

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS
INSTITUTO DE SAÚDE

Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva

**Análise da integralidade da atenção: o caso dos pacientes
cirúrgicos eletivos em Atibaia, SP**

Louise Maria Prado Valente

São Paulo
2018

Análise da integralidade da atenção: o caso dos pacientes
cirúrgicos eletivos em Atibaia, SP

Louise Maria Prado Valente

Dissertação apresentada ao Programa de
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva
do Instituto de Saúde, Coordenadoria de
Recursos Humanos da Secretaria de
Estado da Saúde de São Paulo, para
obtenção do título de Mestre em Saúde
Coletiva.

São Paulo

2018

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

Análise da integralidade da atenção: o caso dos pacientes cirúrgicos eletivos em Atibaia, SP

Louise Maria Prado Valente

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde, Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Gestão e Práticas de Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Luiza Sterman Heimann.

São Paulo

2018

Ficha catalográfica

Valente, Louise Maria Prado

Análise da Integralidade da Atenção: O caso dos pacientes cirúrgicos eletivos em Atibaia, SP/ Louise Maria Prado Valente, São Paulo, 2018.
98 p.

Dissertação (mestrado) – Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Área de concentração: Gestão e Práticas de Saúde

Orientadora: Luiza Sterman Heimann

1. Integralidade 2. Serviços e Sistemas de Saúde 3. Gestão em Saúde 4. Políticas de Saúde 5.
Procedimentos Cirúrgicos Eletivos

Aos meus pais, Rosa Maria e Roberto.
Ao meu filho Fernando.

“É o olhar característico do amor que torna a pessoa sensível e atenta para perceber os sinais e demonstrações de afeto, por mais pequenos que sejam ou que aparentemente assim o sejam, que fazem nascer no coração um fundamental sentido de reconhecimento em relação à vida, aos outros, a Deus”.

(Santo Agostinho)

Agradecimentos

À minha querida orientadora, Dra. Luiza Sterman Heimann, pela paciência, dedicação e parceria, numa relação dialética que transcendeu o binômio formal professor-aluno, alçando o carinho e o afeto.

À Prefeitura da Estância de Atibaia, pela co-participação nesta pesquisa e pela parceria em todo o decorrer do curso de Mestrado Profissional.

Aos nobres e competentes Professores do Instituto de Saúde pelos valiosos ensinamentos transmitidos ao longo do curso.

Aos queridos colegas de turma pelo apoio constante, construindo e aplicando continuamente o que é o pensamento coletivo.

Aos funcionários do Instituto de Saúde, em especial à Tânia, pelo suporte imensurável e amizade.

Aos participantes da pesquisa, por colaborarem sem medir esforços para a produção científica.

A todos que colaboraram de forma direta ou indireta com a minha participação no curso e na elaboração e execução desta pesquisa.

“Era pelo ângulo da organização que ganhava conteúdo o tema da inclusão, entendido, num registro positivo, como sinônimo de participação numa ordem social e, num registro negativo, nos termos da direta identificação conservadora da organização com a ordem, como a desorganização da sociedade, a homogeneização entrópica.

Nessas condições, a questão central passa a ser: quem organiza o quê, em nome do quê? Dessa questão resulta uma segunda, que se põe no nível mais propriamente político e econômico: dada uma forma de organização, quem acumula poder de decisão e acesso a recursos? E, já em termos críticos, em detrimento de quem?

(...) a invocação do particular e da diferença na ausência de um universalismo criticamente refletido leva os programas de ação a se perderem em um jogo em que ninguém responde por nada – e, portanto, não há agência – e ninguém é capaz de mobilizar formas de organização para ir além do imediato – e, portanto, não há sistema”

(Gabriel Cohn – Renovando os Problemas nas Ciências Sociais)

VALENTE, LMP. Análise da Integralidade da Atenção: o Caso dos Pacientes Cirúrgicos Eletivos em Atibaia, SP. [Dissertação de Mestrado]. Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da CRH/SES-SP. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2018.

RESUMO

A integralidade, um dos princípios finalísticos do Sistema Único de Saúde (SUS) instituídos na Constituição Federal de 1988, é continuamente debatida no meio acadêmico como dimensão teórico-prática do Saber em Saúde Coletiva. São discutidas suas dimensões ou conjuntos de sentidos, tendo a necessidade da concretização da integralidade na lógica assistencial evoluído para a organização em redes. É definida como Fazer no território, onde o gestor deve garantir o acesso do usuário e a continuidade da atenção nos diferentes níveis de complexidade do sistema. O estudo foi realizado no município de Atibaia, inserido na região de saúde de Bragança, no Departamento Regional de Saúde de Campinas (DRS 7). Seu objetivo geral foi analisar a integralidade da atenção a pacientes cirúrgicos eletivos do município de Atibaia. Os objetivos específicos foram: identificar e analisar os mecanismos de regulação para cirurgias eletivas na região; identificar e analisar as situações que dificultam a integralidade da atenção dos pacientes encaminhados para as especialidades cirúrgicas eletivas; e identificar possibilidades de aprimoramento de processos para a garantia da integralidade para os pacientes cirúrgicos eletivos. A metodologia da pesquisa foi de natureza qualitativa, através do método de estudo de caso. Utilizamos como traçador do estudo da integralidade as cirurgias eletivas. Foi realizado estudo exploratório para o dimensionamento do problema, entrevistas semi-estruturadas e levantamento documental. Foi adotada a Análise do Discurso como perspectiva teórico-metodológica no processo interpretativo e analisado o material da produção discursiva, tanto de base documental quanto entrevistas. Foram identificadas as visões dos sujeitos da atenção básica, dos serviços da média complexidade, do gestor estadual e do colegiado gestor regional. Discutimos a dimensão política gerencial, abordando os conflitos e problemáticas que se estabelecem dentro da região, em especial quando estão envolvidas diferentes esferas de governo. Além disso, verificamos que os instrumentos e mecanismos necessários para o alcance da integralidade existem, porém não são suficientes nem utilizados na sua plenitude.

Descritores: integralidade, sistemas e serviços de saúde, gestão em saúde, política de saúde, procedimentos cirúrgicos eletivos.

VALENTE, LMP. Health Integrality Analyzis: The Case of Elective Surgical Patients in Atibaia, SP. [Dissertation for Master's Degree]. Professional Master's Degree Program in Collective Health of CRH/SES-SP. São Paulo: State Department of Health, 2018.

ABSTRACT

Health integrality, one of the finalistic principles of the Unified Health System (SUS) established in the Federal Constitution of 1988, is continually debated in the academic circle as a theoretical and practical dimension of Knowledge in Public Health. Its dimensions are discussed. For achieving health integrality is necessary networks organization. It is defined as a dimension of practice inside the territory, where the manager must guarantee access and continuity of care at different levels of system complexity. The study was conducted in the city of Atibaia, inserted in the health area of Bragança, regional health department of Health of Campinas. Its overall objective was to analyze the integrality for elective surgical patients in the city of Atibaia. Specifics were: to identify and analyze the regulatory mechanisms for elective surgery; identify and analyze the situations that hinder health integrality for patients referred for elective surgical specialties; and identify opportunities for process improvement to guarantee health integrality for elective surgical patients. The research methodology was qualitativ, through the case study method. We used as a integrality study tracer elective surgeries. An exploratory study was conducted to evaluate the problem. The semi-structured interviews and documentary material were analyzed regarding the political and management dimensions. Discourse Analysis was adopted as a theoretical-methodological perspective in the interpretative process. The visions of the subjects of the primary care, subjects of hospital and specialties ambulatory, state manager and the regional collegiate were extracted. We approached conflicts and problems that are established within the region, especially when different spheres of government are involved. In addition, we find out that the instruments and mechanisms necessary to reach integrality exist, but are not used in their fullness.

Key Words: health integrality, health systems and services, health management, health policy, elective surgical procedures.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
1.1 A INTEGRALIDADE NO MARCO REGULATÓRIO DO SUS.....	14
1.2 A INTEGRALIDADE COMO DIMENSÃO TEÓRICO-PRÁTICA DO SABER NA SAÚDE COLETIVA	16
1.2.1 Uma Contribuição da Geografia Acerca do Conceito de Redes e Regiões.....	21
1.3 A INTEGRALIDADE COMO DIMENSÃO DO FAZER NO TERRITÓRIO.....	23
2. JUSTIFICATIVA	29
3. OBJETIVOS	30
3.1 OBJETIVO GERAL	30
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	30
4. METODOLOGIA.....	31
4.1 A ANÁLISE DO DISCURSO COMO PERSPECTIVA TEÓRICO-METODOLÓGICA.....	34
4.2 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	37
5. RESULTADOS	38
5.1 PRIMEIRA ETAPA DA PESQUISA: ESTUDO EXPLORATÓRIO	38
5.2 SEGUNDA E TERCEIRA ETAPAS DA PESQUISA: MATERIAL DA PRODUÇÃO DISCURSIVA – BASE DOCUMENTAL E ENTREVISTAS	43
5.2.1 Visão dos Sujeitos da Atenção Básica	43
5.2.2 Visão dos Sujeitos dos Serviços da Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar	52
5.2.3 Visão do Gestor Estadual	59
5.2.4 Visão do Colegiado Regional.....	69
6. DISCUSSÃO	73
7. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	85
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	88
APÊNDICE 1	94
APÊNDICE 2	96
APÊNDICE 3	99
APÊNDICE 4	101
Anexo 1	109
Anexo 2	110
Anexo 3	112

APRESENTAÇÃO

Trata este tópico de minha inserção no Sistema Único de Saúde (SUS), situando-me na gestão e/ou atenção, condição necessária para o ingresso no Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde.

Minha formação é médica, com residência em pediatria, área em que atuo há cerca de quinze anos, tanto em pontos de atenção vinculados ao SUS quanto na iniciativa privada. Isso me permitiu conhecer e conviver dentro de duas lógicas distintas (a produção de saúde *versus* a doença e o mercado) e, até mesmo, dois conceitos do que significa o processo saúde-doença.

Em 2013 fui convocada via concurso público para atuar na rede de atenção à saúde da Prefeitura de Atibaia como médica pediatra. À época, o município necessitava de profissional que respondesse pela função de médico auditor. Fui convidada pela então secretária de saúde Maria Amélia Sakamiti Roda para tal. Nesse momento se inicia minha trajetória na gestão do SUS, sempre permeada por estudo, leituras, cursos de capacitação e intenso aprendizado prático e teórico.

No ano de 2014, a então diretora do departamento técnico de saúde desligou-se da gestão, o que ocasionou o convite da secretária Maria Amélia para que eu desempenhasse mais essa função. O departamento técnico, considerando o organograma de nossa secretaria, engloba de maneira genérica a área técnico-assistencial, com vinte unidades básicas de saúde (“tradicionais” e de saúde da família), laboratório municipal, centro de atenção psicossocial (CAPS), centro de especialidades, unidade de pronto-atendimento (UPA), hospital (Santa Casa de Atibaia), núcleo de assessoria de programas de saúde, assistência farmacêutica, regulação e central de vagas, serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU), além da participação nas discussões técnicas regionais e reuniões de colegiado regional.

Em maio de 2016, a secretária de saúde solicitou afastamento do cargo. Fui então convidada pelo prefeito em exercício a assumir a secretaria de saúde, tarefa exercida até dezembro do mesmo ano, cumulando a diretoria do departamento técnico de saúde.

A busca pelo curso de mestrado foi decorrente da necessidade contínua por aprimoramento e bom embasamento teórico, além da oportunidade de desenvolver na região e, em especial, no meu município, projeto de pesquisa que (acredito)

poderá ser útil pela sua relevância social. Isso porque trata-se de um projeto que foi elaborado devido a inquietação por problema constatado no dia a dia de uma secretaria municipal de saúde.

Se, por um lado, ter sido secretária de saúde poderia acarretar o risco de contaminação nas interpretações dos achados de pesquisa por interferência de juízos de valores pré-concebidos, por outro pode ser um fator facilitador se houver distanciamento crítico e seguro dentro do rigor científico, para que o conhecimento produzido possa ser incorporado no cotidiano da gestão loco-regional e, conseqüentemente contribuir com mudanças positivas no SUS beneficiando a população.

Atualmente continuo dedicada à gestão municipal, contribuindo com o olhar do gestor médico, repleto de integralidade, na rotina da administração pública e nas ações intersetoriais, levando a promoção de saúde a todas as iniciativas levantadas pela Secretaria de Governo da Prefeitura, dentro do que é a nossa reflexão sobre o processo saúde-doença.

1. INTRODUÇÃO

1.1 A INTEGRALIDADE NO MARCO REGULATÓRIO DO SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS) é inserido na Constituição de 1988 como conquista social em consequência ao interesse coletivo de garantir o direito à saúde como fundamental e avançar na consolidação da cidadania.

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

Portanto, a lei maior do país determina o acesso às ações e serviços como garantia ao direito à saúde na sua concepção ampla de completo bem-estar físico, psicológico e social (ALMEIDA-FILHO e PAIM, 2014).

Determina, também, no artigo 198, o atendimento integral como uma diretriz do SUS, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (BRASIL, 1988).

Em 19 de setembro de 1990, é publicada a Lei 8.080, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. No capítulo II, artigo 7º, são definidos os princípios do SUS entre eles a integralidade da assistência, entendida como *conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema* (BRASIL, 1990).

Em 22 de fevereiro de 2006, a Portaria 399, do Ministério da Saúde, estabelece o Pacto Pela Saúde e aprova suas Diretrizes Operacionais com três componentes: Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Ela consolida e qualifica a Estratégia de Saúde da Família como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS (BRASIL, 2006).

No Brasil, o debate em torno da busca por maior integração adquiriu nova ênfase a partir do Pacto Pela Saúde.

No Estado de São Paulo, em 2006 foi publicado o Decreto n.º 51.433, em 28 de dezembro, o qual reorganiza as Direções Regionais de Saúde (ESTADO DE SÃO PAULO, 2006). Foram então reorganizados os dezessete Departamentos Regionais

de Saúde (DRS), como unidades com nível de Departamento Técnico. O Decreto determina as finalidades, a estrutura, os níveis hierárquicos, as atribuições e competências dos DRS. Eles recebem, então, atribuições relacionadas ao planejamento, regulação, monitoramento de indicadores, avaliação, controle, apoio técnico aos municípios, entre outras.

Em 30 de dezembro de 2010, o então Ministro da Saúde José Gomes Temporão emite a Portaria 4.279, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde, com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência (BRASIL, 2010). Ou seja, a estruturação da Rede de Atenção à Saúde vem como forma de operacionalizar e consolidar a integralidade como princípio finalístico do SUS.

A mesma Portaria reconhece a intensa fragmentação das ações, serviços, programas e práticas de saúde, a dificuldade de superá-las, e propõe a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede. O conceito de RAS é o de *arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado* (BRASIL, 2010). Objetiva promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde promovendo atenção contínua e integral. Os pontos de atenção devem manter relações horizontais, com centro de comunicação na APS. A existência de mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e integração assistencial por todo o conjunto de serviços de atenção é um atributo da RAS.

Em 28 de junho de 2011, a presidente Dilma Rousseff firma o Decreto 7.508, o qual regulamenta a Lei 8.080, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Tal Decreto define a RAS como o *conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde* (BRASIL, 2011). Também refere que *o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada. São Portas de Entrada: I – atenção primária; II – atenção de urgência e emergência; III – atenção*

psicossocial; e IV – especiais de acesso aberto. A integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde.

Em São Paulo, o desenho das Redes Regionais de Atenção à Saúde foi aprovado pela Deliberação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) n.º 36, de 21 de setembro de 2011 (SÃO PAULO, 2011), a qual também aprova o Comitê Gestor da Rede, que tem objetivos relacionados a acolher as demandas da Comissão Intergestores Regional, coordenar a definição do desenho e fluxos das redes temáticas, monitoramento, avaliação, entre outros.

1.2 A INTEGRALIDADE COMO DIMENSÃO TEÓRICO-PRÁTICA DO SABER NA SAÚDE COLETIVA

A integralidade como conceito vem sendo continuamente repensada, reconstruída e rediscutida.

PINHO *et al*, em seu levantamento da literatura, destacam que a integralidade configura-se como uma dimensão teórico-prática do saber em Saúde Coletiva, variando da dimensão das políticas loco-regionais até a dimensão mais subjetiva nos serviços de saúde. Concluem que o conceito de integralidade parece se deslocar cotidianamente do terreno prático da assistência para o terreno do conhecimento científico e vice-versa, numa dialética que permite pensá-la como conhecimento, como fazer e como política (PINHO *et al.*, 2007).

A atenção integral a todo e qualquer tipo de procedimento considerado necessário para intervir sobre o processo saúde e doença é uma das diretrizes do SUS que alcançaram maior legitimidade (CAMPOS, 2007). CAMPOS cita que os sistemas nacionais, redes de cuidado, redes integradas de atenção, sejam organizados com base na diretriz da integração sanitária, mais tarde redefinida como integralidade, sugerindo modos alternativos à tradição liberal para organizar o cuidado. Cita também que, na lógica de mercado, cada serviço é um ente autônomo, feudo independente, e cabe ao paciente deslocar-se entre esses serviços para garantir a “integralidade” requerida para seu caso. Na tradição do público, investem-se na constituição de um sistema integrado de serviços, com fluxo regular de regras,

pessoas e formas necessárias de comunicação, cujo planejamento e gestão ficam a cargo do Estado (CAMPOS, 2007).

Segundo MATTOS *apud* PINHEIRO, há três grandes conjuntos de sentidos ou dimensões da integralidade.

Ele descreve um primeiro sentido como cuidado, de modo que o paciente não seja reduzido a um aparelho ou sistema biológico, e é visto como traço da boa medicina, em que o médico busca reconhecer as necessidades dos cidadãos no que diz respeito à sua saúde, para além de suas demandas. Tal sentido remete ao *ato de cuidar integral*, em que o modo de atuar é democrático, através de um “saber” e “fazer” integrado, corresponsabilizando os sujeitos. A integralidade configura-se, então, como uma dimensão teórico-prática do saber em Saúde Coletiva.

Há um segundo sentido que consiste no modo de organizar as práticas, de modo a exigir certa “horizontalização” dos programas anteriormente verticais, desenhados pelo Ministério da Saúde, superando a fragmentação das atividades no interior das unidades de saúde. Remete à organização dos serviços.

Por fim, o sentido atribuído às respostas governamentais a problemas específicos de saúde, em termos de políticas especialmente desenhadas para dar respostas a um determinado problema ou aos problemas que afligem certo grupo populacional.

De maneira geral, a integralidade em seu sentido mais ampliado é tida como um princípio operacionalizado por ações que resultam numa produção social resultante da interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas (nas unidades de saúde, nos consultórios, na gestão, através da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação), na oferta do cuidado em saúde (nas centrais de regulação, nos ambientes de gestão), nos diferentes níveis de atenção do sistema (básica, média e alta complexidade), concretizando a saúde como questão de cidadania, como direito fundamental, por meio da prática clínica ampliada, do cuidado multidisciplinar, da garantia do acesso, e das políticas de saúde e intersetoriais. A capacidade das equipes, dos serviços e do sistema em serem resolutivos diante das necessidades de saúde do usuário e da população é o que, portanto, dá visibilidade à integralidade.

CECÍLIO discute as necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade. Refere que a integralidade da atenção em cada serviço singular poderia consistir no esforço da equipe de saúde em traduzir e atender as

necessidades na sua expressão individual, porém ela nunca será plena em qualquer serviço de saúde singular, por melhor que seja a equipe, por melhores que sejam os trabalhadores, por melhor que seja a comunicação entre eles, de modo que a integralidade surge, então, como fruto de uma articulação de cada serviço de saúde a uma rede muito mais complexa, composta por outros serviços e outras instituições. Também afirma que a garantia da integralidade deve ser, portanto, responsabilidade do sistema de saúde, e não fruto de batalha individual. A integralidade é objetivo de rede, e seria conseguida por uma boa articulação entre os serviços (FEUERWERKER e CECÍLIO, 2007)

CECÍLIO e MERHY (2003) discutem a integralidade do cuidado na perspectiva da gestão hospitalar, e a problematizam a partir de dois ângulos: a integralidade tendo como referência o atendimento no ambiente hospitalar em si, e a integralidade tendo como referência a inserção do hospital no sistema de saúde. Reiteram que a integralidade do cuidado só pode ser obtida em rede, e propõem pensar em dispositivos que conectem o hospital à rede de serviços de saúde. Citam uma adequada contra-referência após o atendimento, porém reconhecem que, na prática, os sistemas de referência e contra-referência pouco funcionam. Discutem também a integralidade como busca ou batalha individual nos serviços de urgência e emergência como portas de entrada do SUS, com crítica ao *modus operandi* baseado na queixa-conduta, resultando em uma clínica reducionista, não integral. Sugerem a organização de equipes de acolhimento nos serviços de urgência e emergência que pudessem referenciar pacientes que necessitassem de cuidados mais regulares e apropriados em outros serviços da rede. Por fim, discutem detalhadamente a proposta de linhas de produção de cuidado dentro do hospital, e deste inserido na rede de atenção, fazendo referência a mecanismos como condução colegiada das decisões, coordenação por linhas de cuidado em detrimento das coordenações por corporações, e articulação com os outros pontos da rede (para fora dos limites do hospital) como atribuição dos coordenadores das linhas de produção do cuidado (CECÍLIO e MERHY, 2003).

PAIM e SILVA (2010) referem que a Reforma Sanitária Brasileira contemplou originalmente a integralidade em pelo menos quatro eixos:

a) Como integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, compondo níveis de prevenção primária, secundária e terciária;

- b) Como forma de atuação profissional abrangendo as dimensões biológica, psicológica e social;
- c) Como garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde;
- d) Como articulação de um conjunto de políticas públicas vinculadas a uma totalidade de projetos de mudanças que incidissem sobre as condições de vida, determinantes da saúde e dos riscos de adoecimento, mediante ação intersetorial.

Identificaram também pelo menos cinco condições de adoção da integralidade: cuidado, prática, programa, política e sistema. No cuidado integral, a pessoa é compreendida na sua totalidade, considerando os aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais. A prática integral, por sua vez, organiza e articula processos de trabalho e tecnologias distintas, possibilitando que trabalhos parcelares resultem numa intervenção mais abrangente e completa. Um programa integral permite explicitar objetivos, recursos e atividades contemplando necessidades de diversas ordens, inclusive os determinantes socioambientais de uma dada situação. Políticas públicas integradas ou integrais implicam a articulação de políticas, programas e projetos, exigindo ação intersetorial e gestão compartilhada e pactuada. O sistema integral permite o entrosamento de políticas, programas, práticas e cuidados (PAIM e SILVA, 2010).

TEIXEIRA *et al* (2014) referem que a integralidade diz respeito ao leque de ações possíveis voltadas para a promoção, prevenção e assistência, implicando a sistematização do conjunto de práticas que vêm sendo desenvolvidas para o enfrentamento dos problemas e o atendimento das necessidades de saúde. Sugerem que um modelo integral, portanto, é aquele que dispõe de estabelecimentos, pessoal capacitado e recursos necessários à produção de ações de saúde, desde a promoção, as ações específicas de vigilância em saúde dirigidas ao controle de riscos e danos, até as ações de assistência e recuperação dos indivíduos, seja para a detecção precoce de doenças, sejam ações de diagnóstico, tratamento e reabilitação (TEIXEIRA *et al.*, 2014).

Para que a integralidade se concretize enquanto princípio, é necessário que os diferentes estabelecimentos e ações integrem-se, tanto na dimensão vertical (consequente à hierarquização dos serviços) quanto na horizontal (considerando as ações de natureza distinta – promoção, prevenção, recuperação).

A falta de integração e articulação implica na existência de um sistema de saúde fragmentado, caracterizado por serviços justapostos, que geram maiores gastos totais decorrentes de procedimentos idênticos realizados em mais de um estabelecimento (MENDES, 2012). Entretanto, heranças históricas com foco no hospital e no atendimento curativo, agudo e pontual favorecem a falta de integração e articulação entre serviços de saúde com diferentes densidades tecnológicas.

A necessidade da manutenção da integralidade como princípio do SUS e sua concretização na lógica assistencial do sistema evoluiu, portanto, com discussão acerca da integração de serviços e organização em redes assistenciais (HARTZ e CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Para MENDES, redes de atenção à saúde são conjuntos de serviços de saúde articulados entre si, permitindo uma atenção contínua e integral à população. Enfatiza que a coordenação deve se dar pela atenção primária, atuando de forma humanizada (MENDES, 2010).

A hierarquização é um preceito básico do SUS, todavia não deveria remeter à ideia de maior ou menor grau de importância entre serviços diversos, mas sim como forma de racionalizar o uso deles, com foco na equidade. Há relações de poder entre instituições e atores envolvidos, de modo a haver uma tendência à banalização da atenção básica e valorização simbólica da atenção de “maior complexidade”. A lógica de rede de atenção à saúde requer adequada integração entre o hospital, serviços de diferentes densidades tecnológicas e as unidades de atenção básica. A noção de redes traz a ideia da integração entre os serviços, evitando que fiquem dispostos de maneira isolada, sem comunicação (ANDRADE *et al.*, 2013). Todavia, tal integração não se observa na realidade dos diferentes serviços, de modo a refletir a baixa resolutividade da rede e a incapacidade de acompanhamento longitudinal. É consenso na literatura o papel da atenção primária como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede. Entretanto, ela tem se demonstrado insuficiente, o que pode ser decorrente da fragilidade na capacidade de gestão, inclusive do poder municipal (SOLLA e PAIM, 2014).

Estudo realizado por FONTOURA e MAYER, com abordagem qualitativa, teve como objetivo investigar o conhecimento dos profissionais enfermeiros acerca da integralidade em saúde, de maneira a refletir sobre a interface deste princípio nas relações de trabalho. Elas concluem que os sentidos da integralidade ainda não ganharam a generalização nem a visibilidade necessárias para que haja a inserção

deste princípio nas práticas de todos os profissionais, desde os gestores até o funcionário da recepção dos serviços de saúde (FONTOURA e MAYER, 2006).

Para os fins desta pesquisa, a concepção de integralidade será ancorada na sua dimensão que considera a articulação dos serviços a uma rede (CECÍLIO e MERHY, 2003), analogamente ao eixo que PAIM e SILVA (2010) definiram como *garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde*, sempre considerando ações de natureza distinta (promoção, prevenção, tratamento e reabilitação), as quais devem permear os diversos níveis de atenção.

1.2.1 Uma Contribuição da Geografia Acerca do Conceito de Redes e Regiões

Quando falamos em rede, podemos admitir uma realidade material e outra social (SANTOS, 2014), ou seja, não se trata aqui no nosso caso de um grupo de serviços de saúde justapostos apenas, mas todas as relações sociais que se estabelecem entre eles, pois a rede é social e política, sendo gerida e influenciada por pessoas e valores, estes permeando todo um sistema de saúde de base territorial. As redes são virtuais e reais (SANTOS, 2014), pois preexistem à demanda de comunicação, mas só são efetivas no processo da ação.

A rede se inscreve sobre um território, consiste também de toda a infraestrutura que permite a circulação de pessoas ou informações, assim como de seus pontos de acesso, arcos de transmissão e nós de bifurcação ou comunicação.

No caso das redes do sistema de saúde, as “linhas” são imaginárias e existem pelas pactuações estabelecidas e não por uma estrutura física. SANTOS cita a quantidade, distribuição e o uso que é dado aos objetos da rede, a relação entre eles e as que mantêm com o meio externo, as modalidades de controle e regulação de seu funcionamento como um conhecimento importante numa visão atual das redes. Ao se montar uma rede, supõe-se uma previsão das funções que poderão exercer, incluindo tanto a forma material como suas regras de gestão. Ele sugere que o fluxo, a circulação, prevalece sobre a produção em si. Analogamente, dentro de uma rede de assistência à saúde, o “perambular” por especialidades

tornar-se-ia mais “importante” que o cuidado e a prática integral, na dimensão individual da integralidade.

Outro ponto importante é a referência à “guerra dos lugares”, em que “estes não apenas devem utilizar suas presentes vantagens comparativas, como criar novas, para atrair atividades promissoras de emprego e riqueza”, numa batalha para se manterem atraentes ou chamativos. “E cada lugar busca realçar suas virtudes por meio dos seus símbolos herdados ou recentemente elaborados, de modo a utilizar a imagem do lugar como imã” (SANTOS, 2014).

SANTOS descreve uma “Geografia das Redes” considerando um mundo regido pelo modo de produção capitalista, realidade do Sistema Único de Saúde, apesar da contradição existente com sua concepção decorrente do movimento da Reforma Sanitária. Além disso, há uma sincronia entre as manifestações locais ou regionais (de cooperação ou não) e o movimento global, não sendo excludentes. É um movimento dialético.

Do ponto de vista político, a questão do poder está sempre inserida na realidade das redes, tendo alguns atores papel sobressalente sobre outros. O espaço de decisão é unificado pela integração, mas traz as consequências inerentes à natureza do poder que prevalece (muitas vezes econômica), tendo algumas organizações capacidade de controle sobre outras. SANTOS faz referência a um poder técnico local e a um poder político distante, e esse poder técnico permitiria um certo comando regional sobre o território. Paralelamente, a renovação técnica é o que mantém a competitividade, e a sua ausência leva a um “envelhecimento” dos espaços.

Muito interessante a referência à existência de agentes econômicos que criam fluxos e outros que criam massas, mas não têm força para transformar esses volumes em fluxos. Ou seja, não basta produzir e não movimentar a produção. Em saúde, observamos uma “produção” de demandas pelos municípios que eles não são capazes ou não tem o poder para pôr em movimento, o que por vezes se denomina “gargalos” ou “demanda reprimida”. Nesse caso, estaríamos lidando com a produção de saúde dentro de uma lógica de produção de bens de consumo, lógica que é usada para assegurar a primazia do mercado e que se reproduz, muitas vezes, dentro da região de saúde.

O mesmo autor cita que “a produção de fluidez é um empreendimento conjunto do poder público e do setor privado” e suas diferentes racionalidades, mas muitas vezes há um papel indutor exercido pelo setor privado sobre o poder público.

Por fim, citaremos dois trechos que julgamos importantes escritos pelo geógrafo Milton Santos sobre regiões:

“Na caracterização atual das regiões, longe estamos daquela solidariedade orgânica que era o próprio cerne da definição do fenômeno regional. O que temos hoje são solidariedades organizacionais. As regiões existem porque sobre elas se impõem arranjos organizacionais, criadores de uma coesão organizacional baseado em racionalidades de origens distantes, mas que se tornam um dos fundamentos da sua existência e definição.” (SANTOS, 2014)

“Essas interdependências tendem a ser hierárquicas e seu papel de ordenamento transporta um comando. A hierarquia se realiza através de ordens técnicas, financeiras, políticas, condição de funcionamento do sistema. A informação, sobretudo a serviço das forças econômicas hegemônicas e a serviço do Estado, é o grande regedor das ações que definem as novas realidades espaciais.” (SANTOS, 2014)

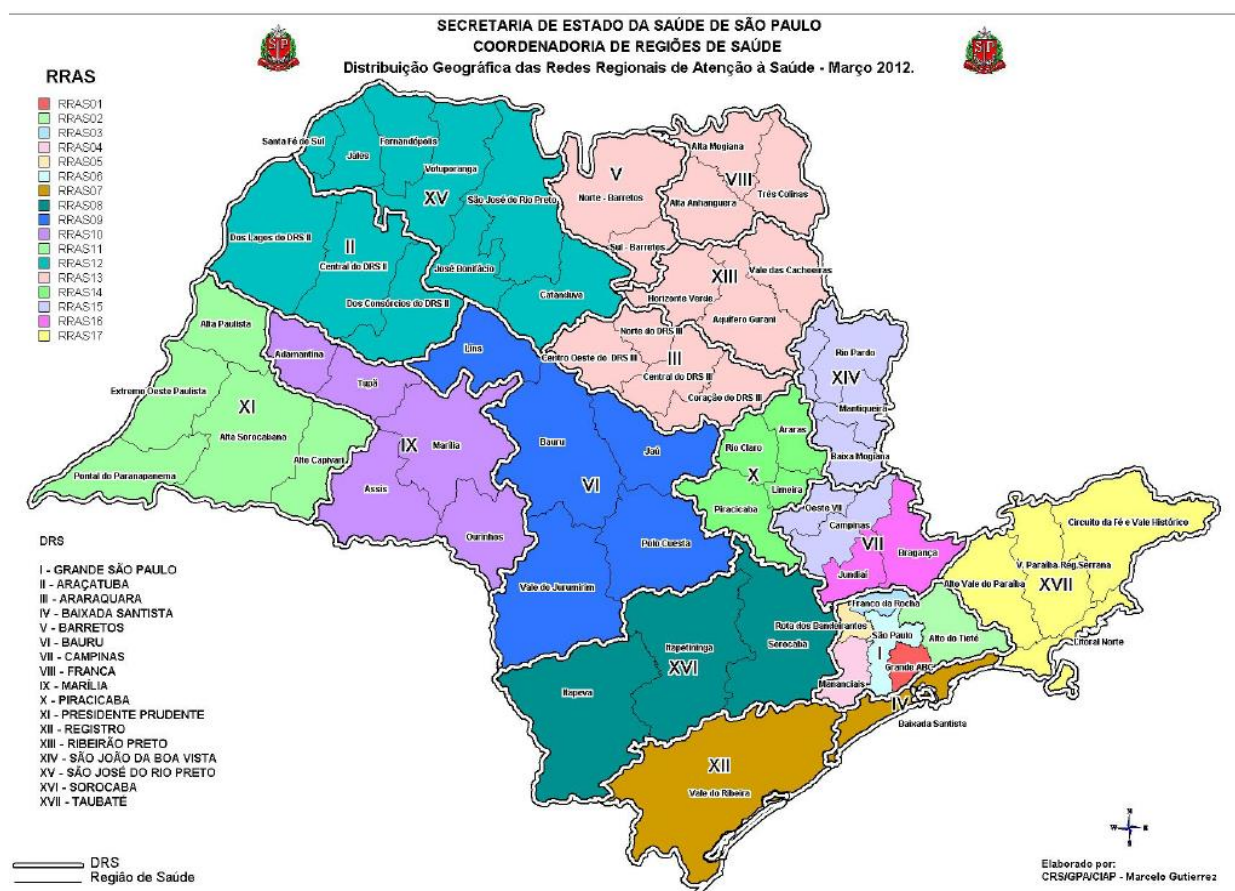
SANTOS, L e CAMPOS (2015) citam que “a região é o espaço de promoção de equidade entre os entes federativos: ao se solidarizarem uns em relação aos outros para efetivamente garantir igualdade reconhecem e atuam solidariamente em nome das desigualdades municipais.”

1.3 A INTEGRALIDADE COMO DIMENSÃO DO FAZER NO TERRITÓRIO

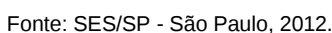
A construção no município da integralidade enquanto concepção entremeada nas práticas de gestão e atenção é fundamental para a busca da garantia do atendimento do direito à saúde no nível local. Deve se dar numa *maior articulação com os demais setores da administração local e em parcerias com outras esferas de governo, porém numa cumplicidade positiva com a população* (OLIVEIRA, 2010), de modo a refletir e atender suas demandas e que o usuário seja efetivamente o centro das ações e do sistema.

Para a efetivação da integralidade, é imprescindível pensar nos princípios organizativos da regionalização e hierarquização, necessários para garantir o acesso aos serviços de diferentes densidades tecnológicas e complexidades.

Dentro do Departamento Regional de Saúde de Campinas (DRS VII) está a Rede Regional de Atenção à Saúde 16 (RRAS 16), a qual engloba as regiões de saúde de Bragança e Jundiaí, contendo um total de 20 municípios. A região de saúde de Bragança, onde se localiza o município de Atibaia, é composta por 11 municípios, sendo este o segundo município mais importante dentro de sua região. A região possui 459.216 habitantes (IBGE, 2016) e ocupa uma área total de 3.217,047 Km².



Fonte: SES/SP - São Paulo, 2012.



Levando em conta o porte dos municípios e a estrutura de saúde em cada um deles, o cuidado integral é obtido através de itinerários e fluxos que se completam, na maior parte dos casos, dentro da região (SANTOS,L e CAMPOS, 2015) através

do uso de equipamentos localizados também, e principalmente, nos municípios polos: Bragança Paulista e Atibaia.

Entretanto, a rede de serviços necessária para atender ao princípio da integralidade poderá extrapolar os limites da região de saúde, como é o caso de muitos pacientes cirúrgicos residentes em Atibaia, os quais são referenciados para os municípios de Jundiaí e Campinas. Por isso é necessário um processo de pactuação inter-regional a fim de atender às necessidades de saúde dos usuários. O processo de regionalização não deve permanecer engessado ou estático, sendo, portanto, dinâmico e flexível conforme as necessidades e demandas que emergem no decorrer do tempo. Essa flexibilidade garante o acesso a ações e serviços de maior complexidade encontrados em outras regiões de saúde, o que contribui na conformação de uma efetiva rede de atenção à saúde e favorecendo o alcance do princípio da integralidade.

