objeto o sistema estadual, os resultados alcançados pelos sistemas municipais e as ações e serviços de saúde executados direta ou indiretamente pela SESAB.

**Auditoria** - Conjunto de ações, de caráter independente, consistindo em exame de atividades e componentes do Sistema Único de Saúde, para determinar se as ações e serviços de saúde, seus resultados e os recursos aplicados, estão de acordo com as disposições planejadas, as normas e legislação vigentes, indicando os dispositivos infringidos, apontando medidas administrativas e penalidades a serem aplicadas.

**Monitoramento** - Também se traduz no acompanhamento sistemático das atividades desenvolvidas nas unidades de trabalho, dos fluxos das referências intermunicipais com objetivo de antecipar possíveis ajustes para ordenar o processo da regulação.

**Gestão da Clínica** - “Aplicação de tecnologias de micro-gestão dos serviços de saúde com a finalidade de assegurar padrões clínicos ótimos, de aumentar a eficiência, de diminuir os riscos para os usuários e para os profissionais, de prestar serviços efetivos e de melhorar a qualidade da atenção à saúde.”

MENDES

**Protocolos Clínicos** - Diretrizes clínicas sistematicamente desenvolvidas com base em evidências médicas com o objetivo de orientação de médicos acerca de cuidados de saúde apropriados em circunstâncias clínicas específicas, com perspectiva de padronização terapêutica. Devem ser construídos e validados por representantes dos Conselhos de Classe e entidades de notório saber; sociedades de classe com registro nos Conselhos; representantes dos colegiados das especialidades das universidades públicas e privadas reconhecidas pelo MEC.

**Médico Regulador (MR)** - Profissional de nível superior titular de Diploma de Médico, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina, com experiência e conhecimento comprovado na atividade de regulação, controle e atendimento assistencial, para atuar prioritariamente na área de regulação médica, e eventualmente em suporte avançado de vida e no gerenciamento dos serviços e do sistema, habilitado conforme os termos da Portaria Nº 2.048 MS/GM de 5 de novembro de 2002.

**Supervisor de Regulação** - Profissional habilitado a supervisionar e avaliar as ações e serviços prestados pelos estabelecimentos assistenciais de saúde regulados, verificar a identificação destas ações com os registros constantes no sistema de regulação, bem como o cumprimento dos fluxos e pactuações com objetivo de garantir a efetivação do processo regulatório.

**Complexo Regulador** - Composto por estruturas denominadas Centrais de Regulação que atuam nas áreas assistenciais inter-relacionadas e se integram com as funções de autorização, controle, programação, avaliação e auditoria.



É o instrumento que permite absorver toda a assistência em uma estrutura de regulação

**Central de Regulação** - Estrutura que compreende toda a ação meio do processo regulatório, isto é, recebe as solicitações de atendimento, processa e as encaminha para a melhor alternativa assistencial. É constituída por unidades de trabalho tais como: Central de Regulação da Urgência Pré-Hospitalar – APH (SAMU), Central de Regulação da Urgência Inter-Hospitalar, Central de Internações Eletivas, Central de Consultas Especializadas, Central de Procedimentos Diagnósticos e Terapêuticos.

**Protocolos de Regulação** - Diretrizes para ordenar o uso adequado e racional das tecnologias de apoio diagnóstico, terapias especializadas e medicamentos de alto custo, definindo os limites resolutivos de cada um deles, sendo um instrumento de ordenação dos fluxos de encaminhamento entre os níveis de complexidade assistencial

**Plano Estadual de Controle Regulação e Avaliação** - Detalhamento do conjunto de estratégias e instrumentos a serem empregados no âmbito de cada Estado para implementar as atividades que lhes são afetadas, com o objetivo de explicitar os mecanismos utilizados para a estruturação do Complexo de Regulação de determinada área de abrangência, no caso o Estado. Incorpora o desenho de regionalização definido no Plano Diretor de Regionalização - PDR, integrando níveis crescentes de resolutividade assistencial.

**CNES** - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde -- Banco nacional de dados, que comporta informações cadastrais atualizadas dos estabelecimentos de saúde no país, utilizado como base para a programação, regulação, controle e avaliação assistencial

**Cartão Nacional de Saúde** - Sistema informatizado de base nacional, destinado ao cadastramento dos usuários do SUS, que possibilita a vinculação dos procedimentos realizados ao profissional que o realizou e também à unidade de saúde. O sistema é constituído pelo Cartão do Usuário com um número único de identificação em âmbito nacional (em implantação no país).

**FCES** - Ficha de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde –Instrumento que permite ao gestor coletar dados de todos os estabelecimentos de saúde do país, inclusive os não participantes do SUS, e incluir, alterar ou excluir Unidades Hospitalares e Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia no Cadastro de Hospitais do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS).

