**Implantação de diretrizes para regulamentar O Serviço de Regulação Municipal em integração com o Centro de Especialidades do CISMEPAR**

**Projeto de Normativa Interna – DPR nº 001/2014 a ser submetido a apreciação dos gestores municipais e manifestação através de Termo de Adesão.**

Ana Maria da Silva – Gerente de Regulação do CISMEPAR

Carmem Cecília de Carvalho Lunardelli – Serviço de Regulação de Ibiporã

Carolina Santana Siqueira – Serviço de Regulação de Ibiporã

Lauriana de Oliveira Romagnoli – Serviço de Regulação de Ibiporã

Marcia Menoncin – Serviço de Regulação de Rolândia

Maria Aparecida Leiva de Faria – Serviço de Regulação de Ibiporã

Silvia Karla A V Andrade – Diretora de Programação e Regulação do CISMEPAR

Valesca Veit Montemezzo – Serviço de Regulação de Ibiporã

Weruska Bazzo – Enfermeira da Regulação do CISMEPAR

Zualdo Bavia – Serviço de Regulação de Cambé

*“Tudo que possas ou sonhas fazer, comece. A audácia contém gênio, poder e magia”*

*Goethe*

**APRESENTAÇÃO**

O Sistema Único de Saúde (SUS) é, reconhecidamente, uma das maiores conquistas do povo brasileiro nos últimos 22 anos, por revelar-se a política pública mais includente desde então. A partir da promulgação da Constituição Federal em 1988, todo cidadão brasileiro tem direito à atenção à saúde de forma integral e gratuita.

Portanto, é importante que os novos gestores enfrentem este novo desafio de construção do SUS de forma solidária e cooperativa, valorizando o conhecimento acumulado em cada Secretaria pelas equipes de profissionais que dão continuidade às ações e aos serviços.

O presente projeto tem o intuito de debater sobre o tema Regulação, para que possamos discutir sobre a criação dos setores nos municípios, estabelecendo consensos, contribuindo para o fortalecimento da gestão municipal, incentivando a incorporação de atividades e ações de regulação, na garantia do direito à saúde, da universalidade e integralidade, com eficiência, eficácia e efetividade.

**Secretaria Municipal de Saúde de Ibiporã**

**Secretaria Municipal de Saúde de Cambé**

**Secretaria Municipal de Saúde de Rolândia**

**Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paranapanema – CISMEPAR**

# Introdução

O Brasil institucionalizou o direito à saúde a todos os cidadãos brasileiros com a promulgação da Constituição Federal em 1988, quando criou o Sistema Único de Saúde (SUS). As discussões prévias, consolidadas na VIII Conferência de Saúde e materializadas na Constituinte pela luta dos sanitaristas, gestores e políticos comprometidos com a reforma do sistema vigente ofereceram ao povo brasileiro a oportunidade de efetivar um sistema integrado e gratuito que cuida da prevenção, promoção, cura e reabilitação da saúde, fortalecendo a cidadania.

O SUS é tido como a política de maior inclusão social implementada no Brasil e representa em termos constitucionais uma afirmação política do compromisso do Estado brasileiro para com seus cidadãos. Seus avanços são significativos, mas persistem problemas a serem enfrentados para consolidá-lo como um sistema público universal e equânime. Esse é o desafio de todos.

Portanto a Constituição estabeleceu os direitos e deveres básicos dos cidadãos brasileiros, mas, em geral, para que estes direitos e deveres possam ser usufruídos ou exercidos necessita-se de outros atos legislativos que os regulamentem. Dessa forma, para a efetiva implantação do SUS, seguiu-se um processo de elaboração e aprovação da legislação infraconstitucional, denominadas de “Leis Orgânicas da Saúde” (Leis no 8.080 e 8.142) que detalhou princípios, diretrizes gerais e condições para organização e funcionamento do sistema. Estas leis foram objeto de muita disputa política, e só foram concluídas em dezembro de 1990.

Tendo em vista a dificuldade para que, no início dos anos 90 se desse a implantação plena dos princípios e diretrizes do SUS em todo o país, considerando a diversidade de organização e capacidade dos municípios, utilizou-se uma estratégia para sua operacionalização gradual – a edição de normas regulamentadoras: as NOBs.

As Normas Operacionais definiram critérios para que os estados e municípios se habilitassem a receber repasses de recursos do Fundo Nacional de Saúde para seus respectivos fundos de saúde. A habilitação às condições de gestão definidas nas Normas Operacionais foi condicionada ao cumprimento de uma serie de requisitos e ao compromisso de assumir um conjunto de responsabilidades referentes à gestão do sistema de saúde.

Desde o início do processo de implantação do SUS, foram publicadas as seguintes Normas Operacionais Básicas: NOB-SUS 01/91, NOB-SUS 01/92, NOB-SUS 01/93 e NOB-SUS 01/96.

No início de 2004 os gestores municipais, através do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), passam a questionar a possibilidade da NOB 01/96 e da Norma Operacional de Assistência a Saude (NOAS) em que pesem sua validade e importância histórica – contribuírem para superar os problemas mais recentes do SUS pelo seu caráter cartorial de habilitação e de transferência de responsabilidades.

A partir das discussões envolvendo o que se chamava na época de Pacto de Gestão, houve a compreensão pelos gestores federais, estaduais e municipais da necessidade de se pactuar também metas e objetivos sanitários a serem alcançados, assim como da necessidade de envolver a sociedade na defesa do SUS.