A região conta também com um Ambulatório Médico de Especialidades (AME), sob gestão estadual, gerido por uma organização social através de contrato de gestão, localizado no município de Atibaia. Atende as especialidades: dermatologia, urologia, reumatologia, cirurgia vascular, proctologia, cardiologia, alergologia, gastroenterologista, ginecologia e obstetrícia, cirurgia geral, oftalmologia, neurologia, endocrinologia, ortopedia, neurocirurgia, fisioterapia, acupuntura, nutrição, fonoaudiologia, psicologia, hematologia, mastologia, nefrologia, otorrinolaringologia, pneumologia. Conta com três Santas Casas nos municípios de: Socorro, Bragança Paulista e Atibaia. Esta última se encontra sob intervenção municipal e é gerenciada pela pessoa do interventor municipal através de convênio entre a entidade e a Prefeitura. É referência para a rede básica do município em urgência e emergência, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), maternidade de baixo risco, clínica médica, pediatria, ginecologia, ortopedia e cirurgia, além de seis leitos de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) adultos. De seus 55 leitos, 18 são destinados a pacientes cirúrgicos (CNES, 2016), operados tanto em decorrência de urgência e emergência, quanto devido a cirurgias eletivas. Inúmeros procedimentos de média complexidade, inclusive cirúrgicos, são realizados nesses hospitais.

As atribuições de cada equipamento são determinadas pelas pactuações regionais, deliberadas na Comissão Intergestores Regional, fórum que se reúne

mensalmente para discussão e deliberação dentro da região de saúde, buscando reduzir as desigualdades na oferta de serviços entre os municípios.

A Programação Pactuada e Integrada (PPI) é um “processo instituído no âmbito do SUS onde, em consonância com o processo de planejamento, são definidas e quantificadas as ações de saúde para a população residente em cada território, bem como efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde” (BRASIL, 2006). “A Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde tem por objetivo organizar a rede de serviços, dando transparência aos fluxos estabelecidos, e definir, a partir de critérios e parâmetros pactuados, os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios”. Define, portanto, a programação das ações de saúde em cada território e norteia a alocação de recursos financeiros para saúde a partir de critérios e parâmetros pactuados entre os gestores.

A referência regional para a alta complexidade é o Hospital Universitário São Francisco (HUSF), localizado em Bragança Paulista, ligado à Universidade São Francisco. O hospital se encontra sob gestão estadual (convênio entre Estado e o hospital) e suas responsabilidades são deliberadas também nas reuniões de CIR. Possui 70 leitos cirúrgicos, sendo 41 leitos SUS (CNES, 2016).

A região de saúde de Bragança tem acesso também ao Hospital Regional de Jundiaí, localizado na região de saúde de Jundiaí, dentro da RRAS 16. Esse hospital conta com 41 leitos cirúrgicos, todos SUS (CNES, 2016).

Um dos mecanismos estabelecidos para a organização dos acessos com transparência, equidade e agilidade é a regulação, tanto hospitalar quanto ambulatorial, de modo a propiciar o ajuste da oferta assistencial disponível às necessidades da população.

A integralidade, na sua dimensão de organização em rede do sistema, torna-se especialmente importante quando nos referimos ao cuidado do paciente cirúrgico. O direito à saúde, nestes casos, se reflete no acesso ao centro cirúrgico, equipe técnica com profissionais especializados, materiais e medicamentos necessários aos procedimentos cirúrgicos e, sintetizando, acesso ao hospital. Em geral, trata-se de procedimentos de média e alta complexidade, ultrapassando o poder de resolução das unidades básicas, não excluindo delas a atribuição da coordenação do cuidado e da atenção, em particular para as cirurgias eletivas. Definimos cirurgias eletivas,

segundo a Portaria Ministerial N.º 2.318, de 3 de outubro de 2011, como “aquele atendimento prestado ao usuário em ambiente cirúrgico, com diagnóstico estabelecido e indicação de realização de cirurgia a ser realizada em estabelecimento de saúde ambulatorial e hospitalar com possibilidade de agendamento prévio, sem caráter de urgência ou emergência” (BRASIL, 2011).

Via de regra, a suspeita clínica ou hipótese diagnóstica se dá na atenção básica, onde os profissionais da equipe encaminham para avaliação com especialista (cirurgião geral, cirurgião ginecologista, urologista), a depender do quadro clínico.

2. JUSTIFICATIVA

A relevância da discussão sobre o cuidado integral e acesso do paciente cirúrgico emerge da vocalização recorrente acerca da presença de dificuldades de acesso na resolução desses casos nos diversos municípios da região de Bragança, assim como no desconhecimento ou incapacidade dos municípios em localizar e acompanhar seus munícipes dentro desses itinerários.

Minha posição como gestora municipal permitiu a participação nas reuniões de CIR onde são definidos os fluxos de encaminhamentos de pacientes. Nesses fóruns observava que os fluxos são muito heterogêneos a depender da especialidade cirúrgica, não contando a região com apenas uma referência hospitalar para todos os casos, de modo que isso leva a crer que a oferta de serviços não ocorre a depender das necessidades da população. Corroborando com isso, há a hipótese de fragilidade do Estado enquanto regulador dos serviços necessários para o alcance da integralidade, o que poderia levar o usuário do SUS a buscar fluxos alternativos na busca por seus anseios.

Ademais, o paciente cirúrgico necessariamente vai demandar de pontos de atenção em diversos níveis de complexidade do sistema (atenção básica, ambulatório de especialidades, hospital) em determinado momento de adoecimento, qual seja, a presença da patologia de resolução cirúrgica. Foi, portanto, considerado um traçador adequado para a análise da integralidade no ponto de ancoragem definido, considerando a integralidade na sua dimensão de organização dos serviços no sistema e através de rede.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a integralidade da atenção a pacientes cirúrgicos eletivos do município de Atibaia, considerando a dimensão de ancoragem.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Identificar e analisar os mecanismos de regulação para cirurgias eletivas na região.
- 2) Identificar e analisar as situações que dificultam a integralidade da atenção dos pacientes encaminhados para as especialidades cirúrgicas eletivas.
- 3) Identificar possibilidades de aprimoramento de processos para a garantia da integralidade para os pacientes cirúrgicos eletivos.

4. METODOLOGIA

A metodologia da pesquisa é de natureza qualitativa, através do método de estudo de caso. A pesquisa qualitativa é caracterizada pela descrição, compreensão e interpretação de fatos e fenômenos.

O objetivo de um estudo de caso é analisar profunda e intensamente uma unidade social (MARTINS, 2008). Trata-se de método alinhado a iniciativas para mudanças em serviços de saúde, podendo utilizar-se de uma variedade de técnicas qualitativas, incluindo entrevistas, análise de documentos e observação. Presta-se a analisar políticas, investigando se são consistentes, assim como para estudar empiricamente a implementação de políticas. Os relatos dos participantes descrevem e explicam os modos como as políticas e intervenções funcionam (sua natureza) assim como seu impacto positivo ou negativo (seus efeitos). É uma abordagem que consegue captar aspectos de colaboração e conflito entre as diversas partes envolvidas (KEEN, 2009). YIN (2015) refere-se ao estudo de caso como método preferencial quando o foco do estudo é um fenômeno contemporâneo, investigando-o em seu contexto no mundo real, especialmente quando as fronteiras entre o fenômeno e o contexto puderem não estar claramente evidentes. Também refere que é usado para contribuir no conhecimento dos fenômenos individuais, grupais, organizacionais, sociais, políticos e relacionais. Essas referências vão ao encontro do nosso objeto de pesquisa.

É possível a modificação da questão de pesquisa ao longo do processo de investigação em estudos de caso, tanto redefinindo o escopo, o plano de ancoragem, ampliando ou reduzindo seu espectro.

Utilizamos como traçador do estudo da integralidade as cirurgias eletivas, uma vez que os pacientes necessariamente demandarão níveis de atenção de complexidades diversas, que nem sempre são solucionados no âmbito da gestão municipal apenas.

Como permitido em um estudo de caso, foram utilizadas diferentes técnicas para alcançar cada um dos três objetivos específicos.

Para o objetivo “1”: identificar e analisar os mecanismos de regulação para cirurgias eletivas na região, uma das técnicas utilizadas foi a de entrevistas semi-estruturadas, de modo a descrever os instrumentos, mecanismos, fluxos e principais

dificuldades na regulação para cirurgias eletivas na região de Bragança. Estas permitiram também a análise quanto à garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema. Um dos atores-chaves definidos para entrevista foi o Diretor de Planejamento do DRS, representando o gestor estadual, uma vez que é este o setor que participa nas reuniões de colegiado, conhece os fluxos e demandas da região, define estratégias para implantação das redes e dialoga com a regulação regional na esfera estadual e com os prestadores. Outro ator foi a central de regulação do município, uma vez que é responsável pela regulação de cirurgias eletivas no âmbito municipal. Para tanto, foram construídos roteiros de entrevistas específicas para cada um destes atores (em anexo). Utilizamos também como material documental os contratos de gestão com os prestadores vigentes e atas de reuniões da Comissão Intergestores Regional dos anos 2015 e 2016.

Para o objetivo “2”: identificar e analisar as situações que dificultam a integralidade da atenção dos pacientes encaminhados para as especialidades cirúrgicas eletivas, segundo a percepção de atores da atenção básica e da média complexidade, utilizamos a técnica de entrevistas semi-estruturadas com os médicos e gerentes da atenção básica das unidades selecionadas, cujos critérios de escolha foram: 1) ser uma unidade básica de saúde tradicional com clínico, pediatra e ginecologista-obstetra, e ser outra unidade de saúde da família com médico generalista; 2) porte da unidade; 3) aquelas que apresentaram o maior número de encaminhamentos de pacientes para cirurgias eletivas.

Nos serviços de média e alta complexidade referências para os pacientes cirúrgicos eletivos de Atibaia (Ambulatório Médico de Especialidades - AME, Hospital Universitário São Francisco - HUSF, Hospital Regional de Jundiaí - HRJ e Santa Casa de Atibaia) foram entrevistados diretores das unidades em questão, os quais refletiram o discurso reproduzido do seu lugar de fala.

Foi construído roteiro de entrevista (em anexo) onde buscamos identificar a percepção dos diferentes atores sobre a integralidade, as dificuldades para a garantia da integralidade do cuidado para pacientes encaminhados para cirurgias eletivas, o papel da atenção básica para a garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema, como se dá a referência e a contra-referência da atenção básica para as especialidades, se há protocolos de encaminhamento (parâmetros clínicos e gerenciais) e se os mesmos são seguidos,

mecanismos e instrumentos utilizados, e quais as dificuldades para o atendimento da demanda.

Foram entrevistados 2 (dois) gerentes de Unidades Básicas “Tradicionais”, uma de grande porte e outra de médio porte, segundo o volume de encaminhamentos, 1 (um) gerente de Unidade de Saúde da Família, 2 (dois) médicos de UBS “Tradiconais” e 2 (dois) médicos de Unidades de Saúde da Família e 3 (três) diretores, um para cada serviço de média complexidade de referência.

Como fontes de dados primários, analisamos as entrevistas semi-estruturadas realizadas com o livre consentimento dos atores partícipes do contexto investigado. Foram gravadas e transcritas para a análise. Como dados secundários, exploramos as bases documentais acima citadas (contratos de gestão com os prestadores vigentes e atas de reuniões da Comissão Intergestores Regional dos anos 2015 e 2016).

Adotamos para a análise da integralidade as dimensões política e de gestão. Na dimensão política, consideramos como variáveis as diferenças e semelhanças entre os projetos e estratégias em disputa de distintos atores nos fóruns de pactuação do SUS loco-regional, levando em conta a posição que ocupam nos serviços de diferentes complexidades. Sempre tomamos por referência o que está preconizado no SUS. Na dimensão da gestão, consideramos os mecanismos e instrumentos de regulação e planejamento (formais e informais).

Neste percurso para alcançar os objetivos, realizamos a pesquisa em três etapas. A primeira delas foi constituída de estudo exploratório para melhor familiaridade e compreensão do fenômeno e a definição das questões da pesquisa com maior precisão. Além de conversas ainda informais, sem o compromisso com o rigor da técnica da entrevista, com membros da regulação municipal, atenção básica e integrantes da Comissão Intergestores Regional (CIR), procedemos também a levantamento de dados encontrados no DATASUS acerca de cirurgias eletivas realizadas nos hospitais de referência para usuários do SUS residentes em Atibaia.

A segunda etapa foi operada por meio de leitura de material documental, quais sejam, as atas de reuniões da CIR dos anos de 2015 e 2016, e os contratos de gestão celebrados entre o órgão gestor e os prestadores.

A terceira etapa consistiu na realização das entrevistas semi-estruturadas com roteiro construído previamente, com base nos objetivos geral e específicos desta pesquisa. O momento de cada entrevista foi marcado por grande liberdade

tanto para as perguntas quanto para as respostas, de modo que a ordem das perguntas não era necessariamente seguida à risca, assim como o entrevistado era desprendido para emitir seu discurso despreocupadamente.

O roteiro de entrevista foi testado e mostrou-se satisfatoriamente adequado para as finalidades da pesquisa.

No plano de análise dos resultados, foram identificadas possibilidades de aprimoramento de processos dentro da rede de atenção à saúde na região de Bragança, elencadas como propostas para a garantia da integralidade para os pacientes cirúrgicos eletivos, como previsto no objetivo “3”.

Considerando-se a dimensão política para a análise, buscamos reconhecer os interesses e intencionalidades dos atores envolvidos, contrapondo as diferenças às semelhanças entre seus projetos. Identificamos e analisamos como os conflitos políticos, a dinâmica de interesses e essa disputa podem interferir na integralidade enquanto princípio do SUS, assim como foi possível detectar como se dá a construção de consensos, quando há, para uma ação coletiva e articulada que objetive a consolidação da integralidade.

Considerando-se a dimensão da gestão, buscamos identificar dificuldades na regulação para cirurgias eletivas na região, as quais possivelmente estão relacionadas à fragilidade dos instrumentos utilizados, assim como na própria adesão a esses instrumentos, procurando correlacionar à baixa efetividade dos mecanismos gerenciais e, portanto, da integralidade enquanto princípio finalístico do SUS.

O processo de discussão se deu por meio do diálogo constante entre os dados, a interpretação e a literatura, como sugerem ALVES e SILVA (1992).

4.1 A ANÁLISE DO DISCURSO COMO PERSPECTIVA TEÓRICO-METODOLÓGICA

Para análise dos resultados recorreremos ao conceito de *discurso*, essencial em Sociologia (GIDDENS e SUTTON, 2016), que se refere à comunicação verbal ou escrita e influenciada pela realidade social. É uma prática social, que reflete uma situação social, identidades e relações.

Análise do Discurso é uma expressão polissêmica que engloba inúmeras teorias das Ciências Linguísticas, mas nesta pesquisa é considerada como perspectiva teórico-metodológica e ferramenta de investigação sem, no entanto, desconsiderar o campo teórico Linguístico.

Adotamos como referencial teórico Linguístico em Análise do Discurso os trabalhos de Michel Pêcheux, Patrick Charaudeau e Dominique Maingueneau. Tais autores têm em comum a premissa de que o discurso é o texto permeado por um contexto histórico, ideológico, cultural, que dialoga com outros discursos, como numa corrente, adquirindo significados à medida que entra nessa dinâmica (PÊCHEUX *apud* BRANDÃO, 2015; CHARAUDEAU e MAINGUENEAU, 2016). A escolha por este referencial deu-se pela insuficiência de uma abordagem do *sentido*, da palavra em ato, do tecido de significados que adquire, se considerarmos apenas o conteúdo (ROCHA e DEUSDARÁ, 2006; BARDIN, 2011).

Esse diálogo é penetrado pela intersubjetividade e historicidade, ou seja, os aspectos extralinguísticos da produção do discurso, os quais dependem e refletem o sentido produzido por sujeitos situados social, política e historicamente. O autor é “a unidade e origem de suas significações, como foco de sua coerência” (FOUCAULT, 2014).

Lupicinio Iñiguez, em seu Manual de Análise do Discurso em Ciências Sociais, discute de forma clara e objetiva a Análise do Discurso como método e como perspectiva nas Ciências Sociais, de modo que também foi um referencial teórico escolhido nesta pesquisa (IÑIGUEZ, 2004).

Salienta-se que o uso da língua na perspectiva discursiva requer conhecimentos linguísticos e extralinguísticos, adquiridos na prática cotidiana e/ou pela formação acadêmica, de modo que o discurso seja adequado ao contexto de comunicação, sofrendo intensa influência a depender do lugar de onde se fala. Ele reflete os objetivos, interesses, problemas e estratégias para fazer sentido (VAN DIJK, 2004). O contexto é determinante na construção de significados.

A Análise do Discurso insere, portanto, o elemento interpretativo buscando desvendar de que maneira objetos simbólicos produzem sentidos considerando o universo de significados. Essa dinâmica característica da formação discursiva vislumbra os discursos como ora de aliança, ora de conflito, como peça ou ferramenta de disputas ideológicas ou políticas, ou mesmo de dominação (CHARAUDEAU e MAINGUENEAU, 2016). No universo discursivo, conseguimos

delimitar distintos campos discursivos caracterizados por diferentes “lugares de fala”, que refletem posicionamentos “dominantes” e “dominados”.

“Afirmando, deste modo, que as “ciências sociais” seriam um prolongamento direto das ideologias que dão sustentação a uma certa prática política, Pêcheux situa o lugar a ser ocupado em sua teorização pela noção de discurso: “... o instrumento da prática política é o discurso” (Gadet & Hak 1990:24), ou seja, é por intermédio do discurso que uma dada prática política vem exercer sua ação sobre as relações sociais.” (ROCHA e DEUSDARÁ, 2006)

É notório que analisar um texto não dá conta apenas do ponto de vista do sujeito comunicante nem do interpretante. Trata-se de coletar possíveis interpretativos, sugeridos pelo contexto, nesse ponto de encontro (CHARAUDEAU, 2016).

No processo interpretativo buscamos explicar as relações sociais mantidas no contexto da região de saúde, divulgadas ou mesmo não explicitadas, procurando detectar projetos e estratégias em disputa dos distintos atores, levando em conta a posição que ocupam. As relações entre os lugares de fala refletem não apenas os comportamentos individuais, mas também as formações sociais e o modo como se relacionam. O material foi examinado cuidadosamente, em ordem cronológica de acordo com as datas das reuniões (no caso das atas), continuamente dialogando com o “mundo externo aos textos” (contexto social, político, regional, técnico) de modo a favorecer a captação de sentido aos discursos que lá constam (atas, outros documentos, entrevistas). É importante salientar que o discurso é condicionado pelo contexto (de natureza linguística e não linguística) mas também o transforma, ou seja, o discurso é determinado socialmente e é também uma prática social.

É importante citar que o espaço da conectividade das redes é organizado pelo discurso. “Esse discurso é a linguagem das normas e ordens que atores longínquos fazem repercutir instantaneamente e imperativamente sobre outros lugares distantes.” (SANTOS, 2014).

Há três conceitos que julgamos importantes para explicitar aqui: sujeito, instituição e *corpus*. O sujeito é aquele que ocupa um lugar de enunciação dentro de seu papel social (secretários municipais, representantes do DRS, gerentes de unidades de saúde, médicos). É o indivíduo interpelado pela ideologia. Eles possuem representatividade como membros de um coletivo (BRANDÃO, 2015).

Instituição é *toda aquele dispositivo que delimite o exercício da função enunciativa, o status do enunciador e dos/as destinatários/as, os tipos de conteúdos que podem ser ditos, as circunstâncias de enunciação legítimas para tal posicionamento*. Podemos, portanto, considerar que, para fins de análise nesta pesquisa, as secretarias municipais de saúde, o DRS, a SES, o COSEMS, as Organizações Sociais e a própria CIR são as instituições envolvidas. *Corpus*, por sua vez, é qualquer enunciado gráfico ou transcrito, que materializa a produção discursiva. É um conjunto de dados que servem de base para a análise de um fenômeno. A transcrição é um momento importante na constituição do *corpus* (CHARAUDEAU e MAINGUENEAU, 2016). Logo, documentos como as atas de reuniões e entrevistas transcritas são fórmulas passíveis de serem analisadas sob a perspectiva discursiva (IÑIGUEZ, 2004).

Portanto, por ser o contexto do estudo altamente permeado por um cunho político, ideológico e histórico, acreditamos que a perspectiva discursiva é adequada na análise deste material. “Sempre que a relevância do discurso está em jogo, as questões tornam-se políticas por definição, pois é o discurso que faz do homem um ser político” (ARENDT, 2016).

4.2 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A presente pesquisa obedeceu aos critérios da Resolução N.º 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012), respeitando as normas e princípios bioéticos. Foram solicitadas autorizações aos sujeitos através de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para sua participação na pesquisa, ficando cientes de que poderiam desistir a qualquer tempo, sem que houvesse qualquer tipo de prejuízo ou punição. Foi garantido também o sigilo quanto à identidade dos participantes.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Saúde (CEPIS), n.º 5469, pela Plataforma Brasil em fevereiro de 2017 e aprovado em 23/02/2017.

5. RESULTADOS

5.1 PRIMEIRA ETAPA DA PESQUISA: ESTUDO EXPLORATÓRIO

Casos de cirurgia geral em Atibaia são encaminhados da atenção básica para a central de vagas do município, a qual faz o agendamento no AME via sistema Central de Regulação e Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS). Se indicada a cirurgia, o AME procede seu agendamento em sua referência regional, sob gestão estadual, que podem ser o Hospital Universitário São Francisco ou o Hospital Regional de Jundiaí.

Os casos de cirurgia ginecológica são encaminhados da atenção básica para a central de vagas do município, a qual faz o agendamento no AME via sistema CROSS. Se indicada a cirurgia, o AME devolve o caso, em contra-referência para a central de vagas do município e esta agenda a cirurgia na Santa Casa de Atibaia, sob gestão municipal.

Casos de cirurgia urológica são encaminhados da atenção básica para a central de vagas do município, a qual faz o agendamento no AME via sistema CROSS. Se indicada a cirurgia, o AME agenda diretamente em sua referência regional, sob gestão estadual, que podem ser o Hospital Universitário São Francisco ou o Hospital Regional de Jundiaí.

O sistema CROSS é o sistema de informação utilizado para o agendamento de consultas, exames e procedimentos. Também conta com um mecanismo para acompanhamento de filas de espera. Para agendamento no AME, o município utiliza o portal CROSS, da SES/SP. Marcação de consultas ou procedimentos subespecializados são realizados pelo DRS. As solicitações são enviadas via malote (por exemplo, para agendamentos de consultas na Unicamp). As únicas cirurgias eletivas agendadas pela regulação municipal são aquelas realizadas na Santa Casa de Atibaia. Em geral são cirurgias ginecológicas, para as quais não há referências regionais.

Visando o dimensionamento do problema, procedemos a levantamento de dados na central de vagas do município de Atibaia e a levantamento de dados no DATASUS, considerando os anos de 2015 e 2016. O primeiro levantamento teve como objetivo dimensionar os encaminhamentos provenientes das unidades básicas

para as especialidades cirúrgicas eletivas que selecionamos como traçador: cirurgias gerais, ginecológicas e urológicas, no município. No levantamento através do DATASUS, dimensionamos o número de cirurgias realizadas em pacientes residentes em Atibaia nos hospitais de referência.

Segundo a central de vagas do município de Atibaia, no ano de 2015 foram encaminhados pela atenção básica de Atibaia 402 pacientes para avaliação com cirurgião geral, 263 para cirurgião ginecológico, e 1531 para avaliação com urologista. Porém, somente no primeiro semestre de 2016 tivemos 708 encaminhamentos para cirurgia geral, 402 para cirurgia ginecológica e 1749 casos para urologia, a fim de que esses casos fossem avaliados e a cirurgia indicada ou não.

Tabela 1: Encaminhamento da Atenção Básica para cirurgia geral, ginecológica e avaliação urológica, do município de Atibaia no ano de 2015 e 1º semestre de 2016.

	2015	1º semestre de 2016
Cirurgião geral	402	708
Cirurgião ginecológico	263	402
Urologista	1531	1749

Fonte: Central de vagas do Município de Atibaia, agosto 2016.

Porém, no ano de 2015 foram submetidos à cirurgia geral 114 pacientes (79 para realização de vasectomia) e, em 2016, no primeiro semestre, 62 pacientes (42 para vasectomia). No ano de 2015 foram submetidas à cirurgia ginecológica 43 pacientes na Santa Casa de Atibaia e, em 2016, 70 pacientes somente no primeiro semestre. É importante salientar que os dados fornecidos pela central de regulação do município não obedecem a classificação utilizada para o levantamento destes dados no DATASUS.

Tabela 2: Cirurgias realizadas na Santa Casa de Atibaia, no ano de 2015 e 1º semestre de 2016 em pacientes encaminhados pela Atenção Básica do município.

	2015	1º semestre de 2016
Cirurgia geral	114	62
Cirurgia ginecológica	43	70

Fonte: Central de vagas do Município de Atibaia, agosto 2016.

Uma vez que no município não há referência para cirurgia urológica esta é somente regulada na esfera regional pelo gestor estadual. Levando em conta que não se tem acesso às informações da regulação regional, não é possível ao gestor municipal dimensionar se a demanda local está sendo atendida na região. Isto acarreta problemas para o município no sentido de não haver possibilidades para informar adequadamente os pacientes que aguardam a cirurgia eletiva.

Considerando-se o tempo de espera como indicador do atendimento da demanda da atenção básica pelos serviços de média e alta complexidade, temos que, no município, a central de vagas informou que não apresenta fila de espera para agendamento de consulta com cirurgião geral nem para realização de cirurgias gerais na central de regulação em Atibaia. Entretanto, refere que há fila sob controle do AME para realização das cirurgias indicadas para serem realizadas pelas referências. Esta fila não é publicizada para os municípios da região.

Para cirurgia ginecológica não há fila para agendamento de consulta de avaliação. Como há o fluxo de contra-referência do AME para a central de vagas do município devido à falta de referência regional para tais procedimentos, há fila de pacientes à espera da realização das cirurgias na própria central de vagas. Trata-se de lista de pacientes que são, portanto, de conhecimento da gestão municipal.

Quanto à urologia, a dificuldade já reside no agendamento da consulta de avaliação. Havia 1463 pacientes aguardando na fila. Como as cirurgias são realizadas nas referências regionais, o município também não tem conhecimento da fila de espera para realização de cirurgias urológicas.

Para o levantamento no DATASUS foram considerados o grupo “procedimentos cirúrgicos” (04) do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP), e os subgrupos “cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal” (07); “cirurgia do aparelho geniturinário” (09); e “cirurgia de mama” (10). As formas de organização consideradas foram: “esôfago, estômago e duodeno” (04 07 01); “intestino, reto e ânus” (04 07 02); “pâncreas, baço, fígado e vias biliares” (04 07 03); e “parede e cavidade abdominal” (04 07 04); “rim, ureter e bexiga” (04 09 01); “uretra” (04 09 02); “próstata e vesícula seminal” (04 09 03); “bolsa escrotal, testículo e cordão espermático” (04 09 04); “pênis” (04 09 05); “útero e anexos” (04 09 06); “vagina, vulva e períneo” (04 09 07); e “mama” (04 10 01).

A tabela 3 demonstra o peso das cirurgias eletivas sobre o total de cirurgias realizadas em pacientes residentes em Atibaia, correspondendo a 64,60% em 2015 e 64,37% em 2016. Entre as cirurgias gerais, o percentual em 2015 foi de 51,82% e em 2016 48,63. Entre as ginecológicas, em 2015 foram 84,74% e em 2016, 83,73%. Finalmente, considerando as cirurgias urológicas, em 2015 foram 85,46%, e em 2016, 79,00%. Esses dados nos permitiram dimensionar o problema da pesquisa através do traçador selecionado, isto é, mais da metade das cirurgias realizadas são eletivas.

A tabela 4 mostra em que referências regionais tais cirurgias são realizadas. No ano de 2015, havia um equilíbrio entre o percentual de cirurgias realizadas entre os hospitais de referência. O que nos chamou a atenção foi o aumento do percentual de cirurgias realizadas na Santa Casa de Atibaia em relação aos outros no ano de 2016, às custas do componente cirurgias ginecológicas, que passou de 44,00% em 2015 para 75,43% em 2016.

Tabela 3: Percentual de cirurgias eletivas por especialidades do total de cirurgias realizadas em residentes de Atibaia nos anos de 2015 e 2016

Procedimentos	2015								2016							
	Cirurgias eletivas		Cirurgias eletivas Gerais		Cirurgias eletivas Ginecológicas		Cirurgias eletivas Urológicas		Cirurgias eletivas		Cirurgias eletivas Gerais		Cirurgias eletivas Ginecológicas		Cirurgias eletivas Urológicas	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Total de cirurgias (eletivas + urgências)	757	100	467	100	118	100	172	100	826	100	438	100	209	100	181	100
Cirurgias eletivas	489	64,60	242	51,82	100	84,74	147	85,46	531	64,37	213	48,63	175	83,73	143	79,00

Fonte: DATASUS

Tabela 4: Percentual de cirurgias eletivas por especialidades de residentes de Atibaia realizadas por estabelecimentos nos anos de 2015 e 2016

Estabelecimentos	2015								2016							
	Cirurgias eletivas		Cirurgias eletivas Gerais		Cirurgias eletivas Ginecológicas		Cirurgias eletivas Urológicas		Cirurgias eletivas		Cirurgias eletivas Gerais		Cirurgias eletivas Ginecológicas		Cirurgias eletivas Urológicas	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Santa Casa de Atibaia	134	27,40	20	8,26	44	44,00	70	47,62	226	42,56	20	9,39	132	75,43	74	51,75
HUSF	148	30,26	96	39,67	30	30,00	22	14,97	135	25,42	83	38,97	27	15,43	25	17,48
HRJ	152	31,08	111	45,87	0	0	41	27,89	124	23,35	94	44,13	0	0	30	20,98
UNICAMP	26	5,32	6	2,48	17	17,00	3	2,04	16	3,01	5	2,35	10	5,71	1	0,70
Outros	29	5,93	9	3,72	9	9,00	11	7,48	30	5,65	11	5,16	6	3,43	13	9,09
Total	489	100	242	100	100	100	147	100	531	100	213	100	175	100	143	100

Fonte: DATASUS.

5.2 SEGUNDA E TERCEIRA ETAPAS DA PESQUISA: MATERIAL DA PRODUÇÃO DISCURSIVA – BASE DOCUMENTAL E ENTREVISTAS

Com o material empírico da nossa pesquisa e considerando o referencial teórico nesse processo interpretativo, apresentaremos os resultados, orientados pelos objetivos da pesquisa, sob as lentes da perspectiva discursiva. Foram definidas as visões dos sujeitos da atenção básica, da média complexidade ambulatorial e hospitalar, do gestor estadual e do colegiado regional.

5.2.1 Visão dos Sujeitos da Atenção Básica

Quanto ao fluxo existente para ao acesso às cirurgias eletivas, definidas como nosso traçador, a unidade básica encaminha para o cirurgião, que pode ou não concordar com a indicação para o procedimento. Há um fluxo instituído localmente em que a interconsulta com o cirurgião, seja ele de qualquer especialidade cirúrgica, ocorre no AME Atibaia, serviço de atenção ambulatorial especializada. O cirurgião do AME poderá ou não indicar a realização do procedimento. Isso significa que aquele que atendeu e indicou a cirurgia não será o cirurgião que realizará o procedimento, o qual ainda poderá ser contra-indicado pelo cirurgião do hospital. No hospital ocorre uma segunda consulta com o cirurgião responsável antes da cirurgia, onde o paciente é novamente avaliado, aumentando e burocratizando sua trajetória pela rede de atenção à saúde.

Médicos e gerentes das unidades básicas referem que “perdem” o acompanhamento do paciente quando este vai ser atendido e está sob os cuidados da atenção especializada. As equipes sabem dos desfechos dos casos pelos próprios pacientes e seus relatos.

“Não recebemos contra-referência nenhuma, nem orientação de cuidado do paciente. Muitas vezes nem sabemos que tipo de cirurgia foi realizada no paciente. Se o paciente não souber informar, nós não temos essa informação.”

O retorno do paciente à unidade depois da cirurgia se dá espontaneamente, em geral por conta de alguma demanda ou problema relacionado ou não à cirurgia. Não é habitual que retorne após ser orientado para seguimento pós-operatório rotineiro.

A contra-referência do hospital ou do AME para as unidades básicas ainda é muito incipiente, na percepção da atenção básica. Da mesma forma, sua percepção sobre os relatórios de alta hospitalar é de que não são habituais. Encontramos unidades onde os entrevistados referiram que ela simplesmente não existe e encontramos unidades em que os sujeitos relataram que eventualmente recebem relatórios. As informações contidas nesses relatórios consistem no relato do procedimento realizado, de forma resumida. Quando as unidades recebem relatórios de alta, ele contém informações resumidas relacionadas à cirurgia realizada, que medicamentos foram utilizados, tempo de internação e se teve alguma complicação.

Há uma deficiência no conhecimento pelos sujeitos das unidades básicas das referências formais e da forma como elas são escolhidas. Há relatos de que existe o exercício de uma função regulatória internamente no AME, que vai decidir sobre em que hospital o paciente vai ser submetido ao procedimento cirúrgico e o seu futuro dentro da rede de atenção à saúde. O fluxo de pacientes após a consulta com o cirurgião é monitorado pelo Serviço Social internamente. É lá que vai ser definido para qual referência hospitalar o paciente vai ser encaminhado. Essa distribuição se dá pelo tempo de espera de determinada cirurgia em cada serviço, sendo o paciente direcionado para o hospital onde o tempo é mais curto. Procura-se mandar o paciente para o hospital após o pré-operatório estar todo finalizado, com os exames e pareceres necessários já para a realização da cirurgia.

Há uma iniciativa de “alta com retorno” instituída na rede municipal em que o paciente submetido a cirurgias na Santa Casa de Atibaia tem seu retorno assegurado na UBS de referência. Tal agendamento é feito via telefone diretamente com a unidade básica.

“Eu consigo saber geralmente quando o serviço tem um trabalho de pós-alta. Por exemplo, a Santa Casa de Atibaia faz esse contato com a gente informando que o paciente fez uma cirurgia.”

A integração entre serviços, em especial hospital e atenção básica, é mais difícil no caso estudado quando a gestão do equipamento se dá por diferentes esferas de governo.

Ainda há também uma limitação nos entendimentos relacionados às questões de regiões e redes. Há referências a queixas dos pacientes em ter que se deslocar para outros municípios, como Bragança Paulista ou Jundiaí, e a questões

relacionadas ao transporte de pacientes. O município proporciona condições para o deslocamento regional oferecendo o transporte.

“Às vezes eu me questiono as referências de regulação. Por exemplo, a gente tem hospitais capacitados que são públicos, aqui próximos. (...) Um exemplo, uma cirurgia de hérnia, uma cirurgia simples, que tudo poderia ser feito aqui no nosso município.”

Os encaminhamentos se dão por meio de documento impresso. Há modelos feitos em sistemas informatizados (e-SUS) e há modelos preenchidos manualmente (ver anexo). Mesmo os documentos preenchidos em sistema informatizado são impressos e entregues ao paciente, não sendo enviados por meio eletrônico ou *on line*.

A recepção das unidades é o setor responsável por esse agendamento, que se dá na central de regulação municipal, também chamada central de vagas. O caminho desse documento passa pelo envio, via malote, das unidades básicas para a central de regulação municipal, que deverá proceder ao agendamento assim que da disponibilidade da vaga. Dessa forma, o documento onde consta o encaminhamento do médico não permanece sob os cuidados do próprio paciente enquanto o mesmo aguarda o agendamento. Após o agendamento, a central de vagas devolve o formulário de encaminhamento para a unidade básica juntamente com a data, horário e local da consulta agendada. A unidade básica entra em contato com o paciente para comunicar o agendamento.

Entretanto, esse fluxo ou caminho habitual pode ser cortado ao depararem as equipes com casos mais graves cujo procedimento deve ser realizado, na sua opinião, com maior brevidade de tempo. Nessas situações é comum o contato direto de membros da equipe (em geral o enfermeiro ou o gerente da unidade) com a central de vagas a fim de reiterar a urgência relativa.

“Quando o médico identifica uma cirurgia muito grave que precisa ser feita o mais breve possível, ele conversa com um dos enfermeiros e os enfermeiros ligam na central de vagas e pedem para priorizar esse paciente.”

“Então é para isso que eu estou lá, enquanto gerente. Para entrar em contato com a regulação, para tentar uma vaga de desistência, para a regulação tentar uma vaga de bolsão ou um encaixe para o paciente que a gente percebe que não tem como aguardar o tempo corriqueiro.”

