

# Relatório final

**Avaliação qualitativa sobre a regulação da atenção e assistência na Região Metropolitana de Campinas, no âmbito do Projeto de Fortalecimento da Gestão Estadual da Saúde do Estado de São Paulo**

Relatório final da avaliação  
qualitativa da regulação da atenção e  
assistência na RMC

Ribeirão Preto, 21 de outubro de 2021

## Apresentação

Este documento apresenta o relatório final com análise detalhada dos resultados e da pesquisa de campo, identificando aspectos relevantes que possibilitaram compreender o impacto do Projeto/Programa Saúde em Ação nos processos de regulação da atenção e assistência na região Metropolitana de Campinas (RMC).

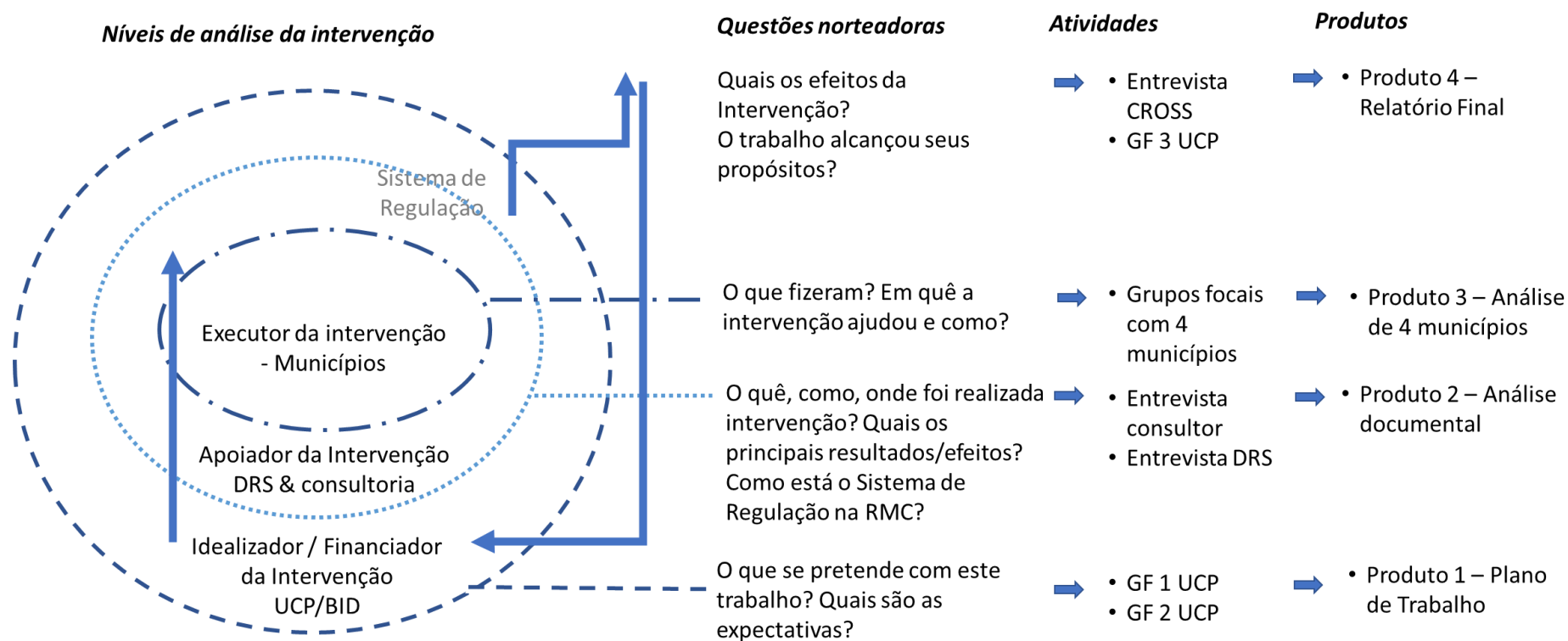
Intencionando dialogar com o estudo em andamento de Avaliação de Impacto do Projeto/Programa Saúde em Ação, o trabalho ora apresentado seguiu, prioritariamente, o Plano de Trabalho aprovado pela UCP (Produto 1) e apresenta uma síntese crítica dos demais produtos, a saber: Produto 2 – *Análise dos estudos e relatórios*; e, Produto 3 – *Descrição do impacto das ações do Projeto e da SES/SP na regulação na região e nos municípios selecionados*. Ademais, complementaram-se as análises a partir das expectativas da UCP, elucidadas durante os grupos focais deste grupo, pelos apontamentos apresentados em reuniões de monitoramento do desenvolvimento deste trabalho e por meio da realização de entrevistas ‘complementares’, a saber: consultor individual responsável pela intervenção; integrantes do Departamento Regional de Saúde de Campinas (DRS VII) que participaram do processo; e técnico de referência da CROSS – Central de Regulação das Ofertas de Serviços de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde do Governo de São Paulo.

Este produto está organizado em tópicos apenas como didática de apresentação. Trata-se de um texto que pretende proporcionar, ao contratante, análise lógica do trabalho realizado, encadeando as informações coletadas às atividades realizadas. Partiu-se dos objetivos, perpassou-se pelas *expectativas* do contratante quanto à realização deste trabalho; aprofundou-se o *conhecimento* tanto da intervenção quanto do território de sua aplicação; e, finalizou-se com a *análise dos efeitos* da intervenção sob o ponto de vista de municípios participantes. Destacam-se o processo de execução da análise qualitativa e os resultados dos 4 (quatro) eixos de análise propostos: a) investimentos em infraestrutura realizados; b) processos regulatórios implementados; c) ações complementares da intervenção e sua inferência na regulação da RMC; e d) forças e fraquezas da intervenção / oportunidades e ameaças do contexto.

O trabalho elaborado inclui a *análise de discurso* realizada, que *buscou problematizar, de forma crítica, as condições de produção e apreensão dos significados da fala*. Ademais, o enfoque teórico conceitual *funcionalista, que privilegia a compreensão*, apoiou as reflexões e a compreensão do processo de implantação da intervenção, correlacionando-o aos efeitos encontrados.

A figura abaixo correlaciona os níveis de análise da intervenção, objetivos, as atividades e os produtos apresentados, numa tentativa de ilustrar todo o trabalho realizado e de ordenar, em alguma medida, os tópicos apresentados.

Figura 01 – Análise qualitativa da regulação na RMC: níveis de análise da intervenção, questões norteadoras, atividades e produtos



Elaborado pelo consultor

## Sumário

	PG
1. O processo de trabalho para avaliação qualitativa da regulação em saúde (assistencial e da atenção) na Região Metropolitana de Campinas	06
<i>O que se pretendeu com este trabalho?</i>	06
<i>Quais eram as expectativas?</i>	06
<i>Quais foram as atividades realizadas na análise qualitativa?</i>	10
<i>Quais as estratégias de coleta de informações?</i>	11
<i>Quem foram os informantes-chave?</i>	13
2. Principais resultados e efeitos da intervenção	16
<i>O nascimento da intervenção</i>	17
<i>O contexto da intervenção</i>	19
<i>Caracterização da intervenção</i>	23
<i>A demanda e a proposta inicial da intervenção</i>	23
<i>O processo de pactuação e adesão</i>	23
<i>Tempo de execução</i>	24
<i>O processo de implementação da intervenção</i>	24
<i>Análise crítica do grau de implantação</i>	25
<i>Produtos da intervenção</i>	29
<i>Efeitos da intervenção e Resultados da intervenção segundo eixos de análise</i>	32
3. Considerações Finais	34
4. Referências	36

Apêndice 01 – Roteiro de Entrevista - Questionário Semi-estruturado	37
Apêndice 02 – Dimensões de análise.....	39
Apêndice 03 - Fluxograma Prisma: seleção documental para avaliação Qualitativa da Regulação na RMC	42
Apêndice 04 – Análise de forças e fragilidades da intervenção, organizadas numa Linha do tempo	43
Apêndice 5 – Intervenção em Santa Bárbara d'Oeste	46
Apêndice 6 – Intervenção em Vinhedo	47

#### Lista de figuras, quadros e tabelas

	PG
Figura 01 – Análise qualitativa da regulação na RMC: níveis de análise da intervenção, questões norteadoras, atividades e produtos.....	03
<b>Figura 02 – Análise qualitativa – principais resultados e efeitos</b>	16
<b>Quadro 01: Descrição das Entrevistas realizadas</b>	12

## 1. O processo de trabalho para avaliação qualitativa da regulação em saúde (assistencial e da atenção) na Região Metropolitana de Campinas

### *O que se pretendeu com este trabalho?*

O objetivo principal deste trabalho foi executar uma avaliação qualitativa para a Região Metropolitana de Campinas (RMC), voltada à regulação da atenção e da assistência, visando qualificar a mensuração dos resultados das ações desenvolvidas à saúde da população pelo Projeto de Fortalecimento da Gestão Estadual da Saúde do Estado de São Paulo, o Programa Saúde em Ação.

Enquanto objetivos específicos considerou-se:

- Elaborar proposta metodológica para avaliação qualitativa capaz de identificar o impacto das ações e investimentos do Projeto relacionados à regulação da atenção e assistência na RMC.
- Realizar, com apoio da UCP, videoconferência e visitas guiadas (a depender da disponibilidade dos serviços devido, especialmente, à COVID-19) aos municípios priorizados para apresentação da proposta metodológica e pactuação dos processos de trabalho para realização do trabalho de campo.
- Realizar a pesquisa de campo nos municípios priorizados a partir das definições na proposta metodológica e pactuações firmadas junto aos municípios.
- Elaborar relatórios de acompanhamento e analítico para apresentação dos resultados à equipe da UCP e dos municípios priorizados.
- Elaborar relatório final com análise detalhada dos resultados buscando identificar aspectos relevantes que possibilite compreender o impacto do Projeto/Programa Saúde em Ação nos processos de regulação da atenção e assistência na região priorizada.

### *Quais eram as expectativas?*

As expectativas e as perguntas prioritárias compuseram o Plano de Trabalho (produto 1) e foram evidenciadas a partir de dois grupos focais junto à UCP. O primeiro encontro, mais livremente trabalhado, foi de fato um *brainstorming* que perpassou por interpretações tanto da temática regulação (1), quanto de fatores contextuais históricos e do processo de implementação da intervenção (2); nascimento e efeitos da intervenção em regulação na RMC (3), conceitos e algumas divergências com relação à abrangência

da análise qualitativa pretendida (4), e, inquietações quanto à possibilidade de análise *ex post* considerando, sobretudo, a conjuntura de Pandemia por Covid-19 (5):

(1) Eu acho que a regulação é relativamente um conceito novo. Antes de existir a CROSS e a regulação, o que existiam eram os arranjos locais. A CROSS funciona muito em cima de sistema. A ideia de regionalização da CROSS vai muito neste sentido. Muita gente reclama, a CROSS se tornou distante e ela é meramente um sistema frio que não conhece e não avalia, nem o solicitante e nem quem vai realizar o serviço. E a gente discorda um pouco disso! A gente acha que a CROSS é uma maneira da gente dar uma lógica isenta de pedidos, influências etc., e que pode aproveitar de uma maneira mais racional todos os recursos disponíveis. A grande dificuldade é a gente de fato funcionar como rede. É ter um recorte geográfico, seja lá, 3 ou 4 municípios em que nós vamos juntar a nossa potencialidade de cardiologia, por exemplo, e vamos trabalhar com esta potencialidade somada. E na prática isso é muito difícil. Uma parte não põe no sistema, outra parte ele faz num caminho que é próprio. .. Então quando a gente reforçar a regulação, na verdade significa que estamos reforçando a institucionalidade da regulação. E aí tentar ver se a gente ultrapassa a etapa dos acordos e dos arranjos muito particulares. (UCP)

(2) Regulação, dada a nossa cultura do SUS que é relativamente nova. Esta organização em três poderes e trabalhar solidariamente isso tudo, ou seja, o sistema todo, a interfederação (federalismo brasileiro), isso tudo ainda não está incutido nos profissionais e nos gestores... E acho também que tem havido uma troca muito frequente e muito constante de gestores. Eles mal se apropriam desta dinâmica e troca, troca, troca... A outra coisa é você levar esta cultura de regulação. E quando a gente está falando de cultura de regulação há uma expectativa do sistema, principalmente de quem está demandando, que quem vai receber, vai receber tudo que ele está mandando. E a gente não tem esta capacidade instalada e a gente não tem grana para segurar esta onda inteira. Então esta coisa que conseguirmos a eficiência é bacana, mas a gente não consegue ela ainda, sabe?... Então eu não sei muito como a gente lida com este conceito versus esta realidade... A gente joga uma expectativa no sistema que ele não dá conta, ele não tem esta grandeza, esta quantidade, este volume. E há aquele momento em que você olha para o sistema e vê que tem muita coisa ainda que poderia ser trabalhada... que é trabalhar a base do sistema. A base do sistema está muito frágil ainda, então ela explode onde não deve explodir...tem muito encaminhamento indevido que não deveria seguir para canto nenhum. Quando eu não sustento isso aqui por não entendimento desta lógica, eu estouro o nível terciário e quaternário que é o que a gente está vivenciando. Portanto tem problemas de várias naturezas, mas eu te garanto que a gente hoje se tivéssemos que por tudo na regulação, nós não temos capacidade instalada do outro lado para segurar o todo. Regulação hoje ela está funcionando ao contrário: ela está segurando porque eu não tenho capacidade. Eu estou mais triando o que vai e deixando um monte para fora, do que eu estou levando paciente para a integralidade. (UCP)