**Grades Assistenciais** - Registro dos serviços de saúde oferecidos por especialidade, procedimentos, quantidade, recursos humanos existentes e horários disponíveis, sendo construído por estabelecimento assistencial, município, microrregião e macrorregião.

**PDR** - Plano Diretor de Regionalização - Instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado e no Distrito Federal, baseado nos objetivos de definição de prioridades de intervenção coerentes com as necessidades de saúde da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção. O PDR fundamenta-se na conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios estaduais em regiões/microrregiões e módulos assistenciais; da conformação de redes hierarquizadas de serviços; do estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contra-referência intermunicipais, objetivando garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde de acordo com suas necessidades.

**Macrorregião** - Composta por um conjunto de municípios que se localizam no raio de influência de uma ou mais cidades, sendo centro polarizador de serviços de saúde de alta complexidade, Unidade de Terapia Intensiva - UTI, requerendo projeto de reorganização da atenção de urgência/emergência e participação no projeto de gestação de alto risco.

**Microrregião** - Constituída pelos Módulos Assistenciais com identificação do município "pólo" desta microrregião, cujo sistema municipal de saúde disponha dos serviços de média complexidade necessários ao estabelecimento de referência e contra-referência de pacientes nos diversos módulos assistenciais.

## **ANEXO B - Proposta para o Treinamento Introdutório da Equipe de Supervisão Hospitalar:**

### **Proposta para o Treinamento Introdutório da Equipe de Supervisão Hospitalar:**

**Justificativa:** Considerando que a Regulação da Assistência à Saúde é um campo novo de práticas profissionais e que existe a necessidade de adequação das unidades das redes própria e complementar a fim de corresponder ao atendimento das demandas aos recursos de saúde apresentamos a seguinte proposta de capacitação para os novos supervisores hospitalares.

**Objetivo Geral:** Apresentar o funcionamento da Central Estadual de Regulação, os serviços e o processo de trabalho enfocando a importância da “Supervisão Hospitalar” na otimização do acesso do usuário aos recursos de saúde.

**Público:** Enfermeiros, Assistentes Sociais e Médicos Reguladores.

**Participantes:** 55 pessoas

**Local** – Auditório da Central Estadual de Regulação/CER.

Complexo César de Araújo - Pau Miúdo

**Carga horária do Treinamento Introdutório:** 24 horas.

Dias do Treinamento:

/05/07- quinta-feira das 08 às 12 hora e das 14 às 18 :15 horas

/05/07- Sexta feira das 08 às 12:15 horas e das 14 às 18:15 horas

/05/07- Terça Feira das 08 às 15 horas- Aula Prática - Vivendo a Supervisão com uma Equipe de Supervisão.

**PROGRAMAÇÃO:**

Data: /05/07

HORARIO	TEMÁTICA	EMENTA	FACILITADOR
08h20 às 9h	Dinâmica de Apresentação e Integração		Elisabeth/ Catarina
9 h às 10 h	Regulação da Assistência à Saúde.	Histórico da Central	Maria da Conceição Benigno
10 h às 10:15	<b><i>Intervalo – café</i></b>		
10h15 às 12 h	Central de Regulação de Leitos Hospitalares	Etapas da Regulação Médica Unidades de trabalho de uma Central	Paula Rocha
12h às 13h30	Almoço		
13h30 às 14h	Dinâmica de Aquecimento		Elisabeth /Margarida
14h às 16h15	Informática na Regulação	Sistemas de Regulação SUREM/ SISREG, Mapa de Leitos, CNES	Carlos Sergio Pedreira
16h15 às 16:30h	<b><i>Intervalo de café</i></b>		
16h30 às 18h	<b><i>Conhecendo o transporte inter hospitalar</i></b>	Responsabilidades da transferência e formas de transportes, situações problemas e protocolos de transferência de pacientes graves	Ricardo Gouvêa

**PROGRAMAÇÃO:**

Data: /05/07

<b>HORARIO</b>	<b>TEMÁTICA</b>	<b>EMENTA</b>	<b>FACILITADOR</b>
8h às 9h	Apresentação e discussão do Filme sobre a evolução histórica da Saúde Pública		Silvana Coelho
9h às 10 h	Processo Autorizativo. Como é feito?		Paula Rocha
10h as 10h15	Intervalo café		
10h15 as 11h15	Supervisão Hospitalar Desafios e impacto na regulação de leitos hospitalares		Márcia Torres e Margarida Vilela
11h15 as 12h15	Perfil Assistencial das Unidades	Contratualização e Plano Operativo das Unidades,  Recursos disponíveis, mapas de leitos/censo diário.	
12h15 as 13h30	Almoço		
13h30 as 14h	Dinâmica de Aquecimento		
14h às 15h	Desenvolvendo Habilidades Interpessoais.	Comunicação, Negociação, Escuta Perceptiva ,informações relevantes e ajuda pratica .	Elisabeth França
15h às 15h15	Intervalo café		
15h15 às 17h	Comissão de Regulação, Controle e Avaliação - CRCA	Apresentação da proposta .	Maria Conceição Benigno e Claudia

**PROGRAMAÇÃO:****Data: /05/07 e /05/07**

8h às 16 h	Vivendo um dia de Supervisão Hospitalar	Visita técnica em oito hospitais com Supervisão de uma Equipe de Supervisores	Graça. Márcia, Margarida
------------	---	---	--------------------------

Módulo Introdutório - Carga horária 24h.