“A gente teoricamente manda o papel mas a gente já tem experiência que só mandar o papel e não telefonar falando do caso, o papel eventualmente não é apreciado do mesmo jeito.”

“Você tem um amigo aqui, outro ali, você pede para a paciente fazer um exame particular para adiantar. Aí faz, encaminha. Às vezes a gente burla, diz ‘tem um caso assim, já está diagnosticado, dá para você pegar aí?’. Isso a gente acaba fazendo. É sempre por conhecimento de ter algum colega que faz o favor.”

As estratégias de contato direto com a central de vagas demonstram a necessidade e a importância da regulação local, já na unidade básica de saúde, a fim de garantir a integralidade. Trata-se de uma estratégia que muitas vezes é o que assegura que o paciente vai ser atendido em tempo oportuno.

Outro sistema informatizado utilizado por algumas unidades básicas de saúde é o sistema CROSS, o qual, quando consultado, permite a visualização dos agendamentos que já foram feitos para determinado paciente. Também informa a que consultas compareceu recentemente e mesmo as faltas. O sistema CROSS também possui um mecanismo de “fila de espera”, onde é possível saber se o paciente aguarda um agendamento para uma consulta de determinada especialidade. Todavia, não é possível saber se já aguarda o procedimento cirúrgico, com a exceção daqueles que já têm cirurgias marcadas, cuja data é possível de ser visualizada. O mesmo sistema também funciona para agendamentos, porém isso é feito apenas pela central de vagas do município, não pelas unidades básicas.

A clareza dos atores das unidades de saúde quanto à dimensão das filas de espera não é evidente. Não há um mecanismo de controle local sobre quantos pacientes aguardam cirurgias. Isso se dá, argumentam, pela questão de a UBS ou USF não encaminhar para o cirurgião do hospital diretamente, mas sim para o AME. De tal forma, não tomam ciência se o paciente de fato entrou para uma fila “cirúrgica” devido à falta de contra-referência. A percepção de que há uma “demanda reprimida” se dá em decorrência de que o tempo entre a detecção do problema na unidade básica e a realização do procedimento é prolongado. Os atores entrevistados percebem a resolutividade em cirurgia ginecológica maior que na cirurgia geral, que por sua vez é maior que na urologia. Cirurgia ginecológica é a especialidade que não possui referência regional e é, portanto, realizada dentro do município, na Santa Casa.

“A gente às vezes fica até com aquela questão, (...) de que será que ainda tem indicação cirúrgica, será que piorou, porque o acompanhamento é feito na unidade mas quem fez a indicação da cirurgia é o especialista.”

“Poderia melhorar nesse sentido, aceitar os encaminhamentos, por exemplo, cirúrgicos que vão direto do clínico, desde que ele seja bem feito, bem especificado.”

“E aí a ginecologia encaminha ou não para a ginecologia cirúrgica. Então eventualmente os casos se perdem. Perde-se um pouco de tempo por causa disso.”

“Você encaminha primeiro, ele tem que passar por um outro ginecologista, para essa pessoa ser encaminhada para um hospital, onde ele vai passar por um terceiro para ser avaliado. Então esse tempo demora muito. (...) Eu acho isso uma fila burra.”

Muitas vezes a percepção de que as filas são demoradas é a ciência de pacientes que apresentaram algum tipo de complicação do quadro que a priori era eletivo e evoluíram com cirurgias de urgência. Todavia esse não é um número possível de ser quantificado pelos sujeitos entrevistados.

A atenção básica tem dificuldades para efetivar seu papel de coordenadora do cuidado. É como se, ao receber um diagnóstico cirúrgico ou possivelmente cirúrgico, o paciente passasse a ficar sob os cuidados de outrem, quer seja o AME, quer seja o hospital.

Há queixas relacionadas à qualidade dos encaminhamentos médicos, assim como das indicações para especialidades. Em geral as equipes reconhecem a necessidade de um bom detalhamento de informações para que o caso possa ser adequadamente analisado pela central de regulação.

“Na grande maioria eu acho que a gente não dá a atenção necessária por falta de informação no encaminhamento.”

“Tem o médico regulador que também regula esses encaminhamentos. Do que é mais urgente ou menos urgente. Aí é que eu falo que o mau encaminhamento dificulta muito o acesso desse paciente.”

Entretanto também há relatos de alguma melhora em determinados casos, em especial nas unidades atendidas pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). As orientações dos médicos do NASF favorecem indicações mais precisas para os encaminhamentos, discutindo condutas e protocolos, estes quando há. Isso propicia que muitos casos anteriormente encaminhados para especialistas possam ser tratados na própria unidade básica de saúde, por meio de tratamentos

conservadores. Além de melhorar a qualidade dos encaminhamentos e das indicações, também temos como consequência a redução do número de encaminhamentos.

“Eles não tratavam o mioma. Achavam que tudo era cirúrgico e mandavam tudo para o ginecologista. Hoje em dia eles já não fazem muito, não fazem mais isso. Eles tratam mioma aqui antes de encaminhar, se for necessário.”

Iniciativas como o NASF proporcionam a ampliação do poder de resolutividade da unidade básica de saúde.

O telessaúde também foi citado como mecanismo de matriciamento e discussão de casos.

Há referências a protocolos do Ministério da Saúde para casos de ginecologia e urologia, sendo os primeiros mais utilizados. Protocolos relacionados à saúde do homem não são de uso rotineiro, segundo relatos nessas entrevistas. Não foram referidos protocolos relacionados à conduta em cirurgia geral. Nessa especialidade foram citados protocolos para pré-operatório elaborados pelos próprios hospitais e/ou profissionais que lá atuam. Quando as equipes são apresentadas a protocolos e os conhecem, aderem e utilizam, sendo o NASF um mecanismo importante para proporcionar isso. Não há protocolos municipais.

Os exames pré-operatórios são recomendados pelo médico cirurgião do serviço de referência e são realizados no município pela própria unidade básica de saúde.

A percepção de que o número de vagas ofertadas é insuficiente é generalizada. Tal ideia é decorrente do tempo de espera para obtenção de determinados agendamentos.

“Eu acho que é a questão do número de vagas mesmo. (...) Uma consulta com urologista demora em torno de seis meses para sair.”

As entrevistas evidenciaram a necessidade de ações comunicativas que extrapolam os mecanismos formais de referência e contra-referência para que o paciente seja atendido na sua necessidade e, por conseguinte, obter a integralidade.

Foi citada a questão da formação técnica dos profissionais que atuam na central de regulação e da necessidade que haja uma formação ou capacitação mínima para discutir os casos, mesmo que via telefone. Essa falta de formação ou capacitação permite apenas que tais profissionais atuem como agendadores de vagas disponíveis.

“Quando eu ligo lá e falo de um caso, (...) eu não vejo esse conhecimento delas para saber o que é prioridade, se o que eu estou falando é realmente uma coisa que precisa para ontem.”

“Um profissional administrativo não acho que seria uma pessoa indicada para trabalhar numa central de regulação.”

“Eu vejo a regulação trabalhando sempre isso, tentando vagas de bolsão, tentando captar vagas de outros municípios que não são aproveitadas.”

“O que me incomoda um pouco nessa questão da regulação é que todos que pegam nesse encaminhamento são administrativos, com exceção do médico regulador.”

A atuação da central de vagas fica, portanto, muitas vezes restrita ou resumida a meros agendamentos, não efetivando a regulação enquanto processo ou ferramenta de gestão, o que dá abertura para se pôr em prática micropoderes, conflitos e negociações.

O absenteísmo também foi citado como um problema a ser resolvido, mas foi atribuído a falhas no sistema de saúde, e não a “culpa” do paciente.

“Hoje a gente tem tentado trabalhar bastante a questão do absenteísmo dos pacientes e acredito que também seja porque durante muito tempo teve muita demora, então o paciente acaba desacreditando.”

“Quando a gente chama para a consulta às vezes eu vou buscar o encaminhamento, outros a gente perde muito por questão de ‘muda de endereço’, ‘muda de telefone’ e não faz contato com a unidade. É diferente do paciente do PSF, que o agente comunitário vai na casa, então tem todo um contato mais próximo, de vínculo com a família, com algum vizinho, e tem maior acesso ao paciente. Na unidade básica [tradicional], principalmente na minha unidade, que atende quatro bairros diferentes e bairros grandes, nem sempre a gente consegue isso.”

Há relatos de falta de orientação quanto aos procedimentos pré-operatórios diretamente ao paciente, o que aumentaria o absenteísmo.

A realização de exames complementares também é um ponto importante nesse percurso. A percepção dos sujeitos, de maneira geral, é de que a realização dos exames é demorada e isso interfere no tempo de diagnóstico e para a própria realização da cirurgia.

“Entre a minha hipótese diagnóstica e a confirmação com exame, isso demorou demais.”

“Tem alguns exames que a gente tem um acesso mais rápido. Tem alguns que a gente tem maior dificuldade de realizar.”

Por ser o tempo para a realização dos exames por vezes muito prolongado, alguns pacientes os realizam em serviços particulares, encurtando esse tempo de espera até a realização da cirurgia. A possibilidade de realizar exames em serviços particulares põe em xeque o princípio da equidade, de modo que aqueles que podem pagar por seus exames acabam conseguindo realizar suas cirurgias primeiro.

Foi citada a necessidade de espaços de diálogo entre os sujeitos envolvidos na garantia do acesso do paciente ao procedimento cirúrgico eletivo.

“Eu acho que se a gente pudesse sentar e conversar, e às vezes até conhecer as pessoas pessoalmente, deixaria de ser uma coisa burocrática e se tornaria às vezes mais humanizado de alguma forma. Acho que isso seria importante.”

“O ideal seria ter esse fluxo bilateral, tanto da gente da atenção básica quanto do cirúrgico na central de vagas, cada um falando das suas necessidades.”

“Eu acho que essa conversa tinha que ser uma prática.”

“Se a gente tivesse um vínculo ou um meio de comunicação para tirar as dúvidas, por telefone, e-mail ou ofício, um meio para facilitar, ou uma reunião para discutir os casos...”

“Aumentar a integração entre clínico e cirurgião tornaria o vínculo mais forte. Seria bom se todo mundo tivesse disponibilidade. Esse intercâmbio de informação acho que seria essencial na melhora dessa integração. Eu também não sei que critérios que eles usam.”

A judicialização chega a ser citada como alternativa para agilizar a realização do procedimento cirúrgico.

O déficit de agentes comunitários prejudica o acompanhamento dos casos após sua inserção no AME. O acompanhamento é mais fácil em áreas cobertas por agentes comunitários. É uma diferença perceptível inclusive por atores de unidades básicas “tradicionais”.

O agente comunitário é um elemento que confere às unidades básicas de saúde a proatividade, evitando uma atitude passiva delas, em que o usuário é quem deve “buscar” sua integralidade. De certa forma, as unidades básicas “tradicionais” reproduzem o modelo da medicina liberal-privada no que se refere à garantia da integralidade para o seu usuário.

Consultas com especialistas cirúrgicos muitas vezes são consumidas em decorrência de pequenos procedimentos que poderiam fazer parte do hall de problemas passíveis de serem resolvidos na atenção básica, de modo que essa resolutividade diminuta interfere negativamente na integralidade do paciente cirúrgico eletivo.

“Cirurgia geral compreende desde uma unha que vai para pequena cirurgia até uma cirurgia de maior complexidade.”

A estruturação da rede de atenção básica e da rede de atenção à saúde como um todo permite duplicidade de atendimentos, proporcionando que seja possível que um mesmo paciente seja atendido em mais de um ponto de atenção com as mesmas características, por exemplo, em duas unidades básicas distintas, apresentando as mesmas queixas.

Características relacionadas ao trabalho médico também foram citadas como um fator que impede a boa comunicação entre profissionais e/ou equipes.

“Eu acho que por própria falta de costume médico ou costume do serviço cirúrgico eles não fazem o resumo cirúrgico com a intenção do médico da atenção básica ser informado.”

O médico é o profissional responsável na UBS por indicar o procedimento cirúrgico e/ou solicitar o parecer do especialista. Isso via de regra ocorre na consulta médica tradicional, independentemente se trata-se de uma UBS “tradicional” ou uma USF.

Paralelamente às estratégias de corte ao fluxo ou caminho habitual pela central de vagas, há relatos de dificuldades no relacionamento das equipes de atenção básica com a regulação. Isso se dá por um conjunto de fatores que vão desde a qualidade ruim dos encaminhamentos, até o papel desempenhado pelos membros da equipe da central, passando pela ausência de comunicação nuclear entre ambos.

“Todas as vezes que a gente precisa de uma vaga tem que implorar pelo amor de Deus. Infelizmente o médico regulador não tem um papel tão ativo quanto deveria.”

“Pode ser um conjunto de coisas, de fatores. Falta informação no encaminhamento? Pode ser que falte. Mas, falta informação no encaminhamento? A gente nunca teve esse feedback.”

“Mas ele retornar e falar: ‘olha, você mandou urgente. É urgente mesmo? Como é que é?’ Nunca presenciei essa comunicação aí...”

“Se eu coloco o CID errado, e às vezes a gente se confunde, o papel volta. Na minha opinião não precisaria voltar. Eu acho que o pessoal da regulação, por exemplo, poderia arrumar.”

“A gente tinha que ter uma outra conversa que não seja só no papel. Só que é difícil essa conversa com a central.”

“Geralmente eu ia lá pessoalmente, e aí me disseram que estava dando muito trabalho e que era para eu ser menos.”

O lugar de angústia é referido nas entrevistas com os sujeitos da atenção básica.

“A gente fica na expectativa contínua... É um trabalho bastante angustiante. (...) Porque o que eu entendo é que não tem como não atender o paciente.”

“Às vezes eu me sinto dentro da informalidade quando eu faço essa intervenção de ‘olha, eu tenho um paciente aqui que não dá pra esperar’. Eu entendo a necessidade dele, mas ao mesmo tempo eu me sinto indo na contramão do fluxo, mas eu acho que o mais importante é garantir o atendimento.”

5.2.2 Visão dos Sujeitos dos Serviços da Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar

O tempo relatado de espera para a realização da cirurgia varia de um a três meses, a depender do tipo de cirurgia e de alguma sazonalidade não definida. A ginecologia não tem referência regional. Os casos, portanto, são devolvidos ao município de origem. A cirurgia geral é a de resolução mais rápida dentre as que possuem referência regional, sendo isso explicado pela presença de residência médica na especialidade no Hospital Universitário São Francisco. Para cirurgias ginecológicas no hospital de referência municipal, a Santa Casa, o tempo de espera é de trinta dias.

“Como a gente tem residência aqui no HUSF, então sempre está operando. Então a fila é mais curta.”

Há referência a eventuais complicações em pacientes que estão aguardando cirurgias, mas não é frequente. Em especial isso ocorre com pacientes portadores de cálculos em vias biliares.

O AME é visto como o ambulatório para fazer diagnóstico e dar o encaminhamento ou direcionamento que o paciente precisa, retornando para o município ou para as referências cirúrgicas, se for o caso. Atende a dezenove municípios. Vem atuando, na verdade, como um grande “regulador”, uma vez que a função diagnóstica e de encaminhamento ou direcionamento deveria ser da atenção básica.

O sistema informatizado CROSS é utilizado como o sistema de agendamento e é por meio dele que o paciente pode dar entrada nos serviços de atenção especializada. Os encaminhamentos, entretanto, vão por meio de formulário em papel.

Os municípios têm direito a cotas para agendamento de seus casos, que são distribuídas pelo DRS após reuniões com o prestador envolvendo a região. As reuniões ocorrem com frequência aproximadamente trimestral. A participação do prestador na distribuição de cotas talvez não seja adequada uma vez que pode fazer prevalecer o poder do mercado dentro de especialidades disponíveis para os municípios em detrimento de suas necessidades.

As vagas para cirurgias são ofertadas pelo hospital e o DRS distribui as cotas para os municípios. No caso do município de Atibaia, sempre via AME. Utiliza-se o sistema CROSS para os agendamentos. A disponibilidade das vagas está relacionada às metas contratuais. No caso do HRJ, eles disponibilizam um número pouco maior do que o que consta em contrato, já contando com um absenteísmo esperado, a fim de não deixar de atingir as metas.

“Um *overbooking* porque você tem o absenteísmo, que é nessa faixa dos quinze, dezoito por cento. Então a gente sempre disponibiliza um pouquinho a mais, mas nunca menos.”

Em geral os pacientes chegam ao AME em boas condições clínicas, acontecendo eventualmente de alguns chegarem em condições mais complicadas pela demora nesse tempo de espera pela consulta.

“Como é ambulatório, não é hospital, então o paciente chega com umas condições melhores. Tem alguns pacientes pelo próprio sistema, burocracia, às vezes demora um pouco pra chegar pra nós.”

Entretanto, acontece de o município entrar em contato direto quando se defronta com casos mais graves, por exemplo, casos oncológicos.

Não é dada importância a protocolos clínicos ou de encaminhamento pela atenção especializada. Não é algo que faça parte da sua rotina. Há referências a protocolos internos no serviço hospitalar para pré-operatório e internação na UTI. Um dos entrevistados de serviço hospitalar relata que divulga tais protocolos para o DRS, entretanto os sujeitos da atenção básica não demonstraram que os conhecem.

Há a percepção de que a maioria dos problemas cirúrgicos podem ser de fato resolvidos dentro da região ou em suas referências. Todavia, também se percebe a necessidade de mais vagas para suprir as necessidades da região de saúde.

“Que adianta fazer o protocolo lindo, papel lindo, e não tenho a vaga lá? O que a gente precisa é de vaga. Não adianta dar o carro sem a gasolina.”

Há um anseio em transformar o AME Atibaia em AME cirúrgico, de modo a poder ali realizar cirurgias cujos pacientes poderiam ter alta no mesmo dia. A explicação é retirar do HUSF as cirurgias de média complexidade que lá são realizadas, deixando apenas os casos de alta complexidade.

O Hospital Regional de Jundiaí não participa regularmente de reuniões na região de saúde de Bragança, inclusive as reuniões do Comitê Hospitalar e de Especialidades da região, apesar de ser uma importante referência para a região.

Em geral, as descrições dos serviços ofertados são compatíveis com os encontrados nos contratos de gestão analisados.

O mecanismo do bolsão é bastante utilizado para minimizar o não uso das vagas.

O HRJ tem um pequeno núcleo interno de regulação, que colabora na sua logística interna a fim de maximizar o uso das vagas disponíveis.

O cancelamento de cirurgias não é um fator importante que tenha um impacto negativo na integralidade do paciente cirúrgico eletivo, uma vez que não é habitual.

O prestador refere que o diálogo com o município não é o ideal e que o DRS deveria ter um papel mais proativo em proporcionar isso. O diálogo mínimo que existe é visto como burocrático.

“A gente poderia ser menos burocrático nessa questão da relação. (...) Eu acho que essa burocracia na relação ainda é pelo órgão em si deter essa questão de tudo. Eu não digo que ele vai compartilhar conosco, mas talvez deixar mais porta

aberta essa interface de eu poder ligar direto para o município e estar conversando e acordando algumas coisas.”

Na Santa Casa, por sua vez, quanto ao diálogo do hospital com a atenção básica, refere-se que “normalmente a gente conversa através da secretaria de saúde; nós expomos os problemas quando há alguma não conformidade e deixamos para a secretaria de saúde conversar com a atenção básica.”

A dificuldade de os prestadores dialogarem com o município denota que não há de fato um trabalho em rede bem estabelecido. Não há a visão de que a atuação em rede é necessária e deveria se efetivar. Há, inclusive, uma certa fragilidade na questão conceitual sobre redes e regiões.

“Tanto a atenção básica quanto a Santa Casa são prestadores de serviço da secretaria, então, na teoria, nós não temos relacionamento um com o outro. A gente tem que passar via secretaria de saúde.”

Os entrevistados dos serviços hospitalares referem que cem por cento dos pacientes saem com relatório de alta, que é fornecido em mãos ao paciente, e este é orientado a procurar a atenção básica.

Acerca da contra-referência, há crítica quanto à forma com que ela se dá e à falta de informação dos municípios.

“O que eu vejo desses municípios ainda é a falta de informação. Se há falta de informação, então ela não está chegando lá, em algum momento. Ou a forma que eu estou encaminhando não é uma forma que está sendo gravada, que está sendo documentada, então a gente precisava melhorar isso aí.”

A necessidade do diálogo entre equipes de diferentes níveis de complexidade também emerge na fala dos sujeitos dos serviços de média complexidade hospitalar.

“Todos questionam a conduta de como esses pacientes vêm pra cá, que seria a conduta propriamente do médico, que é o outro colega que está lá na outra ponta. Mas ninguém nunca propôs conversar com esses médicos, ou ter uma melhor interface, que eu digo até de telefone.”

“Hoje é: ‘eu aceito’, ‘tá bom, eu atendo’, ‘não tá bom, eu volto’. Mando para o município de novo. E não faço nenhum tipo de observação.”

Também na visão de um prestador da média complexidade hospitalar há a necessidade de criação de espaços de diálogo.

“Eu acho que essa questão da comunicação é forte, a gente teria que reforçar. Essa questão da integração com esses pares que são extremamente

necessários, entre unidade básica e todo mundo. No futuro, talvez, uma reunião onde possa ir todo esse pessoal, de cada lugar. Um fórum, todo mundo se conhecer.”

O paciente fica “em torno de dois dias internado” em um dos serviços hospitalares, o qual também demonstra vontade em conhecer o que acontece no pós-operatório de seus pacientes.

Há relatos quanto à fragilidade técnica da atenção básica, que acaba por encaminhar pacientes que poderiam ter seus casos resolvidos na origem.

“Isso lógico que vai acontecer. Municípios pequenos não têm especialista então eles ficam inseguros e mandam pra cá. (...) De repente é um clínico geral que não tem experiência. Vem um exame um pouco alterado, então fica inseguro, manda pra nós. Então a gente até prefere atender e ajudar o colega que está lá.”

“O município que tem um médico no posto de saúde que vai atender todo mundo, como ele vai saber se um PSA um pouco aumentado pode ser hiperplasia ou pode ser neoplasia? Então ele vai mandar pra nós e às vezes esse paciente poderia ser resolvido aí na região.”

“Eu acho que a gente podia aprimorar o processo aprimorando o serviço básico. O nosso serviço básico é muito básico.”

“No serviço básico a gente normalmente põe médicos que não são especialistas, e isso complica. Ele é limitado no seu grau de avaliação.”

Acerca do regime de contratação dos médicos por organizações sociais, isso se dá por meio de pessoas jurídicas. Apesar disso, há referência de pouca rotatividade de profissionais.

No caso de um dos prestadores, por mais que existam os interesses mercantis, o sujeito entrevistado percebe a necessidade de protocolos ou mesmo políticas mais estáveis, ou políticas de Estado bem efetivadas.

“Porque acontece muito, você sabe, muda secretário de saúde, muda gestor da unidade básica, muda contrato de OS, muda sempre, com uma certa frequência. Eu entendo talvez que o DRS seria quem iria fazer esses protocolos, essas coisas em conjunto com os hospitais, mas a gestão da mudança é deles, não minha. Mas partir de um órgão que nunca vai ter mudança, por exemplo, um órgão que sempre vai estar com os documentos lá. Troque a diretoria, eu sigo isso aqui.”

As unidades básicas ainda são referidas como “posto de saúde” pela atenção especializada, assim como ainda persiste a ideia de assistencialismo prestada por esse nível de complexidade.

“A gente só ajuda o necessitado.”

“A gente tem sempre que ajudar o menos favorecido.”

Essas falas denotam uma posição “menos favorecida” da atenção básica, carente de um real empoderamento.

Há constantemente uma preocupação com “qualidade” no serviço que é oferecido à população e com a auto-propaganda.

“Tem gente que gosta de passar aqui. E a gente sabe que tem gente que tem convênio que prefere passar aqui a passar pelo convênio. Vai ser bem atendido. O nosso AME é respeitado no estado de São Paulo, muito bem avaliado pela Secretaria de Saúde.”

“Hoje nós temos o melhor atendimento de emergência da região.”

Um dos entrevistados refere que ainda tem dificuldades para alcançar as metas contratuais, o que é atribuído como uma falta de empenho dos municípios preencherem todas as vagas.

“Eu estou preocupado de atender o paciente do município ‘X’ porque eu tenho uma meta e talvez a preocupação deva ser do município porque aquele cliente ou usuário é daquele município. É uma preocupação do município. Então, eu acho que isso ainda não é compartilhado de uma forma saudável.”

Ele enxerga que o município não preenche todas as suas vagas e isso impede ou atrapalha o alcance das metas. Não leva em conta que o município pode não ter aquelas “oportunidades” de atendimento como algo que vá obrigatoriamente suprir alguma necessidade real de sua população.

A preocupação com o cumprimento das metas e com o modo como elas são computadas fica evidente diante do discurso mercantil com que o assunto é exposto.

“Se o cara não vem preparado, um exemplo, ele não fez o raio X, eu posso fazer o raio X aqui. Só que a partir do momento que eu faço esse raio X de forma interna, que o meu médico peça esse raio X, ele não é contabilizado na minha meta. Então, quando eu falo em prestação de conta e meta, eu começo a não querer fazer.”

“Não atingem meta de tomografia e em contrapartida tem muitas demandas de mamografia, então pede que, se for para diminuir um e aumentar o outro, devem colocar no papel e ficar como proposta.”

O próprio prestador sugere que o contrato de gestão poderia sofrer alterações no que se refere ao alcance de metas, que poderia ser mudada a forma como entender as metas.

O discurso reflete uma intensa influência do setor privado sobre o serviço, que é público.

“A gente entrou numa discussão, que eu falo que o privado trabalha forte, e que não teria o porquê de nós não trabalharmos assim também, por questão de qualidade. Vamos pensar que a gente vai enriquecer na qualidade. Das minhas mil cirurgias, eu tive quarenta que retornaram aqui.” [fala sobre o seguimento pós-operatório].

“Saiu a gestão pública e entrou uma gestão de hospital particular. Então hoje nós temos uma gestão de hospital privado num hospital público.”

“Os valores praticados na Santa Casa são os mesmos de um hospital particular.”

Temos também o ponto acerca da produção e dos serviços inseridos no complexo econômico-industrial da saúde, supervalorizando a atenção especializada dentro da lógica capitalista.

“Se cada município que tem uma certa população, dependendo do tamanho, tivesse um AME municipal e um AME estadual e um hospital de referência seria maravilhoso. Assim, coisa de primeiro mundo, funcionando muito bem, bem organizado. (...) O AME é maravilhoso. Pelo que a gente atende aqui, pelo que a gente faz de exames. E cada centavo gasto aqui é válido. Porque a gente não desperdiça nada. Tudo funciona muito bem. O problema é que tem que ter tudo organizado, município, estado, Ministério da Saúde. E ter a vaga final, que é o hospital”.

A Santa Casa de Atibaia realiza predominantemente cirurgias de vasectomia, cirurgias ginecológicas e laqueaduras. A secretaria municipal de saúde encaminha as cirurgias a serem feitas no hospital via central de regulação municipal. O pré-operatório é feito na atenção básica, e um formulário com todas as informações é enviado para o hospital, que convoca o paciente e agenda a data do procedimento. O pré-operatório é definido por protocolos específicos e ocorre também uma

consulta com o cirurgião já no hospital, que é realizada cerca de uma semana antes da cirurgia. O planejamento é feito semanalmente. Em geral os pacientes chegam com o pré-operatório adequado e o hospital refere um índice muito baixo de suspensão de cirurgias, de cerca de um a dois por cento, que não chega a comprometer o volume de cirurgias realizadas.

Na Santa Casa de Atibaia, o sujeito entrevistado refere que assume a realização dos exames pré-operatórios nos poucos casos em que eles vêm incompletos, mas sempre considerando a questão dos custos inerentes.

“Na realidade porque o paciente que normalmente chega pra gente já está há algum tempo com a doença. E aí jogar, devolver ele para a atenção básica e levar mais uns seis meses vai impactar na vida dele. Então fica mais barato a gente assumir esse custo.”

Não há fila de espera interna no hospital e o relato é de que as pacientes chegam em boas condições para serem submetidas ao procedimento eletivo, pois atualmente o tempo de espera é curto.

Com relação a interferências externas no andamento de todo esse processo, ela parece ser rara.

“Muito rara (a interferência externa). Algumas vezes vem um pedido de um vereador, mas no caso a gente põe como paciente de urgência.”

Quanto à relação da Santa Casa com a central de regulação municipal, o diálogo é quase inexistente.

“Eu praticamente nem tenho contato com a regulação. (...) Eu recebo o pacote (de formulários).”

Na avaliação da Santa Casa de Atibaia, os encaminhamentos se dão de forma adequada.

“A grande maioria vem bem encaminhada.”

Da mesma forma, o fluxo existente também é visto como adequado.

5.2.3 Visão do Gestor Estadual

O papel do gestor estadual é o de um grande distribuidor de vagas pelos municípios da região, não havendo a participação direta na regulação para cirurgias eletivas baseadas em critérios clínicos ou de gravidade.

O HUSF é apontado como o hospital de referência para cirurgias eletivas, funcionando como retaguarda para o AME. Entretanto, nos últimos anos houve uma mudança no perfil de atendimento com aumento no número de cirurgias de urgência, causando decréscimo nas cirurgias eletivas. Isso, na sua visão, tem dificultado o acesso a cirurgias eletivas naquele hospital, por ocupação de leitos com as urgências.

Há menção ao papel do Hospital Regional de Jundiaí (HRJ) como uma referência para a Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS) em questão, utilizando protocolos definidos. Trata-se de hospital “porta fechada”, que só atende a pacientes cirúrgicos eletivos referenciados.

Pela dificuldade apresentada para o HUSF, o fluxo que até 2015 era do AME para o HUSF, passou a ser predominantemente do AME para o HRJ.

Foi citado um aumento no atendimento de urgência e emergência que segue um “perfil” em diversas regiões de saúde, atribuído à falta de acompanhamento adequado na atenção básica.

“Acho que mostra uma desorganização de cuidar desse paciente. Do cuidado mesmo.”

O fluxo estabelecido é o encaminhamento do paciente da atenção básica para o AME e daí para o HUSF ou o HRJ. Atualmente muito mais para o HRJ pela insuficiência já citada de o HUSF atender a região pois seus leitos cirúrgicos são ocupados principalmente por cirurgias de urgência. Acontece de o paciente apresentar complicações no seu quadro clínico-cirúrgico.

“Isso acontece principalmente naquelas especialidades que a gente não tem um fluxo muito estabelecido.”

Foi citada portaria específica para cirurgias eletivas que perdurou de 2011 até meados de 2015, em que o Ministério da Saúde disponibilizou recursos para os municípios para realização de cirurgias eletivas. Cada município poderia realizá-las no seu hospital de referência municipal ou utilizar o recurso financeiro para realizar em algum hospital sob gestão estadual. A distribuição de recursos pelos municípios via de regra se dá por critério populacional, com uma divisão *per capita*.

No caso de recursos destinados a cirurgias eletivas, cada município regula internamente as cirurgias, assim como administra os recursos financeiros.

A regulação estadual participa na distribuição das vagas ofertadas entre os municípios na forma de cotas e há referência a protocolos estabelecidos para o acesso às especialidades cirúrgicas.

Cada município pode acessar o HRJ através do AME ou através de agendamentos diretos, sempre utilizando-se o sistema de informação CROSS.

O gestor estadual considera, entretanto, que esse agendamento direto não é muito indicado pela dificuldade dos municípios em atender aos protocolos e em enviar os pacientes “prontos” para a cirurgia, demonstrando clara falta de confiança na capacidade da atenção básica em indicar corretamente os procedimentos.

Entende que seu papel é o de gerenciar essas vagas, evitando perdas primárias, e o monitoramento do uso das vagas. Por isso, recomenda-se que os municípios alimentem o mecanismo de “fila de espera” ou “cadastro por demanda de recurso” (CDR).

“Então o que que a gente fala para os municípios: alimenta o CDR. Coloca todos os seus pacientes que estão precisando de cirurgia, de consulta, de exame, do que for, coloca no CDR. Porque aí a nossa regulação consegue fazer um gerenciamento melhor dessas vagas.”

O CDR, todavia, não traz informações clínicas ou grau de gravidade, apenas o nome do paciente, tipo de cirurgia e data em que entrou na fila. O gestor estadual recomenda que os municípios insiram o paciente numa ordem de prioridade, delegando ao município essa tarefa regulatória.

O médico regulador do DRS não realiza nenhum tipo de avaliação sobre pacientes cirúrgicos eletivos. Do ponto de vista clínico, isso ocorre apenas sobre alguns casos específicos como cardiológicos ou oncológicos, proeminentemente quando se trata de exames complementares.

Há críticas quanto à ferramenta CDR sobretudo com relação aos pacientes cirúrgicos eletivos.

“Isso tem vários problemas, porque quando você coloca no CDR, você não sabe se aquele paciente que está lá, que o município colocou, ele já está com a indicação cirúrgica fechada, se ainda precisa de uma avaliação para fechar a indicação cirúrgica, se ele está precisando de fazer todos os exames ainda...”.

“A gente conseguiu consolidar uma fila, que foi encaminhada para o Ministério da Saúde, com base no CDR, mas a gente entende que aquela fila não diz muita coisa. (...) Saiu uma fila única mas questionável.”

A fila necessitaria atualização inclusive sobre quem possivelmente já realizou a cirurgia.

A percepção com relação à demanda para cirurgias eletivas é de que “é um número assustador. É muita demanda.”

O diálogo da regulação do DRS com a regulação dos municípios ocorre mais frequentemente em decorrência de questões ambulatoriais.

A percepção é a de que os hospitais de referência municipal, em especial as Santas Casas da região, não definiram sua vocação no sentido de colaborar regionalmente com algumas cirurgias eletivas.

“E aí o que acontece? O HUSF tem que absorver toda essa demanda. A demanda da urgência e emergência, da alta complexidade e da média complexidade. Ele não vai dar conta.”

Além disso, a percepção de falta de leitos ou vagas também se repete com o gestor estadual, assim como na atenção básica e nos serviços de média complexidade.

“Eu acho que o HUSF deveria abrir mais leitos, mesmo que as Santas Casas absorvessem um pouco.”

Cogita-se a ampliação do AME Atibaia para a modalidade “AME cirúrgico”, de modo a ali resolver alguns tipos de cirurgias que podem ter alta no mesmo dia. Utilizando-se do hospital-dia, desafogaria o Hospital Universitário São Francisco.

Há pouca suspensão de cirurgias; quando ocorrem em geral são por condições clínicas do paciente.

Os protocolos pré-operatórios, por sua vez, são vistos como muito rígidos. “Se os protocolos fossem mais flexíveis, facilitaria o acesso.”

O DRS não conhece as filas internas nos hospitais e admite que tampouco os municípios sabem da trajetória de seus pacientes dentro desses serviços. “Os serviços devem dar mais transparência. É um buraco negro; entrou lá no Regional, eles (os municípios) falam: ‘não sei quando agendou a cirurgia’; sabe porque recebe a filipeta pra levar o paciente. (...) no HUSF também é um buraco negro.”

O sistema CROSS permite que o município visualize as datas de cirurgias agendadas no HRJ mas não permite a mesma função quando se trata do HUSF.

Na entrevista realizada, fica exposto que a contra-referência após a alta não está bem “amarrada” pelos contratos de gestão.

As peculiaridades do paciente cirúrgico eletivo, envolvendo todas as etapas pelas quais ele tem que passar, desde o momento da hipótese diagnóstica até a realização do procedimento cirúrgico, dificulta o controle rígido ou mais minucioso dos casos dos pacientes. Isso envolve realização de exames, incluindo pré-operatórios, agendamento de consultas e interconsultas e o agendamento da própria cirurgia. Ou seja, são diversas etapas pelas quais o indivíduo deve percorrer.

“Vou levantar necessidades cirúrgicas da região, eu fico perdida! Por onde eu começo?”

Na visão do gestor estadual há a necessidade de se resgatar a importância da Comissão Intergestores Regional, fortalecendo-a.

“(...) que os municípios não esperem chegar na câmara técnica ou na CIR para trazer reclamações; pede que procurem a regional sempre que tiverem necessidade, e que utilizem o espaço da CIR e câmara técnica para realmente planejar e construir o SUS regional.”

O discurso do gestor estadual se reflete nos instrumentos por ele elaborados, como é o caso dos contratos de gestão.

Os contratos de gestão são documentos públicos utilizados para a operacionalização da gestão e execução das atividades e serviços de saúde necessários à garantia da continuidade do cuidado em diversos níveis de atenção do sistema de saúde. Podem ser celebrados entre qualquer esfera de governo e entidades qualificadas como “organização social” (OS) (SANO e ABRUCIO, 2008).