Estabeleceu-se, então, a organização de um Pacto pela Saúde, com capacidade de responder aos desafios atuais da gestão e organização do sistema, para dar respostas concretas às necessidades de saúde da população brasileira, e tornar a saúde uma política de governo. A finalidade desse processo de pactuação era a qualificação da gestão pública do SUS, buscando maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas.

Os primeiros resultados obtidos constam na Portaria GM/MS n. 399, publicada em 22 de fevereiro de 2006, com a definição das diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde foram definidas três dimensões no Pacto pela Saúde:

* Pacto em Defesa do SUS;
* Pacto pela Vida;
* Pacto de Gestão.

Com a mudança sabemos que um dos focos do pacto é a gestão, o pacto da responsabilização solidária que estabelece diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos da descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação e controle social, gestão do trabalho e educação na saúde.

A partir dos consensos estabelecidos no Pacto pela Saúde, os três entes federados se depararam com a necessidade de definir responsabilidades e, de estabelecer a regulação não apenas como um instrumento de garantia do acesso mas como uma ferramenta de gestão do sistema de saúde.

Sabemos que a regulação na saúde tem como foco, evidentemente as ações e serviços de saúde. Como o SUS tem um processo de construção muito marcante no contexto da Reforma de Estado brasileira, a saúde está desenvolvendo mecanismos de regulação muito particulares com o objetivo de defender os interesses dos usuários e o aperfeiçoamento das políticas do setor.

# OBJETIVO GERAL

Implantar o serviço de regulação nos municípios, a fim de promover a integração dos diversos pontos de atenção a saude, integrando informações via web das diversas Unidades do Complexo Regulador, para garantir a regionalização e a equidade do acesso.

# OBJETIVOS ESPECIFICOS

* Avaliar;
* Controlar e,
* Regular os serviços prestados no âmbito do sistema único de saude (SUS).
* Monitorar e,
* Avaliar a execução dos procedimentos pelas unidades prestadoras de serviços de saude.
* Garantir a Equidade no acesso a saude;

# Justificativa

Os gestores de saúde são solicitados constantemente a atualizarem suas estruturas e processos voltados à necessidade de saúde da população e a adequarem-se aos conceitos de gestão pública para a área da saúde. Isso se dá tanto pelas demandas do próprio cidadão por melhorias no sistema de saúde, como pelas inovações tecnológicas atuais e pela necessidade dos governos de avançarem no seu papel regulador da oferta e da demanda/necessidade das ações e serviços de saúde.

Os municípios que hoje fazem parte do Complexo Regulador Regional de Londrina, contamos com três Centrais de Regulação: Diretoria de Regulação e Atenção a Saude - DRAS, Consorcio Intermunicipal de Saude do Médio Paranapanema - CISMEPAR, 17ª Regional de Saúde (Central de Leitos).

Em virtude da implantação do serviço de regulação no CISMEPAR Londrina e diante da grande demanda esse serviço realizado pelos municípios tornou-se insuficiente e sem estrutura de trabalho para desenvolver as atividades pertinentes a Unidade de Regulação.

Com a criação da Unidade de Regulação e a centralização do serviço, pretendem-se garantir uma oferta regulada dentro de um fluxo que permita o caminho mais oportuno na obtenção de respostas as necessidades dos usuários.

Vale ressaltar que tendo um serviço de regulação bem estruturado, os serviços administrativos (agendamento, lançamentos das especialidades no sistema, cadastro no SOLUS e acompanhamento dos pacientes inseridos no sistema); serão realizados pela equipe técnica da regulação, proporcionando assim, um melhor atendimento aos usuário*s* facilitando as ações assistenciais realizadas pelos enfermeiros nas Unidades Básicas de Saúde.

# REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

# Conceitos de Regulação

A regulação do Sistema de Saúde recentemente ganhou a relevância que o tema requer no SUS. O conceito de regulação mais disseminado no SUS está afeito à regulação do acesso dos usuários aos serviços de saúde. Uma concepção um tanto restrita de regulação, induzindo a iniciativa de controle do acesso do usuário e de adequação à oferta.

A partir dos consensos estabelecidos no Pacto pela Saúde, os três entes federados se deparam com a necessidade de definir responsabilidades e de estabelecer a regulação não apenas como um instrumento de garantia do acesso, mas como uma ferramenta de gestão do sistema de saúde.

Portanto, não há um padrão para a definição da regulação; existem inúmeras e diferentes conceituações.

Regular tem como significados: sujeitar as regras, dirigir, regrar, encaminhar conforme a lei, esclarecer e facilitar por meio de disposições, regulamentar, estabelecerem regras para regularizar, estabelecer ordem ou parcimônia em acertar, ajustar, conter, moderar, reprimir, conformar, aferir, confrontar, comparar, dentre outros de acordo com o Dicionário da Língua Portuguesa (1999).

Os conceitos, as práticas e finalidades não estão totalmente definidas:

“... ato de regulamentar, elaborar regras”.

“conjunto de ações que se interpõe entre as demandas dos usuários e seu acesso aos serviços de saúde, traduzidas enquanto fluxos, protocolos assistenciais, centrais de leitos, centrais de consultas e exames...”

“conjunto de ações meio, de sujeitos sociais sobre outros sujeitos, que facilitam ou limitam os rumos da produção de bens e serviços em determinado setor da economia, incluindo o setor saúde”.

A regulação nada mais é do que organizar o serviço, para que os usuários tenham suas demandas atendidas de forma mais rápida. Esse processo regulatório favorece a resolução dos casos de forma eficiente, trazendo benefícios para a população.