(2) A consultoria tinha uma característica de que o município adere se ele quiser. Então isso também pesa no momento da avaliação, porque depende da vontade do município em participar. Você vai oferecer e é meio que vendendo uma coisa que seria melhor para ele. (UCP)

(3) Eu acho que ele conseguiu identificar muitas coisas importantes, nestas questões dos conflitos, das dificuldades das fragilidades desta regulação. Acho que ele conseguiu fazer um bom diagnóstico de tudo isso. E acho que até conseguiu mudar um pouquinho em alguns serviços, mas eu acho que precisaria mais um tempo para a gente conseguir mexer neste sistema como um todo e na regulação municipal também, que é incipiente, quase inexistente. (UCP)

(3) Como fomos para na RMC? Então, um dos entregáveis do Programa, era uma grande consultoria para definição de um modelo de regulação deste o sistema até o acesso e para todo o estado de SP, que não aconteceu. Então este contexto é importante porque mostra de fato a complexidade: são tantos os agentes que interferem neste processo da regulação que não foi para frente! Mas aí a gente pensou: e agora, nós não podemos fazer nada! Nós já fizemos tanta coisa! Foi quando surge: olha, por que não fazer um piloto na Região Metropolitana de Campinas e aprender com ele! Então são alguns pontos para a gente pensar nesta questão e de como isso nasce! (UCP)

(4) A gente vai olhar o programa como um todo na RMC? todas as iniciativas do Programa Saúde em Ação? (UCP)

(5) Como considerar a pandemia, que me parece ser um 'distrator' de tudo que foi pactuado? Os crônicos se acanharam...tem municípios que inclusive fecharam agenda e só atendem agudos sintomáticos respiratórios. E isso está sendo meio que habitual em vários locais. (UCP)

Ao final deste grupo focal explanou-se também as expectativas com relação à avaliação qualitativa contratada:

- ✓ O que eu espero é que o resultado desta avaliação contribua na análise de impacto final do Programa. Mapear as intervenções, o que ele propunha e o que foi realizado, e qual foi a mudança que ocorreu. Será que eu consigo identificar esta mudança e relacionar com a intervenção? (UCP)
- ✓ Eu acho que a potência desta avaliação é fazer um recorte pré-pandemia. Ou seja, vamos voltar no tempo e olhar para estes municípios e olhar o que foi feito. Então seria resgatar isso! (UCP)
- ✓ Eu vou ficar satisfeita se eu encontrar processos regulatórios que estejam estruturados, institucionalizados, mesmo que não sejam aqueles quando a gente lá atrás desenhou. (UCP)
- ✓ Acho que enquanto avaliação qualitativa acho que a gente deve olhar mesmo para a qualidade: os fluxos, o processo de trabalho, os encaminhamentos, se houve alguma mudança? (UCP)
- ✓ Até que ponto a gente conseguiu atingir a atenção primária? (UCP)



Considerando tudo o que foi dito, percebeu-se a necessidade de mais um encontro para definição das intenções prioritárias que norteariam o processo de análise qualitativa. Logo, propôs-se a elaboração de perguntas-chave pelos atores da UCP, tratadas no segundo grupo focal. Ao todo foram 9 perguntas apresentadas e após discussão priorizou-se:

1. Nos municípios que participaram da intervenção: conseguimos perceber/captar algumas mudanças implementadas no processo de regulação que possam ser relacionadas ao projeto?
2. A entrega de equipamentos (computadores, impressoras) foram alocados no setor regulação?
3. Os processos regulatórios (regulação assistencial) estão instituídos por Município/microrregião/região?
4. Na regulação diferentes atores estão envolvidos - seria possível mapear as intervenções realizadas no projeto, os vários atores e forças que possam ter contribuído ou não para alcance dos objetivos?

Após priorização de expectativas e perguntas-chave, consolidou-se o Plano de Trabalho, definindo estratégias metodológicas mais apropriadas e cronograma de atividades apresentados no Produto 1 que se resume em:

A proposta ora apresentada pretende realizar uma avaliação qualitativa institucional das ações estabelecidas pelo Programa Saúde em Ação sob a temática da regulação da atenção e assistência na Região Metropolitana de Campinas, *voltada à análise dos efeitos da intervenção*, com objetivo somatório à outras análises, realizada *ex post* à intervenção e de curtíssimo prazo (4 meses). Dedicar-se-á produzir informações válidas e legítimas àqueles direta e indiretamente estiveram envolvidos na intervenção e que aceitarem o convite à análise. Serão realizadas entrevistas semi-estruturadas e visitas guiadas (se possível), tratando os textos produzidos a partir da técnica de análise de discurso numa abordagem conceitual mais funcionalista. E em se tratando de uma avaliação institucional não há exigência de aprovação externa de sua execução, à exemplo de Comitês de Ética, e, tão pouco é necessária a assinatura de Termos de Confidencialidade Livre Esclarecido (TCLE). Ainda assim, aos entrevistados, enquanto atores institucionais, será garantida a livre escolha à participação e os resultados serão apresentados sem identificação dos mesmos (Produto 1 - Plano de Trabalho da análise qualitativa, pg 08)

***Quais foram as atividades realizadas na análise qualitativa?***

A atividades executadas e constantes do Plano de Trabalho foram:

1. Análise de estudos e relatórios com ênfase no tema da regulação da atenção e da assistência na RMC;
2. Realização de entrevistas semiestruturadas:
  - 4 municípios: Campinas, Santa Bárbara, Vinhedo e Americana;
  - entrevista complementares individual ou em grupo com:
    - técnicos da UCP;
    - consultor responsável pela intervenção;
    - técnicos da Diretoria Regional de Saúde de Campinas;
    - Responsável pela CROSS – Central de Regulação das Ofertas de Serviços de Saúde, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo;
3. Transcrição e análise de discurso das entrevistas realizadas;
4. Apresentação dos resultados em produtos e em reuniões de acompanhamento;

Ponderou-se, no Plano de Trabalho, a possibilidade de realização de visitas *guiadas*, sendo a única atividade que não foi realizada pelo contexto da pandemia. Contudo, a aproximação necessária entre ‘pesquisador’ e os entrevistados foi assegurada virtualmente, fruto, talvez, desta própria conjuntura, que fortaleceu e consolidou o processo de trabalho virtual e à distância.

### ***Quais as estratégias de coleta de informações?***

A de coleta de informações considerou dois métodos: análise documental e entrevistas (individuais e em grupo).

A análise documental constitui uma técnica importante na pesquisa qualitativa, *seja complementando informações obtidas por outras técnicas, seja desvelando aspectos novos de um tema ou problema*. Isto posto, foram selecionados os documentos a serem avaliados e organizados seus resultados numa linha de tempo e interpretados em duas dimensões - as forças e fraquezas da intervenção.

As *entrevistas*, consideradas como 'conversas com finalidade', foram do tipo *semi-estruturada*, que combinou perguntas de um roteiro à possibilidade de o entrevistado discorrer sobre o tema. E, o grupo focal, sendo uma entrevista realizada em grupos pequenos e homogêneos, também seguiu o mesmo roteiro, e, o moderador conseguiu a participação de cada um, ao mesmo tempo em que reconheceu o ponto de vista do grupo.

O roteiro de entrevista, organizado em questionário semi-estruturado, deu origem aos eixos de análise pretendidas. Ambos, apresentados no produto 1, estão disponíveis neste documento, respectivamente nos apêndices 01 e 02. O roteiro de entrevistas, com 7 (sete) perguntas-chave, foi elaborado considerando os seguintes eixos de análise: a) investimentos realizados; b) processos regulatórios implementados; c) ações complementares da intervenção e sua inferência na regulação da RMC; e d) forças e fraquezas da intervenção / oportunidades e ameaças do contexto.

O eixo de investimentos ponderou tanto aqueles em infraestrutura e tecnologia, quanto investimentos em capacitações. Os processos regulatórios foram elucidados a partir da perspectiva do informante-chave sobre a regulação assistencial e da atenção daquele território (seja regional ou municipal), estimulando declarações para os seguintes aspectos: mapa de referências assistenciais; protocolos para regulação assistencial; processo de contratualização com prestadores, relação com a CROSS, e dispositivos de matriciamento/telematriciamento e os Núcleos Internos de Regulação – NIRs hospitalares. O eixo de ações complementares tentou elucidar outras ações do Programa Saúde em Ação que apoiaram a qualificação dos processos regulatórios na região. Por fim, os informantes-chave foram estimulados a consolidarem suas impressões, apontando forças e fraquezas da intervenção, oportunidades e ameaças do contexto.

Vale ressaltar que tanto o questionário quanto as dimensões de análise foram elaboradas a partir da realização do primeiro e segundo grupos focais junto à UCP. E, a partir daí, as demais entrevistas foram conduzidas considerando o roteiro elaborado.

Ao todo foram 10 (dez) entrevistas, em grupos e individuais, realizadas no período de maio a setembro de 2021. De fato, o cronograma foi estendido por, especialmente, duas condições justificáveis: 'afastamento' do consultor por óbito de familiar de primeiro grau (julho 2021) e tempo considerável entre o contato inicial com o informante-chave, o aceite ao convite e a disponibilidade de agenda junto aos municípios para realização das entrevistas. Totalizou-se mais de 12 horas de gravação, que ricamente elucidaram pontos importantes à complementação da análise de impacto do Programa, conforme quadro a seguir:

**Quadro 01: Descrição das Entrevistas realizadas**

Tipo	Informante-chave	Data	Tempo de duração
GF	1_ UCP - Unidade de Coordenação do Projeto	05/05/2021	01:22:09
GF	2_ UCP - Unidade de Coordenação do Projeto	12/05/2021	01:43:01
EI	Consultor individual - G.L.S.	31/05/2021	01:00:07
GF	Departamento Regional de Saúde de Campinas - DRS VII	01/07/2021	01:23:04
GF	3_ UCP - Unidade de Coordenação do Projeto	16/08/2021	01:23:05
EI	Técnico responsável CROSS - Central de Regulação de Oferta de serviços de saúde, SES SP	27/08/2021	00:58:36
GF	Município de Santa Bárbara do Oeste/SP	08/09/2021	01:32:53
GF	Município de Vinhedo/SP	21/09/2021	00:50:34
GF	Município de Campinas	22/09/2021	00:49:45
GF	Município de Americana	23/09/2021	01:06:54
			12:10:08

EI\_ entrevista individual

GF\_ Grupo Focal

G.L.S.: abreviatura do nome do consultor individual responsável pela intervenção

### *Quem foram os informantes-chave?*

Os critérios de definição dos entrevistados foram: participação na intervenção, aceite livre e espontâneo ao convite e disponibilidade de execução da entrevista dentro do período de execução da análise.

Tratou-se de uma análise institucional, que não teve os mesmos propósitos de uma “pesquisa” avaliativa, nem tão pouco as mesmas exigências. Mesmo assim, todos os participantes tiveram esclarecidos os propósitos da análise pretendida e sua identificação preservada. Ademais, aceitaram livremente participar do processo conforme sua disponibilidade.

Sob o ponto de vista institucional e segundo a contratação estabelecida, foram selecionados 4 municípios que aderiram à proposta de avaliação qualitativa: Santa Bárbara d’Oeste, município que mais desenvolveu as estratégias de intervenção; Vinhedo pela disponibilidade e por ter em alguma medida participado da intervenção; Americana, como contraponto e representando aqueles municípios que não tiveram muita proximidade com a intervenção; e Campinas, pela importância na região.

Estes municípios foram sugeridos pela DRS VII, que conhece profundamente a região:

Campinas, sem dúvida nenhuma. Santa Bárbara e Vinhedo também. Indaiatuba<sup>1</sup> dá para fazer uma conversa, eu não sei se eles conseguiram avançar no projeto, mas eles estavam com uma baita intenção de discutir isso para dentro, fizeram um movimentação.

Teve de Santa Bárbara, Vinhedo, iniciado em Santo Antônio de Posse foi as linhas de cuidados da diabete. Quem mais avançou foi Santa Bárbara, né! Que parou agora no início do ano devido a pandemia, mas eles continuam fazendo todo um rearranjo para não perder todo o processo. Vinhedo estava muito bom trabalho, né, todo projeto desenhado. Só que eles paralisaram por conta do COVID e não foi para frente. E Santo Antônio de Posse a construção foi bem incipiente que nós tivemos só umas duas reuniões. (DRS)

Não foram realizadas pesquisas nos serviços que participaram da intervenção – Unicamp (CAISM<sup>2</sup> e serviço de trauma ortopedia) e Hospital Estadual de Sumaré.

Escolhidos os municípios eles livremente definiram os participantes da entrevista e coincidentemente para cada um deles houve dois participantes:

#### *Representantes do Município de Campinas*

---

<sup>1</sup> Realizaram-se algumas tentativas de contato com Indaiatuba que não respondeu ao convite.