**Equipe responsável:**

Coordenação de Enfermagem - Margarida Vilela – COREN - 11.923

Assessoria da DIREG/CER - Elisabeth França- CRESS – 2853

## ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



**Universidade Federal da Bahia**  
**Instituto de Saúde Coletiva**  
**Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**  
Rua Basílio da Gama, s/n, Campus Universitário do Canela, Salvador - Bahia

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O presente projeto de dissertação de mestrado profissionalizante em Saúde Coletiva, área de concentração Gestão de Sistemas de Saúde da autoria de Maria Conceição Benigno Magalhães, sob a orientação da profa. Ana Luiza Queiroz Vilasbôas tem por objetivo analisar a avaliabilidade da implantação das Comissões de Regulação, Controle e Avaliação nos grandes hospitais do município de Salvador, Bahia.

#### **Procedimentos:**

A coleta dos dados implicará na realização de análise dos documentos institucionais da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Sesab), de observação participante, e de entrevistas semi-estruturadas com dirigentes e técnicos da Sesab, envolvendo perguntas relacionadas à regulação dos leitos hospitalares naquele contexto. As informações prestadas serão utilizadas exclusivamente para a finalidade da pesquisa. As informações obtidas serão analisadas e apresentadas à instituição investigada sob a forma de um relatório de pesquisa para fins acadêmicos e para utilização, no que se fizer necessário, pela Sesab. Os resultados serão apresentados também sob a forma de artigos a serem submetidos a periódicos científicos.

Após a publicação deste trabalho, ele poderá ser de domínio público da Sesab, podendo ser consultado e utilizado a qualquer tempo por qualquer participante dessa instituição, desde que citadas as referências do trabalho.

A participação é voluntária, podendo ser interrompida pelo entrevistado ou pela participante da sessão da metodologia utilizada neste estudo a

qualquer momento. Cumpre esclarecer que a participação não envolve benefício direto ao entrevistado. Não há despesas, nem compensações financeiras.

Em qualquer etapa do estudo, o (a) sr. (sra.) terá acesso à profissional responsável pela pesquisa para o esclarecimento de eventuais dúvidas, Maria Conceição Benigno Magalhães, que pode ser encontrada no ISC/UFBA, Rua Basílio da Gama s/n, Campus Universitário do Canela, Salvador- Bahia, CEP 401.110-040, fone 71 3283-7402, fax 71 3283-7402, e-mail: conceição.benigno@saude.ba.gov.br.





**Universidade Federal da Bahia**  
**Instituto de Saúde Coletiva**  
**Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**  
Rua Basílio da Gama, s/n, Campus Universitário do Canela, Salvador - Bahia

## DECLARAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_,  
declaro que fui suficientemente informado(a) a respeito da referida pesquisa. Discuti com a pesquisadora responsável, Maria Conceição Benigno Magalhães, sobre minha decisão em participar da referida investigação. Ficaram claros, para mim, os propósitos da pesquisa, os procedimentos a serem realizados, e as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro, também, que as dúvidas serão tiradas a qualquer momento durante a pesquisa que será realizada através da documentação da Instituição, que, por mim, terá autorizado o acesso e que a minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em consentir minha participação, sabendo que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o processo, sem penalidades ou sem prejuízos em minha relação com a pesquisadora e a instituição.

Salvador, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do informante

\_\_\_\_\_  
Maria Conceição Benigno Magalhães  
Pesquisadora responsável



## ANEXO E – Folha de Rosto para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Conselho Nacional de Saúde  
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