Na gestão o processo regulatório também favorece a identificação de áreas críticas e das necessidades de maneira ampliada com um melhor controle dos gastos, melhor utilização dos recursos e qualidade da prestação dos serviços de saúde.

Regulação no setor saúde é uma ação complexa, compreende um considerável número de atividades, instrumentos e estratégias, considerando que o setor é composto por um conjunto de ações, serviços e programas de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e paliação, que incluem tanto cuidados individuais quanto coletivos e que requerem ações em distintos pontos da atenção à saúde.

Portanto, o grande desafio dos gestores, além de introduzir mecanismos de regulação, protocolos e padrões de assistência, é monitorar o seu desempenho. Outro fator preponderante é a informação para o usuário, que pode atuar, desde que bem informado, como um agente regulador.

# POLÍTICA NACIONAL DE REGULAÇÃO

As diretrizes operacionais instituídas pelo Pacto pela Saúde, publicado pela Portaria GM/MS n.399, de 22 de fevereiro de 2006, contemplam áreas prioritárias do SUS. Em conformidade com esse processo de descentralização e aprimoramento da gestão do SUS, foi elaborada a proposta que contempla as diretrizes nacionais para a implantação da Política Nacional de Regulação em todas as unidades federadas.

A Política Nacional de Regulação do SUS propõe os seguintes eixos a serem operacionalizados pelos gestores, em consonância com o estabelecido nas diretrizes do Pacto de Gestão: Regulação da Atenção à Saúde e Regulação Assistencial:

* Implantação e/ou implementação dos Complexos Reguladores, que são estruturas que congregam um conjunto de ações da regulação do acesso à assistência, de maneira articulada e integrada, buscando adequar a oferta de serviços de saúde à demanda que mais se aproxima das reais necessidades de saúde da população.
* Implantação de sistemas informatizados de regulação que serão utilizados para gerenciar e operacionalizar as funções das centrais de regulação.

O Ministério da Saúde normatizou essa política por meio da Portaria GM/MS n.1.559, de 1º de agosto de 2008, que institui a Política Nacional de Regulação e estabelece as ações para a sua implantação.

A Regulação do Acesso operacionalizada pelo gestor público tem sido direcionada à promoção dos princípios da equidade e da integralidade do cuidado, seja por meio do controle sobre o fluxo da demanda por assistência à saúde em todas as Unidades prestadoras de serviços ou pelo redimensionamento da oferta, diminuição ou expansão, de acordo com as necessidades da população.

Para garantir a integralidade do acesso são necessárias operações de mudanças na produção do cuidado a partir da rede básica, secundária, da atenção à urgência bem como na atenção hospitalar, integrando todos os recursos disponíveis no Sistema de Saúde por meio de fluxos direcionados de forma singular e guiados pelo projeto terapêutico do usuário, para serem capazes de garantir o acesso seguro às tecnologias necessárias à sua assistência e ao restabelecimento de sua autonomia. Portanto, além de contribuir na otimização dos recursos de saúde existentes, a regulação do acesso busca a qualidade da ação por meio da resolubilidade, a resposta adequada aos problemas clínicos e a satisfação do usuário.

**Para efetivá-la, será necessário criar as seguintes condições:**

* Conhecimento global dos estabelecimentos de saúde, o cadastramento de serviços, a condução de processos de compra e contratualização de serviços de acordo com as necessidades identificadas e as regras legais, o acompanhamento do faturamento, quantidade e qualidade dos serviços prestados;
* Cadastro completo e fidedigno das unidades prestadoras de serviços de saúde, competindo ao gestor do SUS responsável pelo relacionamento com cada unidade, seja própria, conveniada ou contratada, a garantia de atualização dos dados cadastrais e de alimentação dos bancos de dados nacionais do SUS;
* Processo de compra de serviços na rede privada pautado pelo interesse público e pela identificação das necessidades assistenciais;
* Contratos de prestação de serviços como instrumentos efetivos de responsabilização dos prestadores com os objetivos, atividades e metas estabelecidas pelos gestores de acordo com as necessidades de saúde identificadas;
* Regulação da assistência efetivada por meio da implantação de complexos reguladores, responsáveis pela regulação das urgências, procedimentos básicos, de atenção ambulatorial especializada, alto custo e internações eletivas.

Atualmente, na grande maioria dos municípios brasileiros, as vagas hospitalares costumam ser preenchidas sem considerar a gravidade do paciente. Os leitos, em alguns casos, são disponibilizados com base em influências pessoais e vários estabelecimentos de saúde recebem diretamente pacientes procedentes de outros municípios por meio de encaminhamentos diretos entre profissionais e serviços, comprometendo a capacidade de atender sua população e a programação estabelecida com os outros municípios. Podemos verificar ainda a recusa de alguns estabelecimentos de saúde em atender pacientes portadores de patologias complexas, que apresentam quadro clínico complicado, ou que não oferecem perspectiva de lucro financeiro.

Também onde não existe serviço de marcação ou regulação para as consultas e exames especializados, o acesso aos mesmos tem-se dado por meio de procura direta ou por agendamento feito por solicitações/intervenções de políticos e/ou profissionais que trabalham nos setores de marcação das unidades públicas e contratadas, sem avaliação da necessidade clínica frente às demandas por atendimento de toda a população usuária do Sistema Único de Saúde. Com isso, a produção de serviços destas unidades acaba sendo realizada à revelia do planejamento e da regulação do gestor público.