Analizamos dois contratos de gestão, que seguem anexos. Trata-se dos referentes à gestão do Hospital Regional de Jundiaí e do Ambulatório Médico de Especialidades “Durval Mantovaninni” – AME Atibaia. Os dois seguem um padrão semelhante por serem ambos equipamentos sob gestão estadual.

Um ponto importante observado é o órgão responsável pelo acompanhamento contratual, que não se dá pelos atores da região de saúde, ou que conhecem a fundo seus problemas e necessidades. Eles preveem o acompanhamento pela Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde, e não pela Coordenadoria de Regiões de Saúde.

Quanto à relação do gestor estadual com as organizações sociais, a contratualização ocorre via Coordenadoria de Gestão de Contratos e Serviços de Saúde (CGCSS), da SES/SP. O DRS, ligado à Coordenadoria de Regiões de Saúde (CRS), “participa da elaboração do projeto assistencial, levantar necessidades,

discutir no colegiado quais são as especialidades que a gente precisa, exames.” Participa também das reuniões de avaliação do contrato, verificando se foram atingidas as metas quantitativas e qualitativas. Tais reuniões são trimestrais. O acompanhamento se dá pela produção e pelos indicadores de qualidade, de modo a verificar se as metas foram atingidas, sob o risco de corte de recursos.

Na sua visão, a CRS vem qualificando o processo de acompanhamento, com participação mais ativa e levando para a CGCSS reais necessidades das regiões, por conhece-las por conta da participação nos colegiados. Trata-se de um processo dinâmico, pois assim se comportam as necessidades de saúde, de maneira mutável ao longo do tempo.

Ainda com relação ao acompanhamento dos contratos, pudemos identificar que trata-se de uma avaliação de produção, em detrimento de se verificar rotineiramente se as necessidades de saúde da região estão sendo atendidas. Os resultados são medidos através de indicadores de desempenho estabelecidos, em confronto com as metas pactuadas e com a economicidade no desenvolvimento das atividades, possibilitando a avaliação da execução contratual. Por exemplo: número de internações em Clínica Médica, número de saídas hospitalares em Clínica Cirúrgica, atendimento ambulatorial no ano, atendimento não médico, entre outros.

Os contratos preveem que o acompanhamento e a comprovação das atividades realizadas serão efetuadas através dos dados registrados no Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA).

Não há referência a indicadores desenvolvidos com base em critérios epidemiológicos ou necessidades de saúde das regiões de saúde atendidas.

Sobre o Hospital Regional de Jundiaí, o contrato de gestão não faz alusão à Programação Pactuada e Integrada (PPI), assim como aos tipos específicos de cirurgias que deverão ser realizadas ou seu quantitativo, assim como não menciona os critérios de escolha do tipo de cirurgia, nem quem define ou escolhe as cirurgias que serão realizadas. Há apenas uma lista de especialidades cirúrgicas que deverá ser seguida. Não há informação epidemiológica ou determinação sobre distribuição de procedimentos cirúrgicos entre as especialidades.

Nos contratos identificamos também que a prestação de serviços deverá se dar à população usuária do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Instituto de Assistência Médica do Servidor Público Estadual (IAMSPE), não sendo definidos o número de leitos, de cotas de cirurgias ou consultas para cada população. Refere

apenas que a contratada remeta mensalmente à contratante informações dos atendimentos realizados para a população de contribuintes, beneficiários ou agregados do IAMSPE.

Os contratos também não deixam explícito o procedimento para autorização das cirurgias (se cada município deverá regular e autorizar a realização das cirurgias ou procedimentos; se há algum procedimento de regulação regional sobre leitos ou cirurgias). O que eles preveem é a divulgação do número de vagas hospitalares e a inserção dos serviços ambulatoriais no serviço de marcação de consultas instituído pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP). Estabelecem de maneira genérica que os fluxos deverão ser estabelecidos pela SES/SP.

Os contratos preveem que o acesso aos exames de apoio diagnóstico e terapêutico realizar-se-á de acordo com o fluxo estabelecido pela Secretaria Estadual de Saúde.

Além disso, também exigem o fornecimento ao paciente de relatório circunstanciado do atendimento prestado, contendo as seguintes informações:

- Nome do paciente
- Nome da unidade de atendimento
- Localização do serviço/hospital (endereço, município, estado)
- Motivo do atendimento (CID – 10)
- Data de admissão e data da alta (em caso de internação)
- Procedimentos realizados e tipo de órtese, prótese e/ou materiais empregados, quando for o caso.

Os contratos não citam o termo “contra-referência”.

Cada valor financeiro a ser repassado no ano seguinte é definido por meio de retificação celebrado ao final de cada exercício. É determinado com base nas metas propostas e nas atividades assistenciais a serem desenvolvidas no próximo exercício.

A análise dos indicadores de qualidade permite a conclusão sobre o cumprimento das metas e os consequentes ajustes financeiros. Os indicadores de qualidade variaram ligeiramente ao longo dos anos. Estão relacionados à qualidade da informação, programa de humanização, controle de infecção hospitalar, implantação de sistema de custos, taxa de suspensão de cirurgias e atividade cirúrgica, monitoramento de atividades selecionadas, comissão de revisão de prontuários.

Os valores de pagamento possuem uma parte fixa (90% do valor do repasse), e uma parte variável (10% do valor do repasse). Tal variação depende da avaliação dos indicadores de qualidade.

Os contratos preveem que as contratadas reconhecem a prerrogativa de controle e autoridade normativa genérica da direção nacional do SUS, decorrente da Lei n.º 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde).

O contrato de gestão define os itens “assistência hospitalar”, “hospital dia e cirurgias ambulatoriais”, “atendimento a urgências hospitalares” e “atendimento ambulatorial”. Traz metas quantitativas com número de internações hospitalares em clínica médica, clínica cirúrgica eletiva, cirurgias em hospital-dia, cirurgias ambulatoriais, atividade ambulatorial e atendimento às urgências, neste caso classificadas como “porta fechada”.

Entre as informações a serem encaminhadas à contratante, são exigidos:

- Relatórios contábeis e financeiros
- Relatórios referentes aos indicadores de qualidade
- Relatórios de custos
- Censo de origem dos pacientes atendidos
- Pesquisa de satisfação dos pacientes e acompanhantes
- Outras, a serem definidas para cada tipo de unidade gerenciada: hospital, ambulatório, centro de referência e outros.

Os contratos também trazem tabelas com valores progressivos de desconto, de acordo com o volume de produção, como no exemplo abaixo:

Tabela 5: Valor a pagar com desconto progressivo a depender da atividade realizada

	Atividade realizada	Valor a pagar
Internação em Clínica Médica	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade internação
	Entre 95% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade internação
	Entre 70% e 94,9% do volume contratado	90% X peso percentual da atividade internação X orçamento do hospital (R\$)
	Menos que 70% do volume contratado	70% X peso percentual da atividade internação X orçamento do hospital (R\$)

Fonte: Contrato de Gestão SES/SP-HRJ

Pelo exemplo acima, nos chama a atenção o fato de que, independentemente do quanto abaixo de 70% do volume contratado, o prestador já tem garantidos 70% do recurso a ser recebido.

Os termos de retratificação modificam e ajustam os valores financeiros para o exercício do ano seguinte, adequando a produção aos valores correspondentes. Permanecem os valores fixos (90%) e os valores variáveis (10%) dos contratos.

Tais características gerais dos contratos permanecem ao longo dos anos, evidentes também nos termos de retratificação, além de se basearem na série histórica do que foi realizado pelo próprio hospital no exercício anterior. Foram mantidas também, de maneira geral, as especialidades médicas atendidas.

Para o ano de 2015 surgem ofertas de exames complementares (serviços de apoio diagnóstico e terapêutico – SADT) no HRJ para pacientes externos. Foram definidos de maneira geral os exames de ultrassonografia, tomografia computadorizada e endoscopia, porém sem discriminar que subtipos de exames, em especial para os de imagem (ultrassonografia e tomografia), o que não deixa claro quem determina o número de exames de cada subtipo a ser realizado, por exemplo: ultrassonografia abdominal total, ultrassonografia de próstata, tomografia de crânio, tomografia de tórax, e muitos outros.

Entretanto, trata-se de um hospital de perfil predominantemente de clínica cirúrgica, induzida inclusive pelo próprio contrato de gestão, em que 68% do montante do repasse devia ser destinado a essa área, no seu primeiro ano.

No mês de julho do mesmo ano foi firmado termo de retratificação que reduziu o valor anual do contrato de R\$25.698.000,00 para R\$22.956.000,00, sem que fosse explicitada a justificativa para isso, se adequação às necessidades de saúde das regiões atendidas ou qualquer explicação relacionada à contenção de gastos ou despesas pela SES SP, ou à incapacidade de a Organização Social vir a cumprir as metas então vigentes. Essa redução do valor financeiro foi acompanhada de alterações nos quantitativos de serviços num total a menor.

Em julho de 2015 também foi descontado valor devido a descumprimento de metas da parte variável do contrato (indicador qualidade da informação) referente ao primeiro trimestre do mesmo ano. Ao longo de um mesmo ano, o contrato vai se readequando por meio dos termos de retratificação, como no exemplo abaixo, referente ao ano de 2015.

Tabela 6: Readequações do contrato de gestão do HRJ por meio dos termos de retirratificação (TR) ao longo do ano de 2015

Mês	TR 01 Valor Mensal	TR 02 Ajuste Custeio	TR 03 Descumpr. Meta	TR 04 Aporte Custeio	Repasse Custeio
Janeiro	R\$1.913.000,00				R\$1.913.000,00
Fevereiro	R\$1.913.000,00				R\$1.913.000,00
Março	R\$1.913.000,00				R\$1.913.000,00
Abril	R\$1.913.000,00				R\$1.913.000,00
Maio	R\$1.913.000,00				R\$1.913.000,00
Junho	R\$1.913.000,00				R\$1.913.000,00
Julho	R\$2.370.000,00	R\$1.913.000,00	(R\$43.042,50)		R\$1.913.000,00
Agosto	R\$2.370.000,00	R\$1.913.000,00			R\$1.913.000,00
Setembro	R\$2.370.000,00	R\$1.913.000,00			R\$1.913.000,00
Outubro	R\$2.370.000,00	R\$1.913.000,00			R\$1.913.000,00
Novembro	R\$2.370.000,00	R\$1.913.000,00		R\$250.000,00	R\$2.163.000,00
Dezembro	R\$2.370.000,00	R\$1.913.000,00		R\$250.000,00	R\$2.163.000,00
Total	R\$25.698.000,00		(R\$43.042,50)	R\$500.000,00	R\$23.412.957,50

Fonte: Contrato de Gestão SES/SP-HRJ

Cada retirratificação para o ano seguinte se baseia na produção realizada e informada aos sistemas de informação do DATA-SUS, pelo hospital, no exercício anterior, não fazendo referência a adequações às necessidades de saúde das regiões atendidas.

Em 2016 observamos uma redução do percentual do montante do recurso financeiro destinado à clínica cirúrgica (de 68% para 41%) e do aumento do que é destinado a clínica médica (de 10% para 35%). Isso se deu pela introdução de serviço de hemodinâmica no hospital (o termo de retirratificação ao contrato de gestão n.º 02/16 refere-se a parcela única de recurso para investimento em equipamento). Entretanto, não está explícita a explicação para ambas as alterações, se o novo serviço veio para suprir necessidade das regiões atendidas, ou se isso foi debatido nas reuniões de colegiado.

O contrato de 2017 já cita a Central de Regulação CROSS como via de agendamento para primeiras consultas.

No caso do AME Atibaia, de 2013 para 2017 observamos uma redução progressiva no número de consultas médicas, sem justificativa explicitada nos termos de retirratificação contratual. Da mesma forma, não encontramos o cálculo para a correspondência dos valores dos recursos financeiros.

5.2.4 Visão do Colegiado Regional

A visão da Comissão Intergestores Regional enquanto coletivo e instituição somente pôde ser apreendida através da leitura das atas de reuniões do colegiado.

Segundo os achados nesse material, as reuniões demonstram-se esvaziadas.

“Inicia a apresentação colocando a participação dos gestores nas reuniões de CIR, que em algumas teve uma baixa participação, ressaltando a importância desse espaço de discussão para o desenvolvimento do SUS na região.”

“(...) devido a falta de quórum, a ata da reunião anterior não poderá ser aprovada.”

“Acrescenta a dificuldade da presença dos gestores nas reuniões, (...) não estão num espaço tão importante que é a CIR.”

“Como fraqueza a falta de gestores nas reuniões de CIR, mas que também se sentem desmotivados, porque nada se resolve e talvez por isso esse esvaziamento.”

Os gestores encontravam-se descrentes das potencialidades do colegiado como força ou poder coletivo, assim como o enxergam como espaço de disputa entre municípios e estado.

“Aponta como fragilidade a participação dos secretários, que tem a sensação que o DRS finge que faz reunião e os municípios fingem que vão.”

“A região de saúde de Bragança é largada.”

“É uma região que não é prioridade para o estado.”

“Dificuldade do DRS em aceitar as demandas que os municípios trazem, sem nem sequer dar satisfação.”

Um ponto relevante é que as reuniões não prescindem da sua função burocrático-cartorial no que tange à homologação de equipes de estratégia de saúde da família, equipes de saúde bucal, agentes comunitários, transferências de teto de média e alta complexidade, rede de oncologia, reformas de unidades de saúde por programas específicos como o “Qualis UBS”, etc. Os processos cartoriais são necessários dentro do colegiado para aprovações e homologações necessárias para o repasse de recursos fundo a fundo provenientes do Ministério da Saúde para os municípios, e da formalização das redes temáticas, também fortemente atreladas ao repasse de recursos financeiros específicos.

Isso posto e seguindo adiante nesse processo de análise e interpretação, observamos que o colegiado percebe a fragmentação do sistema e da rede de

atenção à saúde. Há dificuldades ou deficiências no trabalho em rede pelos municípios e da região como um todo, num enfoque genérico mas que pode ser um indício para a dificuldade em acompanhar o paciente cirúrgico eletivo na rede.

“Os problemas apontados nesse espaço são a dificuldade de trabalhar a integralidade do atendimento ao paciente; as ações fragmentadas entre vigilância e atenção básica; baixa valorização do papel do agente comunitário de saúde junto às equipes de saúde da família; despreparo dos profissionais da recepção no atendimento aos usuários e fluxos de trabalho e dificuldade em implementar e monitorar as redes”.

“Chama a atenção para a importância de se trabalhar a contra-referência.”

Não se observa nas atas analisadas a preocupação ou o efetivo acompanhamento de planos operativos de contratos de gestão de prestadores na região de saúde. Tais trechos são raros nos anos de 2015 e 2016, denotando a ausência de uma cultura de monitoramento e avaliação por parte do colegiado sobre os serviços que são suas referências, fundamentais para o acesso de seus municípios. “(...) quer análise do plano operativo do HUSF e que se levante a produção e apresente na próxima reunião.” Quando o tópico vem à tona, também reflete o discurso de valorização da produção em detrimento da análise quanto ao atendimento às necessidades de saúde da região.

Outro elemento que tem forte impacto sobre as ações na região é a judicialização, que emerge nas reuniões do colegiado como um fator preocupante com efeitos sobre o planejamento das ações e serviços, assim como no uso do recurso financeiro disponível. Há uma inquietude evidente entre os gestores municipais e estadual, na figura do DRS, que gerou a necessidade de que fossem abertos canais de diálogo com o Poder Judiciário.

Em relação às cirurgias eletivas, pela leitura das atas evidenciou-se que os gestores possuem dificuldades de fluxos e de acompanhamento longitudinal de pacientes que seriam submetidos a cirurgias eletivas.

“Como fragilidades foram apontadas (...) as dificuldades dos fluxos tanto dos municípios quanto do estado.”

“Fala da dificuldade com cirurgias eletivas; perdem o paciente e não ficam sabendo se ele fez ou não a cirurgia, principalmente quando entra no HUSF. E pedem mais participação nos planos operativos, principalmente nos serviços regionais; querem estar mais próximos disso.”

“Coloca ainda outra dificuldade com relação aos casos que não são para ser operados no Regional de Jundiaí; os municípios ficam sem saber se essas pessoas fizeram ou não a cirurgia.”

Em junho de 2015 foi criado um comitê hospitalar para “planejamento, pactuação e monitoramento visando a organização e otimização dos recursos da assistência especializada e hospitalar disponíveis.”

“O comitê deve realizar o diagnóstico da atenção especializada hospitalar na região, fazer planejamento estratégico, atualizar as pactuações anteriores e propor temas na CIR.”

“O objetivo desse comitê é operar como um espaço permanente de planejamento, pactuação e monitoramento visando a organização e otimização dos recursos da assistência especializada e hospitalar disponíveis nas regiões aprimorando a aplicação dos princípios do SUS.”

Falava-se em fortalecer o comitê hospitalar regional, em revisão da Programação Pactuada e Integrada (PPI) para “equalizar” o físico-financeiro reajustando valores, implantar o sistema CROSS nos ambulatórios e hospitais, intensificar o processo regulatório e rever e qualificar a contratualização dos serviços. Falava-se sobre proposta de discutir leitos da clínica cirúrgica. Entre os pontos que referiam ter discutido na câmara hospitalar estão os partos da região, leitos de clínica médica e leitos de UTI neo natal, assim como a produção do Hospital Universitário São Francisco.

Tal comitê surgiu como iniciativa para discussão específica, técnica, a fim de suprir mais uma deficiência do colegiado gestor.

A temática “cirurgias eletivas” surge no discurso expresso nas atas ao se abordarem os programas de auxílio financeiro destinados aos hospitais da região, em especial as Santas Casas. Tais programas vêm fortemente atrelados à realização de procedimentos cirúrgicos nesta região de saúde, pactuados por todos e distribuídos por critérios eminentemente populacionais.

A Comissão Intergestores Regional adota, via de regra, o critério populacional para distribuição de recursos financeiros ou mesmo cotas ou vagas para serviços ou procedimentos.

A relação com os prestadores de serviços não é habitualmente amistosa, em especial nas negociações quanto à remuneração e à tabela de valores adotada.

Em setembro de 2015 foi discutida estratégia de cirurgias eletivas, com referência a saldos para esses procedimentos desde o ano de 2011 até 2014, assim como a uma nova portaria, de 22/07/15. Os municípios que tivessem saldos de portarias anteriores só poderiam executar recursos da nova portaria mediante a execução dos saldos, demonstrando uma incapacidade de esgotar recursos para cirurgias eletivas nos anos anteriores.

6. DISCUSSÃO

Elegemos para a discussão a dimensão política gerencial, ou de gestão, proposta neste estudo.

A concretização de um ideário de sistema de saúde integrado e articulado, consolidado em uma rede de atenção à saúde passa, necessariamente, pela construção coletiva permanente nos territórios, dentro da região de saúde. Porém o esvaziamento das reuniões impede que o poder decisório seja partilhado de maneira equivalente entre todos nessa dinâmica de correlação de forças que acaba por decompor mais do que compor, representando uma clara assimetria de poder.

“O fortalecimento de atores políticos institucionais, como os secretários de saúde, gerou tensões crescentes no exercício do poder compartilhado, acarretando conflitos que foram trabalhados a partir das esferas de pactuação que haviam sido institucionalizadas” (FLEURY, 2009).

Dentro desse contexto, além das relações intermunicipais, horizontais, há que se analisar as relações verticais, simbolizadas pela Secretaria de Estado com os municípios da região. O DRS sobressai como ator que define planos por meio da colocação estratégica de temas (definição das pautas).

Estabelecem-se aí relações entre “dominante” e “dominado”, em que aqueles que possuem algum poder político, técnico ou econômico exercem importante influência sobre os “mais fracos”. Isso ocorre tanto nas relações verticais, com a SES, quanto nas relações intermunicipais.

Isso posto, remetemo-nos à discussão acerca do pacto federativo e das atribuições de cada esfera de governo. Uma característica na formação do Estado brasileiro é a ausência de um pacto federativo efetivo (PESSOTO *et al*, 2015). Isso gerou, e continua gerando, dificuldades na articulação entre os três entes federativos, o que se reflete na atribuição de responsabilidades e divisão de competências entre as esferas (KUGELMAS e SOLA, 1999). Tal divisão não é clara, havendo muitas competências conjuntas. Este é um padrão que se reproduz no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Esse panorama é um contrassenso à dinâmica de descentralização e fortalecimento do nível local, em especial após o movimento sanitário e no que tange às políticas de saúde de maneira geral. A capilarização é intensa, com o município

explicitamente considerado como ente federativo na própria Constituição Federal, artigos 1º e 18 (BRASIL, 1988).

O gestor municipal deve lidar com o conflito e a incongruência dos limites tênues dessas atribuições mal definidas entre os três entes, fruto de um pacto federativo frágil, tendo clareza de suas responsabilidades como ente federado. Simultaneamente, deve cobrar as responsabilidades dos outros entes, exercitando o convívio no dissenso, assim como cobrar as responsabilidades dos outros municípios sob o risco de prejuízos para toda a região em caso de algum deles não cumprir o seu papel. O discurso do secretário municipal de saúde não só constrói, mas tem a potencialidade de modificar coletivamente processos e relações sociais com o objetivo de favorecer a consolidação do princípio da integralidade, uma vez que as pactuações definidas no colegiado proporcionarão a garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde.

Certo é que toda ação de saúde bem estruturada em um município afeta toda uma região de saúde (por exemplo, atenção básica qualificada maximiza o bom uso da atenção especializada). O gestor municipal lida, portanto, a todo momento, com prerrogativas e responsabilidades dentro de um contexto que é regional.

A regionalização vem como um processo de cunho fortemente político, resultante da articulação entre distintos atores, porém confrontando autonomia e interdependência, dentro de uma ação que é coletiva. Surge como estratégia de promover a articulação entre os municípios favorecendo as relações intergovernamentais solidárias e cooperativas, o que favoreceria a efetividade, a equidade de acesso e, portanto, o alcance da integralidade. Trata-se de um processo que poderia contribuir para a redução de desigualdades sociais e territoriais, promover a universalidade e a integralidade, a racionalização de gastos e otimização de recursos, e o fortalecimento da descentralização. Entretanto, a autonomia municipal decorrente do processo de descentralização pode ser vista como um entrave à regionalização por sofrer fortes influências da dinâmica política, social e interesses eleitorais, clientelistas e corporativos (MELLO *et al.*, 2015). SANTOS e CAMPOS (2015) referem que a região de saúde por muitos anos foi deixada de lado, num contexto em que a integração em rede que se regionaliza é baixa no nosso país e cujo processo foi bastante competitivo e pouco solidário, com o município atuando no interesse meramente local.

Tal modelo federativo é caracterizado também pela ausência de mecanismos ou instrumentos eficazes de cooperação (KUGELMAS e SOLA, 1999), coordenação, regulação, planejamento, tanto horizontal, entre entes da mesma esfera, quanto vertical, entre diferentes esferas. Os poucos instrumentos existentes demonstram-se frágeis e não há uma cultura de monitoramento e avaliação (GIOVANELLA, 2002). Um exemplo claro é a Programação Pacutada e Integrada que, na região de saúde de Bragança, foi elaborada no ano de 2007 e nas atas dos dois anos examinados não aparece como pauta das reuniões. Tal ausência é notória como um discurso “não dito” proveniente de um lugar de submissão, que se caracteriza pela ausência de cobrança por parte dos secretários municipais por acompanhar, monitorar e avaliar tais instrumentos, ações estas fundamentais na contribuição para as tomadas de decisões. Instrumentos eficazes podem ser um elemento de fortalecimento da governança regional. Além disso, a institucionalização da prática do monitoramento e avaliação como subsídio para as tomadas de decisão dos gestores, com o objetivo de melhorar o sistema de saúde, ainda se trata de um processo de incorporação incipiente. A falta de monitoramento da PPI pelos municípios nos leva a crer que este processo não se deu de maneira ascendente, de base municipal, como preconizado pela NOB SUS 96 (BRASIL, 1996) (ver apêndice “2”). Pelas atas analisadas, os municípios não falam sobre a PPI, não a citam, de modo que isso leva a crer que possivelmente não conhecem a fundo onde possuem cotas ou serviços já garantidos na região, podendo até mesmo estar adquirindo serviços desnecessariamente. Os municípios não participam definindo necessidades e quantidades de serviços a serem distribuídos.

Um agravante para a fragilidade no pacto federativo são as poucas competências materiais e legislativas dos estados (ABRUCIO, 1994), diferentemente do município, ente mais próximo da população e, por isso, o mais “reclamado”, e da União, responsável pelas políticas nacionais macroeconômicas. Há, portanto, uma “polarização federativa”, com a municipalização polarizada com o ente federal e baixa participação dos estados, com o estado não sobressaindo no seu papel regulador ou mediador das negociações, além de também haver certa fragilidade estrutural e técnica para tal (MELLO *et al.*, 2015).

Além da fragilidade das relações estabelecidas e da insuficiência de mecanismos ou do seu uso inadequado, observa-se grande desigualdade de condições políticas, técnicas, financeiras, e mesmo de necessidades de saúde dos

municípios. Tal desigualdade se acentuou após o processo de descentralização, assim como fragmentou o sistema de saúde e ocasionou dificuldades no alcance da integralidade. No caso da região de saúde de Bragança, temos onze municípios bastante heterogêneos, onde apenas Bragança Paulista, Atibaia e Socorro possuem mais de 25.000 habitantes, sendo também os mais participativos no colegiado. Ou seja, a dimensão do poder político, técnico e administrativo dos municípios menores pode ser um entrave nas conquistas coletivas da região. Por outro lado, os municípios maiores pouco atuam enquanto lideranças regionais na disposição da cooperação mútua. Encontramos a ausência da “solidariedade orgânica”, cerne do fenômeno regional, citada por Milton Santos (SANTOS, 2014), mas há arranjos organizacionais que criam uma coesão organizacional, com hierarquias de ordens técnicas, financeiras e políticas intensamente presentes. A rotatividade de secretários também gera descontinuidade política prejudicando a gestão (MELLO *et al.*, 2015). A fragilidade do poder técnico, que seria o fator que, segundo SANTOS (2014) poderia permitir um certo comando regional sobre o território, acarretaria na “anulação” ou enfraquecimento da região perante um contexto mais amplo (DRS, estado, país), como observamos em nosso estudo.

Essa diversidade e heterogeneidade gera a necessidade de estabelecer-se mecanismos de cooperação técnica e financeira pois muitas vezes a região como coletivo não parece conseguir impor e consolidar seus anseios. Muito disso se deve, possivelmente, ao predomínio de intencionalidades políticas municipais individuais de cada um desses onze municípios. É preciso um amadurecimento, qualificação ou implementação de uma nova racionalidade na gestão dentro da região (menos conflitiva e mais cooperativa), compatível com o Sistema Único de Saúde, de modo que o fórum possa efetivamente ser utilizado como um espaço de construção coletiva e de luta por interesses coletivos e solidários enquanto região. A gestão pouco qualificada revela uma realidade social produto, principalmente, da experiência subjetiva e intersubjetiva dos atores envolvidos no processo e sua visão, reforçando práticas competitivas favorecidas por este cenário e possivelmente guardando uma intertextualidade entre o discurso nas reuniões da CIR e o discurso apreendido nas vivências dentro do município. Não desconsideramos aqui a importância das intencionalidades políticas no processo de planejamento mas, em se tratando de políticas de saúde, há de existir um equilíbrio entre os aspectos técnico e político.

Por outro lado, esse lugar conflituoso ou dúbio do gestor municipal também gera tentativas de fortalecimento ou empoderamento do colegiado regional. Uma delas é a criação de um comitê técnico de especialidades ambulatorial e hospitalar, diante da necessidade de qualificar o fórum, apontando a fragilidade técnica. O comitê surge como esforço de organização da atenção especializada e hospitalar, determinando objetivos, competências e atribuições dos serviços, assim como para funcionar como espaço de discussão acerca de instrumentos como a Programação Pactuada e Integrada (PPI) e a Central de Regulação e Oferta de Serviços de Saúde (CROSS). Outra tentativa nesse sentido foi uma reunião de municípios sem a presença do DRS, em que foram enumeradas fragilidades e fortalezas da região. O produto dessa reunião seria um documento que seria encaminhado ao DRS.

Apesar do sentimento evidente de região fragilizada, a mesma tem grandes potencialidades, como já demonstrou com o processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) regional. Ainda assim, há um longo caminho de desenvolvimento de uma cultura solidária entre os municípios da região e mesmo entre os entes federados.

Finalmente, a CIR mantém sua característica de espaço homologatório, sem grandes discussões acerca dos credenciamentos de equipes e/ou estabelecimentos e seu impacto para a região como um todo, o que se comprova pelo discurso prescritivo dos secretários municipais, no sentido de seguir certas regras explícitas ou implícitas determinadas pelo colegiado. Neste caso, na ausência de tais discussões, a ausência do discurso, ou o discurso não dito, mantendo o tom burocrático ou cartorial do grupo e reafirmando a indução financeira na estruturação da rede e dos serviços que a compõem.

Identificamos no estudo que, na região de saúde de Bragança, os serviços de média e alta complexidade sob gestão estadual são administrados por Organizações Sociais

No governo Fernando Henrique Cardoso, em 1995, foi implementado o Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), em que foram criadas novas estruturas organizacionais que se responsabilizariam pela prestação de serviços, como as Organizações Sociais (OS), com o intuito de reduzir o tamanho do aparato do Estado. A este permaneceria o papel regulador e de planejamento (SANO e ABRUCIO, 2008)

A regulação estatal se justifica pela necessidade de planejar a oferta de ações e serviços de acordo com a demanda baseada nas necessidades de saúde da população, o que na prática muitas vezes não ocorre por inúmeros interesses de mercado. Também se justifica para garantir o bom uso dos serviços e tecnologias, de acordo com critérios adequados estabelecidos. É por meio da regulação que se alcança os grandes objetivos sociais do sistema de saúde, em especial sob o prisma da equidade (FARIAS *et al.*, 2011).

A ausência de regulação e a falta de instrumentos como protocolos e classificação de risco estão relacionados ao aumento do número de consultas com especialistas e/ou procedimentos, além de prejudicar a qualidade da assistência. A ausência de regulação também tem como consequência a aparente insuficiência na oferta de serviços e a falta de monitoramento e avaliação do cumprimento do que foi contratualizado nos planos operativos pelos municípios ou pelo colegiado. Em última instância, leva à dificuldade de acesso às ações e serviços (FELICIELLO, 2014).

Há que se discutir a interdependência entre Estado e mercado e a capacidade da gestão em regular as instituições contratadas, assim como a mudança de um planejamento regido pela oferta para um regido pela demanda e necessidades de saúde; pouco se fala de demandas ou necessidades de saúde nas atas analisadas. Na saúde, não é possível pensar em regulação apenas como mecanismo adotado para corrigir falhas de mercado. Diversos outros fatores estão envolvidos, além do equilíbrio entre oferta e demanda, como as expectativas sobre a demanda, a demanda e sua construção social (SOUZA e BOTAZZO, 2013), e a missão ou objetivo final do sistema de saúde, que é produzir saúde. Não é possível levarmos em conta apenas as regras da economia geral.

Diante da fragilidade de mecanismos regulatórios e da regulação estatal em si, com todas as suas consequências, surgem outros mecanismos indutores da ação do Estado, determinando ações e serviços, como a implantação de redes temáticas (Urgência e Emergência, Atenção Psicossocial, Pessoa com Deficiência, Oncologia) e a judicialização, ambas presentes em diversas atas analisadas. No que tange às cirurgias eletivas, a integralidade muitas vezes é atingida por meio deste último mecanismo. Momentos de enfrentamento de epidemias também induzem a discussão acerca de fluxos e protocolos, como por exemplo, o caso da dengue, Zika Vírus e microcefalia.

As redes temáticas surgem como tentativas de se organizar a Rede de Atenção à Saúde a partir da necessidade de enfrentamento de vulnerabilidades, agravos ou doenças que acometem pessoas ou populações. Todas são transversalizadas pelos temas: qualificação e educação, informação, regulação, e promoção e vigilância à saúde (BRASIL, 2013). Em última instância tentam modificar a relação oferta/demanda de acordo com as necessidades. Entretanto, muitas vezes não guardam relação com os problemas prioritários locais.

A pesquisa traz à tona também a reflexão sobre a forma como a lógica capitalista interfere nas relações existentes dentro de um espaço delineado numa região de saúde, assim como discute que forças, processos ou dimensões contribuem para a imposição desta lógica e para a configuração da rede de atenção à saúde. A organização espacial, ou a organização em rede, reiteradamente é reflexo das relações de produção, da concorrência, da luta de classes e da divisão social do trabalho, com a racionalidade do financiamento sobressaindo em detrimento do atendimento às necessidades de saúde.

Assumimos aqui uma perspectiva crítica de análise, remetendo à natureza desigual do desenvolvimento capitalista, altamente evidente na atenção em média complexidade no sistema de saúde. Falamos da visão de saúde como mercadoria e da lógica da acumulação e de um consumo (de consultas, exames e procedimentos) marcado pela alienação que se contrapõe à política sanitária universal e equânime, em uma sociedade altamente medicalizada, em que o gasto com serviços não segue exclusivamente ou necessariamente critérios técnicos, mas sim determinações do contexto sociocultural. Surge o desafio de equilibrarem-se as tecnologias e inovações com as reais necessidades humanas (bem-estar, igualdade, etc.) e interesses sociais.

“Isso na medida exata em que se verifica nas sociedades contemporâneas o mercado transformando-se no fator central de articulação e organização da sociedade, rompendo-se os contratos sociais de solidariedade que lhe eram próprios e passando a prevalecer os princípios e regras da esfera privada sobre aqueles inerentes à esfera pública. E, como consequência, perde-se a concepção do direito de cidadania, que passa a ser subsumida pela de direito do consumidor.” (COHN, 2003)

Daí a importância da presença do Estado para regular o desequilíbrio ocasionado pelas leis de mercado, tentando equalizar a oferta e a demanda de bens

e serviços. Todavia, a racionalidade do Estado permanece seguindo a do mercado, o que em condições de restrições de recursos financeiros, torna quase impossível alcançar esse equilíbrio e, conseqüentemente, a integralidade enquanto princípio finalístico do sistema, pautado em outra lógica.

Na análise da integralidade, na dimensão da gestão, é fundamental o debate acerca da regulação enquanto mecanismo para assegurar que as necessidades de saúde sejam atendidas, a despeito do que poderia favorecer os serviços contratados, prestadores, os quais organizam a cadeia produtiva da saúde articulando o consumo.

Além disso, considerando que os prestadores de serviço são aqueles que ordenam a cadeia produtiva, os mesmos podem determinar os serviços que serão oferecidos ou estão disponíveis, deixando os gestores na dependência da oferta local regional. Muitas vezes há interesses não explícitos dentro dessas negociações que ocorrem nos fóruns regionais. Mesmo que na pesquisa nós tenhamos analisado as dimensões política e de gestão, existe uma dimensão econômica que não pode ser negligenciada, e que exerce uma forte influência sobre as outras duas. Podemos ousar dizer que os contratos de gestão induzem o consumo de exames a partir do momento em que a oferta fica disponível à revelia das necessidades da região, dando margem para que não cumpram funções unicamente técnicas. FARIAS *et al.* (2011) referem que “a oferta cristalizada passou a determinar a demanda”.

A ideia de regulação em saúde ou regulação no sistema de saúde está muito vinculada à regulação de acesso, em especial a serviços especializados, como consultas e exames. Ao mesmo tempo, remete à noção de controle do acesso e adequação da demanda à oferta. Não costuma ser vista como ferramenta ou técnica de gestão. Talvez seja uma das principais funções de Estado, em especial devido à oferta restrita.

Muitas vezes a oferta restrita é vista como a incapacidade do gestor em fornecer respostas às necessidades da população. Entretanto, é preciso determinar exatamente a que necessidades queremos ou devemos responder; necessidades estas que muito claramente se mesclam ou confundem com interesses de mercado ou de corporações, assim como definir precisamente se tais necessidades são reais ou verdadeiras.

Encorajamo-nos aqui a dizer que esta “incapacidade em dar respostas” trata-se, sim, de uma inaptidão do sistema para criar demandas adequadas à produção

de saúde por permitir que o mercado de tecnologias ou procedimentos exerça forte influência inclusive na geração da demanda, não apenas no consumo de serviços. Demandas essas muitas vezes criadas pelos serviços ou prestadores e não por reais necessidades de saúde.

É sempre importante lembrar que o acesso a serviços de saúde é apenas uma das inúmeras variáveis que influenciam nas condições de saúde de uma população, principalmente reiterando o conceito de saúde adotado e difundido pelo campo da Saúde Coletiva. Porém, é talvez aquele que tem maior apelo político e econômico, e é mais valorizado pela população em geral, altamente influenciada pela lógica do capital, do mercado e do consumo.

A regulação enquanto função estatal, sua importância e seu modo de atuação vão depender dos valores e opiniões disseminados na sociedade como um todo. “As intervenções do Estado são, portanto, formas de reatualização ou de manifestação do padrão de domínio existente na sociedade” (AUGUSTO, 1989). Ou seja, não será possível responder a uma questão social que se contrapõe a toda a racionalidade de um sistema de saúde.