<sup>2</sup> Centro de Atenção Integral da Saúde da Mulher / Unicamp

1. Diretora do Departamento De Gestão E Desenvolvimento Organizacional da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas
2. Coordenadora da Coordenadoria setorial de regulação do acesso do município de Campinas

*Representantes do Município de Santa Bárbara d'Oeste*

3. Secretária Municipal de Saúde
4. Coordenadora da Regulação, avaliação e controle

*Representantes do Município de Vinhedo*

5. Diretora da Regulação
6. Médico regulador

*Representantes do Município de Americana*

7. Coordenador da Regulação
8. Técnico da Regulação

Ademais foram realizadas entrevistas 'complementares' com as seguintes instituições: UCP, DRS, 1 técnico de referência da CROSS e o consultor individual responsável pela intervenção. Ao todo foram 22 (vinte e dois) entrevistados:

*Grupos Focais 1 e 2 da Unidade de Coordenação do Projeto (UCP)*

9. Coordenador do Programa Saúde em Ação;
10. Gerente técnica da área 'Redes de Atenção' do programa;
11. Gerente técnica da área 'Fortalecimento Institucional' do programa;
12. Gerente técnica e gestora do contrato de avaliação qualitativa;
13. Consultora em saúde pública da GESAWORLD<sup>3</sup> - referência para a Região de Itapeva
14. Consultora em saúde pública da GESAWORLD – referência para a Região de Litoral Norte

O Grupo Focal 3 da Unidade de Coordenação do Projeto (UCP) contou com a participação da Gerente técnica da área 'Redes de Atenção' do programa; e da Gerente técnica da área 'Fortalecimento Institucional' do programa, que não foram contabilizadas duas vezes.

*Departamento Regional de Saúde de Campinas - DRS VII*

15. Diretor Técnico de Saúde III;
16. Diretor Técnico de Saúde II - Centro de Planejamento e Avaliação de Saúde;

---

<sup>3</sup> GESAWORLD – gerenciadora do projeto BID

17. Assessor Técnico de Saúde Pública II - Centro de Planejamento e Avaliação de Saúde;
18. Assessor Técnico de Saúde Pública II que durante a intervenção esteve Secretária Executiva das CIRS;
19. Apoiador da Atenção Básica e que acompanhou durante a intervenção os municípios de Santo Antônio, Santa Bárbara e Vinhedo; e
20. Apoiador da Atenção Básica e que acompanhou durante a intervenção os municípios de município de Indaiatuba

*Outras entrevistas*

21. Consultor individual da intervenção – G.L.S.;
22. Responsável técnico pela CROSS;

A seguir os principais resultados encontrados são descritos.

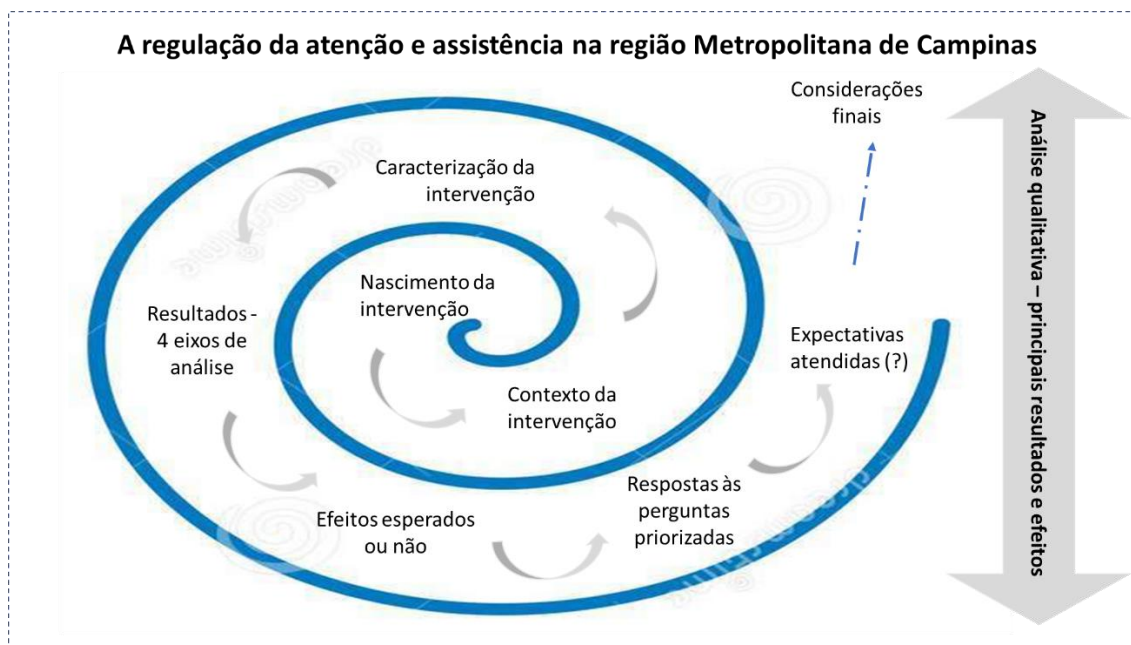
## 2. Principais resultados e efeitos da intervenção

Os resultados da análise qualitativa foram organizados em 2 produtos: Produto 2 – Análise dos estudos e relatórios; e, Produto 3 - Descrição do impacto das ações do Projeto e da SES/SP na regulação na região e nos municípios selecionados.

No entanto, este relatório é muito mais que uma sinopse dos produtos acima. Apresenta-se síntese crítica dos achados de forma lógica e numa espiral construtivista, que além de sumarizar os resultados já apresentados, incluiu a análise de discurso das demais entrevistas realizadas: Unidade de Coordenação do Projeto – UCP; Departamento Regional de Saúde de Campinas (DRS VII); Consultor Individual da intervenção; e referência técnica da CROSS.

Foi interessante e desafiador construir uma forma de apresentação que abrangesse os pontos de vista de todos os entrevistados e ao mesmo tempo demonstrasse os pontos de convergência, concordância e divergência interpretativa dos mesmos. O texto a seguir segue o seguinte encadeamento:

Figura 02 – Análise qualitativa – principais resultados e efeitos



Elaborada pelo consultor



### *O nascimento da intervenção*

A intervenção da 'Implantação do Projeto de Regulação da Atenção da Região Metropolitana de Campinas e implementação das linhas de cuidado prioritárias' foi motivada pela priorização da temática na região metropolitana de Campinas (RMC). Concomitantemente, buscou-se incorporar as expectativas e necessidades locais e criar sentido e valor à intervenção para aqueles que participaram do processo.

Nós tínhamos um rol de iniciativas dentro do Programa Saúde em Ação. No entanto, quando a gente começou a visitar os territórios, lá no começo do programa, percebemos que os territórios achavam importantes os investimentos todos, mas eles tinham sempre um interesse mais pontual, específico e por necessidades locais também. Foi aí que nasceu na região o grande interesse por discutir regulação da atenção. Então o que a gente combinou com cada uma das regiões e no caso da RMC foi que iríamos ofertar o conjunto das iniciativas, mas com foco e maior ênfase naquilo que era prioridade para o território. (UCP)

E partimos para a discussão das microrregiões. Porque eles entendiam que a região é muito grande, muito volumosa. E as regiões dentro dos municípios têm variações, às vezes afinidades, às vezes nem tanto. Havia já uma proposta de um desenho para aquela região. E deste desenho, a gente constituiu: são 4 (quatro) microrregiões de saúde na RMC, sendo que uma delas é o próprio município de Campinas e outros três agrupamentos de municípios. E nestes agrupamentos, a gente sempre tem um pólo, que prioritariamente, deve ser referenciado para ele as demandas de média (complexidade), principalmente. E, só depois do pólo, é que se partiria então para a UNICAMP, PUC Campinas, Mário Gatti (Hospital Municipal Dr Mário Gatti), e assim se conseguiria uma grade por complexidade e especificidade de atenção. Foi neste movimento que a gente estava com as micros e estruturando este trabalho, que nasceu a necessidade da vinda do G.L.S.. Foi quando a gente fez o contrato individual com ele. E aí, ele sim, mergulhou nestes territórios. (UCP)

Por outro lado, o nascimento desta intervenção também pareceu ser uma tentativa de resposta a intenções frustradas: tanto de criar um modelo de regulação para o Estado de São Paulo, quanto de descentralizar a CROSS.

Só para lembrar também que o projeto ele tinha previsto, originalmente, como um dos entregáveis, uma grande consultoria de regulação do acesso e da assistência. Era um projeto grande, que era para o Estado, para tratar de um modelo atualizado de regulação, desde a regulação do sistema até o acesso. Era uma coisa assim bem grandiosa! Mas são tantos os agentes que interferem aí nesse processo da regulação, o quanto isso é complexo, que essa consultoria não foi para frente. E aí foi quando nós falamos: e agora? Nós não podemos não fazer nada! Porque nós fizemos tanta coisa! Já tinha uns cursos em andamento, já tinha essas coisas acontecendo... foi quando surgiu: porque não ter um piloto na região metropolitana de Campinas e aprender com ele? E é aí quando entra o G.L.S.. (UCP)

Acho que tudo isso que a gente tá discutindo começou, todo esse processo, até dessa priorização do projeto de regulação dentro do projeto BID, ele aconteceu porque tínhamos a expectativa, sei lá como é que eu vou chamar, nós tivemos quase que uma promessa de que teríamos uma descentralização da CROSS urgência para que o DRS de Campinas..... Iria ter uma central aqui no DRS, que faria isso atuando em cogestão com os municípios em especial o município de Campinas. Porém foi assinado e não chegou, não veio. Foi um grande evento aqui, que foi assinado. Veio o Secretário de Estado. Pusemos roupa de domingo para o evento, foi um negócio assim, fizemos escova no cabelo...Brincadeiras à parte, enfim, isso não aconteceu! Eu acho que aí, eu vou tomar a liberdade de falar, eu acho que foi uma questão até da própria secretaria. Enfim, uma coisa que nos frustrou muito! Assim eu vou falar aqui por mim, enquanto técnica aqui do planejamento que participei desse processo: a gente apostou nesse projeto, a gente teve investimento grande nisso. contratou consultora etc. A gente trabalhou com as regiões. E aí a secretaria deu para trás no projeto! Foi uma coisa muito, muito frustrante para nós! (DRS VII)

Não foi a questão financeira, o recurso saiu. Já estava contratado. É que foi no final de um de um governo e depois a gente teve uma mudança de governo e não foi prioridade do governo que assumiu. Então assim a gente ficou! Saiu o recurso, foi para a OS<sup>4</sup> para vir um braço para cá para Regional de Campinas. Ainda bem que você provocou isso Claudia, que a gente vai esquecendo as coisas, né? Que começou exatamente por causa disso e a gente esqueceu! (Risos) Acho que a gente apagou a frustração da mente! Foi tudo pactuado, inclusive com envolvimento dos prefeitos! Então os prefeitos da região metropolitana vieram, fizeram uma celebração, assinaram, tiraram foto. O dinheiro foi para a OS, chegou lá para montar toda a estrutura aqui na DRS de Campinas e não foi! Mudou o governo, mudou prioridades, mudou gestão, mudou! (DRS VII)

Acredita-se, portanto, que diferentes motivações de sua criação podem ter gerado forças divergentes à efetiva implantação da intervenção. Propor novos fluxos regulatórios demandam necessariamente um *input* de governança regional, que pode não ter ocorrido na intensidade necessária, especialmente porque a DRS VII, além de uma frustração, pode ter tido o seu papel e força na governança regional cerceado.

E o departamento regional é muito frágil. Eu assumi muitas vezes a fala política que eu não tenho por quê. Eu não sou nem ator nem autor do próprio departamento. Porque essa fala não aparecia e constrangidamente acabei assumindo falas. Talvez inadvertidamente, mas eu voluntarismo faz parte dos que estão no SUS antes dele e eu vou continuar com ele. (G.L.S)

A região e a CIR não são instrumentos de força suficiente para intervir na realidade de uma maneira mais aprumada na realidade. São articuladores observadores, ou talvez mais observadores que articuladores da política regional. Mais observadores

---

<sup>4</sup> OS – Organização Social que gerencia a CROSS

em função da própria política do multifederalismo brasileiro. A força que tem a região é muito pequena para sugerir reordenação de fluxos, enfim. (G.L.S)

E acho que de uma certa maneira, eu vou falar, eu acho que isso também centralizou um pouco, né, esse poder da regulação. Esse pseudo poder! Então, deixar tudo no nível Central, não dá autonomia para o departamento para ele seguir com algumas questões. Acho que isso também foi algo que pesou. Descentralizar algo que empodera seria interessante! E não foi, né? Tanto que não veio! (DRS VII)

### ***O contexto da intervenção***

O contexto anterior à implantação da intervenção era de priorização da temática regulação na RMC. Portanto um contexto que parecia ser favorável, ainda que um processo bastante desafiador, considerando os diversos níveis de gestão relacionados à temática regulação: *nível municipal* (20 municípios da RMC, incluindo município de Campinas – polo da RMC e grande prestador de serviços da macrorregião RASS XV); *nível regional* (DRS VII) e *nível central* – Secretaria de Estado da Saúde do Governo do Estado de São Paulo e sua CROSS – Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde, sem desconsiderar os próprios prestadores, em especial os hospitais e seus Núcleos de Regulação (NIR) (quando presentes, claro!).