A regulação do acesso, com certa freqüência, tem sido descrita como a implantação de computadores, redes de comunicação, centrais de internação, de consultas e exames, ou de normas e protocolos. No entanto, deve ficar claro que a regulação de acesso é um conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações dirigidas aos serviços públicos e ou privados, gerentes e profissionais de saúde e que são utilizadas para ordenar, orientar, intermediar e definir o acesso dos usuários aos serviços de saúde a partir de suas necessidades.

A sua implementação deverá adequar todos os processos dessa área de conhecimento às especificidades locais, numa lógica de alocação de recursos voltada para as reais necessidades da população, e não pelas ofertas dos prestadores de serviços. Portanto, além de estarem articuladas e integradas com as áreas assistenciais da atenção básica, atenção programática e estratégica e atenção especializada ambulatorial e hospitalar, as suas ações devem também estar articuladas e integradas com as ações de contratação, controle e avaliação.

A articulação e a integração das áreas da assistência e da regulação permitem que o cadastro de estabelecimentos e de profissionais seja verificado à luz da oferta potencial dos prestadores de serviços, subsidiando a sua contratação e a programação da atenção.

Além disso, a padronização da solicitação, submetida à incorporação da lógica dos protocolos assistenciais, subsidia a regulação e a autorização prévia para a atenção em níveis mais complexos do sistema de saúde. A implementação de um processo de avaliação das ações de atenção à saúde, de forma sistemática e contínua, sobre estruturas, processos e resultados, permite o melhor planejamento, o descortinar de problemas para as ações de controle e auditoria assistencial, os ajustes na execução e a busca de uma melhor qualidade, eficiência, eficácia e efetividade.

Outro aspecto importante é o desenvolvimento de ações de supervisão hospitalar e ambulatorial que permite um maior controle da execução do atendimento, monitorando sua adequação assistencial, de qualidade e satisfação do usuário e seus aspectos contábeis e financeiros.

A Portaria nº 1559 de 1º/08/2008, que instituiu a Política Nacional de Regulação, afirma que a Regulação do Acesso à Assistência é efetivada pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão por meio de atendimentos às urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários.

## PRINCIPAIS AÇÕES PARA EFETIVAR A REGULAÇÃO DO ACESSO

* Regulação da Atenção Básica;
* Regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar de urgências e emergências;
* Controle e regulação dos leitos clínicos e cirúrgicos disponíveis e das agendas de consultas especializadas e de SADT, informados nos cadastros de estabelecimentos e de profissionais e formalizados por meio dos contratos, convênios ou termos de compromisso;
* Padronização das solicitações de internações, consultas, exames e terapias especializadas por meio dos protocolos assistenciais de acordo com os mais recentes e seguros consensos científicos;
* Estabelecimento de mecanismos de referência entre as unidades segundo fluxos e protocolos padronizados, a partir da integração entre as ações de solicitações e de autorização;
* Organização de fluxos de referência especializada intermunicipal por meio da conformação da rede hierarquizada e regionalizada e da PPI, articulados pelo TFD (Tratamento Fora do Domicílio);
* Controle e monitoração da utilização mais adequada dos níveis de complexidade, balizados pelos protocolos e fluxos padronizados e consensuados;
* Implantação de Complexos Reguladores;

## INSTRUMENTOS DA REGULAÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Todos os municípios deverão organizar uma atenção básica que seja resolutiva e que faça encaminhamentos responsáveis e adequados aos demais níveis de assistência. Na atenção em saúde, o gestor do sistema estabelece e define quais as ações e serviços serão oferecidos pelas unidades prestadoras, apontando o que e qual a quantidade será regulada. Alguns procedimentos serão autorizados na própria unidade solicitante, mediante a utilização de cotas mensais, que indicará a unidade onde o procedimento será realizado, referenciando os usuários diretamente.

Outros procedimentos que estarão sob controle, querem pela desproporção entre a oferta e a demanda ou pelo seu custo financeiro, necessitarão de regulação em outra instância. Se o procedimento não necessita de autorização prévia, a unidade solicitante poderá agendá-lo diretamente ou junto à Central de Regulação. Se o procedimento necessita de autorização prévia, esta deverá ser obtida junto à chefia imediata da unidade, que acionará posteriormente o regulador/autorizador.

Dentro do universo de ações, serviços e procedimentos disponibilizados aos usuários SUS em média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, o gestor deverá pactuar com as suas unidades e com os municípios referenciados os fluxos para o acesso em toda a linha de produção do cuidado garantindo a integralidade da assistência no território sob sua gestão. Para tanto, serão utilizados os protocolos assistenciais no sentido de ordenar as solicitações e definir a priorização do acesso pela gravidade clínica do usuário e os fluxos de referência desenhados.

A regulação assistencial, como uma das funções e fortalecimento da capacidade de gestão, institui ao poder público o desenvolvimento de sua capacidade sistemática em responder às demandas e necessidades de saúde em seus diversos níveis de atenção, de forma a integrá-las às necessidades sociais e coletivas. Nesse sentido, o processo regulatório, ao atuar positivamente sobre o acesso dos cidadãos aos serviços, atua também sobre a oferta dos mesmos, subsidiando o controle sobre os prestadores de serviços, seja para ampliar ou remanejar a oferta programada para que seja cumprida a sua função.

De acordo com a portaria 1559/08 no Art.8º, as atribuições da regulação do acesso serão definidas em conformidade com sua organização e estruturação.