Evocamos o debate sobre o conceito de região, considerando as diferenças de ordem cultural, além das questões ou parâmetros que envolvem, por exemplo, faixa de renda, produto interno bruto, fluxos comerciais, mas também diferenças de ordens técnicas, financeiras, políticas e condições de funcionamento do sistema de saúde. Daí advém qual seria o papel do Estado na produção espacial, considerando as características de municípios polos e municípios referenciados, hierarquias, a própria ausência da solidariedade orgânica referida por SANTOS (2014) e a necessidade de empoderamento de “novas” instâncias, como a Comissão Intergestores Regional no fortalecimento regional local.

Diante do movimento sanitário, contra hegemônico, com a implantação de um sistema de saúde universal, houve a necessidade de criação de fóruns de deliberação entre os três entes da federação. A Comissão Intergestores Regional é o grande fórum, o grande espaço de deliberações, pactuações e de discussão dentro da região de saúde. É o espaço onde têm voz os secretários municipais de saúde que, no caso da Região de Saúde de Bragança, são onze, de onze municípios distintos, heterogêneos, com diferentes perfis, tamanhos, populações e contextos políticos locais.

Sobressai a figura do secretário municipal como ator que fala de um lugar que representa uma esfera de governo tão importante quanto a esfera estadual e a esfera federal. Trata-se de um lugar conflituoso, contraditório, embaraçoso, no sentido de que possui as mesmas responsabilidades que o Ministro da Saúde e o Secretário de Estado mas tem um poder político, técnico, financeiro e administrativo muitas vezes restrito e que sofre muitas interferências locais (população e Poderes Legislativo e Judiciário mais próximos).

Os contratos de gestão refletem e reproduzem um discurso que vê a saúde como ausência de doença e os serviços de saúde como meio de possibilidade de ganho financeiro para o Complexo Industrial da Saúde e todas as relações capitalistas que daí sobrevivem (GADELHA *et al.*, 2012; CASAS, 2008). “No Brasil, a formulação e a execução de programas sociais pelo Estado têm feito prevalecer os interesses econômicos sobre as metas de maior equidade social” (AUGUSTO, 1989), numa articulação do aparelho estatal com o setor privado. AUGUSTO já relatava em 1989 que “a ampliação da assistência médica individualizada é apresentada como indicador de maior *justiça social*, numa argumentação que oculta a rentabilidade nela presente”, discurso que hoje ainda persiste, evidente nos enunciados dos gestores das Organizações Sociais.

Os contratos de gestão ainda evidenciaram a ênfase nas ações de cumprimento de metas numéricas e sua respectiva associação com valores financeiros. Tais achados são compatíveis com os de CARNEIRO-JUNIOR e ELIAS (2006). Tais autores também observaram que a equidade no acesso e o controle público não são contemplados na gestão das organizações sociais, corroborando nossos resultados.

As entrevistas se demonstraram capazes de validar os achados e resultados provenientes da leitura das atas de reuniões de colegiado, pois ali também se delinearam os conflitos inerentes às relações entre atenção básica e média complexidade, atenção básica e central de vagas do município, e entre as diferentes esferas de governo (nesta pesquisa proeminentemente estado e município).

Conforme relatado na metodologia, não foram realizadas entrevistas com os atores da central de regulação municipal devido à recusa dos mesmos. Entendemos que este é um importante achado de pesquisa considerando a característica de lugar de disputas e conflitos (FARIAS *et al.*, 2011), inclusive evidenciados nos relatos de entrevistados da atenção básica. A regulação consiste num campo de

conflito que reúne diversas lógicas: a lógica de mercado, a profissional, a tecnocrática e a política.

Os achados reiteram a pouca articulação e integração do hospital com a atenção básica e vice-versa, e a fragilidade desta como coordenadora do cuidado.

Não há linhas de produção de cuidado relacionadas ao paciente cirúrgico eletivo considerando a rede de atenção à saúde como um todo. É possível detectar a presença delas (ao menos um esboço) dentro dos hospitais de referência, mas não quando se considera o hospital inserido na rede de atenção, pois não há linhas de cuidado formalmente instituídas assim como a articulação com outros pontos da rede é falha.

Os dois programas de auxílio financeiro às Santas Casas nos anos de 2015 e 2016 – Pró Santa Casa e Santas Casas Sustentáveis – representam o foco da política de saúde implementada pela Secretaria de Estado da Saúde no governo então vigente, que deveria ser interpelado acerca do cerne no hospital, em especial os filantrópicos, e atuações essencialmente consonantes com as necessidades econômicas desses prestadores em especial, em detrimento das necessidades de saúde dos usuários. Esta última afirmação se ratifica quando os critérios para distribuição dos recursos financeiros não contemplam a análise de igualdade de chances ou oportunidades entre usuários, levando em conta as condições de saúde e classificação de risco, ignorando o princípio da equidade. É indubitável, todavia, que tais estratégias interferem na capacidade dos hospitais da região em realizar cirurgias eletivas.

Falamos de dois SUS, um teórico que, no que se refere à média complexidade, não se concretiza na sua concepção que toma como base uma definição de saúde mais ampla e objeto do campo da Saúde Coletiva. Isso porque é na média complexidade que o Complexo Industrial da Saúde encontra as oportunidades para os procedimentos mais caros e invasivos e onde é mais provável que se perpetue a lógica da saúde como mercadoria e a doença como ocasião de consumo.

CAMPOS (2007) questiona se o SUS haveria modificado o modo de funcionamento em que o usuário deve buscar entre os conveniados o tipo de atenção que imagina necessário, e em que ao Estado caberia o papel de estabelecer contratos ou convênios com prestadores, negociar preço e fiscalizar a adequação entre custos e procedimentos. Parece-nos que o SUS ainda não deu

conta de modificar esse padrão, pois ele se repete nos contratos existentes atualmente no caso em questão. Um agravante é a baixa capacidade de gestão da rede hospitalar (CAMPOS, 2007). Trata-se de uma tradição que dificulta a obtenção da Integralidade.

7. CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

A pesquisa nos mostra que instrumentos e mecanismos que têm a capacidade de promover a integralidade ao paciente cirúrgico eletivo estão presentes no caso estudado. Há formulários de encaminhamento possibilitando a referência e a contra-referência; contato direto entre equipes e central de regulação municipal e da Santa Casa de Atibaia com as equipes da atenção básica, relatórios de alta dos hospitais, sistema informatizado para o agendamento dos pacientes e fluxos estabelecidos.

No entanto, a utilização de tais instrumentos e mecanismos ainda não consegue atingir suas potencialidades máximas a ponto de podermos afirmar que a integralidade é alcançada de maneira adequada e em tempo oportuno a todos os pacientes cirúrgicos eletivos.

A qualidade da clínica praticada, juntamente com o papel da atenção básica como coordenadora do cuidado, se mostraram fundamentais para a organização dos fluxos, da rede, e para o trabalho da central de regulação, em especial quando se considera a qualidade dos encaminhamentos, com informações pertinentes, adequadas a bons protocolos, e consequentes à boa prática clínica. Estratégias como o NASF, elaboração e implantação de protocolos, ou mesmo o uso do telessaúde podem se tornar valiosas nesse aspecto pois ampliam a clínica e a capacidade resolutiva da atenção básica.

Acreditamos também que a clínica integral, que representa a integralidade em sua dimensão mais individual, e práticas integrais têm grande impacto no alcance da integralidade na sua dimensão mais ampla, como *garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde*. Um elemento para esta análise é o significado que uma consulta com especialista alcança quando o paciente compreende e corresponsabiliza-se pelo seu cuidado, evitando o absenteísmo.

Observamos que os critérios de risco para priorização de casos não são regularmente obedecidos nas unidades, levando aos contatos diretos na busca da garantia da integralidade.

Coloca-se em xeque a capacidade das unidades básicas de saúde em acompanhar sistematicamente seus pacientes cirúrgicos para além da consulta ao

sistema CROSS. Da mesma forma, questiona-se a capacidade para dimensionar suas verdadeiras demandas para as cirurgias eletivas. Isso considerando o modelo com que essa atenção básica está implantada e todos os problemas dele decorrentes, como a falta de agentes comunitários, a baixa resolutividade, a pouca autonomia nos agendamentos de seus pacientes, dentre outros. Trata-se de unidades que ainda seguem a lógica liberal-privada, médico centrada, baseada na queixa-conduta, na consulta médica tradicional, e na lógica do capital, esta imposta socialmente.

Considerando o paciente cirúrgico eletivo, há de se questionar o fluxo que perpassa várias etapas desde o atendimento na atenção básica, passando pela realização de exames, consulta no ambulatório de especialidades e consulta no hospital. Com isso, a atenção básica muitas vezes desconhece as pactuações e referências regionais e quem se responsabiliza pelos seus pacientes cirúrgicos, comprometendo o diálogo com as equipes da média e alta complexidade.

A conformação dos fluxos, como são atualmente, atribui ao ambulatório de média complexidade função regulatória que deveria ser assumida pelo gestor estadual, pois o fluxo para acesso à atenção hospitalar é formalizado mas instituído pelo AME, sob responsabilidade da Organização Social. Além disso, os contratos de gestão não são usados como instrumento de regulação pois não expressam as necessidades de saúde da população, permitindo que os serviços executores informem o número de vagas disponíveis para a região.

Os contratos de gestão e a forma como se desenham devem ser revistos, uma vez que:

- Seus indicadores de qualidade não permitem avaliar a articulação dos serviços no contexto da rede e da continuidade do cuidado para o paciente cirúrgico eletivo, na lógica de um sistema de saúde de base territorial;
- O atendimento aos usuários do SUS e do IAMSPE conglomeram duas lógicas de atenção num mesmo contrato (a atenção universal *versus* conveniados);
- O monitoramento e avaliação se dão por coordenadoria que está além das discussões regionais;
- Estão bastante enfáticos no cumprimento de metas atrelado a ajustes financeiros.

Considerando que, em se tratando do sistema as políticas e programas de auxílio financeiro devem ter sempre o objetivo de produzir saúde, os critérios para alocação de recursos devem ser revistos a fim de que sejam levados em conta as características e condições de saúde do território em que o serviço está localizado.

Esperamos que este projeto de pesquisa, através dos seus resultados, possa contribuir para melhor eficácia da regulação no município, promover maior transparência no processo de regulação no nível estadual, qualificar e fortalecer as pactuações regionais, garantir o acesso com qualidade da atenção aos usuários do SUS na região, e, conseqüentemente, consolidar a integralidade como princípio SUS.

Do ponto de vista da produção científica, esperamos ter contribuído com novos conhecimentos sobre a questão da integralidade enquanto “saber” e “fazer” em Saúde Coletiva e procuraremos difundi-los através de artigos e eventos científicos.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abrucio, FL. Os Barões da Federação. Lua Nova. 1994;(33):165-83.

Almeida-Filho N, Paim JS, organizadores. Saúde Coletiva – Teoria e Prática. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. Conceitos de Saúde: Atualização do Debate Teórico-Metodológico; p. 13-27.

Alves ZMMB, Silva MHGFD. Análise Qualitativa de Dados de Entrevista: Uma Proposta. Paidéia - FFCLRP – USP. 1992 fev-jul;(2):61-9.

Andrade LOM, Barreto ICHC, Coelho LCA. A Estratégia Saúde da Família e o SUS. In: Rouquayrol MZ, Gurgel M, organizadores. Epidemiologia & Saúde. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook; 2013.

Arendt H. A Condição Humana. 13. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2016.

Prefeitura da Estância de Atibaia. Secretaria Municipal de Saúde. Mapa da Saúde. Atibaia; 2012.

Augusto MHO. Políticas Públicas, Políticas Sociais e Políticas de Saúde: Algumas Questões para Reflexão e Debate. Tempo Social; Rev. Sociol. USP. 1989;1(2):105-119.

Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.

Brandão HN. Enunciação e Construção do Sentido. In: Figaro R, Brait B, Brandão HN, Fiorin JL, Baccega MA, Souza-e-Silva MC. Comunicação e Análise do Discurso. São Paulo: Editora Contexto; 2015.

Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Constituição da República Federativa do Brasil [internet]. 1988 [acesso em 03/10/16]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislação/constituicaofederal.pdf.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [internet]. 1990 [acesso em 03/10/16]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm.

Ministério da Saúde (BR) – Gabinete do Ministro. Portaria N.º 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprova a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde [internet]. 1996 [acesso em 11/01/2017]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11.

Ministério da Saúde (BR) – Gabinete do Ministro. Portaria N.º 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/01 [internet]. 2001 [acesso em 17/12/2017]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html.

Ministério da Saúde (BR) - Gabinete do Ministro. Portaria N.º 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002 [internet]. 2002 [acesso em 17/12/2017]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html.

Ministério da Saúde (BR) – Gabinete do Ministro. Portaria N.º 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto [internet]. 2006 [acesso em 03/10/16]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html.

BRASIL. Portaria N.º 1.097, de 22 de maio de 2006. Define o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde [internet]. 2006 [acesso em 04/10/16]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1097_22_05_2006_comp.html.

Ministério da Saúde (BR) – Gabinete do Ministro. Portaria N.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [internet]. 2010 [acesso em 03/10/16]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf.

BRASIL. Decreto N.º 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei N.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências [internet]. 2011 [acesso em 03/10/16]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm.

Ministério da Saúde (BR) – Gabinete do Ministro. Portaria N.º 2.318, de 03 de outubro de 2011. Redefine a estratégia para a ampliação do acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos, que passará a contar com três componentes, com financiamento específico [internet]. 2011 [acesso em 10/10/16]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2318_30_09_2011.html.

Ministério da Saúde (BR) – Conselho Nacional de Saúde. Resolução N.º 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [internet]. 2012 [acesso em 05/10/16]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Temático Regionalização da Saúde. Brasília; 2013. (Painel de indicadores do SUS; n. 8, v. 5).

Campos GWS. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007;12(Supl):1865-74.

Carneiro-Junior N, Elias PE. Controle Público e Equidade no Acesso a Hospitais sob Gestão Pública Não Estatal. Rev. Saúde Pública. 2006;40(5):914-20.

Casas CPR. Do Complexo Médico-Industrial ao Complexo Industrial da Saúde. In: Buss PM, Carvalheiro JR, Casas CPR. Medicamentos No Brasil – Inovação & Acesso. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.

Cecilio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção [internet]. 2001 [acesso em 03/10/16]. Disponível em: http://www.uff.br/pgs2/textos/Integralidade_e_Equidade_na_Atencao_a_saude_-_Prof_Dr_Luiz_Cecilio.pdf.

Cecilio LCO, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar [internet]. 2003 [acesso em 03/10/16]. Disponível em: <http://lrc.nutes.uff.br/constructore/objetos/A%20INTEGRALIDADE%20DO%20CUIDADO%20COMO%20EIXO%20DA%20GEST%C3O%20HOSPITALAR.pdf>.

Charaudeau P. Linguagem e Discurso – Modos de Organização. 2. ed. São Paulo: Contexto; 2010. O Signo Entre o Sentido de Língua e o Sentido de Discurso; p. 23-42.

Charaudeau P, Maingueneau D. Dicionário de Análise do Discurso. 3. ed. São Paulo: Contexto; 2012.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Santa Casa de Atibaia [internet]. [s.d.] [acesso em 31/10/16]. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Hospitalar.asp?VCo_Unidade=3504105366828.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Hospital Universitário São Francisco na Providência de Deus [internet]. [s.d.] [acesso em 31/10/16]. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Hospitalar.asp?VCo_Unidade=3507602704900.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Hospital Regional de Jundiaí [internet]. [s.d.] [acesso em 31/10/16]. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Hospitalar.asp?VCo_Unidade=3525907573162.

Cohn A. Estado e Sociedade e as Reconfigurações do Direito à Saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2003;8(1):9-18.

CONASS. Guia de Apoio à Gestão Estadual do SUS. Nota Técnica. Indicadores: Cobertura de Equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal. [internet]. [s.d.] [acesso em 03/10/16]. Disponível em: http://www.conass.org.br/guiainformacao/notas_tecnicas/NT6-Cobertura-ESF-e-ESB.pdf.

Farias SF, Gurgel GD Jr, Costa AM, Brito RL, Buarque RR. A Regulação no Setor Público de Saúde no Brasil: os (Des) caminhos da Assistência Médico-Hospitalar. Ciência & Saúde Coletiva. 2011;16(Supl1):1043-53.

Feliciello D. Regulação e Contratualização, Instrumentos de Gestão do SUS. Campinas (SP): Aula NEPP, Unicamp; 2014.

Feuerwerker LCM, Cecilio LCO. O Hospital e a Formação em Saúde: Desafios Atuais. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007;12(4):965-71.

Fleury S. Reforma Sanitária Brasileira: Dilemas entre o Instituinte e o Instituído. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009;14(3):743-52.

Fontoura RT, Mayer CN. Uma breve reflexão sobre a integralidade. *Rev Bras Enferm*. 2006 jul-ago;59(4):532-7.

Foucault M. A Ordem do Discurso. 24. ed. São Paulo: Edições Loyola; 2014.

Gadelha CAG. A Dinâmica de Inovação e a Perspectiva do Complexo Produtivo da Saúde: uma nova abordagem. In: Gadelha CAG, Maldonado J, Vargas M, Barbosa PR, Costa LS. A Dinâmica do Sistema Produtivo da Saúde – Inovação e Complexo Econômico-Industrial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.

Giddens A, Sutton PW. Pensando Sociologicamente. Discurso. Conceitos Essenciais da Sociologia. São Paulo: Unesp; 2016.

Giovanella L. Sistemas Municipais de Saúde e a Diretriz da Integralidade da Atenção: Critérios para Avaliação. *Saúde em Debate*. 2002;26(60):37-61.

Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da Atenção e Integração de Serviços de Saúde: Desafios para Avaliar a Implantação de um “Sistema sem Muros”. *Cadernos de Saúde Pública*. 2004;20(Supl 2):S331-6.

IBGE. Cidades. Estimativa da população 2016 [internet]. 2016 [acesso em 03/10/16]. Disponível em: https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2016/estimativa_dou.shtm.

Iñiguez L. Manual de Análise do Discurso em Ciências Sociais. 2. ed. Petrópolis: Vozes; 2004. A Análise do Discurso nas Ciências Sociais: Variedades, Tradições e Práticas; p. 105-60.

Keen J. Estudo de Caso. In: Pope C, Mays N, organizadores. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.

Kugelmas E, Sola L. Recentralização/Descentralização: Dinâmica do Regime Federativo no Brasil dos Anos 90. *Tempo Social; Rev. Sociol. USP*. 1999;11(2):63-81.

Martins GA. Estudo de caso: uma estratégia de pesquisa. 2. ed. São Paulo: Atlas; 2008.

Pinheiro R. Integralidade em Saúde [internet]. [s.d.] [acesso em 03/10/16]. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>.

Mello GA, Pereira APCM, Iozzi FL, Uchimura L, Demarzo MMP, Viana ALA. O Olhar Gestor sobre a Regionalização da Saúde Brasileira. *Novos Caminhos*. 2015;(9): 3-30.

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010;15(5):2297-305.

Mendes EV. As redes de atenção à saúde: uma mudança na organização e na gestão dos sistemas de atenção à saúde. In: Vecina Neto G, Malik AM. *Gestão em Saúde*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012.

Oliveira NA. A integralidade da saúde e o direito sanitário no contexto do município: desafios e possibilidades. *Blog Direito Sanitário: Saúde e Cidadania* [internet]. 2010 [acesso em 04/10/16]. Disponível em: <http://blogs.bvsalud.org/ds/2010/02/12/a-integralidade-da-saude-e-o-direito-sanitario-no-contexto-do-municipio-desafios-e-possibilidades/>.

Paim JS, Silva LMV. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. *BIS, Bol. Inst. Saúde*. 2010 ago;12(2):1-6.

Brandão HN. Análise do Discurso de Linha Francesa. In: Figaro R, Brait B, Brandão HN, Fiorin JL, Baccega MA, Souza e Silva MC. *Comunicação e Análise do Discurso*. São Paulo: Contexto; 2012.

Pessoto UC, Ribeiro EAW, Guimarães RB. O Papel do Estado nas Políticas Públicas de Saúde: um Panorama sobre o Debate do Conceito de Estado e o Caso Brasileiro. *Saúde e Sociedade*. 2015;24(1):9-22.

Pinho LB, Kantorski LP, Saeki T, Duarte MLC, Sousa J. A integralidade no cuidado em saúde: um resgate de parte da produção científica da área. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2007;9(3):835-46.

Rocha D, Deusdará B. Análise de Conteúdo e Análise do Discurso: o Linguístico e Seu Entorno. *DELTA*. 2006;22(1):29-52.

Sano H, Abrucio FL. Promessas e Resultados da Nova Gestão Pública no Brasil: o Caso das Organizações Sociais de Saúde em São Paulo. *ERA*. 2008;48(3):64-80.

Santos L, Campos GWS. SUS Brasil: A Região de Saúde como Caminho. *Saúde e Sociedade*. 2015;24(2):438-46.

Santos M. *A Natureza do Espaço*. 4. ed. 8. reimpr. São Paulo: EdUSP; 2014. Por uma Geografia das Redes; p. 261-79.

Santos M. *A Natureza do Espaço*. 4. ed. 8. reimpr. São Paulo: EdUSP; 2014. Horizontalidades e Verticalidades; p. 281-8.

São Paulo (Estado). Decreto nº 51.433, de 28 de dezembro de 2006. Cria unidade na Coordenadoria de Regiões de Saúde, da Secretaria da Saúde, altera a denominação e dispõe sobre a reorganização das Direções Regionais de Saúde

[internet]. 2006 [acesso em 03/10/16]. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2006/decreto-51433-28.12.2006.html>.

São Paulo (Estado). Deliberação CIB nº 36, de 21 de setembro de 2011 [internet]. 2015 [acesso em 03/10/16]. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/legislacao/cib_ras.pdf.

Solla JJSP, Paim JS. Relações entre a Atenção Básica, de Média e Alta Complexidade: Desafios para a Organização do Cuidado no Sistema Único de Saúde. In: Paim JS, Almeida-Filho N. Saúde Coletiva: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: MedBook; 2014.

Souza CR, Botazzo C. Construção Social da Demanda em Saúde. *Physus Revista de Saúde Coletiva*. 2013;23(2):393-413.

Teixeira CF, Souza LEPPF, Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS): A Difícil Construção de um Sistema Universal na Sociedade Brasileira. In: Paim JS, Almeida-Filho N. Saúde Coletiva: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: MedBook; 2014.

Van Dijk T. O Giro Discursivo. In: Iñiguez L. Manual de Análise do Discurso em Ciências Sociais. 2. ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2004.

Yin RK. Quando usar os estudos de caso como método de pesquisa. Estudo de caso: planejamento e métodos. 5. ed. Porto Alegre: Bookman; 2015.

APÊNDICE 1

O Programa Pró Santa Casa

O programa Pró Santa Casa foi instituído por meio do Decreto n.º 52.432, de 29 de novembro de 2007, para “apoio técnico e recuperação financeira das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos do Estado de São Paulo”. Foi operacionalizada linha de crédito para as Santas Casas e Hospitais Filantrópicos que estivessem organizados sob a forma de entidades sem fins lucrativos e integrados ao SUS. Tais hospitais poderiam apresentar projetos de custeio e de investimento para a avaliação da Secretaria de Estado da Saúde. O Decreto citava que os projetos deveriam “contemplar preferencialmente recursos para a reestruturação financeira da instituição e de suas dívidas provenientes de obras de infraestrutura e de compras de equipamento”, não fazendo referência à vinculação do crédito à realização de ações e/ou serviços de acordo com as necessidades da região.

A quantidade de hospitais a serem beneficiados varia de acordo com a população dos colegiados, sendo que as regiões com até 80 mil habitantes poderiam indicar um hospital; com 80 a 200 mil habitantes, dois hospitais; com 200 a 400 mil habitantes, até três hospitais; e com mais de 400 mil, até quatro hospitais (à exceção de São Paulo e Guarulhos). Fica delegado aos colegiados regionais a competência para escolha dos hospitais beneficiados. Na região de saúde de Bragança foram escolhidas as Santas Casas de Bragança e Socorro.

O valor do incentivo a ser concedido também foi fixado tendo por base os mesmos critérios populacionais: regiões com até 80 mil habitantes, R\$ 30.000,00 mensais; com 200 a 400 mil habitantes, R\$ 200.000,00 mensais; com mais de 400 mil habitantes, R\$ 450.000,00. Os hospitais de abrangência macrorregional/estadual seriam definidos pela SES e o valor do incentivo de responsabilidade exclusiva do gestor estadual.

A partir de 2009 foi permitida a inclusão no programa de hospitais municipais ou sob intervenção municipal (caso da Santa Casa de Atibaia) e/ou judicial, pela deliberação CIB n.º 51.

São elegíveis para o programa as instituições com mais de 30 leitos, que prestam atendimento regional ou micro regional relevante, que estejam regulares e com avaliação favorável dos órgãos e instâncias competentes (vigilâncias, auditoria e outros).

Estão excluídos do programa hospitais que prestam atendimento exclusivamente a pacientes crônicos, psiquiátricos e os que realizam apenas assistência ambulatorial.

Isso posto, observa-se que a lógica é sempre uma proporcionalidade entre número de habitantes e o recurso financeiro a ser destinado à região.

Barros desenvolveu dissertação de Mestrado em que analisa indicadores de desempenho dos hospitais participantes do programa Pró Santa Casa no ano de 2012, porém não há menção a indicadores diretamente ligados à realização de cirurgias eletivas. Foram analisados: produção ambulatorial SUS, produção de internação SUS, taxa de ocupação hospitalar, média de permanência, número de partos SUS, proporção de partos cesárea SUS, taxa de mortalidade institucional, proporção de internações por causas sensíveis à atenção básica, proporção entre o valor fixado pelo programa e o valor pago pelo SUS. É importante ressaltar que a autora encontrou a mediana da taxa de ocupação dos 112 hospitais estudados inferior à média da taxa de ocupação encontrada em 485 hospitais gerais e especializados que prestam serviços ao SUS no estado de São Paulo (53% *versus* 61%), aparentando ociosidade de leitos. A mediana das internações por causas sensíveis à atenção básica foi de 20,97%, superior ao estado de São Paulo, que foi de 16%, refletindo que a atenção básica pode não estar ainda adequadamente resolutiva sobretudo nas regiões que contam demasiadamente com os hospitais filantrópicos. Decerto que a atenção básica deva ser priorizada pela gestão estadual conjuntamente com os municípios. Em geral, hospitais de médio e grande porte apresentam melhores indicadores de desempenho (BARROS, 2015).

Trata-se de programa imposto verticalmente pelo gestor estadual, como um pacote idêntico para todo o estado, sem ouvir previamente os gestores municipais acerca das demandas que julgam mais relevantes, nas suas particularidades regionais locais, além de seguir uma lógica que valoriza investimentos estruturais em detrimento da produção do cuidado.

BARROS, TGT. Desempenho dos Hospitais do Programa Pró Santa Casa II, Estado de São Paulo 2012 [dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; 2015.

APÊNDICE 2

Resumo do Marco Regulatório

Para facilitar nossa análise, consideramos pertinente reunir de forma simplificada o marco regulatório do SUS quanto ao processo de regionalização:

Constituição Federal (1988) → faz referência a uma rede regionalizada e hierarquizada em seu artigo 198.

Lei n.º 8.080, de 1990 → reafirma diretrizes e refere-se à regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde no Capítulo II, artigo 7º.

NOB SUA 93 → a Norma Operacional Básica do SUS 01/93 foi editada pela Portaria n.º 545, de 20 de maio de 1993, que “estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde”. Apontou a regionalização como “articulação e mobilização municipal que leve em consideração características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e, acima de tudo, a vontade política expressa pelos diversos municípios de se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo”.

NOB SUS 96 → estabelecida pela Portaria n.º 2.203, de 5 de novembro de 1996, promoveu um avanço no processo de descentralização. Cita que a “criação e o funcionamento desse sistema municipal possibilitam uma grande responsabilização dos municípios no que se refere à saúde de todos os residentes em seu território. No entanto, possibilitam também um elevado risco de atomização desordenada dessas partes do SUS, permitindo que um sistema municipal se desenvolva em detrimento de outro, ameaçando, até mesmo, a unicidade do SUS”. A NOB SUS 96 já mencionava que “a realidade objetiva do poder público, nos municípios brasileiros, é muito diferenciada, caracterizando diferentes modelos de organização, de diversificação de atividades, de disponibilidade de recursos e de capacitação gerencial”. Entretanto, o caráter diferenciado dos modelos de gestão municipais não

se mostrou transitório, persistindo até os dias atuais em diversos aspectos. A NOB SUS 96 também estabeleceu a Programação Pactuada e Integrada (PPI) como um instrumento de planejamento na conformação das redes regionalizadas, determinando que sua elaboração dever-se-ia dar num processo ascendente de base municipal.

NOAS SUS 2001 → a Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/01 foi instituída pela Portaria n.º 95, de 26 de janeiro de 2001. Estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade. Introduz a concepção dos módulos assistenciais, microrregiões, macrorregiões e regiões expressas no Plano Diretor de Regionalização (PDR).

NOAS SUS 2002 → a Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/02 foi instituída pela Portaria n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002. Ela versa sobre 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.

Pacto pela Saúde 2006 (Portaria n.º 399, de 22 de fevereiro de 2006) → orienta o processo de identificação e construção de Regiões de Saúde e a estruturação dos Colegiados de Gestão Regional (CGR). Define Regiões de Saúde como “recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados do território”. Cita que “a organização da Região de Saúde deve favorecer a ação cooperativa e solidária entre os gestores”. O Colegiado de Gestão Regional, por sua vez, “se constitui num espaço de decisão através da identificação, definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização de uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutive”.

Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011 → definiu a Região de Saúde como o “espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de municípios limítrofes,

delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde”. Instituiu as Comissões Intergestores Regionais (CIR) como as “instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS”, na região de saúde. Também estabeleceu o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) como o acordo de colaboração firmado na região de saúde, peça que não avançou dentro da região de saúde de Bragança.

APÊNDICE 3 –

Termo de Consentimento Livre Esclarecido

Termo de Consentimento Livre Esclarecido

Prezado Senhor(a),

O(a) Sr.(a) está sendo convidado a participar da pesquisa: “Análise da Integralidade da Atenção: o Caso dos Pacientes Cirúrgicos Eletivos em Atibaia, SP”, que tem por objetivo analisar a integralidade da atenção a pacientes cirúrgicos eletivos do município de Atibaia.

Essa pesquisa será realizada com médicos reguladores do município de Atibaia e do Departamento Regional de Saúde de Campinas (DRS VII), gestores administrativos do município e do DRS VII, gestores políticos do município e do DRS VII, médicos e gerentes da atenção básica e da média complexidade.

Sua participação no estudo consistirá em responder algumas questões sobre instrumentos, mecanismos, fluxos, principais dificuldades na regulação para cirurgias eletivas na região, a garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema, a percepção da integralidade e as dificuldades para a garantia da integralidade do cuidado para pacientes encaminhados para cirurgias eletivas, o papel da atenção básica para a garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema, como se dá a referência e a contra-referência da atenção básica para as especialidades, se há protocolos de encaminhamento e se os mesmos são seguidos, mecanismos e instrumentos utilizados, e quais as dificuldades para o atendimento da demanda.

Se houver algum problema relacionado com a pesquisa o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com a coordenadora da pesquisa.

Os riscos com essa pesquisa são mínimos, sendo que o Sr.(a) pode se sentir desconfortável em responder alguma pergunta, mas o(a) Sr.(a) tem a liberdade de não responder ou interromper a entrevista em qualquer momento, sem nenhum prejuízo para o Sr.(a).

O(a) Sr.(a) tem a liberdade de não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, mesmo após o início da entrevista/coleta de dados, sem qualquer prejuízo. Está assegurada a garantia do sigilo das suas informações. O(a) Sr.(a) não terá nenhuma despesa e não há compensação financeira relacionada à sua participação na pesquisa.

Caso tenha alguma dúvida sobre a pesquisa o(a) Sr.(a) poderá entrar em contato com a coordenadora responsável pelo estudo: Louise Maria Prado Valente, que pode ser localizada na Av. Bruno Sargiani, n.º 100, Atibaia, no telefone 4414-3341, das 8 às 17 horas, ou pelo email Louise.valente@terra.com.br. O Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde – CEPIS, também poderá ser consultado caso o(a) Sr.(a) tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ÉTICA da pesquisa pelo telefone (11) 3116-8597 ou pelo email cepis@isaude.sp.gov.br.

Sua participação é importante e voluntária e vai gerar informações que serão úteis para

contribuir para melhorar a eficácia da regulação no município, promover maior transparência no processo de regulação no nível estadual, e qualificar e fortalecer as pactuações regionais, garantir o acesso com qualidade da atenção aos usuários do SUS na região, e, consequentemente, consolidar a integralidade como princípio SUS. Também contribuir com novos conhecimentos sobre a questão da integralidade enquanto “saber” e “fazer” em Saúde Coletiva.

Este termo será assinado em duas vias, pelo(a) Sr.(a) e pela responsável pela pesquisa, ficando uma via em seu poder.

Acredito ter sido suficientemente informado(a) a respeito do que li ou foi lido para mim, sobre a pesquisa “Análise da Integralidade da Atenção: o Caso dos Pacientes Cirúrgicos Eletivos em Atibaia, SP”. Discuti com a pesquisadora Louise Maria Prado Valente, responsável pela pesquisa, sobre minha decisão em participar do estudo. Ficaram claros para mim os propósitos do estudo, os procedimentos, garantias de sigilo, de esclarecimentos permanentes e isenção das despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo.

_____ / /

Assinatura do(a) entrevistado(a)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deste(a) entrevistado(a) para a sua participação neste estudo.

_____ / /

Louise Maria Prado Valente – responsável pelo estudo

APÊNDICE 4 –

Questionários

Questionário - atores da gestão da central de regulação do município

Identificação:

Qualificação\formação:

Tempo de serviço no SUS e na SMS:

- 1) Há informação sobre o tempo de espera para cirurgias eletivas?
- 2) Quais os fluxos estabelecidos no município para as cirurgias eletivas?
- 3) Quais são os mecanismos utilizados para o acompanhamento dos casos de pacientes cirúrgicos eletivos no município?
- 4) Há classificação de risco e/ou critérios clínicos para priorizar casos mais graves ou urgentes?
- 5) Como é a relação da central de vagas do município com a central de regulação do DRS?
- 6) Como é a relação da central de vagas do município com os prestadores (Santa Casa de Atibaia, AME Atibaia, HUSF, HRJ)? Essa relação é diferente entre os diversos prestadores?
- 7) Como é feita a regulação com a Santa Casa de Atibaia? Como são regulados os leitos e as cirurgias eletivas?
- 8) Na sua opinião, quais são as maiores dificuldades nesse processo?
- 9) Há situações em que você busque alternativas para que o paciente seja atendido?
- 10) Como você acha que deveria ser esse fluxo de encaminhamentos?
- 11) O que você acha que deveria mudar a fim de aprimorar esse processo?

Questionário - atores da central de regulação do DRS

Identificação:

Qualificação\formação:

Tempo de serviço no SUS e no DRS:

- 1) Há informação sobre o tempo de espera para cirurgias eletivas?
- 2) Há uma fila única estadual? Foi implantada uma fila única estadual em função da Portaria n.º 1.294, de 25 de maio de 2017?
- 3) Quais são os fluxos estabelecidos na Região de Saúde de Bragança para as cirurgias eletivas?
- 4) Quais são os mecanismos utilizados para o acompanhamento dos casos de pacientes cirúrgicos eletivos na Região de Bragança ? (por exemplo, CROSS) Há dificuldades com os mecanismos utilizados?
- 5) Há classificação de risco e/ou critérios clínicos para priorizar casos mais graves ou urgentes?
- 6) Como é a relação com os prestadores, que, na Região, são predominantemente Organizações Sociais de Saúde?
- 7) A regulação do DRS se relaciona diretamente com as OS? Essa relação é diferente entre as diversas OS?
- 8) No faturamento das cirurgias eletivas é utilizada a tabela SUS ou há algum complemento pelo Estado?
- 9) Como a regulação do DRS se relaciona com a central de regulação dos municípios, em especial com Atibaia?
- 10) Como é feita a regulação com as Santas Casas? Como se dá a regulação dos leitos que são distribuídos e disponibilizados para a região?
- 11) Na sua opinião, quais são as maiores dificuldades nesse processo?
- 12) Há situações em que você busque alternativas para que o paciente seja atendido?
- 13) Como você acha que deveria ser esse fluxo de encaminhamentos?
- 14) O que você acha que poderia mudar a fim de aprimorar esse processo?