Eles estavam naquele momento discutindo a integração da regulação do município de Campinas com o Departamento Regional de Saúde (DRS VII). Também havia aqui na sede da secretaria uma discussão do processo de descentralização da CROSS. A CROSS é a nossa regulação maior estadual, nossa central de regulação de oferta de serviços de saúde. E o grupo daquele momento havia decidido pela descentralização. e Campinas era um dos DRS que tinha este foco da descentralização. (UCP)

Além disso, problemas tais como a superlotação<sup>5</sup>, efeito do processo de atenção à saúde com grande extensão sob a regulação assistencial, também foram temáticas que justificaram a priorização desta intervenção por e na RMC, ao menos sob o ponto de vista do prestador de serviços, neste caso do Hospital de Clínicas da UNICAMP. Este é um hospital universitário de gestão estadual, sediado no município de Campinas, que oferta serviços de alta complexidade. Está organizado na Rede de Atenção (RAS) de Campinas para a linha de cuidado da urgência e emergência como ‘porta aberta’, ou seja, atende

---

<sup>5</sup> A superlotação constitui um fenômeno contemporâneo que está presente nas diversas partes do mundo, e impactam fortemente a gestão clínica e a qualidade do atendimento. Seu acontecimento ocasiona retardo no atendimento ao paciente, o que pode elevar o risco de mortalidade. São fatores que contribuem para a superlotação: a primeira escolha para obter atendimento em saúde e para problemas que não foram resolvidos, nem diagnosticados em outros níveis de assistência e o atendimento a pacientes de baixa complexidade em serviços de urgência. Oliveira, G. S. (2017).

demanda espontânea de pacientes. Ademais, este hospital tem o NEEP – Núcleo de Estudos de Políticas Públicas que já vinha discutindo e pensando o processo de regulação assistencial e o papel do hospital na RAS. Desta maneira, a temática regulação era de interesse também para o maior prestador da região sob gestão estadual, que não por acaso, está no mesmo nível de gestão do próprio programa Saúde em Ação.

Então a priorização da regulação na RMC foi porque eles tinham necessidade. E não é à toa. O município de Campinas tem fortes prestadores, inclusive que atraem e recebem demandas de vários municípios para além da metropolitana. E sempre houve um questionamento e uma reclamação muito grande, principalmente da UNICAMP, dessa superlotação que eles enfrentam lá...Eles, por serem porta aberta, são atravessados por demandas, especialmente espontâneas, e quase não se organiza a parte eletiva dentro deste hospital. (UCP)

É bom lembrarmos que antes de chegarmos, a região de Campinas, apoiada por um escritório que existe dentro da UNICAMP, que é o NEPP, que é um centro de estudos voltado para políticas públicas...já vinham discutindo também este assunto da regulação, porque sempre foi um assunto que os incomoda, os preocupa e os mobiliza para se organizar. Então eles já tinham um ‘diagnóstico’ de regulação e de questões voltadas à regulação. (UCP)

Se era favorável a percepção da necessidade de discussão da regulação em Campinas, por outro lado, o processo de regulação assistencial vivenciado cotidianamente e diferentemente nos três níveis de gestão, trouxe um contexto muito desafiador ao reordenamento de fluxos em âmbito regional, portanto implantação da intervenção.

Tratava-se de 20 centrais municipais de regulação<sup>6</sup>, que foram classificadas, à exceção do município de Campinas como ‘centrais de agendamento’ (1). A regulação municipal de Campinas, com maior aproximação do escopo de atividades de uma efetiva regulação, pareceu ter pouca governabilidade de ordenamento de fluxo com seu maior prestador (Unicamp) e que se mostrou interessado na intervenção (2). No nível regional, observou-se uma central de regulação de procedimentos ambulatoriais e de distribuição de cotas municipais para tal, que apesar de ter médicos, assumiu ter dificuldades de priorização dos pacientes (3). Já no nível central a CROSS, que algumas vezes foi entendida como ‘regulação distante e independente’ (4).

(1) Quando você pergunta eles vão falar assim: temos central de regulação, acho que a maioria dos Municípios vai dizer que tem, mas que tem muito mais característica de central de agendamento. O quê que significa isso? Que não tem um médico regulador, então tudo que vem encaminhado da atenção primária, eles acabam agendando, sem olhar se realmente aquilo é necessário. Então eles não têm protocolos, na sua maioria das vezes não tem protocolos de acesso. Muitas vezes isso causa, acaba resultando, numa demanda excessiva por exames e consultas

---

<sup>6</sup> A Região Metropolitana de Campinas segundo informações da UCP de fato tem 20 municípios: sendo 19 deles sob a área de abrangência da DRS VII e apenas 1 que apesar de pertencer à outra DRS foi incluído na RMC por uma questão geoespacial e histórica de fluxo de pacientes.

especializadas que a gente não tem oferta na região. Então as centrais municipais têm uma característica de central de agendamento, a exceção do município de Campinas, que tem uma central de regulação muito parruda, que regula tudo, ambulatorial, regula leito. Acho que é o único município da nossa região assim. Isso é um desafio gigante que está posto aqui para gente para andar com essas propostas da regulação, do projeto de regulação. A gente não tem mesmo essa estrutura nos demais municípios. (DRS VII)

(2) Para mim o que ficou muito forte deste processo foi a apresentação daquele relatório<sup>7</sup>. E onde para mim só ficou cada vez mais evidente o quanto a Unicamp estar sobre essa gestão direta do Estado e pouco, de fato, integrada conosco, acaba comprometendo a linha de cuidado e fragiliza as nossas relações. Nos trouxeram de uma forma como se nós fôssemos grandes utilizadores da Unicamp, de uma forma demasiada inclusive, e que a gente precisava cuidar disso!... Eu gostaria muito de a gente poder utilizar dessa parceria com a Unicamp para outras situações e não aquelas que nos foram apresentadas. Mas a interface é muito complexa. E a gente tem muita dificuldade de inserção dos nossos usuários! Agora tem sim muita demanda espontânea, porque afinal de contas a Unicamp está no território do município de Campinas. E aí vem se trazendo para gente uma situação de é que assim: 30% do atendimento que é feito na Unicamp é de munícipes de Campinas. Tá bom, mas a Unicamp faz parte da região metropolitana de Campinas e 30% da população da RMC é de Campinas. E isso veio trazido com uma carga para a gente, como se a gente estivesse sobrecarregando o hospital. Sendo que, desculpa, mas não! Para mim não faz mais do que a sua obrigação! Mas eu não queria que eles atendessem aquele perfil de pessoas que eles atendem! Porque é o movimento que nós temos feito com os nossos hospitais no sentido de, de fato, direcionar e potencializar aquilo que cada um deles tem de expertise. Então assim eu não quero a PUC, que a gente contrata e paga caro pelo serviço, que ela fique atendendo apendicectomia. Eu não quero que o meu munícipe de Campinas vá para lá para isso e nem o da região. Eu quero que ela de fato atenda aquilo que ela tem expertise, e que é só ela que vai fazer, que é a cardiologia, que é a ortopedia de alta complexidade, entendeu? E do meu ponto de vista, eu entendo que a Unicamp deveria estar direcionada para esta missão também, né? Mas como os fluxos acabam sendo muito enviesados, e a gente não tem clareza desses critérios de acesso, a gente acaba se deparando com um relatório como esse de que Campinas está utilizando 30% desse atendimento, o que para mim não é nada equivocado, mas para um paciente de um perfil de menor complexidade do que ela teria potencial para atender. Em contrapartida a gente às vezes fica com pacientes extremamente complexos, que só ela é a referência, que só ela tem expertise, e eu não consigo pôr para dentro! (Município de Campinas)

---

<sup>7</sup> Relatório da consultoria da intervenção que classificou e apresentou o perfil dos pacientes no pronto-atendimento da Unicamp.

(3) A nossa regulação é uma regulação ambulatorial. Ela regula o que não for CROSS urgência. Nós não temos as agendas reguladas ainda por exemplo na Unicamp, mas estamos em processo de. A nossa regulação, ela tem uma agenda regulada para procedimentos ambulatoriais... os municípios inserem, os nossos médicos reguladores avaliam e priorizam os casos, e esses casos são regulados, são agendados nos nossos hospitais de referência. E a distribuição dessas cotas é feita pelo nosso núcleo de regulação. (DRS VII)

(4) A Cross é uma central de regulação, localizada em São Paulo, tá lá em São Paulo. E ela tem os reguladores responsáveis por cada DRS e cada região. A CROSS agora conversa com o hospital direto, com o NIR do hospital. E aí depende muito do entendimento dos médicos daquele hospital se eles vão atender ou não os pacientes. Eles vão lá e a gente não sabe. Então a gente só sabe do que acontece pelos municípios e pelos hospitais, entendeu? Nós não regulamos isso! Então esse é um outro ponto! (DRS VII)

A CROSS ela é regulação de urgência, ela não regula leitos. A CROSS regula o recurso então por isso que ela faz vaga zero. Porque ela regula o recurso, aquele hospital tem condição de atender aquele paciente, vai dar um melhor suporte para aquele paciente, não necessariamente ele tem o leito, entendeu? Ela não regula o leito, ela não vê se tem leito ou não, ela regula o recurso e a gravidade, a urgência desse paciente acessar esse recurso. E aí a regulação de leitos é o que Campinas faz com o hospital dele, ele pega um paciente está na UPA, eu tenho leito na PUC e ele para esse leito. (DRS VII)

Assim sendo, havia um contexto prévio com abertura à discussão da temática de intervenção proposta – regulação assistencial e da atenção na RMC, o que é muito positivo. Por outro lado, na balança entre as intenções e as possibilidades, deparou-se com uma realidade menos profícua. A realidade complexa, com muitos atores institucionais envolvidos e interesses às vezes conflitivos pode ter minimizado o genuíno interesse e intenção pela intervenção. Não se pode negar na correlação forças certa tensão entre CROSS e DRS VII, que ficou a espera pela descentralização do processo de regulação da urgência; bem como entre o município de Campinas, o diagnóstico da intervenção e o comportamento do prestador cujos resultados foram refutados pelo município.

## ***Caracterização da intervenção***

### **A demanda e a proposta inicial da intervenção**

Segundo a UCP a demanda intervenção na região de Campinas estava dirigida a 3 questões: infraestrutura tecnológica, capacitação e organização do processo regulatório. Especialmente a infraestrutura e as capacitações serão mencionadas adiante na análise dos efeitos, no eixo de 'investimentos'. Já podemos observar que a terceira demanda foi atendida considerando o foco da intervenção do 'Projeto de Regulação da Atenção da Região Metropolitana de Campinas e implementação das linhas de cuidado prioritárias'.

A primeira demanda era que tivéssemos investimentos na área de tecnologia, os municípios não tinham computadores, em que pese ter havido uma compra no passado pela AGENCAMP, que é uma agência metropolitana que fomenta investimentos no território. Eles tinham comprado, mas já fazia algum tempo, e faltava muito equipamento em saúde, equipamento de TI mesmo: máquinas, computadores, servidores. Então tinha esta demanda (investimentos em equipamentos de TI), tinha a demanda por capacitação e tinha uma demanda por organização dos processos de regulação no território. (UCP)

A encomenda era mais ou menos essa, da gente entender a organização dos fluxos da atenção hospitalar e de urgência e emergência da Região Metropolitana de Campinas (RMC) e melhorar este processo de articulação em Redes e particularmente o processo de regulação, no meio desta questão. Então a ideia era que surgissem novos acordos, particularmente ligados à competência de resolução de uma microrregião em relação ao hospital central e por linha de cuidado. (G.L.S.)

### ***O processo de pactuação e adesão***

O processo de pactuação da intervenção buscou ser participativo e democrático. Ademais os municípios e serviços optaram livremente por participar da intervenção e puderam definir a prioridade de ação, segundo suas necessidades e possibilidades.

Então quando a gente começou lá foi criado um grupo onde se elegeu representantes dos municípios, do departamento regional (DRS VII) e nós aqui da UCP. (UCP)

Cada município se apropriou do diagnóstico do G.L.S, da proposta e fez a proposta do município. (DRS)

A RMC é organização em microrregiões com CIR e com uma CIR da própria RMC. Então nós fomos em todas elas. Explicamos que a ideia do projeto era levantar o que estava estabelecido, e havia um diagnóstico estabelecido, um plano de passos e acordos regulatórios por microrregião e na CIR, documentalmente dado. Cada vez que a gente fazia um diagnóstico de uma microrregião a gente ia para a CIR. Apresentava, ouvi os apontamentos e corrigia, eventualmente, determinados pontos da observação que haviam ficado falhos. (G.L.S)

### ***Tempo de execução***

A intervenção ocorreu durante o ano de 2019, consideramos seu início efetivo a partir da apresentação do Plano de Trabalho aprovado em fevereiro do mesmo ano. Entre fevereiro e junho foram realizados todos os diagnósticos, portanto a intervenção propriamente dita, nos municípios e serviços que aderiram ao processo, ocorreu efetivamente em 6 meses:

A proposta, era grande era fazer um trabalho de gestão de clínica em rede, mas também durou apenas uns 6 meses. Considerávamos que o trabalho até teria uma certa continuidade numa outra fase e que a gente poderia se dar o luxo de ter um diagnóstico, um plano de ação e ter um acompanhamento de implementação. (G.L.S)

### ***O processo de implementação da intervenção***

Bom o trabalho foi assim bem construtivista. Nós optamos por este modelo de diagnóstico e apoio. E nós seguimos mais ou menos esta cartilha. (G.L.S)

Durante a análise documental, especialmente dos relatórios da intervenção 'Projeto de Regulação da Atenção da Região Metropolitana de Campinas e implementação das linhas de cuidado prioritárias', observamos que os Produtos de 01 a 04 trataram de consolidar o diagnóstico (Produtos 1 a 3 – fevereiro a maio 2019) e o Plano de Ação (Produto 4 - junho 2019). Já o acompanhamento de implementação daqueles que aderiram, especialmente, foi trabalhado nos Produtos de 05 a 09 (julho a dezembro de 2019).