**Parágrafo 1º são atribuições da regulação de acesso:**

1. Garantir o acesso aos serviços de saúde de forma adequada;
2. Garantir os princípios da equidade e da integralidade;
3. Fomentar o uso e a qualificação das informações dos cadastros de usuários, estabelecimentos e profissionais de saúde;
4. Elaborar, disseminar e implantar protocolos de regulação;
5. Diagnosticar, adequar e orientar os fluxos da assistência;
6. Construir e viabilizar as grades de referência e contra-referência;
7. Capacitar de forma permanente as equipes que atuarão nas unidades de saúde;
8. Subsidiar as ações de planejamento, controle, avaliação e auditoria em saúde;
9. Subsidiar o processamento das informações de produção; e
10. Subsidiar a programação pactuada e integrada.

**Vale ressaltar que o parágrafo 3º enfatiza que cabe aos municípios:**

1. Operacionalizar o complexo regulador municipal e/ou participar em co-gestão da operacionalização dos Complexos Reguladores Regionais;
2. Viabilizar o processo de regulação do acesso a partir da atenção básica, provendo capacitação, ordenação de fluxo, aplicação de protocolos e informatização;
3. Coordenar a elaboração de protocolos clínicos e de regulação, em conformidade com os protocolos estaduais e nacionais;
4. Regular a referência a ser realizada em outros municípios, de acordo com a programação pactuada e integrada, integrando-se aos fluxos regionais estabelecidos;
5. Garantir o acesso adequado à população referenciada, de acordo com a programação pactuada e integrada.

Desse modo, a regulação da assistência tem por objetivo principal promover a equidade do acesso, garantindo a integralidade da assistência e permitindo ajustar a oferta assistencial disponível às necessidades do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e racional.

## Regulação da Atenção e Regulação Assistencial

A NOAS/SUS 01/2002 disseminou o conceito de regulação como sinônimo de regulação assistencial, vinculada à oferta de serviços, à disponibilidade de recursos financeiros e a Programação Pactuada Integrada (PPI). Essa é uma concepção restrita de regulação, que induz a iniciativa de controle do acesso e de adequação à oferta.

**Regulação da Atenção à Saúde:** tem como objetivo a produção de todas as ações diretas e finais de Atenção à Saúde, dirigida ao conjunto de prestadores de serviços de saúde públicos e privados. As ações da regulação da atenção à saúde compreendem o planejamento das redes de atenção à saúde, a organização da oferta de serviços, a regulação assistencial, o controle assistencial, a avaliação da Atenção à Saúde e a auditoria assistencial.

**Regulação Assistencial ou do Acesso:** definida no Pacto pela Saúde, nas diretrizes do pacto de gestão como o conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermediam a demanda dos usuários por serviços de saúde e ao acesso a eles. Portanto, requer o estabelecimento de protocolos assistenciais, com base nas evidências assim como do aporte de recursos humanos, materiais e financeiros para a adequação da oferta conforme as necessidades de saúde da população.

A regulação do acesso refere-se ao estabelecimento de meios e ações para a garantia do direito constitucional de acesso universal, integral e equânime.Ao regular o acesso, com base nos protocolos clínicos, linhas de cuidado e fluxos assistenciais definidos previamente, a regulação estará exercendo também a função de orientar os processos de programação da assistência, assim como o planejamento e a implantação das ações necessárias para melhorar o acesso. A diferença aqui determinada é que ao se estabelecer a regulação do acesso, nos termos citados anteriormente, a programação assistencial passa a se basear nas necessidades de saúde da população, e não na disponibilidade de oferta.

# Conceitos importantes em regulação:

* **CONSULTA URGÊNCIA/EMERGÊNCIA -** atendimentos que ocorrem de forma inesperada, sem hora marcada, necessário atendimento imediato. São efetuadas em Pronto Socorro (PS) ou Pronto Atendimento (PA). UNIDADES DE APS precisam ligar no SAMU/Central de Regulação Leitos e Interserviços;
* **CONSULTA ELETIVA -** atendimentos previamente agendados, sem característica de risco ou agravamento do quadro clínico em caso de atendimento em data oportuna;
* **CONSULTA ELETIVA COM PRIORIDADE -** atendimentos previamente agendados, com indicativos de risco, porém, com necessidade de agilizar a consulta;
* **CONSULTA REFERENCIADA/REGULADA -** atendimentos solicitados através da Central de Regulação Eletiva baseada em protocolos e fluxos de encaminhamento para consultas eletivas ou eletivas com prioridade. Nem toda consulta referenciada / regulada será uma prioridade

# Classificação de Risco

A Classificação de Risco é um processo dinâmico de identificação do cidadão que necessita de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento. São utilizados critérios da medicina baseada em evidências, que conferem ao paciente fator de risco inerente ao quadro clínico apresentado, possibilitando dimensionar a demanda de forma individualizada.

A estratificação de risco se dará por especialidade medica, de acordo com cada uma de suas particularidades.

## PAPEL DOS SERVIÇOS MUNICIPAIS DE REGULAÇÃO

Vale ressaltar que com o Pacto de Gestão, as responsabilidades a serem assumidas pelo município no que se refere às ações de Regulação são assim definidas:

**Todo município deve:**

* Realizar a identificação dos usuários do SUS, com vistas a identificação de clientela e à sistematização da oferta de serviços – CNS;
* Manter atualizado o Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimento e Profissionais de Saúde no seu território segundo normas do MS;
* Adotar protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais, estaduais e regionais;
* Controlar a referência ser realizada em outros municípios, de acordo com a PPI, procedendo à solicitação e/ou autorização prévia, quando couber.