Questionário - Diretora de Planejamento do DRS

Identificação:

Qualificação\formação:

Tempo de serviço no SUS e no DRS:

- 1) Há informação sobre o tempo de espera para cirurgias eletivas?
- 2) Há uma fila única estadual? Foi implantada uma fila única estadual em função da Portaria n.º 1.294, de 25 de maio de 2017?
- 3) Quais são os fluxos estabelecidos na Região de Saúde de Bragança para as cirurgias eletivas?
- 4) Quais são os mecanismos utilizados para o acompanhamento dos casos de pacientes cirúrgicos eletivos na Região de Bragança ? (por exemplo, CROSS) Há dificuldades com os mecanismos utilizados?
- 5) Há classificação de risco e/ou critérios clínicos para priorizar casos mais graves ou urgentes?
- 6) Como é a relação com os prestadores, que, na Região, são predominantemente Organizações Sociais de Saúde?
- 7) A regulação do DRS se relaciona diretamente com as OS? Essa relação é diferente entre as diversas OS?
- 8) No faturamento das cirurgias eletivas é utilizada a tabela SUS ou há algum complemento pelo Estado?
- 9) Como a regulação do DRS se relaciona com a central de regulação dos municípios, em especial com Atibaia?
- 10) Como é feita a regulação com as Santas Casas? Como se dá a regulação dos leitos que são distribuídos e disponibilizados para a região?
- 11) Na sua opinião, quais são as maiores dificuldades nesse processo?
- 12) Há situações em que você busque alternativas para que o paciente seja atendido?
- 13) Como você acha que deveria ser esse fluxo de encaminhamentos?
- 14) O que você acha que poderia mudar a fim de aprimorar esse processo?

Questionário - médicos da Atenção Básica

Identificação:

Qualificação\formação:

Tempo de serviço na Atenção Básica:

- 1) Na sua opinião, há problemas de acesso em relação às cirurgias eletivas para os seus pacientes? Se sim, quais?
- 2) Você tem algum retorno desses pacientes encaminhados? Há contra-referência?
- 3) Os pacientes chegam em que estágio de evolução da doença? Eles podem esperar na fila para a cirurgia eletiva ou têm que ir para a urgência?
- 4) Você conhece o fluxo de encaminhamentos desses pacientes?
- 5) Você controla os fluxos desses pacientes? Como se dá esse controle?
- 6) O encaminhamento é feito por meio de que instrumento (fichas, formulários, informatizado)?
- 7) Há protocolos de encaminhamento para pacientes cirúrgicos eletivos? Você conhece?
- 8) Você se comunica com a central de vagas ou central de regulação? É fácil a comunicação? Se não, quais são os problemas?
- 9) Há situações em que você busque alternativas (por exemplo, contatos diretos com colegas) para que seu paciente cirúrgico eletivo seja atendido? Por quê?
- 10) Como você acha que deveria ser esse fluxo de encaminhamentos?
- 11) O que você acha que poderia mudar a fim de aprimorar esse processo?

Questionário - gerentes da Atenção Básica

Identificação:

Qualificação\formação:

Tempo de serviço na Atenção Básica:

- 1) Na sua opinião, há problemas de acesso em relação às cirurgias eletivas para os usuários da sua unidade? Se sim, quais?
- 2) Há contra-referência desses pacientes encaminhados?
- 3) Qual o fluxo de encaminhamentos desses pacientes cirúrgicos eletivos?
- 4) Você controla o fluxo desses pacientes? Como se dá esse controle?
- 5) O encaminhamento é feito por meio de que instrumento (fichas, formulários, informatizado)?
- 6) Há protocolos de encaminhamento para pacientes cirúrgicos eletivos? Se sim, os protocolos são de conhecimento da equipe?
- 7) Você se comunica com a central de vagas ou central de regulação? É fácil a comunicação? Se não, quais os problemas?
- 8) Há situações em que você busque alternativas (por exemplo, pedidos à Secretaria de Saúde) para que seu usuário seja atendido na cirurgia eletiva de que necessite?
- 9) Como você acha que deveria ser esse fluxo de encaminhamentos?
- 10) O que você acha que poderia mudar a fim de aprimorar esse processo?

Questionário - médicos do AME \ HUSF \ HRJ

Identificação:

Qualificação\formação:

Tempo de serviço no SUS e no serviço:

- 1) Como chega o paciente cirúrgico eletivo ao seu serviço?
- 2) Há protocolos ou critérios de encaminhamento? Você os conhece?
- 3) Como é o fluxo desses pacientes? Para onde manda os casos?
- 4) Como você controla o fluxo desses pacientes? Como se dá esse controle?
- 5) O encaminhamento é feito por meio de que instrumento (fichas, formulários, informatizado)?
- 6) Há problemas com filas de espera?
- 7) Os pacientes chegam em que estágio ou condição do problema cirúrgico? Eles podem aguardar em fila de espera?
- 8) Há interferências aos protocolos e fluxos?
- 9) Você conta com apoio técnico ou participa da regulação das cirurgias eletivas?
- 10) Há leitos suficientes? Há falta de leitos?
- 11) Como você avalia os encaminhamentos da Atenção Básica?
- 12) Como é a sua relação com o colega do município de origem do paciente? Há diálogo?
- 13) Ao indicar ou encaminhar um paciente para uma cirurgia eletiva, você informa o colega do município de origem? Há contra-referência?
- 14) Como você acha que deveria ser esse fluxo de encaminhamentos?
- 15) O que você acha que deveria mudar a fim de aprimorar esse processo?

Questionário - gestores do AME \ HUSF \ HRJ

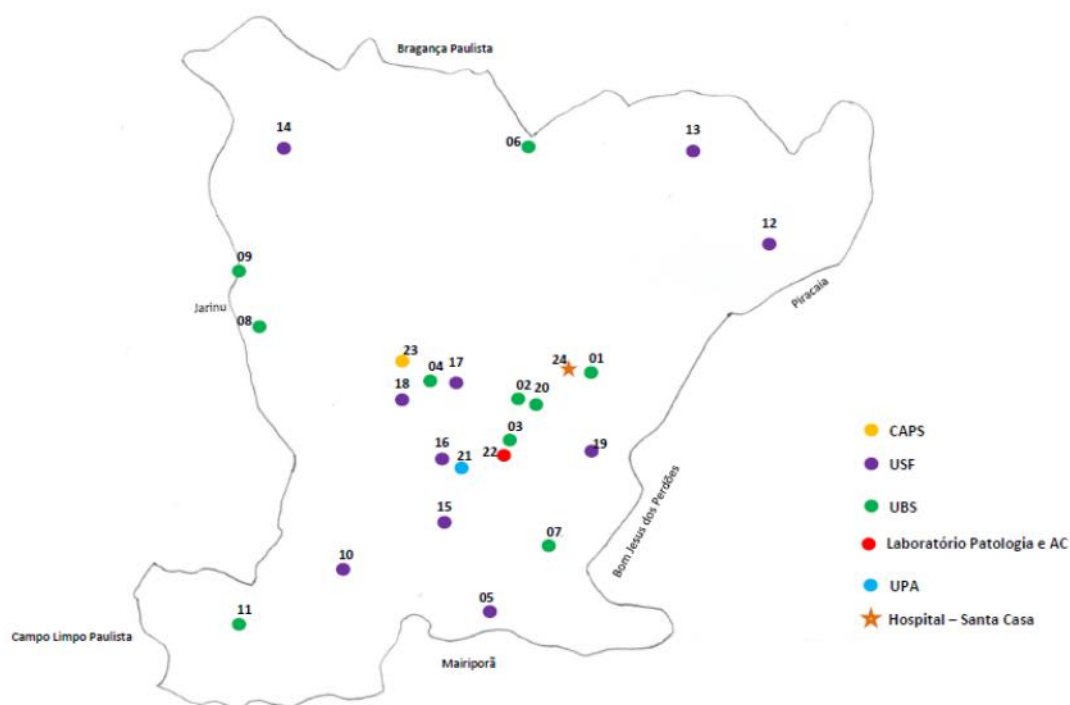
Identificação:

Qualificação\formação:

Tempo de serviço no SUS e no serviço:

- 1) Como chega o paciente cirúrgico eletivo ao seu serviço?
- 2) Há protocolos ou critérios de encaminhamento?
- 3) Como é o fluxo desses pacientes? Para onde manda os casos?
- 4) Como você controla o fluxo desses pacientes? Como se dá esse controle?
- 5) O encaminhamento é feito por meio de que instrumento (fichas, formulários, informatizado)?
- 6) Há problemas com filas de espera?
- 7) Os pacientes chegam em que estágio ou condição do problema cirúrgico? Eles podem aguardar em fila de espera?
- 8) Há interferências aos protocolos e fluxos?
- 9) Você conta com apoio técnico para a regulação das cirurgias eletivas?
- 10) As regras para o fluxo (chegada, saída, encaminhamentos) partem de onde? São da SES ou do DRS, ou são internas?
- 11) Há leitos suficientes? Há falta de leitos?
- 11) Como você avalia os encaminhamentos da Atenção Básica?
- 12) Como é a sua relação com o município de origem do paciente?
- 13) Ao indicar ou encaminhar um paciente para uma cirurgia eletiva, você informa o município? Há contra-referência?
- 14) Todos os casos cirúrgicos eletivos são resolvidos dentro da própria região?
- 14) Como você acha que deveria ser esse fluxo de encaminhamentos?
- 15) O que você acha que deveria mudar a fim de aprimorar esse processo?

Anexo 1: Equipamentos de Saúde por tipo de serviço



Nº	EQUIP	TIPO	DESCRIÇÃO
1	UBS	MUN	Dr. Oswaldo Paccini (Centro)
2	UBS	MUN	Antonio de Pádua Alonso (Alvinópolis)
3	UBS	MUN	Sumico Ono (Alvinópolis Velho)
4	UBS	MUN	Maria Pinpinato Dolci (Caetetuba)
5	USF	MUN	Majuca Macedo (Portão)
6	UBS	MUN	Maria Anunciação Zeni Capodeferro (Tanque)
7	UBS	MUN	Balbino da Silva Lopes (Rosário)
8	UBS	MUN	Dr. Herconides Martins de Oliveira (Usina)
9	UBS	MUN	Dona Olívia Paulini Maziero (Campos Aleixos)
10	USF	MUN	Maracanã
11	UBS	MUN	Rio Acima
12	USF	MUN	Cachoeira
13	USF	MUN	U.S.F. do Boa Vista
14	USF	MUN	U.S.F. do Rio Abaixo
15	USF	MUN	U.S.F. do Jardim Imperial
16	USF	MUN	U.S.F. do Cerejeiras
17	USF	MUN	U.S.F. do Caetetuba
18	USF	MUN	U.S.F. São José
19	USF	MUN	U.S.F. Itapetinga
20	UBS	MUN	Ana Cecília de Sá - Flaminguinho
21	UPA	MUN	Jd. Cerejeiras
22	Laboratório	MUN	Laboratório Municipal de Patologia e Análises Clínicas
23	CAPS	MUN	CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
24	Hospital	MUN	Santa Casa de Atibaia

ANEXO 2 –

Ficha de referência e contra- referência



Prefeitura da Estância de Atibaia

Secretaria Municipal da Saúde

REFERÊNCIA

DE:

PARA:

NOME:

IDADE:

MATRÍCULA:

QUADRO CLÍNICO:

CONDUTA E EXAMES REALIZADOS:

DIAGNÓSTICO E SOLICITAÇÕES:
(Motivo do encaminhamento)

_____/_____/_____
DATA

ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL



Prefeitura da Estância de Atibaia

Secretaria Municipal da Saúde

**CONTRA
REFERÊNCIA**

DE:

PARA:

NOME:

IDADE:

MATRÍCULA:

PARECER DA ESPECIALIDADE:
(Exames e tratamento realizados)

ORIENTAÇÃO E/OU CONDUTA:

ANEXO 3 –**Contratos de Gestão**



139

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE GESTÃO DE CONTRATOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Contrato de Gestão Modelo para serviços hospitalares, exclusivamente ambulatoriais e outros tipos de serviços – excluindo-se laboratórios- aprovado pela CJ Processo nº001/0100/000.366/2006, por intermédio do Parecer nº. 21/2009.

CONTRATO DE GESTÃO
PROCESSO Nº 001.0500.000.107/2012

CONTRATO QUE ENTRE SI CELEBRAM O ESTADO DE SÃO PAULO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, E ASSOCIAÇÃO LAR SÃO FRANCISCO NA PROVIDÊNCIA DE DEUS, QUALIFICADA COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE PARA REGULAMENTAR O DESEMPENHO DAS AÇÕES E SERVIÇOS NO AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES "DURVAL MANTOVANINNI" – AME ATIBAIA

Pelo presente instrumento, de um lado o Estado de São Paulo, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**, com sede nesta cidade na Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar nº 188, neste ato representada pelo seu Secretário de Estado da Saúde, Prof. Dr. Giovanni Guido Cerri, brasileiro naturalizado, casado, médico, RG nº 5.169.600, CPF nº 949.050.458-00, doravante denominada **CONTRATANTE**, de outro lado, a **Associação Lar São Francisco de Assis na Providência de Deus**, com CNPJ/MF nº 53.221.255/0001-40, inscrito no CREMESP sob nº 13951, com endereço na Rua Rodovia Vicinal João Joaquim Telles Filho, Km 3, no Município de Jaci – SP e com estatuto arquivado no Cartório de Registro de Pessoal Jurídicas de Mirassol, SP em 16/07/1996, sob. nº 909/96, livro C-2, fls. 021, neste ato representada por seu Presidente Nato, Sr. Padre Nélcio Joel Angeli Belotti, brasileiro, solteiro, sacerdote, RG nº 7.291.999, CPF 036.126.158-66, doravante denominada **CONTRATADA**, tendo em vista o que dispõe a Lei Complementar nº 846 de 04 de junho de 1998 e, considerando a declaração de dispensa de licitação inserida nos autos do processo nº 001.0500.000.107/2012, fundamentada no parágrafo 1º do artigo 6º da Lei Complementar nº 846 de 04 de junho de 1998, combinado com o artigo 26 da Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993 e alterações posteriores, e ainda em conformidades com os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde- SUS, estabelecidos na leis Federais nº 8.080/90 e nº 8.142/90, com fundamento na Constituição Federal, em especial no seu artigo 196 e seguintes, e na Constituição do Estado de São Paulo, em especial o seu artigo 218 e seguintes, **RESOLVEM** celebrar o presente **CONTRATO DE GESTÃO** referente ao gerenciamento e execução de atividades e serviços de saúde a serem desenvolvidos **AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES "DURVAL MANTOVANINNI" – AME ATIBAIA**, cujo uso fica permitido pelo período de vigência do presente contrato, mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA

DO OBJETO

- 1- O presente **CONTRATO DE GESTÃO** tem por objeto a operacionalização da gestão e execução, pela **CONTRATADA**, das atividades e serviços de saúde **AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES "DURVAL MANTOVANINNI" – AME ATIBAIA**, em conformidade com os Anexos Técnicos que integram este instrumento.
- 2- O objeto contratual executado deverá atingir o fim a que se destina, com eficácia e qualidade requeridas.
- 3- Fazem parte integrante deste **CONTRATO**:
 - a) Anexo Técnico I – Descrição de Serviços
 - b) Anexo Técnico II- Sistema de Pagamento
 - c) Anexo Técnico III – Indicadores de Qualidade

CLÁUSULA SEGUNDA

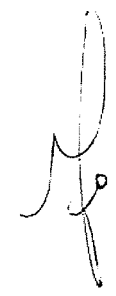
OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA

Em cumprimento às suas obrigações, cabe à **CONTRATADA**, além das obrigações constantes das especificações técnicas nos Anexos e daquelas estabelecidas na legislação referente ao SUS, bem como nos diplomas federal e estadual que regem a presente contratação, as seguintes:



140

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE GESTÃO DE CONTRATOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

- 1- Prestar os serviços de saúde que estão especificados no Anexo Técnico I - Prestação de Serviços à população usuária do SUS - Sistema Único de Saúde, de acordo com o estabelecido neste Contrato;
 - 2- Dar atendimento exclusivo aos usuários do SUS no estabelecimento de saúde cujo uso lhe fora permitido, nos termos do artigo 8º, inciso IV, da Lei Complementar nº 846/98;
 - 3- Dispor, por razões de planejamento das atividades assistenciais, de informação oportuna sobre o local de residência dos pacientes atendidos ou que lhe sejam referenciados para atendimento, registrando o município de residência e, para os residentes nesta capital do estado de São Paulo, o registro da região da cidade onde residem (centro, leste, oeste, norte ou sul);
 - 4- Responsabilizar-se pela indenização de dano decorrente de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência, que seus agentes, nessa qualidade, causarem a paciente, aos órgãos do SUS e a terceiros a estes vinculados, bem como aos bens públicos móveis e imóveis objetos de permissão de uso, de que trata a Lei Complementar nº 846/98, assegurando-se o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis;
 - 4.1- A responsabilidade de que trata o item anterior estende-se aos casos de danos causados por falhas relativas à prestação dos serviços, nos termos do art. 14 da Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor);
 - 5- Restituir, em caso de desqualificação, ao Poder Público, o saldo dos recursos líquidos resultantes dos valores dele recebidos;
 - 6- Administrar os bens móveis e imóveis cujo uso lhe fora permitido, em conformidade com o disposto nos respectivos termos de permissão de uso, até sua restituição ao Poder Público;
 - 6.1- A permissão de uso, referida no item anterior, deverá observar as condições estabelecidas no artigo 6º, §5º, combinado com o artigo 14, §4º, ambos da Lei Complementar nº 846/98;
 - 6.2- Comunicar à instância responsável da **CONTRATANTE** todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após sua ocorrência;
 - 7- Transferir, integralmente, à **CONTRATANTE** em caso de desqualificação e conseqüente extinção da Organização Social de Saúde, o patrimônio, os legados ou doações que lhe foram destinados, bem como os excedentes financeiros decorrentes da prestação de serviços de assistência à saúde no **AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES "DURVAL MANTOVANINNI" – AME ATIBAIA** cujo uso lhe fora permitido;
 - 8- Proceder às adaptações das normas do respectivo Estatuto ao disposto no artigo 3º, incisos I a IV, da Lei Complementar nº 846/98, observado o prazo previsto no art. 21, do mesmo diploma legal;
 - 9- Contratar, se necessário, pessoal para a execução das atividades previstas neste **CONTRATO DE GESTÃO**, responsabilizando-se pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais, resultantes da execução do objeto desta avença;
 - 10- Instalar no **AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES "DURVAL MANTOVANINNI" – AME ATIBAIA**, cujo uso lhe fora permitido, "Serviço de Atendimento ao Usuário", devendo encaminhar à Secretaria de Estado da Saúde relatório mensal de suas atividades, conforme o disposto nos Anexos deste **CONTRATO DE GESTÃO**;
 - 11- Manter, em perfeitas condições de uso, os equipamentos e instrumental necessários para a realização dos serviços contratados;
 - 12- Em se tratando de serviço de hospitalização informar, sempre que solicitado, à **CONTRATANTE**, o número de vagas disponíveis, a fim de manter atualizado o serviço de atendimento da "Central de Vagas do SUS" (plantão controlador), bem como indicar, em lugar visível do estabelecimento hospitalar, o número de vagas existentes no dia;
 - 12.1 Em se tratando de serviços exclusivamente ambulatoriais, integrar o Serviço de Marcação de Consultas instituído pela Secretaria de Estado da Saúde, se esta assim o definir;
 - 13- Adotar o símbolo e o nome designativo da unidade de saúde cujo uso lhe fora permitido, seguido pelo nome designativo "Organização Social de Saúde";
 - 14- Responsabilizar-se por cobrança indevida feita ao paciente ou ao seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste contrato;
 - 15- Manter sempre atualizado o prontuário médico dos pacientes e o arquivo médico, pelo prazo mínimo de 5 (cinco) anos, ressalvados os prazos previstos em lei;
 - 16- Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação, exceto nos casos de consentimento informado, devidamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Consentido, quando
- (12)
- 



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE GESTÃO DE CONTRATOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

deverá haver manifestação expressa de consentimento do paciente ou de seu representante legal, por meio de termo de responsabilidade pelo tratamento a que será submetido;

17- Atender os pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação dos serviços;

18- Afixar aviso, em lugar visível, de sua condição de entidade qualificada como Organização Social de Saúde, e de gratuidade dos serviços prestados nessa condição;

19- Justificar ao paciente ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional previsto neste Contrato.

20- Em se tratando de serviço de hospitalização, permitir a visita ao paciente internado, diariamente, respeitando-se a rotina do serviço, por período mínimo de 02 (duas) horas;

21- Esclarecer os pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;

22- Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal;

23- Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos pacientes;

24- Assegurar aos pacientes o direito de serem assistidos, religiosa e espiritualmente por ministro de qualquer culto religioso;

25- Em se tratando de serviço de hospitalização, possuir e manter em pleno funcionamento:

- ❖ Comissão de Prontuário Médico;
- ❖ Comissão de Óbitos;
- ❖ Comissões de Ética Médica e de Controle de Infecção Hospitalar;

26- Fornecer ao paciente atendido, por ocasião de sua saída, seja no Ambulatório, Pronto-Socorro ou Unidade Hospitalar, relatório circunstanciado do atendimento prestado denominado "INFORME DE ATENDIMENTO", do qual devem constar, no mínimo, os seguintes dados:

- 1- Nome do paciente
- 2- Nome da Unidade de atendimento
- 3- Localização do Serviço/Hospital (endereço, município, estado)
- 4- Motivo do atendimento (CID-10)
- 5- Data de admissão e data da alta (em caso de internação)
- 6- Procedimentos realizados e tipo de órtese, prótese e/ou materiais empregados, quando for o caso.

26.1- O cabeçalho do documento deverá conter o seguinte esclarecimento:

"Esta conta será paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais".

27- Colher a assinatura do paciente, ou de seus representantes legais, na segunda via do relatório a que se refere o item 26 desta cláusula, arquivando-a no prontuário do paciente, pelo prazo de 05 (cinco) anos, observando-se as exceções previstas em lei;

28- Em se tratando de serviço de hospitalização assegurar a presença de um acompanhante, em tempo integral, no hospital, nas internações de gestantes, crianças, adolescentes e idosos, com direito a alojamento e alimentação.

29- Limitar suas despesas com o pagamento de remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidos pelos dirigentes e empregados das Organizações Sociais de Saúde a 70% (setenta por cento) do valor global das despesas de custeio das respectivas unidades.

30- A remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidos pelos dirigentes e empregados das Organizações Sociais de Saúde não poderão exceder os níveis de remuneração praticados na rede privada de saúde, observando-se a média de valores de, pelo menos 10 (dez) instituições de mesmo porte e semelhante complexidade dos hospitais sob gestão das Organizações Sociais de Saúde, remuneração esta baseada em indicadores específicos divulgados por entidades especializadas em pesquisa salarial existentes no mercado.



142

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE GESTÃO DE CONTRATOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

CLÁUSULA TERCEIRA
DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

Para a execução dos serviços objeto do presente Contrato, a **CONTRATANTE** obriga-se a:

- 1- Prover a **CONTRATADA** dos meios necessários à execução do objeto deste Contrato;
- 2- Programar no orçamento do Estado, nos exercícios subsequentes ao da assinatura do presente Contrato, os recursos necessários, nos elementos financeiros específicos para custear a execução do objeto contratual, de acordo com o sistema de pagamento previsto no Anexo Técnico II - Sistema de Pagamento, que integra este instrumento;
- 3- Permitir o uso dos bens móveis e imóveis, mediante a edição de Decreto e celebração dos correspondentes termos de permissão de uso e sempre que uma nova aquisição lhe for comunicada pela **CONTRATADA**;
- 4- Inventariar e avaliar os bens referidos no item anterior desta cláusula, anteriormente à formalização dos termos de permissão de uso;
- 5- Promover, mediante autorização governamental, observado o interesse público, o afastamento de servidores públicos para terem exercício na Organização Social de Saúde, conforme o disposto na Lei Complementar nº 846/98;
- 6- Analisar, sempre que necessário e, no mínimo anualmente, a capacidade e as condições de prestação de serviços comprovadas por ocasião da qualificação da entidade como Organização Social de Saúde, para verificar se a mesma ainda dispõe de suficiente nível técnico-assistencial para a execução do objeto contratual.

CLÁUSULA QUARTA
DA AVALIAÇÃO

A Comissão de Avaliação da Execução dos Contratos de Gestão, constituída pelo Secretário de Estado da Saúde em conformidade com o disposto no § 3º do artigo 9º da Lei Complementar nº 846/98, procederá à verificação trimestral do desenvolvimento das atividades e retorno obtido pela Organização Social de Saúde com a aplicação dos recursos sob sua gestão, elaborando relatório circunstanciado, encaminhando cópia à Assembleia Legislativa. (R)

PARÁGRAFO PRIMEIRO

A verificação de que trata o "caput" desta cláusula, relativa ao cumprimento das diretrizes e metas definidas para a **CONTRATADA**, restringir-se-á aos resultados obtidos em sua execução, através dos indicadores de desempenho estabelecidos, em confronto com as metas pactuadas e com a economicidade no desenvolvimento das respectivas atividades, os quais serão consolidados pela instância responsável da **CONTRATANTE** e encaminhados aos membros da Comissão de Avaliação da Execução dos Contratos de Gestão em tempo hábil para a realização da avaliação trimestral.

PARÁGRAFO SEGUNDO

A Comissão de Avaliação da Execução dos Contratos de Gestão referida nesta cláusula, deverá elaborar relatório anual conclusivo, sobre a avaliação do desempenho científico e tecnológico da **CONTRATADA**.

PARÁGRAFO TERCEIRO

Os relatórios mencionados nesta cláusula deverão ser encaminhados ao Secretário de Estado da Saúde para subsidiar a decisão do Governador do Estado acerca da manutenção da qualificação da entidade como Organização Social de Saúde.

CLÁUSULA QUINTA
DO ACOMPANHAMENTO

A execução do presente **Contrato de Gestão** será acompanhada pela Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde, através do disposto neste Contrato e seus Anexos e dos instrumentos por ela definidos.

CLÁUSULA SEXTA
DO PRAZO DE VIGÊNCIA



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE GESTÃO DE CONTRATOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

113

O prazo de vigência do presente Contrato será de 5 (cinco) anos, tendo por termo inicial a data de sua assinatura, podendo ser renovado, após demonstrada a consecução dos objetivos estratégicos e das metas estabelecidas e havendo concordância de ambas as partes.

PARÁGRAFO ÚNICO

O prazo de vigência contratual estipulado nesta cláusula não exime a **CONTRATANTE** da comprovação da existência de recursos orçamentários para a efetiva continuidade da prestação dos serviços nos exercícios financeiros subsequentes ao da assinatura deste contrato.

CLÁUSULA SÉTIMA

DOS RECURSOS FINANCEIROS

Pela prestação dos serviços objeto deste **Contrato de Gestão**, especificados no ANEXO TÉCNICO I - Descrição de Serviços, a **CONTRATANTE** repassará à **CONTRATADA**, no prazo e condições constantes neste instrumento, a importância global estimada para o período de 05 (cinco) anos de **R\$ 69.380.388,00 (sessenta e nove milhões, trezentos e oitenta mil, trezentos e oitenta e oito reais)** correspondem a recursos de CUSTEIO.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

Do montante global mencionado no "caput" desta cláusula, o valor de **R\$ 13.876.077,60 (treze milhões, oitocentos e setenta e seis mil, setenta e sete reais e sessenta centavos)** corresponde a este exercício financeiro, referente a recursos de custeio, cujo repasse dar-se-á na modalidade **CONTRATO DE GESTÃO**, conforme Instrução TCESP nº 01/2008, e onerará a rubrica:

CUSTEIO

UGE: 090192

FUNCIONAL PROGRAMÁTICA: 10 302 0930 4852 0000

NATUREZA DA DESPESA: 33 90 39

FONTE DE RECURSOS: TESOURO

12

PARÁGRAFO SEGUNDO

O valor restante correrá por conta dos recursos consignados nas respectivas leis orçamentárias, dos exercícios subsequentes.

PARÁGRAFO TERCEIRO

Os recursos repassados à **CONTRATADA** poderão ser por esta aplicados no mercado financeiro, desde que os resultados dessa aplicação revertam-se, exclusivamente, aos objetivos deste **CONTRATO DE GESTÃO**.

PARÁGRAFO QUARTO

Os recursos financeiros para a execução do objeto do presente **CONTRATO DE GESTÃO** pela **CONTRATADA** poderão ser obtidos mediante transferências provenientes do Poder Público, receitas auferidas por serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde, doações e contribuições de entidades nacionais e estrangeiras, rendimentos de aplicações dos ativos financeiros da Organização Social de Saúde e de outros pertencentes ao patrimônio que estiver sob a administração da Organização, ficando-lhe, ainda, facultado contrair empréstimos com organismos nacionais e internacionais.

PARÁGRAFO QUINTO

A **CONTRATADA** deverá movimentar os recursos que lhe forem repassados pela **CONTRATANTE** em conta corrente específica e exclusiva, constando como titular o hospital público sob sua gestão, de modo a que não sejam confundidos com os recursos próprios da **OSS CONTRATADA**. Os respectivos extratos de movimentação mensal deverão ser encaminhados mensalmente à **CONTRATANTE**.

CLÁUSULA OITAVA

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO



144

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE GESTÃO DE CONTRATOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

No primeiro ano de vigência do presente contrato, o somatório dos valores a serem repassados fica estimado em R\$ 13.876.077,60 (treze milhões, oitocentos e setenta e seis mil, setenta e sete reais e sessenta centavos), correspondem a recursos de CUSTEIO e será efetivado mediante a liberação de 12 (doze) parcelas mensais, cujo valor corresponde a um valor fixo (1/12 de 90% do orçamento anual) e um valor correspondente à parte variável do contrato (1/12 de 10% do orçamento anual), conforme tabela abaixo:

Mês	CUSTEIO
Janeiro	1.156.339,80
Fevereiro	1.156.339,80
Março	1.156.339,80
Abril	1.156.339,80
Maio	1.156.339,80
Junho	1.156.339,80
Julho	1.156.339,80
Agosto	1.156.339,80
Setembro	1.156.339,80
Outubro	1.156.339,80
Novembro	1.156.339,80
Dezembro	1.156.339,80
Total	13.876.077,60

PARÁGRAFO PRIMEIRO

As parcelas mensais ficam estimadas, conforme tabela acima e, serão pagas até o 5º (quinto) dia útil de cada mês.

PARÁGRAFO SEGUNDO

As parcelas de valor variável serão pagas mensalmente, junto com a parte fixa do Contrato, e os ajustes financeiros decorrentes da avaliação do alcance das metas da parte variável serão realizados nos meses de Fevereiro, Maio, Agosto e Novembro após análise dos indicadores estabelecidos no Anexo Técnico III – Indicadores de Qualidade.

PARÁGRAFO TERCEIRO

Os valores de ajuste financeiro citados no parágrafo anterior serão apurados na forma disposta no Anexo Técnico II - Sistema de Pagamento, que integra o presente **CONTRATO**.

PARÁGRAFO QUARTO

Os indicadores do último trimestre do ano serão avaliados no mês de Janeiro do Contrato no ano seguinte.

PARÁGRAFO QUINTO

Na hipótese da unidade não possuir um tempo mínimo de 3 (três) meses de funcionamento, a primeira avaliação dos Indicadores de Qualidade para efeitos de pagamento da parte variável do **CONTRATO DE GESTÃO**, prevista no Parágrafo 2º desta Cláusula, será efetivada no trimestre posterior.

CLÁUSULA NONA

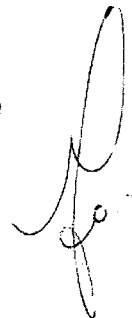
DA ALTERAÇÃO CONTRATUAL

O presente **CONTRATO DE GESTÃO** poderá ser aditado, alterado, parcial ou totalmente, mediante prévia justificativa por escrito que conterá a declaração de interesse de ambas as partes e deverá ser autorizado pelo Secretário de Estado da Saúde.

CLÁUSULA DÉCIMA

DA RESCISÃO

A rescisão do presente Contrato obedecerá às disposições contidas nos artigos 77 à 80 da Lei Federal nº 8.666/93 e alterações posteriores.





145

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE GESTÃO DE CONTRATOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

PARÁGRAFO PRIMEIRO

Verificada qualquer hipótese ensejadora da rescisão contratual, o Poder Executivo providenciará a imediata revogação do decreto de permissão de uso dos bens públicos, a cessação dos afastamentos dos servidores públicos colocados à disposição da **CONTRATADA**, não cabendo à entidade de direito privado sem fins lucrativos direito a qualquer indenização, salvo na hipótese prevista no § 2º do artigo 79 da Lei federal nº 8.666/93.

PARÁGRAFO SEGUNDO

Em caso de rescisão unilateral por parte da **CONTRATANTE**, que não decorra de má gestão, culpa ou dolo da **CONTRATADA**, o Estado de São Paulo arcará com os custos relativos a dispensa do pessoal contratado pela Organização para execução do objeto deste contrato, independentemente de indenização a que a **CONTRATADA** faça jus.

PARÁGRAFO TERCEIRO

Em caso de rescisão unilateral por parte da **CONTRATADA**, a mesma se obriga a continuar prestando os serviços de saúde ora contratados, por um prazo mínimo de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir da denúncia do Contrato.

PARÁGRAFO QUARTO

A **CONTRATADA** terá o prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias, a contar da data da rescisão do Contrato, para quitar suas obrigações e prestar contas de sua gestão à **CONTRATANTE**.

CLÁUSULA DÉCIMA-PRIMEIRA

DAS PENALIDADES

A inobservância, pela **CONTRATADA**, de cláusula ou obrigação constante deste Contrato e seus Anexos, ou de dever originado de norma legal ou regulamentar pertinente, autorizará a **CONTRATANTE**, garantida a prévia defesa, a aplicar, em cada caso, as sanções previstas nos artigos 81, 86, 87 e 88, Lei federal nº 8.666/93 e alterações posteriores, combinado com o disposto no § 2º do artigo 7º da Portaria nº 1286/93, do Ministério da Saúde, quais sejam:

- a) Advertência;
- b) Multa;
- c) Suspensão temporária de participar de licitações e de contratar com a Administração, por prazo não superior a 2 (dois) anos;
- d) Declaração de inidoneidade para licitar e contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

A imposição das penalidades previstas nesta cláusula dependerá da gravidade do fato que as motivar, considerada sua avaliação na situação e circunstâncias objetivas em que ele ocorreu, e dela será notificada a **CONTRATADA**.

PARÁGRAFO SEGUNDO

As sanções previstas nas alíneas "a", "c" e "d" desta cláusula poderão ser aplicadas juntamente com a alínea "b".

PARÁGRAFO TERCEIRO

Da aplicação das penalidades a **CONTRATADA** terá o prazo de 05 (cinco) dias para interpor recurso, dirigido ao Secretário de Estado da Saúde.

PARÁGRAFO QUARTO

O valor da multa que vier a ser aplicada será comunicado à **CONTRATADA** e o respectivo montante será descontado dos pagamentos devidos em decorrência da execução do objeto contratual, garantindo-lhe pleno direito de defesa.



146

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE GESTÃO DE CONTRATOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

PARÁGRAFO QUINTO

A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta cláusula não elidirá o direito de a **CONTRATANTE** exigir indenização integral dos prejuízos que o fato gerador da penalidade acarretar para os órgãos gestores do SUS, seus usuários e terceiros, independentemente das responsabilidades criminal e/ou ética do autor do fato.

CLÁUSULA DÉCIMA-SEGUNDA

DISPOSIÇÕES FINAIS

1- É vedada a cobrança por serviços médicos, hospitalares ou outros complementares da assistência devida ao paciente.

2- Sem prejuízo do acompanhamento, da fiscalização e da normatividade suplementar exercidas pela **CONTRATANTE** sobre a execução do presente Contrato, a **CONTRATADA** reconhece a prerrogativa de controle e autoridade normativa genérica da direção nacional do SUS - Sistema Único de Saúde, decorrente da Lei nº 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde), ficando certo que a alteração decorrente de tais competências normativas será objeto de termo aditivo, ou de notificação dirigida à **CONTRATADA**.

3- Fica acordado que os direitos e deveres atinentes à entidade privada sem fins lucrativos subscritora deste instrumento serão sub-rogados para a Organização Social de Saúde por ela constituída, mediante a instrumentalização de termo de reti-ratificação ao presente contrato.

4- A **CONTRATADA** poderá, a qualquer tempo e mediante justificativa apresentada ao Secretário de Estado da Saúde e ao Governador do Estado, propor a devolução de bens ao Poder Público Estadual, cujo uso fora a ela permitido e que não mais sejam necessários ao cumprimento das metas avençadas.

CLÁUSULA DÉCIMA-TERCEIRA

DA PUBLICAÇÃO

O **CONTRATO DE GESTÃO** será publicado no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de 20 (vinte) dias, contados da data de sua assinatura.