A implementação foi bastante complexa. Houve diferentes especialidades e linhas de cuidado: obstetrícia de alto risco; trauma-ortopédico; desospitalização para pacientes com AVC – acidente vascular cerebral; desospitalização do neonato. Nestes 'objetos de intervenção' houve tentativa de incluir novos protocolos; novos fluxos e novas relações entre hospitais de diferentes níveis de complexidade. Também houve menção à relação entre as UPAS e Unidades Básicas de Saúde, em especial para o cuidado de pacientes crônicos, diabéticos e hipertensos.

Sem detrimento da relevância dos temas, nem da importância de se pensar processos de priorização conforme a necessidade do lócus de intervenção, de fato a implementação de tantos temas, em tantos serviços diferentes, pode ter resultado perda de foco e menor possibilidade de gerar impacto, inclusive considerando o tempo de implementação. O que não quer dizer que não tenham sido gerados efeitos positivos para os participantes e a região. Minimamente movimentaram-se pessoas e emergiram possibilidades de melhoria dos fluxos.



### ***Análise crítica do grau de implantação***

O projeto tomou uma curva ascendente exponencial a partir de setembro de 2019 (produtos 5, 6 e 7), quando tinha proposição inicial de finalização em dezembro do mesmo ano. Apesar deste crescimento, considerando haver 20 municípios e uma diversidade de serviços na região, foi relatado implementação, ou intenção de, em 2 municípios: Santa Bárbara d'Oeste e Vinhedo; e dois diferentes serviços hospitalares Unicamp (CAISM e trauma-ortopédico) e Hospital Estadual de Sumaré. Outros foram citados nos produtos da consultoria da intervenção a exemplo de Indaiatuba, Jaguariúna, Paulínia, Cosmópolis e o Hospital da PUC Campinas. Mas para nenhum deles encontraram-se relatos realizados e muito provavelmente chegaram somente até o processo de adesão.

A seguir são descritas ações realizadas e a análise crítica do seu grau de implementação, tanto sob o ponto de vista do consultor da intervenção, quanto do ator da intervenção e da DRS VII (quando possível)

#### *Santa Bárbara e Vinhedo*

A intervenção no **município de Santa Bárbara d'Oeste** ocorreu na linha de cuidado de pacientes crônicos, hipertensos e diabéticos. Houve priorização de CIDs para intervenção a partir da análise de dados secundários, considerando: o volume de pacientes, a condição clínica e a inserção na rede. A partir do levantamento realizado observou-se que o maior número de pacientes no pronto-socorro eram pacientes diabéticos com complicações circulatórias periféricas e pacientes hipertensos em crise/descompensação que não estavam devidamente inseridos na rede de saúde do município. O desenho da intervenção incluiu as unidades de pronto-atendimento, as unidades de atenção básica, o hospital (Santa Casa) e a regulação municipal. Foram quatro as principais atividades executadas: 1) Diagnóstico específico à realidade do município e à escolha de sua priorização: identificação de pacientes na UPA para os CIDs priorizados e consolidação de 'lista' única por território, conhecimento da população de diabéticos e hipertensos. 2) Novo fluxo entre a UPA e a UBS: encaminhamento à assistente social (dentro da UPA) para análise sócio sanitária e agendamento de seu acompanhamento na rede básica; 3) Processo de deshospitalização com 'alta programa' - fluxo entre regulação e hospital: o hospital avisa à regulação quando o paciente terá alta, a regulação agenda seu acompanhamento na unidade básica e na especialidade (sempre que necessário) e o paciente recebe informações de seu agendamento antes da alta; 4) Controle da lista de pacientes em uma planilha google juntando pacientes priorizados da UPA e do Hospital. (Produto 3- Análise de Impacto, avaliação qualitativa)

A intervenção de consultoria no **município de Vinhedo** fortaleceu e qualificou daquilo que já se pretendia – implantação do ‘Projeto de Protocolo de Acesso Gerenciado às Especialidades’. Este projeto trata da tentativa de inversão de fluxo para atenção especializada, trazendo para a regulação o controle do acesso. A estratégia de mudança da forma de agendamento – a partir da análise do médico regulador baseado em protocolo de acesso; procura promover maior equidade de acesso aos serviços especializados. O que ficou claro foi que este projeto já existia antes da consultoria/intervenção, mas que a mesma ajudou a validar a estratégia, ajudar a pensar outras formas de análise, a identificar potencialidades. Os diagnósticos ofertados pela intervenção parecem ter permitido confirmação, aos gestores municipais de Vinhedo e para a região, de todo o esforço de atenção à saúde deste município, ainda que a custos elevadíssimos e numa lógica ‘invertida’ entre atenção básica e atenção especializada, que precisaria ser mexida.

#### Algumas falas complementares

Em 2 cidades, a cidade de Santa Bárbara do Oeste e Vinhedo, nós resolvemos articular atenção ao diabético insulino requerente: pensando nas UPAs e num certo território municipal. Eles circunscreveram um certo território fizeram um levantamento dos diabéticos existentes por todos os bancos de dados diretos e indiretos. Por exemplo um banco de dados indireto - análise laboratorial hemoglobina glicada, que te dá exatamente o grau de acurácia do cuidado com os diabéticos. E nunca ninguém leva em conta esta informação direto do laboratório. E ela também denota presença de muitos diabéticos de convênios, que fazem exames e pegam as insulinas na rede, e não são bem cuidados nem num lugar nem no outro. Então a gente cruzou essa rede com a rede de pacientes que são “matriculados” ou seguidos pela atenção primária e fizemos um circuito da atenção especializada com laboratório, com a rede e com a UPA. Onde quer que o paciente caísse, ele entraria numa planilha Google de vigilância de continuidade de acompanhamento. Isso funcionou em Santa Bárbara por uns 6 meses e nós saímos do controle.

Santa Bárbara foi a questão de que forma organizar a atenção básica para não sobrecarregar os PSs Afonso Ramos e Edson Mano, né. Equipe de Santa Bárbara com o apoio do G.L.S eu acredito que foi o que e mais avançou. Inclusive não parou processo. (DRS VII)

E em Vinhedo funcionou bem, surpreendentemente, até este ano que passou. O secretário coordenou o programa e ele ficou na Secretaria até janeiro-fevereiro deste ano. Ele nos chamou entusiasmado para fazer o mesmo programa para outras linhas de cuidado. Mas ele não ficou no governo, caiu em dois meses. (G.S.L)

*Unicamp*

Nós tínhamos e temos uma hiper concentração dos polos de resolução em obstetrícia e neonatologia de alto risco que é a PUC Campinas, Maternidade Campinas e o CAISM UNICAMP. Os 3 serviços têm sazonalidade na obstetrícia crítica e na neonatologia crítica não muito bem explicadas. Todos os anos eles têm um congestionamento, uma plethora e um déficit de leitos. Esta é uma equação difícil de resolver, porque existe uma estrutura relativamente insuficiente. a região tem uma reserva de leitos relativamente abaixo da necessidade, e usa mal a reserva que tem. E aí na discussão da obstetrícia crítica. Nós propusemos fazer uma variante de fluxo: ter uma divisão geográfica entre serviços ... e criar um fluxo classificando recém nascido em fase gestacional, a gestação de risco materno e o risco do binômio mãe-bebê em A, B ou C, ou risco verde, amarelo ou vermelho. Quando o risco fosse exclusivamente materno e não houvesse o componente neonatológico, ou seja, a gestação evoluiu com normalidade e o risco fosse só materno, nós não utilizaríamos um serviço de neonatologia, somente um serviço hospitalar com UTI de retaguarda para o procedimento obstétrico cirúrgico, o que é bastante racional e lógico. Fizemos isso com o protocolo muito bem feito tecnicamente, com toda obstetrícia das universidades, pactuamos na CIR, a CROSS deveria passar a regular com este outro protocolo. A CROSS não topou e as cidades também não se mobilizaram nos seus serviços de obstetrícia de risco, nos seus ambulatórios, a classificação. e continuamos do jeito que estávamos antes. (G.S.L)

A gente começou com um projeto com CAISM, porque a gente já tinha um projeto importante aí da rede materno-infantil, né, que começou lá com a rede cegonha. A gente estava trabalhando com CAISM com um protocolo da atenção primária para acompanhamento de pré-natal: pré natal de baixo risco, o quê é pré-natal de alto risco. A gente tem um fluxo regulatório da gestante de alto risco na região, que a gente pactuou com a Cross, para colocar esse fluxo no sistema, que trabalha com critérios de risco do NEAR MISS, dos eventos de NEAR MISS. Então a gente classifica a gestante e o bebê em cores: gestante Verde bebê amarelo, gestante Verde bebê verde. Enfim todas as combinações e quais hospitais que têm capacidade para atender o binômio: a gestante junto com seu bebê. A gente está com isso desenhado, e estava programado para começar em 2020 e tivemos que abortar a missão. Está tudo pronto! Então isso a gente também tem pronto e não conseguiu avançar nisso. A gente realmente não conseguiu finalizar por conta dessa pandemia. Mas foi algo que a região toda se empenhou muito, né para fazer essa coisa toda acontecer. (DRS VII)

Outro exemplo que a gente fez nessa mesma linha por exemplo trauma ortopédico isso já é clássico é dividido em trauma ortopédico cirúrgico de urgência e trauma ortopédico eletivo. Os traumas ortopédicos eletivos são fraturas cirúrgicas alinhadas, absolutamente atendido dos com tala gessada e que tem que fazer uma cirurgia até 3 semanas. Que poderia ser feito em outros pontos de atenção da rede e não apenas nos centros de atenção com trauma ortopédico. Bastava que tivesse

um ortopedista em regime horizontal numa certa cidade uma sala cirúrgica. E normalmente se usa uma haste ou um pino apenas. É muito fácil de ser feito do ponto de vista de procedimento e a proposta então era tirar uma carga importante do trauma ortopédico dos grandes centros de trauma, que é o trauma ortopédico eletivo. Tem protocolo em diretrizes internacionais sobre isso. Esse daí não chegou a ser aceito nem em CIR, a despeito dos serviços de trauma ortopedia se alinharem a ideia, nós fizemos encontros com eles. Mas não foi aprovado na CIR. Daria um alívio para os hospitais terciários e nos centros de trauma e permitiria que eles fossem mais eficientes no marcador clínico da fratura de fêmur do idoso, com média de permanência hospitalar na região metropolitana de 12 dias e com o tempo médio de intervenção cirúrgica superior a cinco dias. Contra o protocolo cuja evidência é de 48 horas, ou seja, a região toda estava atendendo muito mal no trauma ortopédico do idoso perdendo viabilidade clínica e aumentando a mortalidade e consumindo leito hospitalar. ela poderia tirar os traumas eletivos e colocar o idoso, mais rápido dentro do sistema. Então essas duas elas chegaram a ser discutidos, desenhadas, descritas. Aqui na UNICAMP a gente tentou progredir na área de trauma ortopedia e na área de obstetrícia de risco. mas como eu disse não deu certo. Aconteceram as coisas normais, o chefe do departamento sai da chefia, o outro não dá condição e a regional de saúde não se esforça nem um pouquinho para um agente de intervenção na realidade. (G.S.L)

#### *Hospital Estadual de Sumaré*

Uma terceira foi a decisão pela deshospitalização precoce. Isto funcionou no hospital de Sumaré para neonatologia e para o AVC, que é um hospital diferenciado. Ele é articulado na sua região de saúde e ele tem conceitos de linhas de cuidado. Diferentemente da Unicamp que nem sabe onde é que isto foi escrito alguma vez ou os outros hospitais sede de Campinas e a PUC. Mas lá eles têm esta articulação então eles resolveram abreviar a alta do AVC, passado o período de trombólise ou não, mas a fase aguda crítica que em geral dura no máximo 5 dias e terminar o cuidado clínico básico em hospitais secundários de sua própria região. Passando o protocolo e articulando, e, até, abrindo espaço para o clínico visitar na pré alta e construir um projeto terapêutico. Ele andou um bocadinho só e parou. (G.S.L)

O outro foi a neonatologia terminando as 2 últimas semanas da engorda para alta, quando o paciente tivesse atingido ou não um peso ideal, de 1,9kg conforme os protocolos que existem, mas que estivesse sugando na mãe e o binômio tivesse bastante articulados. Então traçava-se um plano de cuidado para estas duas semanas que requer apenas o canguru, passando para as maternidades secundárias. isso funcionou com uma cidade chamada Santa Bárbara do Oeste e Sumaré. Não funcionou para os outros municípios da região de Sumaré. Estes são exemplos de que alguns deram certo, mas foram muito focados pela iniciativa do hospital, pelo

interesse, pelo vislumbre do hospital que poderia melhorar sua vida, em relação à ocupação, permanência e giro de leitos. (G.S.L)

Outro fator que também influenciou bastante a interrupção do processo semeado pela intervenção foi a Pandemia de Covid-19, iniciada em março de 2020. Neste mesmo período, coincidiu-se a não continuidade da consultoria de intervenção e os municípios se rapidamente foram demandados a focar esforços intensamente para enfrentamento da pandemia. Isso foi reconhecido por todos os envolvidos na intervenção:

Então a gente começou a ver várias questões importantes que foram discutidas com os municípios e que a gente acabou interrompendo essa discussão nas regiões por conta da pandemia, né.... A gente não conseguiu dar andamento porque a pandemia atravessou tudo isso. Enfim, talvez também essa questão da pandemia trouxe essa dificuldade de tentar trabalhar com um pouco mais de tempo todo esse material (diagnóstico)... Entramos cheios de expectativas (2020) e estamos aqui com a COVID até o último fio de cabelo. (DRS VII)

### *Produtos da intervenção*

- **Diagnóstico** - Análise dos fluxos de internações de alta e média complexidade, mapeando o deslocamento realizado pelos usuários internados por meio da análise das AIH8 (período jan-dez 2018) e calculados os índices de dependência e suficiência, respectivamente, o percentual da demanda atendida fora do município de residência dos usuários; e, a demanda resolvida na mesma cidade de residência;

Nós fizemos um diagnóstico que levou em consideração o que tem construído nesta região, tanto do ponto de vista de articulação, falas, etc. Nós fomos em todas as reuniões de microrregiões, de CIR regional e CIR de microrregiões... Explicamos que a ideia do projeto era levantar o que estava estabelecido, e havia um diagnóstico estabelecido, um plano de passos e acordos regulatórios por microrregião e na CIR, documentalmente dado. Então nós partimos do 'estabelecido' e a partir deste estabelecido, que eram acordos nas microrregiões e na região metropolitana, fizemos um diagnóstico de fluxos. O diagnóstico de fluxos foi estruturado tendo como referência aquele modelo da OPAS9, modelo da Daniele Guerra<sup>10</sup>, que é análise dependência e suficiência. Nós só decomparamos ele por clínicas básicas e por complexidade, na área de internação hospitalar. (G. L.S)

---

<sup>8</sup> AIH – Autorização de Internação Hospitalar

<sup>9</sup> <https://www.paho.org/bra/dmdocuments/Sala5449.pdf>

<sup>10</sup> [https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-16112015-112549/publico/DanieleMarieGuerra\\_revisada.pdf](https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-16112015-112549/publico/DanieleMarieGuerra_revisada.pdf)

Fizemos a análise de fluxos, ou seja, quem encaminha para quê, qual a complexidade, quem e o quê resolve na sua cidade e o que resolve na sua microrregião e comparamos isso ao que estava estabelecido, ou seja, com os pactos estabelecidos. Isso era para se ter uma ideia do que de fato pegou e funcionava, o que não pegou e não funciona. Isso é uma primeira intervenção que nós fizemos no plano de diagnóstico. Mas passando esse projeto numa reunião de CIR para documentação de aceite, entendimento, enfim. Então isso foi a primeira etapa. (G. L.S)

Eu entendo que nós tivemos a elaboração de alguns relatórios que nos ajudaram a compor os índices de dependência e suficiência de cada município para cada especialidade. Eu acho que isso nos subsidia até hoje quando a gente vai pensar em processo de regulação não somente para região metropolitana. Mas se a gente fosse pensar em olhar para outras regiões e ter que replicar isso de alguma maneira, eu acho que seria uma das características mais importantes que esse projeto nos trouxe. Então, saber o que o município consegue resolver dentro da municipalidade e saber o que ele encaminha foi essencial para a gente entender um pouco de como esse que território estava organizado nas questões da regulação. (DRS VII)

- **Classificação dos municípios** com a decomposição dos índices de suficiência e dependência, em categorias. Primeiramente os municípios foram classificados em cinco grupos: 1) exportadores; 2) muito dependentes, 3) parcialmente dependentes, 4) pouco dependentes em média complexidade e bastante resolutivos; 5) bastante resolutivos em média complexidade e parcialmente resolutivos em alta complexidade (mapa abaixo). Após revisão, definiu-se 4 novas categorias, agora relacionadas à identificação das estruturas assistenciais, em especial os hospitais: 1) Municípios que não tem hospitais; 2) Municípios que tem pequenos hospitais e que exercem atendimento na média complexidade; 3) Municípios que tem hospitais de resolução significativa em média complexidade e alguma atividade em alta complexidade com predomínio de dependência; 4) Municípios que tem boa resolução em alta complexidade e suficiência plena em média complexidade. Como analisado no Produto 2 desta análise qualitativa, na prática não houve mudança de classificação dos municípios considerando 'níveis de resolução/possibilidade de resolução' no mapa da região. Talvez a nova denominação tenha surgido exatamente por algum 'constrangimento' - supõe-se municípios 'incomodados'. Em nenhuma das entrevistas esta classificação foi retomada.
- **Elaboração de portfólio** para cada município com informações abaixo relacionadas, incluindo-se as observações das visitas e algumas sugestões.

De posse desse trabalho todo, a gente construiu que a gente chamou de um portfólio para cada município, onde a gente caracterizava rapidamente a população, a rede de serviços, a cobertura de atenção primária, a produção de urgência e emergência, esse primeiro indicador, e a análise de fluxo deles em relação à sua microrregião e em relação à sua região metropolitana. (G. L.S)

E o portfólio de cada município é bem interessante. Dá para o gestor trabalhar várias estratégias dentro do município. Aquele gestor que realmente pegou isso, olhou, e tem uma ideia de mudar, de transformar essa relação na rede de urgência dentro do próprio município consegue trabalhar isso. (DRS VII)

- **Visitas aos serviços** tanto para diagnóstico quanto para treinamento da equipe DRS VII e apoio de consultoria dedicado aos participantes da intervenção.

Nós também fizemos um diagnóstico dos serviços de urgência e emergência existentes em cada município e em cada hospital. E a ideia era entender um pouquinho os arranjos clínicos que estavam instituídos na organização da atenção na urgência e emergência. E para isso visitamos UPAS, hospitais e pronto socorros, 100% deles dentro do escopo das cidades e região que foi delimitado o trabalho. Nós visitamos todas as UPAS, hospitais e pronto socorros ... visitar cada um deles para entender o estado da arte e até mesmo da observação clínica, como ela estava instituída em cada lugar. (G. L.S)

Eu particularmente tive a oportunidade de fazer uma visita. Acho que fomos, na Unicamp, no pronto socorro da Unicamp, para olhar quem eram esses usuários que estavam na porta que era uma porta regulada. Então, com a visita do G.L.S aos municípios, a gente conseguiu entender o que é feito de atenção nas UPAS, nos pronto-atendimentos, né! E o que é feito de atenção até na própria unidade básica. Como se dá todo esse cuidado de Urgência, que cada um tem um papel importante e que vai no final da linha sobrecarregar o pronto-socorro da Unicamp, né. Então a gente começou a ver várias questões importantes que foram discutidas com os municípios. (DRS VII)

Toda observação de campo eu fiz sempre com alguém da regional de saúde e o DRS junto, para ter dois objetivos: um era o acordo de treinamento, já que estas pessoas tinham pouca ação de campo, era mais ação de gabinete. Os departamentos regionais talvez estejam desestruturados do ponto de vista de equipe técnica e qualificação. Então nossa intenção era talvez ajudá-los a ganhar um pouquinho de musculatura, para conduzir o projeto à medida que o projeto São Paulo em Ação saísse dessa fase. (G.S.L)

### ***Efeitos da intervenção e Resultados segundo eixos de análise***

Os efeitos da intervenção foram discutidos com maiores detalhes no Produto 3. Abaixo trazemos novamente os principais achados para este tópico.

Os 4 municípios da região metropolitana de Campinas entrevistados, sob o ponto de vista da intervenção em regulação apresentaram diferentes perspectivas e resultados.

**Santa Bárbara d' Oeste** sem dúvida alguma foi o município que apresentou maiores mudanças de fluxos impulsionadas pela intervenção. Considera-se um impacto bastante relevante considerando em especial o tempo de intervenção. Foram identificados alguns resultados importantes deste movimento: i) diagnóstico específico à realidade do município e à escolha de sua priorização: identificação de pacientes na UPA para os CIDs priorizados e consolidação de 'lista' única por território, conhecimento da população de diabéticos e hipertensos; 2) Novo fluxo entre a UPA e a UBS: encaminhamento à assistente social (dentro da UPA) para análise sócio sanitária e agendamento de seu acompanhamento na rede básica; 3) Processo de deshospitalização com 'alta programa' - fluxo entre regulação e hospital: o hospital avisa à regulação quando o paciente terá alta, a regulação agenda seu acompanhamento na unidade básica e na especialidade (sempre que necessário) e o paciente recebe informações de seu agendamento antes da alta; 4) Controle da lista de pacientes em uma planilha google juntando pacientes priorizados da UPA e do Hospital (Apêndice 05)

Em **Vinhedo** a intervenção fortaleceu e qualificou aquilo que já se pretendia – implantação do 'Projeto de Protocolo de Acesso Gerenciado às Especialidades'. Este projeto trata da tentativa de inversão de fluxo para atenção especializada, trazendo para a regulação o controle do acesso. A estratégia de mudança da forma de agendamento – a partir da análise do médico regulador baseado em protocolo de acesso; procura promover maior equidade de acesso aos serviços especializados. A intervenção ajudou a validar a estratégia, a pensar outras formas de análise, a identificar potencialidades, que resultaram em importantes efeitos no acesso ao cuidado especializado: redução considerável do absenteísmo nas especialidades (de 35% para 6%), matriciamento de clínicos gerais; o encaminhamento adequado ao especialista (uso mais eficiente deste recurso na rede) e fomento à 'alta' pelo especialista e geração de vagas virtualmente 'novas'. (Apêndice 06)

**Americana** não desenvolveu uma intervenção e nem teve fortalecido nenhum projeto, mas o efeito observado pelo entrevistado foi o ganho de 'sonoridade' na discussão e sensibilização do gestor e do hospital municipal na importância da implementação do NIR, na discussão da vocação do hospital e de um melhor aproveitamento da estrutura física da unidade própria hospitalar.



E para **Campinas** o efeito foi negativo e não esperado traduzido em duas perdas de oportunidade: discutir e aproveitar melhor a expertise desenvolvida por Campinas na regulação de leitos e a implantação do complexo regulador regional.

Se os resultados foram diferentes aos 4 municípios, houve unanimidade em valorizar os investimentos em infraestrutura pelo Programa, apesar de que apenas Campinas se refere à equipamentos para informatização para as unidades básicas. Também houve convergência no reconhecimento de ações complementares de capacitação ofertados pelo Programa Saúde em Ação, destacando-se o Curso de Gestão da Clínica e a qualificação realizada no município de Itu.

### 3. Considerações Finais

As todas as atividades desenhadas no Plano de Ação foram executadas.

Foi possível perceber/captar algumas mudanças implementas no processo de regulação que puderam ser relacionadas ao projeto. Dois municípios se destacam neste processo com impacto considerável na reorganização de fluxos regulatórios e nos resultados apresentados.

A intervenção no município de Santa Bárbara ocorreu na linha de cuidado de pacientes crônicos, hipertensos e diabéticos. Houve priorização de CIDS para intervenção a partir da análise de dados secundários, considerando: o volume de pacientes, a condição clínica e a inserção na rede. A partir do levantamento realizado observou-se que o maior número de pacientes no pronto-socorro eram pacientes diabéticos com complicações circulatórias periféricas e pacientes hipertensos em crise/descompensação que não estavam devidamente inseridos na rede de saúde do município. O desenho da intervenção incluiu as unidades de pronto-atendimento, as unidades de atenção básica, o hospital (Santa Casa) e a regulação municipal. Os efeitos da intervenção efetivamente produziram impactos na organização dos processos de trabalho e na gestão dos fluxos de atenção no município de Santa Bárbara d'Oeste dentre eles destaca-se: integração entre atenção básica e urgência para pacientes crônicos e maior eficiência do sistema; aperfeiçoamento das atividades da assistência social, o que fortaleceu o vínculo entre profissionais, serviços e setores (social e saúde); busca pelo cuidado integral do paciente; trabalho em equipe; análise crítica do processo de trabalho e dos resultados da oferta de serviços de saúde no município; e ampliação da lógica da intervenção à outras especialidades.

A intervenção que o município de Vinhedo adotou e que foi apoiada pela consultoria da intervenção foi a implantação do 'Projeto de Protocolo de Acesso Gerenciado às Especialidades', para inversão de fluxo de acesso à atenção especializada e resultou em importantes efeitos no acesso a este cuidado: na redução considerável do absenteísmo nas especialidades, matriciamento de clínicos gerais; o encaminhamento adequado ao especialista (uso mais eficiente deste recurso na rede) e fomento à 'alta' pelo especialista e geração de vagas virtualmente 'novas'.

Apesar de Americana não ter tido uma intervenção propriamente dita, a presença do consultor para análise da infraestrutura e dos fluxos de urgência resultou em ganho de 'sonoridade' na discussão e sensibilização do gestor e do hospital municipal para a importância da implementação do NIR, a discussão da vocação do hospital e a possibilidade de um melhor aproveitamento da estrutura física da unidade própria hospitalar.

Por outro dado, Campinas que também foi um município pesquisado, trouxe um contraponto à intervenção, em especial, discutindo e refutando a interpretação de um dos produtos da intervenção: o diagnóstico.