**Todo município segundo pactuação irá:**

* Operar o Complexo Regulador dos serviços presentes no seu território, de acordo com a pactuação estabelecida, realizando a co-gestão com o estado e outros municípios, das referências intermunicipais;
* Monitorar e fiscalizar os contratos e convênios com os prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas.

O pacto refere-se também a uma responsabilidade que é diretamente relacionada a todos os municípios, quando se refere à Regulação do Acesso à Assistência vale ressaltar que compreende:

* - Atenção Básica resolutiva
* - Encaminhamentos responsáveis e adequados
* - Protocolos assistenciais
* - Complexos reguladores
* centrais de regulação de urgência, centrais de regulação de leitos, centrais de regulação de consultas e exames, central nacional de regulação da alta complexidade.

# O PAPEL DOS PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS

Os protocolos assistenciais estão presentes há bastante tempo nos campos da Saúde Pública e da Medicina e podem ser categorizados como:

* **Protocolos clínicos ou diretrizes clínicas** como recomendações sistematicamente desenvolvidas com o objetivo de orientação de médicos e pacientes acerca de cuidados de saúde apropriados em circunstâncias clínicas específicas. De forma similar podem se estender aos demais profissionais de saúde. Várias publicações contêm protocolos das diversas áreas de atenção. Um exemplo é o da Agency of Health Care Policy and Research (AHCPR), sendo que as versões mais utilizadas são o “Clinical Practice Guideline” e “Quick Reference Guide for Clinicals”. (<http://www.ahcpr.gov>).
* **Protocolos de regulação do acesso** são diretrizes para solicitar e usar, adequada e racionalmente, as tecnologias de apoio, diagnóstico e terapias especializadas, incluindo medicamentos de alto custo. É um instrumento de ordenação dos fluxos de encaminhamento entre os níveis de complexidade assistencial orientando os atos profissionais que fazem parte dos protocolos clínicos. Constituem ações de controle assistencial/regulação do acesso e podem ser protocolos de ações programáticas e estratégicas como a organização do cuidado a determinados agravos ou em situações de risco à vida. Busca coordenar e integrar os processos de trabalho (atividades, saberes e tecnologias) das diversas categorias no mesmo nível ou entre os níveis de assistência.

A Regulação da Atenção à Saúde, inscrita na proposta de uma política de regulação, não pretende resolver, por imposição, as diferenças quanto ao uso dos protocolos assistenciais, mas deve destacar que estes têm fundamental importância, como componente de capacitação dos profissionais de saúde, como orientador de boas práticas clínicas em todos os níveis da atenção à saúde (básica média e alta complexidade, ambulatorial e hospitalar), como uma das estratégias para a adequada utilização de tecnologias, assim como para substituição e incorporação de novas, como componente de ações programáticas que comprovadamente atenuem agravos de significância epidemiológica e contribuem na elevação dos níveis de saúde de populações estratégicas, na adequada utilização da capacidade de resposta de cada nível de atenção, na correta solicitação de exames propedêuticos e na indicação de terapias especializadas, na adequada estruturação dos fluxos de referência e contra-referência entre os níveis de atenção, para a adequada implantação e funcionamento das centrais de internação, consultas e exames, como requisito para disponibilizar atenção à saúde de forma oportuna, ágil e adequada à necessidade do usuário, em contribuir na adequação da oferta de serviços de saúde segundo a demanda que mais se aproxima às necessidades reais em saúde, como orientador das ações de controle assistencial de autorização e supervisão ambulatorial e hospitalar, como requisito que pode imprimir qualidade aos serviços produzidos e pode servir para a avaliação desses, como uma das ações que contribuem para ganhos de eficiência, eficácia e efetividade dos sistemas de saúde, dentre outras.

# COMPLEXOS REGULADORES

São estruturas que congregam um conjunto de ações da regulação do acesso à assistência, de maneira articulada e integrada, buscando adequar a oferta de serviços de saúde à demanda que mais se aproxima das reais necessidades de saúde da população. Assim, a constituição de Complexos Reguladores permite, aos gestores, articular e integrar os dispositivos de regulação do acesso como centrais de internação, centrais de consultas e exames, protocolos assistenciais com outras ações da regulação da atenção à saúde como contratação, controle assistencial e avaliação, e com outras funções da gestão como a programação e a regionalização. É o instrumento que permite absorver toda a assistência em uma estrutura de regulação, pois produzem dados que estão relacionados com a resolubilidade real e não burocrática do sistema.

Regular a oferta e a demanda por meio de Complexos Reguladores possibilita portanto, a organização das ações de regulação do acesso de forma inteligente, no sentido de garantir a integralidade das ações de atenção à saúde, com qualidade e equidade.

# CENTRAIS DE REGULAÇÃO

A Central de Regulação é uma estrutura que compreende toda a ação-meio do processo regulatório, ou seja, é o local que recebe as solicitações de atendimento, avalia, processa e agenda, garantindo o atendimento integral de forma ágil e qualificada aos usuários do sistema de saúde, a partir do conhecimento da capacidade de produção instalada nas unidades prestadoras de serviços. A informação atualizada da oferta de serviços é instrumento fundamental no processo de regulação, pois possibilita identificar os déficits e as falhas do sistema, bem como a tomada de decisões de forma consistente, eficaz e eficiente. Existem funções específicas das Centrais Reguladoras no sistema de saúde. Para a sua operação cotidiana são utilizados recursos normativos, materiais, humanos e financeiros determinados pelo perfil epidemiológico e pela organização do modelo assistencial da região, da natureza do que regula e do território de sua abrangência.