CLÁUSULA DÉCIMA-QUARTA

DO FORO

Fica eleito o Foro da Capital, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer questões oriundas deste contrato, que não puderem ser resolvidas pelas partes.

E, por estarem justas e contratadas, assinam o presente contrato em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

São Paulo, 20 de dezembro de 2012.

PADRE NÉLIO JOEL ANGELI BELOTTI
PRESIDENTE
Associação Lar São Francisco de Assis na Providência de Deus
Pe. Nélio J. A. Belotti

Testemunhas:

1)

Nome: **REGINALDO RODRIGUES OLIVEIRA**
R.G.: **19.583.581-5**

DR. GIOVANNI GUIDO CERRI
SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE

José Manoel de Camargo Teixeira
Secretário Adjunto
José Manoel de Camargo Teixeira
Secretário Adjunto

2)

Nome: **Dumara Rodrigues**
R.G.: **Diretor Técnico II**
CGCSS/GGA/AME



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE GESTÃO DE CONTRATOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

142

ANEXO TÉCNICO I
DESCRIÇÃO DE SERVIÇOS

I - CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS CONTRATADOS

A **CONTRATADA** atenderá com seus recursos humanos e técnicos aos usuários do SUS - Sistema Único de Saúde, oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades abaixo descritas, conforme sua tipologia (unidade hospitalar, exclusivamente ambulatorial, ou outros).

O Serviço de Admissão da **CONTRATADA** solicitará aos pacientes, ou a seus representantes legais, a documentação de identificação do paciente e a documentação de encaminhamento, se for o caso, especificada no fluxo estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde.

O acesso aos exames de apoio diagnóstico e terapêutico realizar-se-á de acordo com o fluxo estabelecido pela Secretaria Estadual de Saúde.

O acompanhamento e a comprovação das atividades realizadas pela **CONTRATADA** serão efetuados através dos dados registrados no SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais, bem como através dos formulários e instrumentos para registro de dados de produção definidos pela **CONTRATANTE**.

1. ATENDIMENTO AMBULATORIAL

O atendimento ambulatorial compreende:

- ◆ Primeira consulta
- ◆ Interconsulta
- ◆ Consultas subsequentes (retornos)
- ◆ Procedimentos terapêuticos realizados por especialidades não médicas
- ◆ Cirurgias ambulatoriais (Cirurgias Maiores Ambulatoriais e cirurgias menores ambulatoriais)
- ◆ Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico Externo
- ◆ Sessões de tratamento: hemoterapia, litotripsia, hemodiálise, hemodinâmica, radioterapia e quimioterapia.

②

1.1 Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pela rede/UBS - Unidades Básicas de Saúde, ao Ambulatório, para atendimento a uma determinada especialidade médica. No caso de atendimento não médico a primeira consulta deve se dar apenas na especialidade de fisioterapia, quando disponibilizada para unidades externas.

1.2 Entende-se por interconsulta, a primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria instituição, tanto no que se refere ao atendimento médico quanto ao não médico.

1.3 Entende-se por consulta subsequente, todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais, decorrentes tanto das consultas oferecidas à rede básica de saúde quanto às subsequentes das interconsultas.

1.4 Os atendimentos referentes a processos terapêuticos de média e longa duração, tais como, sessões de Fisioterapia, Psicoterapia, etc., os mesmos, a partir do 2º atendimento, devem ser registrados como procedimentos terapêuticos realizados (sessões) por especialidades não médicas.

1.5 As consultas realizadas pelo Serviço Social não serão consideradas no total de consultas ambulatoriais, serão apenas informadas conforme as normas definidas pela Secretaria da Saúde.

1.6 Serão consideradas intervenções cirúrgicas ambulatoriais aqueles procedimentos cirúrgicos terapêuticos ou diagnósticos que não requeiram internações hospitalares. Serão classificados como Cirurgia Maior Ambulatorial (CMA) os procedimentos cirúrgicos terapêuticos ou diagnósticos, que pressupõe a presença do médico anestesista, realizados com anestesia geral, locoregional ou local, com ou sem sedação que requeiram cuidados



158

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE GESTÃO DE CONTRATOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

pós-operatórios de curta duração, não necessitando internação hospitalar. Serão classificados como cirurgia menor ambulatorial (cma) os procedimentos cirúrgicos de baixa complexidade realizados com anestesia local ou troncular que podem ser realizados em consultório, sem a presença do médico anestesista, e que dispensam cuidados especiais no pós-operatório.

Salientamos que o registro da atividade cirúrgica classificada como ambulatorial se dará pelo Sistema de Informação Ambulatorial (SIA).

1.7 Com relação às Sessões de Tratamento: Quimioterapia, Hemodiálise, Hemodinâmica, etc., o volume realizado mensalmente pela unidade será informado com destaque, para acompanhamento destas atividades, conforme as normas definidas pela Secretaria da Saúde.

2. PROGRAMAS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

Se, ao longo da vigência deste Contrato, de comum acordo entre os contratantes, **AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES "DURVAL MANTOVANINNI" – AME ATIBAIA** se propuser a realizar outros tipos de atividades diferentes daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas especialidades médicas, seja pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia ou pela introdução de novas categorias de exames laboratoriais, estas atividades poderão ser previamente autorizadas pela **CONTRATANTE** após análise técnica, sendo quantificadas separadamente do atendimento rotineiro da unidade e sua orçamentação econômico-financeira será discriminada e homologada através de Termo Aditivo ao presente contrato.

II – ESTRUTURA E VOLUME DE ATIVIDADES CONTRATADAS

II.1 ATENDIMENTO AMBULATORIAL NO ANO DE 2013 (Especialidades médicas)

Ambulatório	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Primeiras Consultas Rede	4.500	4.500	4.500	4.500	4.500	4.500	4.500	4.500	4.500	4.500	4.500	4.500	54.000
Interconsultas	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	12.000
Consultas Subseqüentes	4.500	4.500	4.500	4.500	4.500	4.500	4.500	4.500	4.500	4.500	4.500	4.500	54.000
Total	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000	120.000

Especialidades médicas	2013	Especialidades médicas	2013
Acupuntura	X	Infectologia	X
Alergia e imunologia	X	Mastologia	X
Cardiologia	X	Nefrologia	X
Cirurgia Geral	X	Neurologia	X
Cirurgia Plástica		Neurologia Infantil	X
Cirurgia Vascular	X	Obstetrícia	X
Dermatologia	X	Oftalmologia	X
Endocrinologia	X	Ortopedia e Traumatologia	X
Endoscopia Digestiva	X	Otorrinolaringologia	X
Fisiatria		Pneumologia	X
Gastroenterologia	X	Proctologia	X
Ginecologia	X	Reumatologia	
Hematologia	X	Urologia	X

II.2 ATENDIMENTO NÃO MÉDICO no ano de 2013

Atendimento não médico	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Consultas Não Médicas	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	12.000
Procedimentos Terapêuticos (sessões)	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	36.000
Total	4.000	4.000	4.000	4.000	4.000	4.000	4.000	4.000	4.000	4.000	4.000	4.000	48.000

ge.



149

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE GESTÃO DE CONTRATOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Especialidades não médicas	2013	Especialidades não médicas	2013
Enfermagem	x	Nutrição	x
Farmácia		Ortótica	
Fisioterapia	x	Psicologia	x
Fonoaudiologia	x	Serviço Social	x

II. 3 CIRURGIAS AMBULATORIAIS no ano de 2013.

CIRURGIAS AMBULATORIAIS	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Cirurgia Maior Ambulatorial (CMA)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
cirurgia menor ambulatorial (cma)	450	450	450	450	450	450	450	450	450	450	450	450	5.400
TOTAL	450	450	450	450	450	450	450	450	450	450	450	450	5.400

Cirurgias ambulatoriais	2013
Com anestesiológista	
Sem anestesiológista	X

II. 4 - Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT EXTERNO no ano de 2013 (âmbito exclusivamente ambulatorial)

O Ambulatório oferecerá os serviços de SADT abaixo relacionados, na quantidade anual de **30.600 exames**, a pacientes **EXTERNOS** ao Ambulatório, isto é, àqueles pacientes que foram encaminhados para realização de atividades de SADT por outros serviços de saúde, obedecendo ao fluxo estabelecido pela Secretaria Estadual da Saúde, nas quantidades especificadas:

SADT EXTERNO	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Radiologia	700	700	700	700	700	700	700	700	700	700	700	700	8.400
Ultra-Sonografia	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500	6.000
Tomografia	450	450	450	450	450	450	450	450	450	450	450	450	5.400
Endoscopia	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	2.400
Diagnóstico em Especialidades	700	700	700	700	700	700	700	700	700	700	700	700	8.400
TOTAL	2.550	2.550	2.550	2.550	2.550	2.550	2.550	2.550	2.550	2.550	2.550	2.550	30.600

Os exames para apoio diagnóstico e terapêutico aqui elencados estão subdivididos de acordo com a classificação utilizada pela NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde/SUS para os procedimentos do SIA/SUS - Sistema de Informação Ambulatorial e suas respectivas tabelas.

III – CONTEÚDO DAS INFORMAÇÕES A SEREM ENCAMINHADAS À CONTRATANTE

A **CONTRATADA** encaminhará à **CONTRATANTE** toda e qualquer informação solicitada, na formatação e periodicidade por esta determinadas.

As informações solicitadas referem-se aos aspectos abaixo relacionados:

- Relatórios contábeis e financeiros;
 - Relatórios referentes aos Indicadores de Qualidade estabelecidos para a unidade;
 - Relatório de Custos;
 - Censo de origem dos pacientes atendidos;
 - Pesquisa de satisfação de pacientes e acompanhantes;
 - Outras, a serem definidas.
-



150

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE GESTÃO DE CONTRATOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

ANEXO TÉCNICO II
SISTEMA DE PAGAMENTO

I - Com a finalidade de estabelecer as regras e o cronograma do Sistema de Pagamento ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

1. A atividade assistencial da **CONTRATADA** subdivide-se em 04 (duas) modalidades, conforme especificação e quantidades relacionadas no ANEXO TÉCNICO I - Descrição de Serviços, nas modalidades abaixo assinaladas:

- (X) Consulta Médica
- (X) Atendimento não médico
- (X) Cirurgia ambulatorial
- (X) SADT Externo

1.1 As modalidades de atividade assistenciais acima assinaladas referem-se à rotina do atendimento a ser oferecido aos usuários da unidade sob gestão da **CONTRATADA**.

2. Além das atividades de rotina, a unidade poderá realizar outras atividades, submetidas à prévia análise e autorização da **CONTRATANTE**, conforme especificado no item 05 do ANEXO TÉCNICO I - Descrição de Serviços.

3. O montante do orçamento econômico-financeiro do **AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES "DURVAL MANTOVANINNI" – AME ATIBAIA**, para o exercício de 2013, nos meses de janeiro a dezembro, fica estimado no valor de **R\$ 13.876.077,60 (treze milhões, oitocentos e setenta e seis mil e setenta e sete reais e sessenta centavos)** e compõe-se da seguinte forma:

- ♦ 70% (setenta por cento) do valor, ou **R\$ 9.713.254,32 (nove milhões, setecentos e treze mil, duzentos e cinquenta e quatro reais e trinta e dois centavos)**, corresponde ao custeio das despesas com consultas médicas;
- ♦ 6% (seis por cento) do valor ou **R\$ 832.564,66 (oitocentos e trinta e dois mil, quinhentos e sessenta e quatro reais e sessenta e seis centavos)**, corresponde ao custeio das despesas com atendimento não médico;
- ♦ 4% (quatro por cento) do valor ou **R\$ 555.043,10 (quinhentos e cinquenta e cinco mil e quarenta e três reais e dez centavos)**, corresponde ao custeio das despesas com Cirurgia Ambulatorial;
- ♦ 20% (vinte por cento) do valor ou **R\$ 2.775.215,52 (dois milhões, setecentos e setenta e cinco mil, duzentos e quinze reais e cinquenta e dois centavos)**, corresponde ao custeio das despesas com SADT Externo

4. Os pagamentos à **CONTRATADA** dar-se-ão na seguinte conformidade:

4.1 90% (noventa por cento) do valor mencionado no item três serão repassados em 12 (doze) parcelas mensais, sendo:

Mês	Valor 90%
Janeiro	1.040.705,82
Fevereiro	1.040.705,82
Março	1.040.705,82
Abril	1.040.705,82
Maio	1.040.705,82
Junho	1.040.705,82
Julho	1.040.705,82
Agosto	1.040.705,82
Setembro	1.040.705,82
Outubro	1.040.705,82
Novembro	1.040.705,82
Dezembro	1.040.705,82
TOTAL	12.488.469,84



15,

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE GESTÃO DE CONTRATOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

4.2 10% (dez por cento) do valor mencionado no item 03 (três) serão repassados mensalmente, juntamente com as parcelas, com valor mensal estimativo de:

Mês	Valor 10%
Janeiro	115.633,98
Fevereiro	115.633,98
Março	115.633,98
Abril	115.633,98
Maio	115.633,98
Junho	115.633,98
Julho	115.633,98
Agosto	115.633,98
Setembro	115.633,98
Outubro	115.633,98
Novembro	115.633,98
Dezembro	115.633,98
TOTAL	1.387.607,76

4.3 A avaliação da parte variável será realizada nos meses de janeiro, abril, julho e outubro, podendo gerar um ajuste financeiro a menor nos meses subseqüentes, dependendo do percentual de alcance dos indicadores, pelo **AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES "DURVAL MANTOVANINNI" – AME ATIBAIA**;

5. Visando o acompanhamento e avaliação do **CONTRATO DE GESTÃO** e o cumprimento das atividades estabelecidas para a **CONTRATADA** no ANEXO TÉCNICO I - Descrição de Serviços, a mesma deverá encaminhar mensalmente, até o dia 7º dia útil do mês subsequente, a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pelo **AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES "DURVAL MANTOVANINNI" – AME ATIBAIA** (R)

5.1. As informações acima mencionadas serão encaminhadas através dos registros no SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais, de acordo com normas e prazos estabelecidos pela **CONTRATANTE**;

5.2. As informações mensais relativas à produção assistencial, indicadores de qualidade, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, serão encaminhadas via Internet, através do site www.gestao.saude.sp.gov.br, disponibilizado pela **CONTRATANTE** e de acordo com normas, critérios de segurança e prazos por ela estabelecidos;

5.3. O aplicativo disponibilizado na Internet emitirá os relatórios e planilhas necessárias à avaliação mensal das atividades desenvolvidas pelo **AMBULATÓRIO MÉDICO DE ESPECIALIDADES "DURVAL MANTOVANINNI" – AME ATIBAIA** e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

6. A **CONTRATANTE** procederá à análise dos dados enviados pela **CONTRATADA** para que sejam efetuados os devidos pagamentos de recursos, conforme estabelecido na Cláusula 8ª do **CONTRATO DE GESTÃO**.

7. A cada período de 03 (três) meses, a **CONTRATANTE** procederá à consolidação e análise conclusiva dos dados do trimestre findo, para avaliação e pontuação dos indicadores de qualidade que condicionam o valor do pagamento de valor variável citado no item 04 (quatro) deste documento.

8. Nos meses de Julho e Dezembro, a **CONTRATANTE** procederá à análise das quantidades de atividades assistenciais realizadas pela **CONTRATADA**, verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades estabelecidas neste **CONTRATO DE GESTÃO**.

9. Da análise referida no item anterior, poderá resultar uma re-pactuação das quantidades de atividades assistenciais ora estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, efetivada através de Termo



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE GESTÃO DE CONTRATOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

152

Aditivo ao Contrato de Gestão, acordada entre as partes nas respectivas reuniões para ajuste semestral e anual do **CONTRATO DE GESTÃO**.

10. A análise referida no item 08 (oito) deste documento não anula a possibilidade de que sejam firmados Termos Aditivos ao **CONTRATO DE GESTÃO** em relação às cláusulas que quantificam as atividades assistenciais a serem desenvolvidas pela **CONTRATADA** e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, a qualquer momento, se condições e/ou ocorrências excepcionais incidirem de forma muito intensa sobre as atividades do hospital, inviabilizando e/ou prejudicando a assistência ali prestada.

II - SISTEMÁTICA E CRITÉRIOS DE PAGAMENTO

II.1 AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE QUALIDADE (Parte Variável do Contrato de Gestão)

Os valores percentuais apontados na tabela abaixo, para valoração de cada um dos indicadores serão utilizados para o cálculo do valor variável a ser pago, conforme especificado no item 4.2 (quatro dois) deste documento.

II.2 AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS DESVIOS NAS QUANTIDADES DE ATIVIDADE ASSISTENCIAL (Parte Fixa do Contrato de Gestão)

1. Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão nos meses de Julho e Dezembro.
2. A avaliação e análise das atividades contratadas constantes deste documento serão efetuadas conforme explicitado nas Tabelas que se seguem. Os desvios serão analisados em relação às quantidades especificadas para cada modalidade de atividade assistencial especificada no ANEXO TÉCNICO I - Descrição de Serviços e gerarão uma variação proporcional no valor do pagamento de recursos a ser efetuado à **CONTRATADA**, respeitando-se a proporcionalidade de cada tipo de despesa especificada no item 03 (três) deste documento.

20.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE GESTÃO DE CONTRATOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

153

TABELA I – Para Contratos de Gestão para gerenciamento de Unidades exclusivamente Ambulatoriais e outros tipos de atividades

CONSULTAS MÉDICAS	Acima do volume pactuado	100% do peso percentual da atividade ambulatorial – consulta médica
	Entre 85% e 100% do volume pactuado	100% do peso percentual da atividade ambulatorial-consulta médica
	Entre 70% e 84,99% do volume pactuado	90% X peso percentual da atividade ambulatorial – consulta médica X orçamento do Ambulatório (R\$)
	Menos que 70% do volume pactuado	70% X peso percentual da atividade ambulatorial – consulta médica X orçamento do Ambulatório (R\$)
ATENDIMENTO NÃO MÉDICO	Acima do volume pactuado	100% do peso percentual da atividade ambulatorial – consulta não médica
	Entre 85% e 100% do volume pactuado	100% do peso percentual da atividade ambulatorial – consulta não médica I
	Entre 70% e 84,99% do volume pactuado	90% X peso percentual da atividade ambulatorial – consulta não médica X orçamento do Ambulatório (R\$)
	Menos que 70% do volume pactuado	70% X peso percentual da atividade ambulatorial – consulta não médica X orçamento do Ambulatório (R\$)
CIRURGIA AMBULATORIAL	Acima do volume pactuado	100% do peso percentual da atividade ambulatorial – consulta não médica
	Entre 85% e 100% do volume pactuado	100% do peso percentual da atividade ambulatorial – consulta não médica I
	Entre 70% e 84,99% do volume pactuado	90% X peso percentual da atividade ambulatorial – consulta não médica X orçamento do Ambulatório (R\$)
	Menos que 70% do volume pactuado	70% X peso percentual da atividade ambulatorial – consulta não médica X orçamento do Ambulatório (R\$)
SADT EXTERNO	Acima do volume pactuado	100% do peso percentual da atividade ambulatorial – consulta não médica
	Entre 85% e 100% do volume pactuado	100% do peso percentual da atividade ambulatorial – consulta não médica I
	Entre 70% e 84,99% do volume pactuado	90% X peso percentual da atividade ambulatorial – consulta não médica X orçamento do Ambulatório (R\$)
	Menos que 70% do volume pactuado	70% X peso percentual da atividade ambulatorial – consulta não médica X orçamento do Ambulatório (R\$)

12.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE GESTÃO DE CONTRATOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

154

ANEXO TÉCNICO III
INDICADORES DE QUALIDADE

Os Indicadores estão relacionados à qualidade da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e medem aspectos relacionados à efetividade da gestão e ao desempenho da unidade.

A complexidade dos indicadores é crescente e gradual, considerando o tempo de funcionamento da unidade.

Com o passar do tempo, a cada ano, novos indicadores são introduzidos e o alcance de um determinado indicador no decorrer de certo período, torna este indicador um pré-requisito para que outros indicadores mais complexos possam ser avaliados, desta forma, os indicadores que são pré-requisitos para os demais continuam a ser monitorados e avaliados, porém já não têm efeito financeiro.

IMPORTANTE: Alguns indicadores têm sua acreditação para efeito de pagamento no 2º, ou no 3º ou no 4º trimestres. Isto não significa que somente naquele período estarão sendo avaliados. A análise de cada indicador, a elaboração de pareceres avaliatórios e o encaminhamento dessa avaliação a cada Ambulatório serão efetuados mensalmente, independentemente do trimestre onde ocorrerá a acreditação de cada indicador para o respectivo pagamento.

A cada ano é fornecido um Manual que estabelece todas as regras e critérios técnicos para a avaliação dos Indicadores utilizados para o cálculo da parte variável do **CONTRATO DE GESTÃO**.

12.

PESOS PERCENTUAIS DOS INDICADORES DEFINIDOS PARA O ANO DE 2013

PRÉ- REQUISITOS:

- ✓ Controle de Origem de Pacientes
- ✓ Perda Primária
- ✓ Taxa de Absenteísmo
- ✓ Taxa de Cancelamento Cirurgia
- ✓ Índice de Retorno

INDICADORES VALORADOS:

INDICADORES	TRIMESTRES			
	1º	2º	3º	4º
Comissão de Revisão de Prontuários	20%	20%	20%	20%
Programa de Humanização	30%	30%	30%	30%
Alta Global	20%	20%	20%	20%
Qualidade na Informação	30%	30%	30%	30%



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Contrato de Gestão Modelo para serviços hospitalares, exclusivamente ambulatoriais e outros tipos de serviços – excluindo-se laboratórios - aprovado pela CJ Processo nº 001/0100/000.366/2006.

CONTRATO DE GESTÃO

Processo nº. 001.0500.000025/2014

CONTRATO QUE ENTRE SI CELEBRAM O ESTADO DE SÃO PAULO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DA SAÚDE, E O INSTITUTO DE RESPONSABILIDADE SOCIAL SÍRIO LIBANÊS - IRSSL QUALIFICADO COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE, PARA REGULAMENTAR O DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE, NO HOSPITAL REGIONAL DE JUNDIAÍ.

Pelo presente instrumento, de um lado o Estado de São Paulo, por intermédio da **Secretaria de Estado da Saúde**, com sede nesta cidade na Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar nº. 188, neste ato representada pelo seu Secretário de Estado da Saúde, **Dr. David Everson Uip**, brasileiro, casado, médico, portador da Cédula de Identidade R.G. nº. 4.509.000-2, CPF nº. 791.037.668-53, doravante denominada **CONTRATANTE**, e de outro lado **INSTITUTO DE RESPONSABILIDADE SOCIAL SÍRIO LIBANÊS - IRSSL**, com CNPJ/MF nº. 09.538.688/0001-32, inscrito no CREMESP sob nº. 945841, com endereço à Rua Peixoto Gomide, 337 - Bela Vista - São Paulo - SP e com estatuto arquivado no 2º. Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoa Jurídica da Capital sob nº. 125.957 e microfilmado sob nº. 120.229, neste ato representada por seu **Diretor Executivo, Dr. Gonzalo Vecina Neto**, brasileiro, viúvo, R.G. nº. 6.050.798-6, C.P.F. nº. 889.528.198-53, doravante denominada **CONTRATADA**, tendo em vista o que dispõe a Lei Complementar nº. 846, de 4 de junho de 1998, e considerando a declaração de dispensa de licitação inserida nos autos do Processo nº. 001.0500.000025/2014, fundamentada no § 1º, do artigo 6º, da Lei Complementar nº. 846/98, combinado com o artigo 26, da Lei Federal nº. 8.666, de 21 de junho de 1993 e alterações posteriores, e ainda em conformidade com os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde-SUS, estabelecidos nas Leis Federais nº. 8.080/90 e nº 8.142/90, com fundamento na Constituição Federal, em especial no seu artigo 196 e seguintes, e na Constituição do Estado de São Paulo, em especial o seu artigo 218 e seguintes, **RESOLVEM** celebrar o presente **CONTRATO DE GESTÃO** referente ao gerenciamento e execução de atividades e serviços de saúde a serem desenvolvidos no **HOSPITAL REGIONAL DE JUNDIAÍ**, cujo uso fica permitido pelo período de vigência do presente contrato, mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA

DO OBJETO

- 1- O presente **CONTRATO DE GESTÃO** tem por objeto a operacionalização da gestão e execução, pela **CONTRATADA**, das atividades e serviços de saúde no **HOSPITAL REGIONAL DE JUNDIAÍ**, em conformidade com os Anexos Técnicos que integram este instrumento.
- 2- O objeto contratual executado deverá atingir o fim a que se destina, com eficácia e qualidade requeridas.
- 3- Fazem parte integrante deste **CONTRATO**:
 - a) O Anexo Técnico I – Descrição de Serviços
 - b) O Anexo Técnico II- Sistema de Pagamento
 - c) O Anexo Técnico III – Indicadores de Qualidade



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

CLÁUSULA SEGUNDA

OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA

Em cumprimento às suas obrigações, cabe à **CONTRATADA**, além das obrigações constantes das especificações técnicas nos Anexos e daquelas estabelecidas na legislação referente ao SUS, bem como nos diplomas federal e estadual que regem a presente contratação, as seguintes:

- 1- Prestar os serviços de saúde que estão especificados no Anexo Técnico I - Prestação de Serviços à população usuária do SUS - Sistema Único de Saúde e do Instituto de Assistência Médica do Servidor Público Estadual - IAMSPE, conforme determina a Lei Complementar nº. 971/05 e de acordo com o estabelecido neste contrato;
- 2- Dar atendimento exclusivo aos usuários do SUS e do IAMSPE (Lei Complementar nº. 971/2005) no estabelecimento de saúde cujo uso lhe fora permitido, nos termos do artigo 8º, inciso IV, da Lei Complementar nº. 846/98;
- 3- Dispor, por razões de planejamento das atividades assistenciais, de informação oportuna sobre o local de residência dos pacientes atendidos ou que lhe sejam referenciados para atendimento, registrando o município de residência e, para os residentes nesta capital do Estado de São Paulo, o registro da região da cidade onde residem (Centro, Leste, Oeste, Norte ou Sul);
- 4- Responsabilizar-se pela indenização de dano decorrente de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência, que seus agentes, nessa qualidade, causarem a paciente, aos órgãos do SUS e a terceiros a estes vinculados, bem como aos bens públicos móveis e imóveis objetos de permissão de uso, de que trata a Lei Complementar nº 846/98, assegurando-se o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis;
- 4.1- A responsabilidade de que trata o item anterior estende-se aos casos de danos causados por falhas relativas à prestação dos serviços, nos termos do art. 14 da Lei nº. 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor);
- 5- Restituir, em caso de desqualificação, ao Poder Público, o saldo dos recursos líquidos resultantes dos valores dele recebidos;
- 6- Administrar os bens móveis e imóveis cujo uso lhe fora permitido, em conformidade com o disposto nos respectivos termos de permissão de uso, até sua restituição ao Poder Público;
- 6.1- Comunicar à instância responsável da **CONTRATANTE** todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após sua ocorrência;
- 7- Transferir, integralmente à **CONTRATANTE** em caso de desqualificação e conseqüente extinção da Organização Social de Saúde, o patrimônio, os legados ou doações que lhe foram destinados, bem como os excedentes financeiros decorrentes da prestação de serviços de assistência à saúde no **HOSPITAL REGIONAL DE JUNDIAÍ**, cujo uso lhe fora permitido;
- 8- Contratar, se necessário, pessoal para a execução das atividades previstas neste **Contrato de Gestão**, responsabilizando-se pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais, resultantes da execução do objeto desta avença;
- 9- Instalar no **HOSPITAL REGIONAL DE JUNDIAÍ**, cujo uso lhe fora permitido, "Serviço de Atendimento ao Usuário", devendo encaminhar à Secretaria de Estado da Saúde relatório mensal de suas atividades, conforme o disposto nos Anexos deste **Contrato de Gestão**;



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

- 10- Manter, em perfeitas condições de uso, os equipamentos e instrumental necessários para a realização dos serviços contratados;
- 11- ~~Em se tratando de serviço de hospitalização~~ informar, sempre que solicitado, à **CONTRATANTE**, o número de vagas disponíveis, a fim de manter atualizado o serviço de atendimento da "Central de Vagas do SUS" (plantão controlador), bem como indicar, de forma atualizada e em lugar visível do serviço de saúde, o número de vagas existentes no dia;
 - 11.1 Em se tratando de serviços exclusivamente ambulatoriais, integrar o Serviço de Marcação de Consultas instituído pela Secretaria de Estado da Saúde, se esta assim o definir;
- 12- Adotar o símbolo e o nome designativo da unidade de saúde cujo uso lhe fora permitido, seguido pelo nome designativo "Organização Social de Saúde";
- 13- Responsabilizar-se por cobrança indevida feita ao paciente ou ao seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste contrato;
- 14- Manter sempre atualizado o prontuário médico dos pacientes e o arquivo médico, pelo prazo mínimo de 5 (cinco) anos, ressalvados os prazos previstos em lei;
- 15- Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação, exceto nos casos de consentimento informado, devidamente aprovado pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa Consentida, quando deverá haver manifestação expressa de consentimento do paciente ou de seu representante legal, por meio de termo de responsabilidade pelo tratamento a que será submetido;
- 16- Atender os pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação dos serviços;
- 17- Afixar aviso, em lugar visível, de sua condição de entidade qualificada como Organização Social de Saúde, e de gratuidade dos serviços prestados nessa condição;
- 18- Justificar ao paciente ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional previsto neste Contrato.
- 19- Em se tratando de serviço de hospitalização, permitir a visita ao paciente internado, diariamente, respeitando-se a rotina do serviço, por período mínimo de 02 (duas) horas;
- 20- Esclarecer os pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;
- 21- Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal;
- 22- Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos pacientes;
- 23- Assegurar aos pacientes o direito de serem assistidos, religiosa e espiritualmente por ministro de qualquer culto religioso;
- 24- Em se tratando de serviço de hospitalização, possuir e manter em pleno funcionamento:
 - ❖ Comissão de Prontuário Médico;
 - ❖ Comissão de Óbitos;
 - ❖ Comissões de Ética Médica e de Controle de Infecção Hospitalar;



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

25- Fornecer ao paciente atendido, por ocasião de sua saída, seja no Ambulatório, Pronto-Socorro ou Unidade Hospitalar, relatório circunstanciado do atendimento prestado, denominado "INFORME DE ATENDIMENTO", do qual devem constar, no mínimo, os seguintes dados:

- 1- Nome do paciente
- 2- Nome da Unidade de atendimento
- 3- Localização do Serviço/Hospital (endereço, município, estado)
- 4- Motivo do atendimento (CID-10)
- 5- Data de admissão e data da alta (em caso de internação)
- 6- Procedimentos realizados e tipo de órtese, prótese e/ou materiais empregados, quando for o caso

25.1- O cabeçalho do documento deverá conter o seguinte esclarecimento:

"Esta conta será paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais".

- 26- Colher a assinatura do paciente, ou de seus representantes legais, na segunda via do relatório a que se refere o item 25 desta cláusula, arquivando-a no prontuário do paciente, pelo prazo de 05 (cinco) anos, observando-se as exceções previstas em lei;
- 27- Em se tratando de serviço de hospitalização assegurar a presença de um acompanhante, em tempo integral, no hospital, nas internações de gestantes, crianças, adolescentes e idosos, com direito a alojamento e alimentação.
- 28- Limitar suas despesas com o pagamento de remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidos pelos dirigentes e empregados das Organizações Sociais de Saúde a 70% (setenta por cento) do valor global das despesas de custeio das respectivas unidades.
- 29- A remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidos pelos dirigentes e empregados das Organizações Sociais de Saúde não poderão exceder os níveis de remuneração praticados na rede privada de saúde, observando-se a média de valores de, pelo menos 10 (dez) instituições de mesmo porte e semelhante complexidade dos hospitais sob gestão das Organizações Sociais de Saúde, remuneração esta baseada em indicadores específicos divulgados por entidades especializadas em pesquisa salarial existentes no mercado.
- 30- A contratada não poderá celebrar contratos de qualquer natureza com empresas que estejam suspensas ou impedidas de licitar/negociar com a Administração Pública, bem como com empresas que tenham sido declaradas inidôneas para licitar/contratar com a Administração Pública, e, ainda, com empresas que estejam inscritas no CADIN Estadual.
- 31- Remeter mensalmente à CONTRATANTE informações dos atendimentos realizados a pacientes contribuintes, beneficiários ou agregados do Instituto de Assistência Médica do Servidor Público Estadual (IAMSPE).

CLÁUSULA TERCEIRA **DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE**

Para a execução dos serviços objeto do presente contrato, a **CONTRATANTE** obriga-se a:

- 1- Prover a **CONTRATADA** dos meios necessários à execução do objeto deste Contrato;
- 2- Programar no orçamento do Estado, nos exercícios subsequentes ao da assinatura do presente Contrato, os recursos necessários, nos elementos financeiros específicos para custear a execução do objeto contratual, de acordo com o sistema de pagamento previsto no Anexo Técnico II- Sistema de Pagamento, que integra este instrumento;



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

- 3- Permitir o uso dos bens móveis e imóveis, mediante a edição de Decreto e celebração dos correspondentes termos de permissão de uso e sempre que uma nova aquisição lhe for comunicada pela **CONTRATADA**;
- 4- Inventariar e avaliar os bens referidos no item anterior desta cláusula, anteriormente à formalização dos termos de permissão de uso;
- 5- Promover, mediante autorização governamental, observado o interesse público, o afastamento de servidores públicos para terem exercício na Organização Social de Saúde, conforme o disposto na Lei Complementar nº. 846/98;
- 6- Analisar, sempre que necessário e, no mínimo anualmente, a capacidade e as condições de prestação de serviços comprovadas por ocasião da qualificação da entidade como Organização Social de Saúde, para verificar se a mesma ainda dispõe de suficiente nível técnico-assistencial para a execução do objeto contratual.

CLÁUSULA QUARTA **DA AVALIAÇÃO**

A Comissão de Avaliação da Execução dos Contratos de Gestão, constituída pelo Secretário de Estado da Saúde em conformidade com o disposto no § 3º. do artigo 9º. da Lei Complementar nº. 846/98, procederá à verificação trimestral do desenvolvimento das atividades e retorno obtido pela Organização Social de Saúde com a aplicação dos recursos sob sua gestão, elaborando relatório circunstanciado, encaminhando cópia à Assembleia Legislativa.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

A verificação de que trata o "caput" desta cláusula, relativa ao cumprimento das diretrizes e metas definidas para a **CONTRATADA**, restringir-se-á aos resultados obtidos em sua execução, através dos indicadores de desempenho estabelecidos, em confronto com as metas pactuadas e com a economicidade no desenvolvimento das respectivas atividades, os quais serão consolidados pela instância responsável da **CONTRATANTE** e encaminhados aos membros da Comissão de Avaliação da Execução dos Contratos de Gestão em tempo hábil para a realização da avaliação trimestral.

PARÁGRAFO SEGUNDO

A Comissão de Avaliação da Execução dos Contratos de Gestão referida nesta cláusula deverá elaborar relatório anual conclusivo, sobre a avaliação do desempenho científico e tecnológico da **CONTRATADA**.

PARÁGRAFO TERCEIRO

Os relatórios mencionados nesta cláusula deverão ser encaminhados ao Secretário de Estado da Saúde para subsidiar a decisão do Governador do Estado acerca da manutenção da qualificação da entidade como Organização Social de Saúde.

CLÁUSULA QUINTA **DO ACOMPANHAMENTO**

A execução do presente contrato de gestão será acompanhada pela ~~Coordenadoria de~~ Gestão de Contratos de Serviços de Saúde, através do disposto neste Contrato e seus Anexos e dos instrumentos por ela definidos.

CLÁUSULA SEXTA **DO PRAZO DE VIGÊNCIA**

O prazo de vigência do presente **Contrato de Gestão** será de 5 (cinco) anos.

PARÁGRAFO ÚNICO

O prazo de vigência contratual estipulado nesta cláusula não exige a **CONTRATANTE** da comprovação da existência de recursos orçamentários para a efetiva continuidade da



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

prestação dos serviços nos exercícios financeiros subsequentes ao da assinatura deste contrato.