O diagnóstico da intervenção trouxe uma análise de fluxos de internações de alta e média complexidade, mapeando o deslocamento realizado pelos usuários internados e calculados os índices de dependência e suficiência. Os demais produtos da intervenção foram: classificação dos municípios segundo capacidade de resolução por decomposição do índice de suficiência e dependência; o portfólio dos municípios e as visitas e consultorias realizadas individualmente por aqueles que aderiram ao processo.

Entre as forças da intervenção estão a discussão colegiada em CIR e adequação específica às necessidades e oportunidades dos municípios que aderiram, por outro lado, o tempo de execução, intenção de discussão com toda a rede, inclusão de vários serviços com diferentes papéis e níveis de complexidade e vários enfoques de discussão podem ter tirado um pouco o foco. As intervenções ou as intenções de aconteceram no limite da fronteira, seja ela municipal ou do serviço, não sendo alcançados acordos, particularmente ligados à competência de resolução no nível de microrregião. Quanto à ameaça foi unânime o destaque à pandemia por Covid-19.

Apesar de ter havido um grau baixo grau de implantação, deve-se considerar que talvez as expectativas fossem muito maiores às possibilidades que o tempo de execução trouxe, ademais, a complexidade político institucional conjuntural e temática trouxeram barreiras muito mais difíceis de ser transpor num processo de intervenção pontual.

De toda maneira, cabe lembrar que participar da intervenção era uma livre escolha dos municípios, e para aquele município que aproveitou a oportunidade houve um impacto considerável, o que demonstra, por um lado, a necessidade de decisão, disposição e 'maturação' para as mudanças e por outro, o potencial da intervenção em orientar, provocar e subsidiar as mudanças.

#### 4. Referências

Guerra D. M. (tese) Descentralização e regionalização da assistência à saúde no Estado de São Paulo: uma análise do índice de dependência. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo (USP). 2015. Recuperado de [https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-16112015-112549/publico/DanieleMarieGuerra\\_revisada.pdf](https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-16112015-112549/publico/DanieleMarieGuerra_revisada.pdf)

Oliveira, G. S. (2017). SUPERLOTAÇÃO DAS URGÊNCIAS E ESTRATÉGIAS DE GESTÃO DE CRISE: UMA REVISÃO DE LITERATURA. *Caderno De Graduação - Ciências Biológicas E Da Saúde - UNIT - SERGIPE*, 4(2), 114. Recuperado de <https://periodicos.set.edu.br/cadernobiologicas/article/view/4596>

Rezende C.A.P & Peixoto M.P.B (orgs.) Metodologia para análises da Gestão de Sistemas e Redes de Serviços de Saúde no Brasil. Série Técnica de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde (7). Organização Panamericana de Saúde. Brasília, 2003. Recuperado de <https://www.paho.org/bra/dmdocuments/Sala5449.pdf>

Roche C.. Avaliação de impacto dos trabalhos de ONGs: aprendendo a valorizar as mudanças. [Edição adaptada para o Brasil ABONG; tradução Tisel Tradução e Interpretação Simultânea Escrita] 2ª Edição. São Paulo: Cortez: ABONG; Oxford, Inglaterra: Oxfam, 2002

## Apêndice 01 - Roteiro de Entrevista - Questionário Semi-estruturado

### Introdução à entrevista

0. Como vocês descrevem RMC, considerando os *aspectos gerais* desta região (população e infraestrutura de atenção à saúde - incluindo hospitais e referências de atenção secundária especializada, bem como da atenção básica) e *os processos da regulação assistencial, em especial*? Como está a integração da rede de serviços e a regulação do município de Campinas e a DRS XII?

### Eixo 1 - Investimentos realizados

1. Quais foram os investimentos tecnológicos e estruturais realizados pelo Programa Saúde em Ação, em especial tratando-se da regulação assistencial? A entrega de equipamentos (computadores, impressoras) foram alocados no setor regulação?
2. Os cursos de Capacitação em Regulação para a RMC (Projeto GC Bipartite da Regulação) e de Contratualização do Desempenho no SUS fortaleceram as equipes gestoras municipais para potencializar a Regulação da Atenção no SUS?
3. Como a consultoria do G.L.S. ajudou os municípios que aderiram ao projeto neste tema?

### Eixo 2 - Processos Regulatórios qualificados

4. Levando-se em consideração as linhas de cuidado do câncer de mama, hipertensão arterial e infarto agudo do miocárdio, como vocês analisam a implementação dos fluxos regulatórios assistenciais:
  - O mapa de referências assistenciais está atualizado e disponível a todos os trabalhadores do SUS?
  - Os protocolos de regulação microrregional e entre serviços (atenção básica, especializada, pré-hospitalar e hospitalar) estão estabelecidos (PET CT, ressonância magnética, cateterismo de urgência)?
  - O processo de contratualização entre gestores, prestadores e trabalhadores se efetivou?
  - O Sistema CROSS apoia a análise estratégica das necessidades de saúde, correlacionando a capacidade de atendimento, o tempo resposta e a demanda reprimida? Há processos informatizados? Quando foram instituídos? Há monitoramento e avaliação do tempo de espera, quantidade de aceites e recusas?
  - E do Telematriciamento/ Matriciamento e os NIRs o que têm a dizer?

### **Eixo 3 - Ações complementares da intervenção e sua inferência na regulação da RMC**

5. Para além dos investimentos destinados à regulação na RMC, quais outras ações do Programa Saúde em Ação apoiaram a qualificação dos processos regulatórios? Como? Qual o papel das ações do programa saúde em ação na regulação da RMC?

### **Eixo 4 - Impressões gerais dos atores institucionais envolvidos**

6. Quais seriam as forças e fraquezas do Programa Saúde em Ação para qualificação da Regulação na RMC?
7. Quais as oportunidades e ameaças conjunturais e institucionais para qualificação da Regulação na RMC?

## Apêndice 02 - Dimensões de análise

Serão 4 dimensões de análise:

### 1. Investimentos realizados

Serão analisados os investimentos realizados que permitiriam qualificar o processo regulatório na RMC, como por exemplo:

- Fortalecimento das Centrais de Regulação Municipais: adequação de estrutura/ adequação de RH (contrapartida municípios) – Portaria nº1.559/08;
- Aquisição dos mobiliários e equipamentos, frente à necessidade de cada município;
- Capacitações das equipes envolvidas:
  - Capacitação em Regulação para a RMC (Projeto GC Bipartite da Regulação);
  - Curso sobre Contratualização de Desempenho no SUS;

### 2. Processos Regulatórios qualificados

Entende-se enquanto processo regulatório a ser analisado:

- Desenvolvimento e Implantação de novas funcionalidades do sistema CROSS no intuito de qualificar o processo de regulação:
  - Estrutura do sistema CROSS: implantação e implementação do sistema nos municípios da RMC, interoperabilidade com E-SUS/CMD e sistemas municipais;
  - Ferramentas: Emissão de relatórios gerenciais, contrarreferência hospitalar (transição do cuidado);
- Implementação dos fluxos assistenciais: regulação microrregional, integração da regulação pré-hospitalar com o SAMU/ambulatorial;
  - Qualificação dos fluxos assistenciais entre atenção básica, especializada e hospitalar através de ferramentas da gestão da clínica, priorizando a análise com relação PET CT, ressonância magnética, cateterismo de urgência;

- Elaboração e implantação do Protocolos de Regulação que ordenem os fluxos assistenciais priorizando a análise com relação às linhas de cuidado do câncer de mama, hipertensão arterial e infarto agudo do miocárdio
- Apoio na Implantação dos Núcleos Internos de Regulação (NIR) nos hospitais;
- Telematriciamento/ Matriciamento;
- Complexo Regulador implementado enquanto o instrumento de monitoramento dos fluxos assistenciais na RMC.
  - instrumento de referência (EAD);
  - Manual de Contratualização - Contratos e Convênios (utilizar manuais existentes definindo um modelo padrão para a região em todos os níveis e complexidades).

### 3. Ações complementares da intervenção e sua inferência na regulação da RMC

Dentre ações 'complementares da intervenção' na RMC podemos considerar:

- a) Diagnóstico e avaliação do atual estágio de desenvolvimento das RRAS nas regiões priorizadas pelo Projeto;
- b) Desenho dos itinerários terapêuticos (CEALAG);
- c) Avaliação de Impacto do Projeto de Fortalecimento da Gestão Estadual da Saúde, em especial os indicadores relacionados (INSPER):
  - Índice de eficiência em regulação de CRG (DRS)
  - % de eventos eletivos incorporados na CRG (DRS)
- d) Curso de Gestão da Clínica nas Redes de Atenção (FAEPA).

### 4. Impressões gerais dos atores institucionais envolvidos

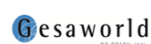
Forças e fraquezas da intervenção e oportunidades e ameaças de melhoria da regulação assistencial



## A regulação da atenção e assistência na região Metropolitana de Campinas\*

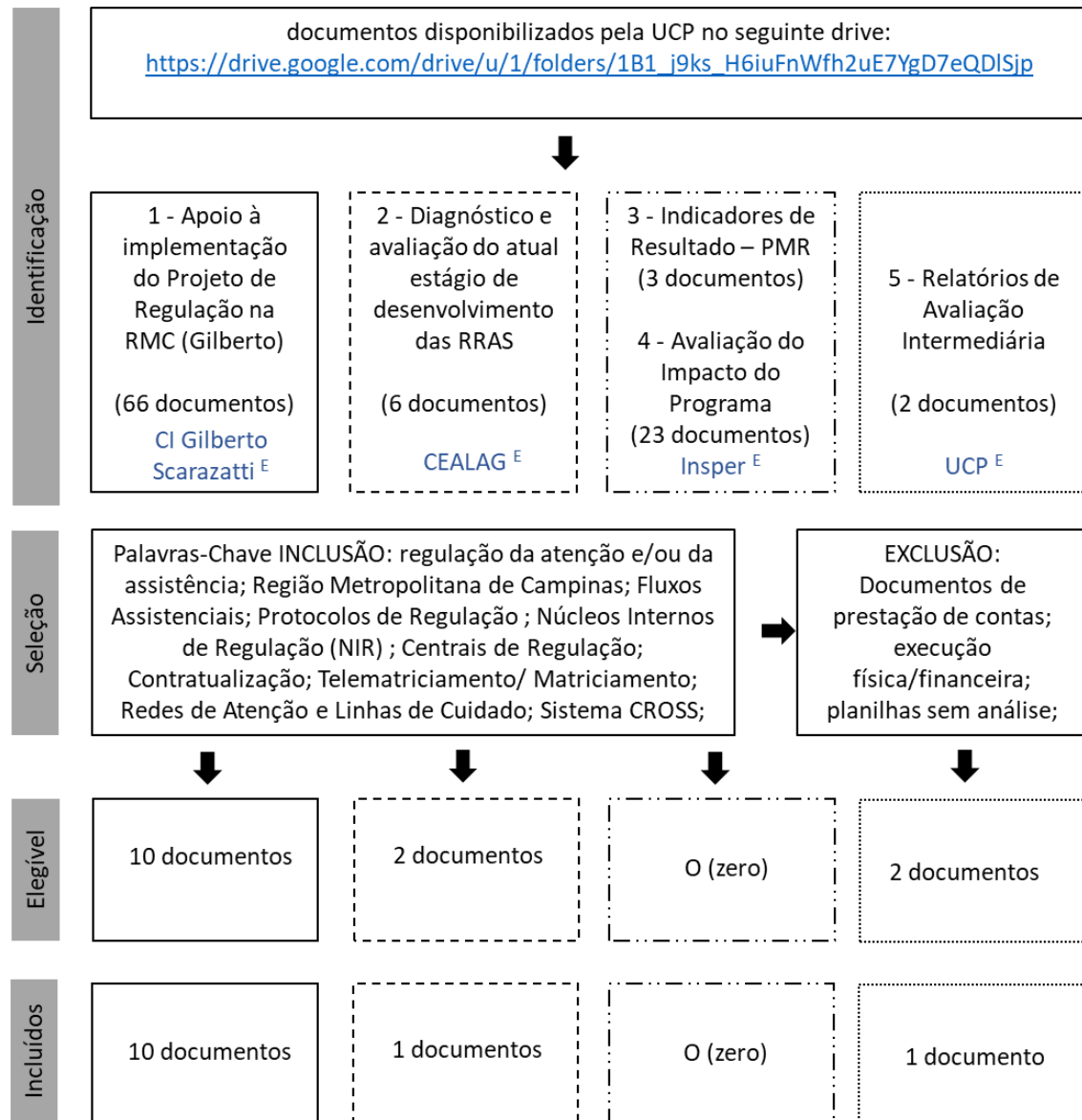


\*Análise institucional em conformidade com SDP nº 35\_2021 / UCP, nos moldes de um diálogo colaborativo institucional, e, utilizando-se da regra de *Chatham House*<sup>1</sup>, que assegura aos participantes confidencialidade e livre consentimento em participar das atividades mediadas por facilitador neutro à análise realizada.