**Objetivos da Central de Regulação:**

• Atualizar as informações a partir dos bancos de dados do SUS;

• Registrar e dar resposta a todas as solicitações recebidas nas modalidades assistenciais envolvidas no seu escopo de atuação, ou seja, para as internações referenciadas de urgência, emergência e eletivas, consultas de especialidades e Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - SADT, disponibilizados pelo setor público e privados conveniado/contratado;

• Identificar a alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, fundamentada em protocolos técnicos e balizada pela alocação de recursos e fluxos de referência pactuados na PPI;

• Exercer a autoridade sanitária no ordenamento da disponibilidade dos recursos assistenciais existentes no SUS;

• Referenciar demandas às esferas superiores quando os recursos pactuados no território abrangido pela Central de Regulação forem insuficientes para garantir o acesso assistencial;

• Disponibilizar relatórios ou quaisquer informações necessárias às atividades de gestão, controle, avaliação e auditoria;

• Disponibilizar informações para o acompanhamento da Programação Pactuada e Integrada (PPI);

**Atribuições da Central de Regulação;**

• Gestão de leitos e agenda

• Gestão de demanda reprimida

• Construção de grades de referência e contra-referência

• Classificação de risco

• Construção e uso de protocolos

• Regulação das referências intermunicipais e interestaduais

• Gestão e controle de cotas

• Comunicação com a rede de serviços de saúde e usuários

• A Central de Regulação poderá estar dividida em áreas específicas tais como:

• Central de regulação de urgências: regula a assistência pré-hospitalar e inter-hospitalar;

• Central de regulação de leitos e internações: regula as internações eletivas e de urgência;

• Central de Regulação de consultas, exames e procedimentos especializados de média e alta complexidade.

O aporte físico, tecnológico, estrutural e logístico da Central de Regulação guardará correspondência com sua área de abrangência, com suas unidades de trabalho, com a densidade das áreas assistenciais associadas e com sua interface com processos de gestão do SUS, em especial com a área de controle e avaliação.

**Pressupostos de implantação:**

• Elaborar plano de ação, no qual estejam definidos a oferta de serviços e os fluxos preexistentes, a abrangência do Complexo Regulador (unidades e municípios solicitantes e executantes), e a previsão para sua expansão gradual;

• Definir e organizar a estrutura física e os recursos logísticos necessários ao seu funcionamento;

• Definir os protocolos clínicos a serem agregados e os protocolos operacionais que orientam a regulação, regras para a condução das rotinas e exceções das unidades da central de regulação, e a definição de atribuições e competências entre as unidades e municípios;

• Realizar seleção e treinamento dos recursos humanos.

**Recursos necessários:**

• Estrutura física adequada;

• Equipamentos de informática interligados em rede com as unidades que constituem a rede de assistência ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, contando com servi do dimensionados;

• Software, incluindo geoprocessamento, desenvolvido em linguagem que permita a interface com demais sistemas do Ministério da Saúde como SIA, SIH, PPI, CNES, FPO e Cartão nacional de Saúde;

• Recursos humanos treinados (Videofonistas, profissionais reguladores, autorizadores/auditores/supervisores, atendentes e pessoal de apoio);

• Linhas telefônicas;

• Link para acesso a Internet.

**ESTRATÉGIAS DE REGULAÇÃO**

Para operacionalizar a Central de Regulação, é necessário que o gestor defina previamente a sua estratégia de regulação, que envolve a abrangência da Central, escopo da Central de Regulação, a definição de unidades solicitantes e unidades executantes e dos profissionais de regulação.

**Abrangência da Central**

Compreende a região geográfica de cobertura da Central de Regulação.

Pode ser:

* Nacional: agrupa estado e municípios do território nacional.
* Estadual: agrupa municípios de um estado.
* Regional: agrupa municípios de uma determinada região.
* Municipal: agrupa recursos assistenciais de um dado município.
* Distrital: agrupa recursos assistenciais de um distrito sanitário, dentro de um município.

**Esfera Administrativa**

Refere-se ao nível de governo responsável pela gestão dos recursos assistenciais vinculados à Central de Regulação. Pode ser o Ministério da Saúde, a Secretaria Estadual de Saúde, a Secretaria Municipal de Saúde ou a combinação de mais de um desses níveis de governo.

A abrangência e respectiva gestão devem ser pactuadas, em processo democrático e solidário, entre as esferas de gestão do SUS.

**Escopo da Central de Regulação**

É a definição pelo Gestor de quais especialidades, quais procedimentos (internações, consultas e exames) serão regulados, e que profissionais de saúde estarão vinculados à Central de Regulação.

Dentro do escopo também são definidos os recursos físicos e financeiros alocados para atendimento à população própria e referenciada.

**Unidades Solicitantes**

São instituições de saúde às quais é permitido solicitar atendimentos à Central de Regulação.

São consideradas unidades solicitantes junto à Central de Regulação:

• Unidades básicas de saúde, ambulatórios de especialidades e unidades de pronto-atendimento da área de referência.

• Secretarias Municipais de Saúde e Coordenadorias Regionais de Saúde.

• Centrais de regulação de outros municípios e regiões autorizados pelo gestor.

• Hospitais públicos e privados de menor complexidade.

• As unidades solicitantes deverão ter senha de acesso à central fornecida pelo gestor. O acesso poderá ser feito por telefone ou por meio do sistema, para quem estiver em rede.