CLÁUSULA SÉTIMA **DOS RECURSOS FINANCEIROS**

Pela prestação dos serviços objeto deste **Contrato de Gestão**, especificados no ANEXO TÉCNICO I - Descrição de Serviços, a **CONTRATANTE** repassará à **CONTRATADA**, no prazo e condições constantes neste instrumento, bem como no Anexo Técnico II- Sistema de Pagamento, a importância global estimada de **R\$ 139.516.914,42 (cento e trinta e nove milhões, quinhentos e dezesseis mil, novecentos e quatorze reais e quarenta e dois centavos)**.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

Do montante global mencionado no "caput" desta cláusula, o valor de **R\$ 12.911.571,12 (doze milhões, novecentos e onze mil, quinhentos e setenta e um reais e doze centavos)**, correspondente ao período de **junho a dezembro** deste exercício de 2014, sendo que **R\$ 11.464.071,12 (onze milhões, quatrocentos e sessenta e quatro mil, setenta e um reais e doze centavos)** refere-se a **recursos financeiros de Custeio** e **R\$1.447.500,00 (um milhão, quatrocentos e quarenta e sete mil e quinhentos reais)** refere-se a **recursos financeiros de Investimento**, que onerarão as rubricas e itens conforme segue abaixo, cujo repasse dar-se-á na modalidade **CONTRATO DE GESTÃO**, conforme Instruções TCESP nº. 01/2008.

CUSTEIO

UGE: 090192
FUNÇÃO PROGRAMÁTICA: 10 302 0930 4852 0000
NATUREZA DA DESPESA: 33 90 39
FONTE DE RECURSO: TESOURO

INVESTIMENTO

UGE: 090192
FUNÇÃO PROGRAMÁTICA: 10 302 0930 4852 0000
NATUREZA DA DESPESA: 44 50 42
FONTE DE RECURSO: TESOURO

PARÁGRAFO SEGUNDO

Ao final de cada exercício financeiro, será estabelecido mediante a celebração de Termos de Retirratificação ao presente Contrato, o valor dos recursos financeiros que será repassado à **CONTRATADA** nos exercícios seguintes, valor esse a ser definido considerando as metas propostas, em relação à atividade assistencial que será desenvolvida no **HOSPITAL REGIONAL DE JUNDIAÍ**, para cada exercício e, correrá por conta dos recursos consignados nas respectivas leis orçamentárias, dos exercícios subsequentes.

PARÁGRAFO TERCEIRO

Os recursos repassados à **CONTRATADA** poderão ser por esta aplicados no mercado financeiro, desde que os resultados dessa aplicação revertam-se, exclusivamente, aos objetivos deste **CONTRATO DE GESTÃO**.

PARÁGRAFO QUARTO

Os recursos financeiros para a execução do objeto do presente **CONTRATO DE GESTÃO** pela **CONTRATADA** poderão ser obtidos mediante transferências provenientes do Poder Público, receitas auferidas por serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde, doações e contribuições de entidades nacionais e estrangeiras, rendimentos de aplicações dos ativos financeiros da Organização Social de Saúde e de outros pertencentes ao patrimônio que estiver sob a administração da Organização, ficando-lhe, ainda, facultado contrair empréstimos com organismos nacionais e internacionais.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

PARÁGRAFO QUINTO

A CONTRATADA deverá receber e movimentar exclusivamente em conta corrente aberta em instituição oficial os recursos que lhe forem passados pela CONTRATANTE, constando como titular a unidade pública sob sua gestão, de modo a que não sejam confundidos com os recursos próprios da OSS CONTRATADA. Os respectivos extratos de movimentação mensal deverão ser encaminhados mensalmente à CONTRATANTE.

CLÁUSULA OITAVA

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

No período de **junho a dezembro do exercício de 2014**, o somatório dos valores a serem repassados fica estimado em **R\$ 12.911.571,12 (doze milhões, novecentos e onze mil, quinhentos e setenta e um reais e doze centavos)**, sendo **R\$ 11.464.071,12 (onze milhões, quatrocentos e sessenta e quatro mil, setenta e um reais e doze centavos)** referente a **recursos financeiros de Custeio**, cuja transferência à **CONTRATADA** será efetivada mediante a liberação de **06 (seis) parcelas mensais**, correspondendo a um valor fixo (90% da parcela mensal) e a um valor vinculado à parte variável do contrato (10% da parcela mensal), e **R\$ 1.447.500,00 (um milhão, quatrocentos e quarenta e sete mil e quinhentos reais)** referente a **recursos financeiros de Investimento**, conforme tabela a seguir:

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO DE RECURSOS 2014		
MÊS	CUSTEIO	INVESTIMENTO
junho		R\$ 1.447.500,00
julho	R\$ 1.397.915,34	
agosto	R\$ 1.496.997,52	
setembro	R\$ 1.913.230,18	
outubro	R\$ 1.913.230,18	
novembro	R\$ 2.371.348,95	
dezembro	R\$ 2.371.348,95	
	R\$ 11.464.071,12	R\$ 1.447.500,00

PARÁGRAFO PRIMEIRO

As parcelas mensais serão pagas até o 5º. (quinto) dia útil de cada mês.

PARÁGRAFO SEGUNDO

As parcelas de valor variável serão pagas mensalmente, junto com a parte fixa do contrato, e os ajustes financeiros decorrentes da avaliação do alcance das metas da parte variável serão realizados nos meses de Fevereiro, Maio, Agosto e Novembro após análise dos indicadores estabelecidos no Anexo Técnico III – Indicadores de Qualidade.

PARÁGRAFO TERCEIRO

Os valores de ajuste financeiro citados no parágrafo anterior serão apurados na forma disposta no Anexo Técnico II - Sistema de Pagamento, que integra o presente **Contrato de Gestão**.

PARÁGRAFO QUARTO

Os indicadores do último trimestre do ano serão avaliados no mês de Janeiro do contrato do ano seguinte.

PARÁGRAFO QUINTO

Na hipótese da unidade não possuir um tempo mínimo de 3 (três) meses de funcionamento, a primeira avaliação dos Indicadores de Qualidade para efeitos de pagamento da parte variável



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

do Contrato de Gestão, prevista no Parágrafo 2º. desta Cláusula, será efetivada no trimestre posterior.

CLÁUSULA NONA **DA ALTERAÇÃO CONTRATUAL**

O presente **CONTRATO DE GESTÃO** poderá ser aditado, alterado, parcial ou totalmente, mediante prévia justificativa por escrito que contere a declaração de interesse de ambas as partes e deverá ser autorizado pelo Secretário de Estado da Saúde.

CLÁUSULA DÉCIMA **DA RESCISÃO**

A rescisão do presente Contrato obedecerá às disposições contidas nos artigos 77 a 80 da Lei Federal nº. 8.666/93 e alterações posteriores.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

Verificada qualquer hipótese ensejadora da rescisão contratual, o Poder Executivo providenciará a imediata revogação do decreto de permissão de uso dos bens públicos, a cessação dos afastamentos dos servidores públicos colocados à disposição da **CONTRATADA**, não cabendo à entidade de direito privado sem fins lucrativos direito a qualquer indenização, salvo na hipótese prevista no § 2º do artigo 79 da Lei Federal nº 8.666/93.

PARÁGRAFO SEGUNDO

Em caso de rescisão unilateral por parte da **CONTRATANTE**, que não decorra de má gestão, culpa ou dolo da **CONTRATADA**, o Estado de São Paulo arcará com os custos relativos a dispensa do pessoal contratado pela Organização para execução do objeto deste contrato, independentemente de indenização a que a **CONTRATADA** faça jus.

PARÁGRAFO TERCEIRO

Em caso de rescisão unilateral por parte da **CONTRATADA**, a mesma se obriga a continuar prestando os serviços de saúde ora contratados, por um prazo mínimo de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir da denúncia do Contrato.

PARÁGRAFO QUARTO

A **CONTRATADA** terá o prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias, a contar da data da rescisão do Contrato, para quitar suas obrigações e prestar contas de sua gestão à **CONTRATANTE**.

CLÁUSULA DÉCIMA-PRIMEIRA **DAS PENALIDADES**

A inobservância, pela **CONTRATADA**, de cláusula ou obrigação constante deste contrato e seus Anexos, ou de dever originado de norma legal ou regulamentar pertinente, autorizará a **CONTRATANTE**, garantida a prévia defesa, a aplicar, em cada caso, as sanções previstas nos artigos 81, 86, 87 e 88 Lei Federal nº. 8.666/93 e alterações posteriores, combinado com o disposto no § 2º. do artigo 7º da Portaria nº. 1286/93, do Ministério da Saúde, quais sejam:

- a) Advertência;
- b) Multa;
- c) Suspensão temporária de participar de licitações e de contratar com a Administração, por prazo não superior a 2 (dois) anos;
- d) Declaração de inidoneidade para licitar e contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

PARÁGRAFO PRIMEIRO

A imposição das penalidades previstas nesta cláusula dependerá da gravidade do fato que as motivar, considerada sua avaliação na situação e circunstâncias objetivas em que ele ocorreu, e dela será notificada a **CONTRATADA**.

PARÁGRAFO SEGUNDO

As sanções previstas nas alíneas "a", "c" e "d" desta cláusula poderão ser aplicadas juntamente com a alínea "b".

PARÁGRAFO TERCEIRO

Da aplicação das penalidades a **CONTRATADA** terá o prazo de 05 (cinco) dias para interpor recurso, dirigido ao Secretário de Estado da Saúde.

PARÁGRAFO QUARTO

O valor da multa que vier a ser aplicada será comunicado à **CONTRATADA** e o respectivo montante será descontado dos pagamentos devidos em decorrência da execução do objeto contratual, garantindo-lhe pleno direito de defesa.

PARÁGRAFO QUINTO

A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta cláusula não elidirá o direito de a **CONTRATANTE** exigir indenização integral dos prejuízos que o fato gerador da penalidade acarretar para os órgãos gestores do SUS, seus usuários e terceiros, independentemente das responsabilidades criminal e/ou ética do autor do fato.

CLÁUSULA DÉCIMA-SEGUNDA

DISPOSIÇÕES FINAIS

1- É vedada a cobrança direta ou indireta ao paciente por serviços médicos, hospitalares ou outros complementares referentes à assistência a ele prestada, sendo lícito à **CONTRATADA**, no entanto, buscar o ressarcimento a que se refere o artigo 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, nas hipóteses e na forma ali prevista.

2- Sem prejuízo do acompanhamento, da fiscalização e da normatividade suplementar exercidas pela **CONTRATANTE** sobre a execução do presente Contrato, a **CONTRATADA** reconhece a prerrogativa de controle e autoridade normativa genérica da direção nacional do SUS- Sistema Único de Saúde, decorrente da Lei nº 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde), ficando certo que a alteração decorrente de tais competências normativas será objeto de termo aditivo, ou de notificação dirigida à **CONTRATADA**.

3- Fica acordado que os direitos e deveres atinentes à entidade privada sem fins lucrativos subscritora deste instrumento serão sub-rogados para a Organização Social de Saúde por ela constituída, mediante a instrumentalização de termo de retificação ao presente contrato.

4- A **CONTRATADA** poderá, a qualquer tempo e mediante justificativa apresentada ao Secretário de Estado da Saúde e ao Governador do Estado, propor a devolução de bens ao Poder Público Estadual, cujo uso fora a ela permitido e que não mais sejam necessários ao cumprimento das metas avençadas.

CLÁUSULA DÉCIMA-TERCEIRA

DA PUBLICAÇÃO

O **CONTRATO DE GESTÃO** será publicado no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de 20 (vinte) dias, contados da data de sua assinatura.



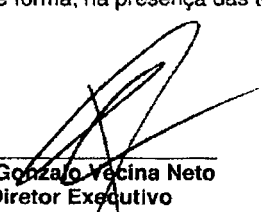
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

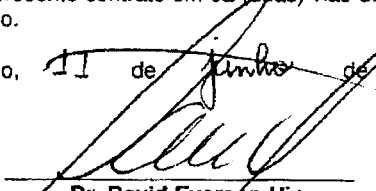
CLÁUSULA DÉCIMA-QUARTA
DO FORO

Fica eleito o Foro da Capital, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer questões oriundas deste contrato, que não puderem ser resolvidas pelas partes.

E, por estarem justas e contratadas, assinam o presente contrato em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

São Paulo, 11 de junho de 2014.


Dr. Gonzalo Vecina Neto
Diretor Executivo


Dr. David Everson Uip
Secretário de Estado da Saúde

Se de acordo

Testemunhas:

1) Daniella Vendramini

Nome:

R.G.: 43.750.174 - 7

2) Cestiane Nepesin

Nome:

R.G.: 27392145

David Everson Uip
Secretário de Estado da Saúde



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANEXO TÉCNICO I DESCRIÇÃO DE SERVIÇOS

I - CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS CONTRATADOS

A **CONTRATADA** atenderá com seus recursos humanos e técnicos aos usuários do SUS - Sistema Único de Saúde e do Instituto de Assistência Médica do Servidor Público Estadual - IAMSPE (Lei Complementar nº. 971/95), oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades abaixo descritas, conforme sua tipologia (unidade hospitalar, exclusivamente ambulatorial, ou outros).

O Serviço de Admissão da **CONTRATADA** solicitará aos pacientes, ou a seus representantes legais, a documentação de identificação do paciente e a documentação de encaminhamento, se for o caso, especificada no fluxo estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde.

No caso dos atendimentos hospitalares por urgência, sem que tenha ocorrido apresentação da documentação necessária, a mesma deverá ser entregue pelos familiares e/ou responsáveis pelo paciente, num prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas.

O acesso aos exames de apoio diagnóstico e terapêutico realizar-se-á de acordo com o fluxo estabelecido pela Secretaria Estadual de Saúde.

Em caso de hospitalização, a **CONTRATADA** fica obrigada a internar paciente, no limite dos leitos contratados, obrigando-se, na hipótese de falta ocasional de leito vago, a encaminhar os pacientes aos serviços de saúde do SUS instalados na região em que a **CONTRATADA**, em decorrência da assinatura deste contrato de gestão, presta serviços de assistência à saúde.

O acompanhamento e a comprovação das atividades realizadas pela **CONTRATADA** serão efetuados através dos dados registrados no SIH - Sistema de Informações Hospitalares, no SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais, bem como através dos formulários e instrumentos para registro de dados de produção definidos pela **CONTRATANTE**.

1. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

A assistência à saúde prestada em regime de hospitalização compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente desde sua admissão no hospital até sua alta hospitalar pela patologia atendida, incluindo-se aí todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar.

1.1. No processo de hospitalização, estão incluídos:

- ♦ Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação;
- ♦ Tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como principal que motivou a internação do paciente e que podem ser necessários adicionalmente devido às condições especiais do paciente e/ou outras causas;
- ♦ Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação, de acordo com listagem do SUS - Sistema Único de Saúde;
- ♦ Procedimentos e cuidados de enfermagem necessários durante o processo de internação;
- ♦ Alimentação, incluídas nutrição enteral e parenteral;
- ♦ Assistência por equipe médica especializada, pessoal de enfermagem e pessoal auxiliar;
- ♦ Utilização de Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia;



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

- ♦ O material descartável necessário para os cuidados de enfermagem e tratamentos;
- ♦ Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual, quando necessário devido às condições especiais do paciente (as normas que dão direito à presença de acompanhante estão previstas na legislação que regulamenta o SUS - Sistema Único de Saúde);
- ♦ Diárias nas UTI - Unidade de Terapia Intensiva, se necessário;
- ♦ Sangue e hemoderivados;
- ♦ Fornecimento de roupas hospitalares;
- ♦ Procedimentos especiais de alto custo, como hemodiálise, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, endoscopia e outros que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade do HOSPITAL REGIONAL DE JUNDIAÍ.

2. HOSPITAL DIA E CIRURGIAS AMBULATORIAIS

A assistência hospitalar em regime de hospital-dia ocorrerá conforme definição do manual do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) de 2004 e a Portaria nº. 44/GM em 10 de janeiro de 2001, os quais definem como regime de Hospital Dia a assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para a realização de procedimentos cirúrgicos e clínicos que requeiram permanência hospitalar máxima de 12 (doze) horas.

Serão consideradas Cirurgias Ambulatoriais aqueles procedimentos cirúrgicos terapêuticos ou diagnósticos que não requeiram internações hospitalares. Serão classificados como Cirurgia Maior Ambulatorial (CMA) os procedimentos cirúrgicos terapêuticos ou diagnósticos, que pressupõe a presença do médico anestesista, realizados com anestesia geral, locoregional ou local, com ou sem sedação que requeiram cuidados pós-operatórios de curta duração, não necessitando internação hospitalar. Serão classificados como cirurgia menor ambulatorial (cma) os procedimentos cirúrgicos de baixa complexidade realizados com anestesia local ou troncular que podem ser realizados em consultório, sem a presença do médico anestesista, e que dispensam cuidados especiais no pós-operatório.

Salientamos que o registro da atividade cirúrgica classificada como ambulatorial se dará pelo Sistema de Informação Ambulatorial (SIA).

3. ATENDIMENTO A URGÊNCIAS HOSPITALARES

3.1 Serão considerados atendimentos de urgência aqueles não programados que sejam dispensados pelo Serviço de Urgência do hospital a pessoas que procurem tal atendimento, sejam de forma espontânea ou encaminhada de forma referenciada.

a) Sendo o hospital do tipo "portas abertas", o mesmo deverá dispor de atendimento a urgências e emergências, atendendo à demanda espontânea da população e aos casos que lhe forem encaminhados, durante as 24 horas do dia, todos os dias do ano.

b) Sendo o hospital do tipo "portas fechadas", o mesmo deverá dispor de atendimento a urgências e emergências, atendendo à demanda que lhe for encaminhada conforme o fluxo estabelecido pela Secretaria Estadual da Saúde, durante as 24 horas do dia, todos os dias do ano.

3.2 Para efeito de produção contratada / realizada deverão ser informados todos os atendimentos realizados no setor de urgência independente de gerar ou não uma hospitalização.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

3.3 Se, em consequência do atendimento por urgência o paciente é colocado em regime de "observação" (leitos de observação), por um período menor que 24 horas e não ocorre à internação ao final deste período, somente será registrado o atendimento da urgência propriamente dita, não gerando nenhum registro de hospitalização.

4. ATENDIMENTO AMBULATORIAL

O atendimento ambulatorial compreende:

- ♦ Primeira consulta
- ♦ Interconsulta
- ♦ Consultas subseqüentes (retornos)
- ♦ Procedimentos Terapêuticos realizados por especialidades não médicas

4.1 Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pela rede/UBS- Unidades Básicas de Saúde, ao Hospital, para atendimento a uma determinada especialidade.

4.2 Entende-se por interconsulta, a primeira consulta realizada por outro profissional em outra especialidade, com solicitação gerada pela própria instituição.

4.3 Entende-se por consulta subseqüente, todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais, decorrentes tanto das consultas oferecidas à rede básica de saúde quanto às subseqüentes das interconsultas.

4.4 Para os atendimentos referentes a processos terapêuticos de média e longa duração, tais como, sessões de Fisioterapia, Psicoterapia, etc., os mesmos, a partir do 2º atendimento, devem ser registrados como terapias especializadas realizadas por especialidades não médicas (sessões).

4.5 As consultas realizadas pelo Serviço Social não serão consideradas no total de consultas ambulatoriais, serão apenas informadas conforme as normas definidas pela Secretaria da Saúde.

4.6 Com relação às sessões de Tratamento Clínicos: (Quimioterapia, Radioterapia, Hemodiálise, Terapia Especializada – Litotripsia), SADT externo (Diagnóstico em laboratório clínico – CEAC e Diagnóstico em Anatomia Patológica – CEAC e SEDI – Serviço Estadual de Diagnóstico por Imagem), o volume realizado mensalmente pela unidade será informado com destaque, para acompanhamento destas atividades, conforme as normas definidas pela Secretaria da Saúde.

5. PROGRAMAS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

Se, ao longo da vigência deste contrato, de comum acordo entre os contratantes, o **HOSPITAL REGIONAL DE JUNDIAÍ** se propuser a realizar outros tipos de atividades diferentes daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas especialidades médicas, seja pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia ou pela introdução de novas categorias de exames laboratoriais, estas atividades poderão ser previamente autorizadas pela **CONTRATANTE** após análise técnica, sendo quantificadas separadamente do atendimento rotineiro da unidade e sua orçamentação econômico-financeira será discriminada e homologada através de Termo Aditivo ao presente contrato.

II – ESTRUTURA E VOLUME DE ATIVIDADES CONTRATADAS

II. 1 INTERNAÇÕES HOSPITALARES

II.1.1 INTERNAÇÃO EM CLÍNICA MÉDICA, CLÍNICA OBSTÉTRICA, CLÍNICA PEDIÁTRICA E CLÍNICA PSIQUIÁTRICA (ENFERMARIAS E/OU PRONTO-SOCORRO)

O hospital deverá realizar um número de saídas hospitalares no período de **julho a dezembro de 2014, de 165 internações**, de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados pelo SUS- Sistema Único de Saúde, distribuídos nas seguintes áreas:



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Internações	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Clínica Médica	15	20	25	30	35	40	165
Obstetrícia	-	-	-	-	-	-	-
Pediatria	-	-	-	-	-	-	-
Psiquiatria	-	-	-	-	-	-	-
Total	15	20	25	30	35	40	165

II.1.2 INTERNAÇÃO EM CLÍNICA CIRÚRGICA (ENFERMARIAS E/OU PRONTO-SOCORRO)

O hospital deverá realizar um número de saídas hospitalares no período de **julho a dezembro de 2014**, de **2.050 internações**, de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados pelo SUS- Sistema Único de Saúde, classificando as saídas cirúrgicas em eletivas e de urgência (de acordo com a classificação do Manual SIHD)

Saídas Hospitalares em Clínica Cirúrgica	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Eletivas	150	280	320	400	420	480	2.050
Urgência	-	-	-	-	-	-	-
Total	150	280	320	400	420	480	2.050

A estimativa do volume de saídas cirúrgicas classificadas como eletivas/de urgência está baseada nos percentuais de procedimentos cirúrgicos eletivos e de procedimentos cirúrgicos de urgência da produção realizada e informada no SIH – DATASUS, pelo hospital, no exercício anterior.

Os procedimentos cirúrgicos obstétricos são atinentes às saídas obstétricas, não compõem o conjunto de saídas cirúrgicas.

II.1.3 HOSPITAL DIA E CIRURGIA AMBULATORIAL

HD / Cirurgia Ambulatorial	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Cirurgia Hospital - Dia	50	100	140	160	180	200	830
Cirurgias Ambulatoriais	70	100	180	200	225	250	1.025
Total Cirurgias	120	200	320	360	405	450	1.855



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

II.2 ATENDIMENTO AMBULATORIAL

(serviços ambulatoriais hospitalares ou exclusivamente ambulatoriais)

Atividade Ambulatorial	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Primeiras Consultas	250	400	600	850	950	950	4.000
Interconsulta	50	50	50	50	50	50	300
Consulta Subseqüente	300	500	650	900	1.000	1.000	4.350
Consulta não Médica	-	-	-	-	-	-	-
Terapias (Sessões)	-	-	-	-	-	-	-
Total	600	950	1.300	1.800	2.000	2.000	8.650

Especialidades médicas	2014	Especialidades médicas	2014
Acupuntura		Mastologia	
Alergia/Imunologia		Medicina do trabalho	
Anestesiologia	X	Medic. Int./Clín. Geral egressos enfermária	
Cardiologia		Nefrologia	
Cirurgia Cardiovascular		Neonatologia	
Cirurgia Geral	X	Neurocirurgia	
Cirurgia Pediátrica		Neurologia	
Cirurgia Plástica	X	Obstetrícia	
Cirurgia Torácica		Oftalmologia	X
Cirurgia Vascular	X	Oncologia	
Dermatologia	X	Ortopedia/Traumatologia	X
Endocrinologia		Otorrinolaringologia	X
Endocrinologia Infantil		Pediatria-egressos enfermária	
Fisiatria		Pneumologia	
Gastroenterologia		Proctologia	
Genética Clínica		Psiquiatria	
Geriatria		Reumatologia	
Ginecologia	X	Urologia	X
Hematologia		Outros	
Infectologia			



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Especialidades não médicas	2014	Especialidades não médicas	2014
Enfermeiro	X	Nutricionista	X
Farmacêutico	X	Psicólogo	
Fisioterapeuta	X	Terapeuta Ocupacional	X
Fonoaudiólogo	X	Odontologia Buco/Maxilo	

II.3 ATENDIMENTO À URGÊNCIAS (âmbito hospitalar)

Atendimento de Urgência Referenciado (Porta Fechada) (X)
Atendimento de Urgência não referenciado (Porta Aberta) ()

Consulta de Urgência	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Total	50	80	100	150	180	200	760

II – CONTEÚDO DAS INFORMAÇÕES A SEREM ENCAMINHADAS À CONTRATANTE

A **CONTRATADA** encaminhará à **CONTRATANTE** toda e qualquer informação solicitada, na formatação e periodicidade por esta determinadas.

As informações solicitadas referem-se aos aspectos abaixo relacionados :

- Relatórios contábeis e financeiros;
- Relatórios referentes aos Indicadores de Qualidade estabelecidos para a unidade;
- Relatório de Custos;
- Censo de origem dos pacientes atendidos;
- Pesquisa de satisfação de pacientes e acompanhantes;
- Outras, a serem definidas para cada tipo de unidade gerenciada : hospital, ambulatório, centro de referência ou outros.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANEXO TÉCNICO II SISTEMA DE PAGAMENTO

I - Com a finalidade de estabelecer as regras e o cronograma do Sistema de Pagamento ficam estabelecidos os seguintes princípios e procedimentos:

1. A atividade assistencial da **CONTRATADA** subdivide-se em 05 (cinco) modalidades, conforme especificação e quantidades relacionadas no ANEXO TÉCNICO I - Descrição de Serviços, nas modalidades abaixo assinaladas:

- (X) Internação em Clínica Médica
- (X) Internação em Clínica Cirúrgica
- (X) Hospital Dia /Cirurgias Ambulatoriais
- (X) Atendimento Ambulatorial
- (X) Atendimento a Urgências
- () Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT Externo
- () Outros Atendimentos

1.1 As modalidades de atividade assistenciais acima assinaladas referem-se à rotina do atendimento a ser oferecido aos usuários da unidade sob gestão da **CONTRATADA**.

2. Além das atividades de rotina, a unidade poderá realizar outras atividades, submetidas à prévia análise e autorização da **CONTRATANTE**, conforme especificado no item 05 do ANEXO TÉCNICO I - Descrição de Serviços.

3. O montante do orçamento econômico-financeiro do **HOSPITAL REGIONAL DE JUNDIAÍ** para os meses de **julho a dezembro de 2014**, fica estimado em **R\$ 11.464.071,12 (onze milhões, quatrocentos e sessenta e quatro mil, setenta e um reais e doze centavos)** e compõe-se da seguinte forma:

LINHA DE CONTRATAÇÃO	%	R\$ VALOR
Internação em Clínica Médica	10,00	1.146.407,11
Internação em Clínica Cirúrgica	68,00	7.795.568,36
HD/Cirurgia Ambulatorial	14,00	1.604.969,96
Urgência	2,00	229.281,42
Ambulatório	6,00	687.844,27
TOTAL	100%	R\$ 11.464.071,12

4. Os pagamentos à **CONTRATADA** dar-se-ão na seguinte conformidade:

4.1 Os pagamentos à **CONTRATADA** para o período de **julho a dezembro/2014**, dar-se-ão na seguinte conformidade 90% (noventa por cento) do valor mencionado no item 03 (três) corresponderão a parcela mensal fixa e, 10% (dez por cento) do valor mencionado no item 03 (três) serão repassados mensalmente, juntamente com as parcelas fixas, vinculado à avaliação dos indicadores de qualidade e conforme sua valoração, de acordo como estabelecido no Anexo Técnico III – Indicadores de Qualidade, parte integrante deste Contrato de Gestão, conforme cronograma:



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

2014			
CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO DE RECURSOS FINANCEIROS			
Mês	Valor Fixo 90%	Valor Variável 10%	Total de Custeio
julho	R\$ 1.258.123,81	R\$ 139.791,53	R\$ 1.397.915,34
agosto	R\$ 1.347.297,77	R\$ 149.699,75	R\$ 1.496.997,52
setembro	R\$ 1.721.907,16	R\$ 191.323,02	R\$ 1.913.230,18
outubro	R\$ 1.721.907,16	R\$ 191.323,02	R\$ 1.913.230,18
novembro	R\$ 2.134.214,05	R\$ 237.134,90	R\$ 2.371.348,95
dezembro	R\$ 2.134.214,05	R\$ 237.134,90	R\$ 2.371.348,95
Total			R\$ 11.464.071,12

4.2 A avaliação da parte variável será realizada nos meses de janeiro, abril, julho e outubro, podendo gerar um ajuste financeiro **a menor** nos meses subsequentes, dependendo do percentual de alcance dos indicadores, pelo **HOSPITAL REGIONAL DE JUNDIAÍ**.

5. Visando o acompanhamento e avaliação do Contrato de Gestão e o cumprimento das atividades estabelecidas para a **CONTRATADA** no ANEXO TÉCNICO I - Descrição de Serviços, a mesma deverá encaminhar mensalmente, até o dia 6 (seis), a documentação informativa das atividades assistenciais realizadas pelo **HOSPITAL REGIONAL DE JUNDIAÍ**.

5.1. As informações acima mencionadas serão encaminhadas através dos registros nas AIH's - Autorização de Internação Hospitalar e dos registros no SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais, de acordo com normas e prazos estabelecidos pela **CONTRATANTE**.

5.2. As informações mensais relativas à produção assistencial, indicadores de qualidade, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, serão encaminhadas via Internet, através do site www.gestao.saude.sp.gov.br, disponibilizado pela **CONTRATANTE** e de acordo com normas, critérios de segurança e prazos por ela estabelecidos.

5.3. O aplicativo disponibilizado na Internet emitirá os relatórios e planilhas necessárias à avaliação mensal das atividades desenvolvidas pelo **HOSPITAL REGIONAL DE JUNDIAÍ** e estabelecerá, através de níveis de acesso previamente definidos, a responsabilidade legal pelos dados ali registrados.

6. A **CONTRATANTE** procederá à análise dos dados enviados pela **CONTRATADA** para que sejam efetuados os devidos pagamentos de recursos, conforme estabelecido na Cláusula 8ª do Contrato de Gestão.

7. A cada período de 03 (três) meses, a **CONTRATANTE** procederá à consolidação e análise conclusiva dos dados do trimestre findo, para avaliação e pontuação dos indicadores de qualidade que condicionam o valor do pagamento de valor variável citado no item 04 (quatro) deste documento.

8. Nos meses de Julho e Janeiro, a **CONTRATANTE** procederá à análise das quantidades de atividades assistenciais realizadas pela **CONTRATADA**, verificando e avaliando os desvios (para mais ou para menos) ocorridos em relação às quantidades estabelecidas neste Contrato de Gestão.

9. Da análise referida no item anterior, poderá resultar uma re-pactuação das quantidades de atividades assistenciais ora estabelecidas e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, efetivada através de Termo de Retirratificação ao Contrato de Gestão, acordada entre as partes nas respectivas reuniões para ajuste semestral e anual do Contrato de Gestão.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

10. A análise referida no item 08 (oito) deste documento não anula a possibilidade de que sejam firmados Termos Aditivos ao Contrato de Gestão em relação às cláusulas que quantificam as atividades assistenciais a serem desenvolvidas pela **CONTRATADA** e seu correspondente reflexo econômico-financeiro, a qualquer momento, se condições e/ou ocorrências excepcionais incidirem de forma muito intensa sobre as atividades do hospital, inviabilizando e/ou prejudicando a assistência ali prestada.

II - SISTEMÁTICA E CRITÉRIOS DE PAGAMENTO

II.1 AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS INDICADORES DE QUALIDADE (Parte Variável do Contrato de Gestão)

Os valores percentuais apontados na tabela inserida Anexo Técnico III, para valoração de cada um dos indicadores serão utilizados para o cálculo do valor variável a ser pago, conforme especificado no item 4.2 (quatro dois) deste documento.

II.2 AVALIAÇÃO E VALORAÇÃO DOS DESVIOS NAS QUANTIDADES DE ATIVIDADE ASSISTENCIAL (Parte Fixa do Contrato de Gestão)

1. Os ajustes dos valores financeiros decorrentes dos desvios constatados serão efetuados nos meses subsequentes aos períodos de avaliação, que ocorrerão nos meses de Julho e Janeiro.

2. A avaliação e análise das atividades contratadas constantes deste documento serão efetuadas conforme explicitado nas Tabelas que se seguem. Os desvios serão analisados em relação às quantidades especificadas para cada modalidade de atividade assistencial especificada no ANEXO TÉCNICO I - Descrição de Serviços e gerarão uma variação proporcional no valor do pagamento de recursos a ser efetuado à **CONTRATADA**, respeitando-se a proporcionalidade de cada tipo de despesa especificada no item 03 (três) deste documento.

TABELA I – Para Contratos de Gestão para Gerenciamento de Hospitais

	ATIVIDADE REALIZADA	VALOR A PAGAR
INTERNAÇÃO em Clínica Médica	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade internação
	Entre 95% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade internação
	Entre 70% e 94,9% do volume contratado	90% X peso percentual da atividade internação X orçamento do hospital (R\$)
	Menos que 70% do volume contratado	70% X peso percentual da atividade internação X orçamento do hospital (R\$)
INTERNAÇÃO em Clínica Cirúrgica	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade internação
	Entre 95% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade internação
	Entre 70% e 94,9% do volume contratado	90% X peso percentual da atividade internação X orçamento do hospital (R\$)
	Menos que 70% do volume contratado	70% X peso percentual da atividade internação X orçamento do hospital (R\$)
HOSPITAL DIA/CIRURGIA AMBULATORIAL	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade internação
	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade internação
	Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% X peso percentual da atividade internação X orçamento do hospital (R\$)
	Menos que 70% do volume contratado	70% X peso percentual da atividade internação X orçamento do hospital (R\$)
AMBULATÓRIO	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade ambulatorial
	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade ambulatorial
	Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% X peso percentual da atividade ambulatorial X orçamento do hospital (R\$)
	Menos que 70% do volume	70% X peso percentual da atividade ambulatorial



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

SADT EXTERNO	contratado	X orçamento do hospital (R\$)
	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade SADT
	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade SADT
	Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% X peso percentual da atividade SADT X orçamento do hospital (R\$)
	Menos que 70% do volume contratado	70% X peso percentual da atividade SADT X orçamento do hospital (R\$)

TABELA II – Para Contratos de Gestão para Gerenciamento de Hospitais, segundo sua tipologia

URGÊNCIA / EMERGÊNCIA	HOSPITAL REFERENCIADO "PORTAS FECHADAS"	
	ATIVIDADE REALIZADA	VALOR A PAGAR
	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade URG./EMERG.
	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade URG./EMERG.
	Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% X peso percentual da atividade URG./EMERG. X orçamento do hospital (R\$)
	Menos que 70% do volume contratado	70% X peso percentual da atividade URG./EMERG. X orçamento do hospital (R\$)

URGÊNCIA / EMERGÊNCIA	HOSPITAL "PORTAS ABERTAS"	
	ATIVIDADE REALIZADA	VALOR A PAGAR
	Acima do volume contratado	100% do peso percentual da atividade URG./EMERG.
	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do peso percentual da atividade URG./EMERG.
	Entre 70% e 84,99% do volume contratado	90% X peso percentual da atividade URG./EMERG. X orçamento do hospital (R\$)
	Menos que 70% do volume contratado	70% X peso percentual da atividade URG./EMERG. X orçamento do hospital (R\$)



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANEXO TÉCNICO III INDICADORES DE QUALIDADE

Os Indicadores estão relacionados à qualidade da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e medem aspectos relacionados à efetividade da gestão e ao desempenho da unidade.

A complexidade dos indicadores é crescente e gradual, considerando o tempo de funcionamento da unidade.

Com o passar do tempo, a cada ano, novos indicadores são introduzidos e o alcance de um determinado indicador no decorrer de certo período, torna este indicador um pré-requisito para que outros indicadores mais complexos possam ser avaliados; desta forma, os indicadores que são pré-requisitos para os demais continuam a ser monitorados e avaliados, porém já não têm efeito financeiro.

IMPORTANTE: Alguns indicadores têm sua acreditação para efeito de pagamento no 2º, ou no 3º, ou no 4º, trimestres. Isto não significa que somente naquele período estarão sendo avaliados. A análise de cada indicador, a elaboração de pareceres avaliatórios e o encaminhamento dessa avaliação a cada hospital serão efetuados mensalmente, independentemente do trimestre onde ocorrerá a acreditação de cada indicador para o respectivo pagamento.

A cada ano é fornecido um Manual que estabelece todas as regras e critérios técnicos para a avaliação dos Indicadores utilizados para o cálculo da parte variável do Contrato de Gestão.

PESOS PERCENTUAIS DOS INDICADORES DEFINIDOS PARA 2014

INDICADOR	3º. trimestre	4º. trimestre
Qualidade de Informação	30%	30%
Programa de Humanização	30%	30%
Controle de Infecção Hospitalar	20%	20%
Implantação de Sistemas de Custos	20%	10%
Taxa de Cirurgia Suspensa / Taxa de colecistectomia videolaparoscópica	-	10%