<sup>1</sup>Avaliação de tecnologias de saúde & políticas informadas por evidências. / Organizadores Tereza Setsuko Toma [et al. ...] - São Paulo : Instituto de Saúde, 2017

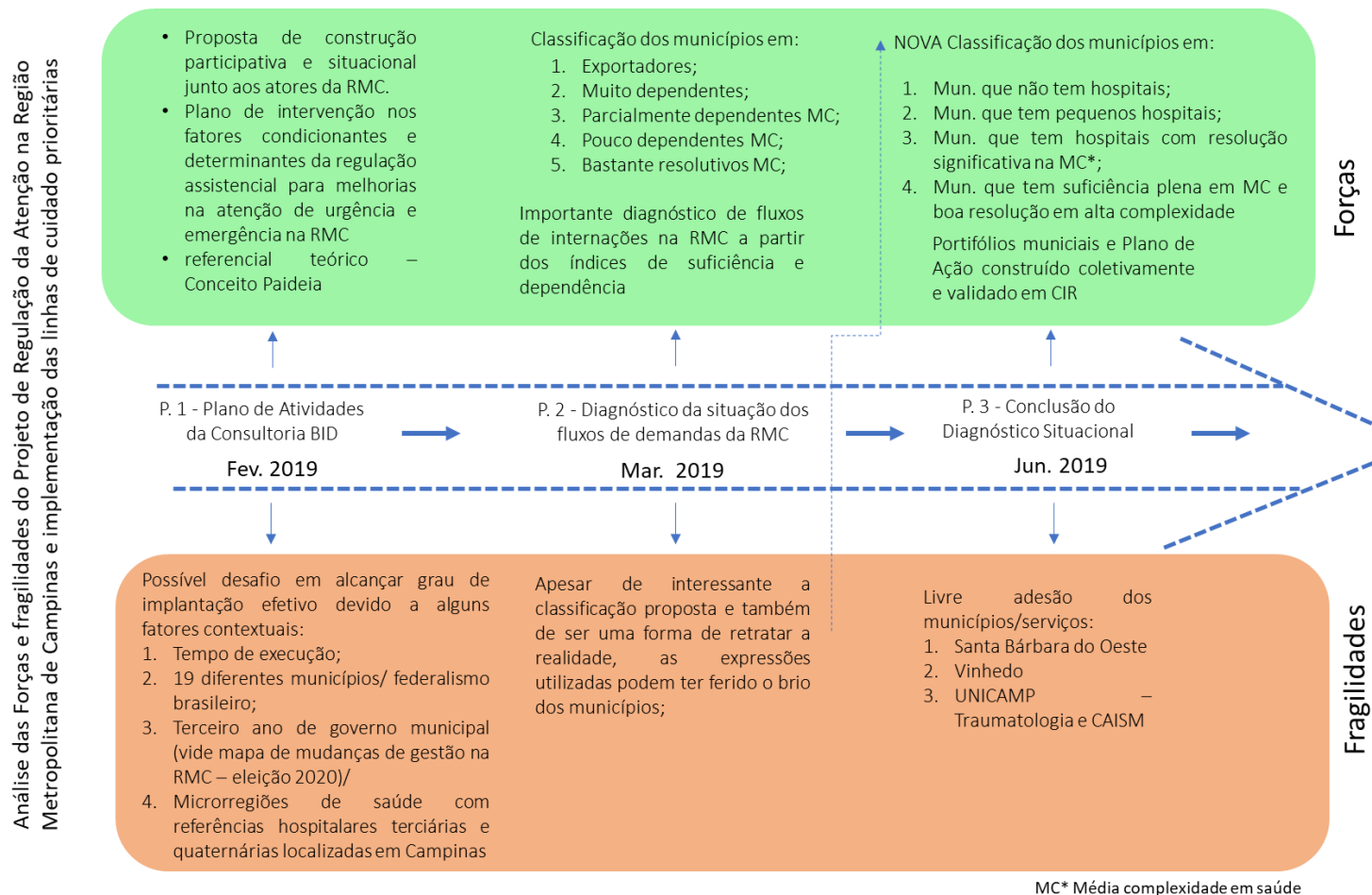
### Apêndice 03 - Fluxograma Prisma: seleção documental para avaliação Qualitativa da Regulação na RMC



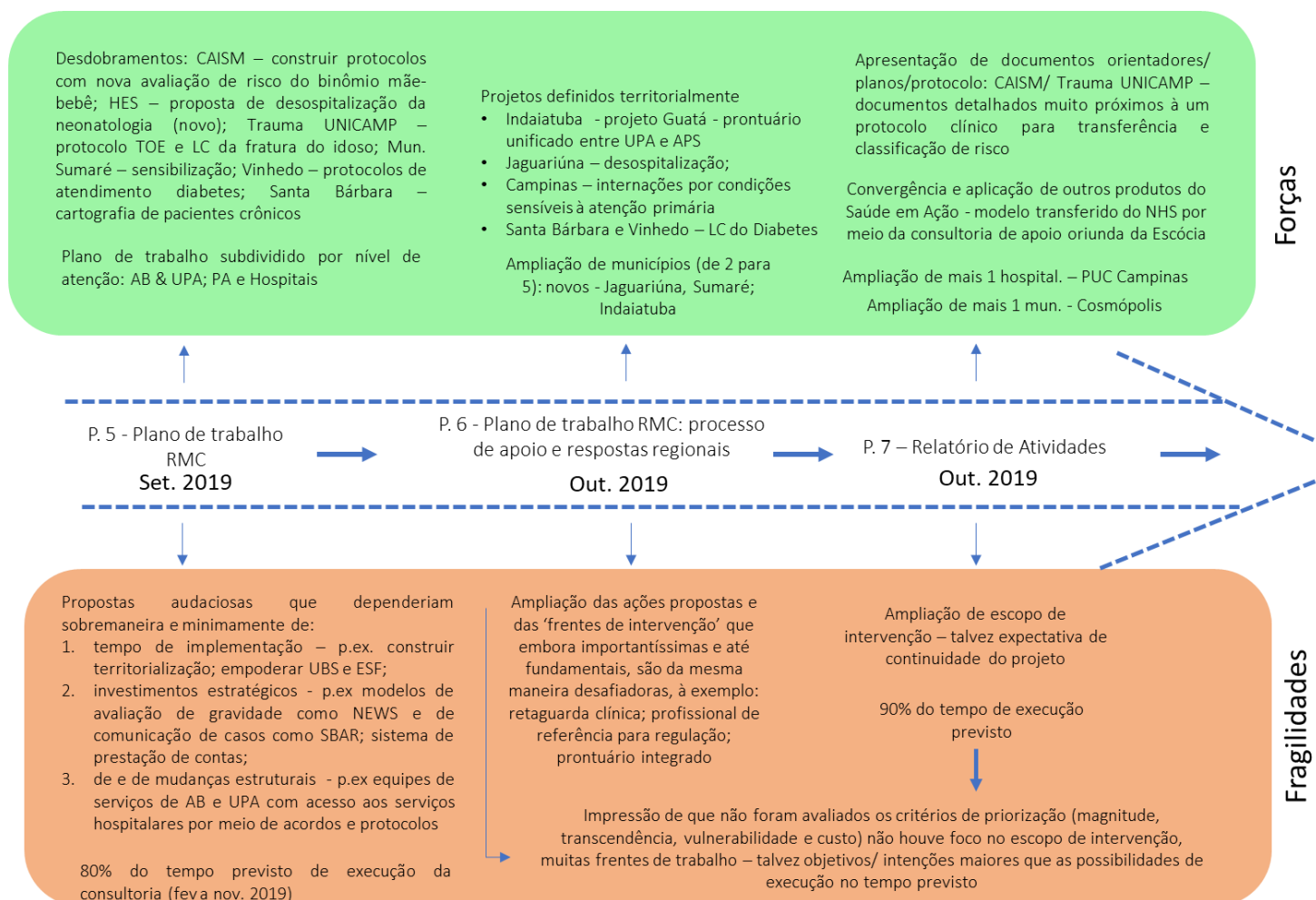
CI – Consultoria Individual

<sup>E</sup> - Executante

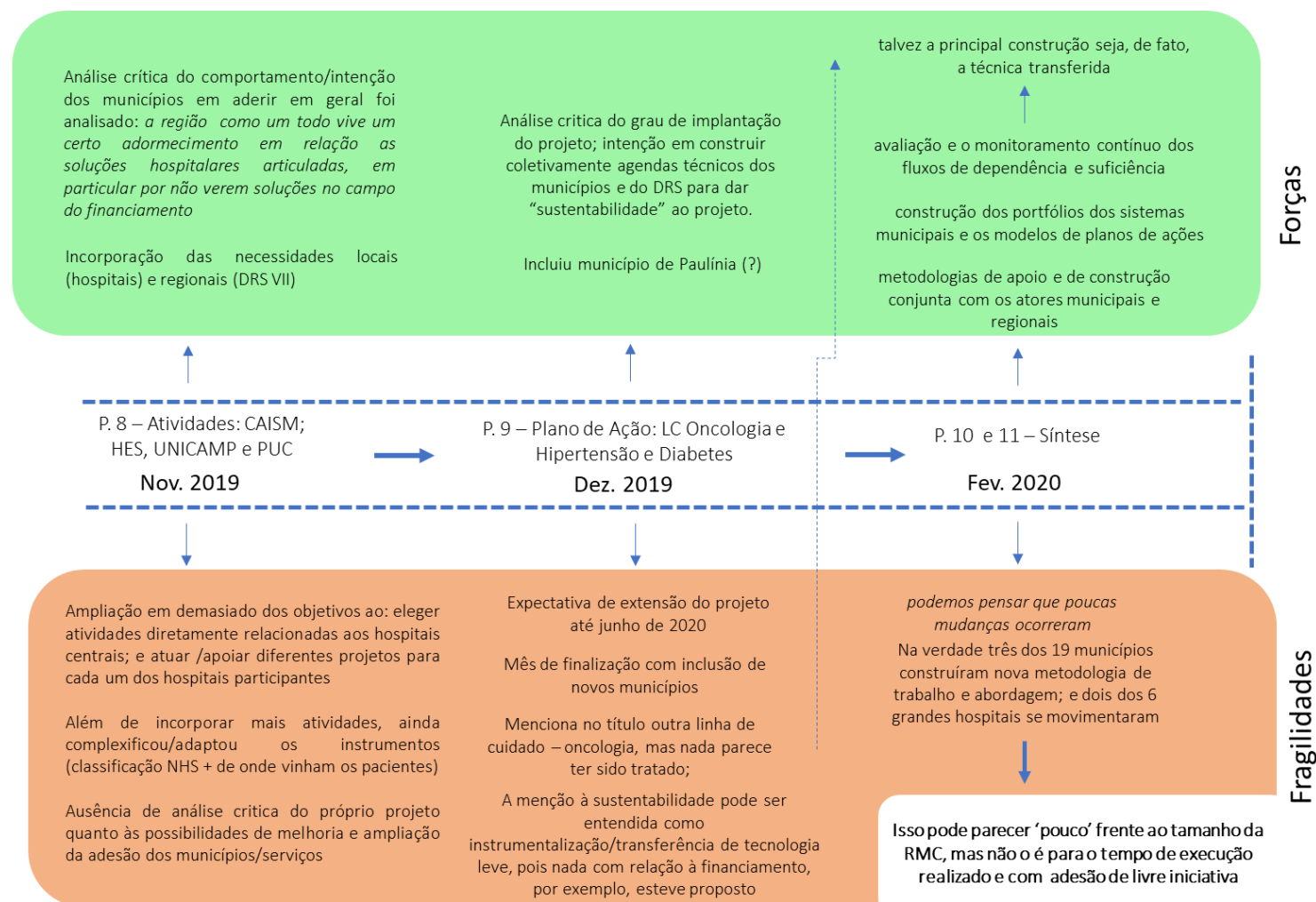
## Apêndice 04– Análise de ofrças e fragilidades da intervenção, organizadas numa Linha do tempo



Análise das Forças e fragilidades no Projeto de Regulação da Atenção na Região Metropolitana de Campinas e implementação das linhas de cuidado prioritárias



Análise das Forças e fragilidades do Projeto de Regulação da Atenção na Região Metropolitana de Campinas e implementação das linhas de cuidado prioritárias



## A intervenção em Santa Bárbara d'Oeste



### Efeitos da intervenção

- Novos fluxos de atendimento entre UBS, UPA Hospital e regulação municipal
- Olhar ampliado do profissional da assistência social
- Maior integralidade do cuidado: entre o social e o sanitário
- Melhor conhecimento e rastreio de pacientes por território
- Maior corresponsabilização entre setores e serviços
- Educação permanente do município disseminando as capacitações pelo município
- Olhar estendido para aquilo que não se está fazendo

## A intervenção em Santa Bárbara d'Oeste



### Efeitos da intervenção

- Novos fluxos de atendimento entre UBS, UPA Hospital e regulação municipal
- Olhar ampliado do profissional da assistência social
- Maior integralidade do cuidado: entre o social e o sanitário
- Melhor conhecimento e rastreio de pacientes por território
- Maior corresponsabilização entre setores e serviços
- Educação permanente do município disseminando as capacitações pelo município
- Olhar estendido para aquilo que não se está fazendo

## Agradecimentos

Agradeço a oportunidade de participação no processo de avaliação qualitativa da Regulação na Região Metropolitana de Campinas, em especial a todos os técnicos da Unidade de Coordenação do Projeto.

Aos entrevistados agradeço a disponibilidade e valorosa contribuição à análise de impacto do Programa Saúde em ação.

Cada processo de avaliação é uma oportunidade de aprendizado, esta em especial trouxe uma temática deveras sensível, complexa e cara ao Sistema Único de Saúde.

Atenciosamente,

Claudia Canabrava