048-09 / CEP-ISC

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS				FR - 306772
Projeto de Pesquisa Avaliabilidade das comissões de regulação, controle e avaliação dos leitos hospitalares do Município do Salvador				
Área de Conhecimento 4.00 - Ciências da Saúde - 4.06 - Saúde Coletiva - Nenhum			Grupo Grupo III	Nível Não se aplica
Área(s) Temática(s) Especial(s)			Fase Não se Aplica	
Unitermos Regulação, atenção à saúde, atenção hospitalar, avaliabilidade, Sistema Único de Saúde				
Sujeitos na Pesquisa				
Nº de Sujeitos no Centro 15	Total Brasil 15	Nº de Sujeitos Total 15	Grupos Especiais Pessoas numa relação de dependência como presidiários, militares, alunos, funcionários, etc	
Placebo NAO	Medicamentos HIV / AIDS NÃO	Wash-out NÃO	Sem Tratamento Específico NÃO	Banco de Materiais Biológicos NÃO
Pesquisador Responsável				
Pesquisador Responsável Maria Conceição Benigno Magalhães		CPF 286.012.625-20	Identidade 0265029171	
Área de Especialização SAÚDE COLETIVA		Maior Titulação ESPECIALISTA	Nacionalidade BRASILEIRA	
Endereço RUA COLMAR AMERICANO DA COSTA, N°199 APT. 1004		Bairro PITUBA	Cidade SALVADOR - BA	
Código Postal 41830600	Telefone 71-31163640 / 71-33540718	Fax 71-31163941	Email cbenigno@uol.com.br	
Termo de Compromisso				
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima.				
Data: <u>24/11/2009</u>			Assinatura	
Instituição Onde Será Realizado				
Nome Comitê de Ética em Pesquisas - Instituto de Saúde Coletiva / UFBA		CNPJ 15.180.714/0001-04	Nacional/Internacional Nacional	
Unidade/Órgão Departamento de Saúde Coletiva		Participação Estrangeira NÃO	Projeto Multicêntrico NÃO	
Endereço Rua Basílio da Gama S/N Campus Universitário do Canela		Bairro Canela	Cidade Salvador - BA	
Código Postal 40110040	Telefone (71) 3283 - 7441	Fax (71) 3283 - 7460	Email cepisc@ufba.br	
Termo de Compromisso				
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.				
Nome: _____			Assinatura	
Data: <u>24/11/09</u>				

**O Projeto deverá ser entregue no CEP em até 30 dias a partir de 23/11/2009. Não ocorrendo a entrega nesse prazo esta Folha de Rosto será INVALIDADA.**

**ANEXO F – Parecer nº 054-09 – Comitê de Ética em Pesquisa-ISC**

Universidade Federal da Bahia  
Instituto de Saúde Coletiva  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

**PARECER Nº 054-09 / CEP-ISC**

**Registro CEP:** 048-09/CEP-ISC

**Projeto de Pesquisa:** “Avaliabilidade das comissões de regulação, controle e avaliação dos leitos hospitalares do município de Salvador.”


**Pesquisador responsável:** Maria Conceição Benigno Magalhães

**Área Temática:** Grupo III

Os Membros do Comitê de Ética em Pesquisa, do Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal da Bahia, reunidos em sessão ordinária no dia 15 de dezembro de 2009, e com base em Parecer Consubstanciado, resolveu pela sua aprovação.

**Situação:** APROVADO

Salvador, 17 de dezembro de 2009.

  
**Leny Alves Bomfim Trad**  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa  
Instituto de Saúde Coletiva  
Universidade Federal da Bahia

## ANEXO G – Parecer Final de Dissertação


**Universidade Federal da Bahia**  
**Instituto de Saúde Coletiva**

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva  
 Rua Basílio da Gama S/N, Canela - 40.110-040 Salvador –Bahia-Brasil  
 E-mail: [ppgsc@ufba.br](mailto:ppgsc@ufba.br) ☎: (071) 3263-7409/7410 FAX: 3263-7460

**PARECER FINAL DE DISSERTAÇÃO**

Nome da Aluna(o)	Maria Conceição Benigno Magalhães
Nível	Mestrado Profissional em Saúde Coletiva
Área de Concentração	Gestão de sistemas de Saúde
Orientador (a)	Ana Luiza Queiroz Vilasbôas
Membros da Banca	Ana Luiza Queiroz Vilasbôas
	Sônia Cristina Lima Chaves
	Alcindo Antônio Ferla
	Gerluce Alves Pontes da Silva
	Luis Eugênio Portela Fernandes de Souza
Data da Defesa	26/04/2010
Título da Dissertação	Comissões de Regulação, Controle e Avaliação dos Leitos Hospitalares em uma Capital do Nordeste: desafios de uma implantação.

**PARECER**

A banca destaca: 1) A relevância, abrangência e consistência da dissertação (120) e dos seus resultados; 2) O caráter autoral e inovador da abordagem avaliativa no contexto da regulação; 3) A contribuição significativa no estudo do tema e no fortalecimento da gestão no SUS; 4) O caráter autoral na articulação das diferentes fontes bibliográficas com exercício interdisciplinar de grande complexidade; 5) Recomenda a publicação da revisão conceitual e histórica da regulação, do estudo da avaliabilidade do projeto e da implementação das Comissões.

Assinatura da Banca Examinadora	