**Unidades Executantes**

São os estabelecimentos de saúde públicos e privados que, sob a concordância do respectivo gestor do SUS, ofertam sua capacidade física de atendimento (ou parte dela) para a Central de Regulação. Fazem parte da rede assistencial do SUS prestando serviços na área de consultas de especialidades, serviço de apoio diagnóstico e terapêutico e internações hospitalares, e são incorporados à Central de Regulação por meio do CNES.

**Como implantar as Centrais de Regulação:**

1. Definir e nomear o grupo de trabalho para planejar a estratégia e conduzir o cronograma de implantação.
2. Definir o responsável pela área tecnológica, com autonomia para tomada de decisões na gestão dessa área.
3. Definir e alocar a infra-estrutura necessária para a Central de Regulação como:
   1. **Área física:** local onde serão alojados os equipamentos e o pessoal que operacionalizará a Central de Regulação. Este local deverá garantir segurança e a continuidade do funciona-mento dos equipamentos, em um ambiente com acesso restrito, proteção para ocorrência com fogo e desastres naturais, com climatização adequada e com mecanismos de garantia de funcionamento dos equipamentos essenciais em caso de interrupção do fornecimento de energia elétrica.
   2. **Equipamentos e sistemas de apoio:** (bancos de dados e sistema operacional): aquisição e manutenção de computadores, aplicativos para banco de dados (dados sobre laudos, AIH‟s, APAC‟s, FCES, CNS, PPI), servidor WEB, licenças (se necessário).
   3. **Conectividade:** engloba a rede local da Central Reguladora e a rede para acesso remoto. A Central de Regulação requer uma rede local de alta disponibilidade/desempenho, lógica e fisicamente isoladas de outras redes, com o cabeamento de dados em instalações que garantam segurança. Na conexão com as unidades solicitantes e executantes (rede de acesso remoto) preferencialmente deve-se utilizar acesso em banda larga, a fim de garantir agilidade ao gerenciamento da regulação.
   4. **Recursos Humanos:** pessoal que trabalhará na operação, na administração, na regulação do acesso e na manutenção da Central de Regulação. O quantitativo será definido de acordo com o tamanho da rede assistencial que se pretende regular, mediante a assessoria do MS e do DATASUS. O perfil desejado para os profissionais depende da função desses no sistema, porém, os profissionais necessários são: coordenador, supervisor, regulador/autorizador e videofonista.
4. Definir as unidades solicitantes.
5. Definir as unidades executantes.
6. Realizar a configuração da Central.

## Funções dos profissionais da Central de Regulação

**• Coordenador/gerente:** é o profissional responsável pela administração da Central de Regulação, possuindo autonomia para a tomada de decisões e para a execução das negociações e conduções pertinentes ao processo estabelecido entre prestadores, gestores e Intergestores. Preferencialmente, executa a interlocução da central com o Gestor da Saúde.

**• Regulador/autorizador:** checam as evidências clínicas dos casos contidos nos laudos médicos, guias de referência e solicitação de procedimentos de alta complexidade. Autoriza e encaminha as internações, bem como as consultas e exames quando necessário, a partir das ofertas disponíveis no Sistema e necessidade do paciente, podendo alterar, quando procedente, os procedimentos solicitados.

**• Administrador:** coordena a distribuição do trabalho dos atendentes e Videofonistas da Central, controla o estoque do material de consumo, solicita sempre que necessário o suporte local para solucionar problemas operacionais do sistema informatizado, administra e operacionaliza, insere usuários para o sistema informatizado, incluindo-os nos grupos de acesso, cadastrando as unidades administrativas e os profissionais de regulação, feriados, motivos de impedimento e demais procedimentos necessários ao funcionamento adequado da Central.

**• Videofonistas/Auxiliar de regulação:** atendem as ligações das unidades que não possuem computadores conectados à rede e servem como intermediários entre as Unidades de Saúde (solicitantes e/ou executantes) e a Central de Regulação. Solicitam, agendam e cancelam atendimentos de internação eletiva ou de consultas e exames, solicitam a ação do Regulador em caso de urgência/emergência ou quando surgirem situações que não permitam agendar o atendimento. Registram internações e dados complementares, transferem pacientes entre clínicas e Unidades Assistenciais, consultam o mapa de internações e a agenda de marcação de consultas e exames.

**• Administrador de Tecnologia da Informação:** profissional que garante a manutenção do sistema informatizado que operacionaliza a Central de Regulação, incluindo os equipamentos, a rede, os aplicativos e a base de dados.

**Para configurar a Central e iniciar a sua operação será necessário:**

* Atualizar e incluir o banco do CNES;
* Atualizar e incluir o banco do CNS
* Atualizar e incluir o banco da PPI;
* Incluir as unidades solicitantes, as executantes (prestadoras) e as unidades administrativas;
* Distribuir os limites físicos (cotas) de solicitação para cada unidade;
* Vincular os profissionais às unidades de lotação;
* Definir e incluir os grupos de acesso ao sistema e seu perfil;
* Criar os usuários do sistema e suas senhas;
* Cadastrar as escalas médicas;
* Definir e cadastrar os procedimentos que poderão ser liberados sob regulação;
* Definir e disponibilizar os relatórios operacionais, gerenciais e os indicadores para os diversos níveis da gestão e sua periodicidade para divulgação.
* Definir o horário de funcionamento da Central, que pode variar de 8 a 24 horas, de acordo com os recursos disponíveis. No caso da Central de Regulação de Internações essa deve funcionar 24 horas por dia devido à ocorrência de internações de urgência/emergência.
* Definir os protocolos assistenciais, instrumentos relevantes na estruturação dos complexos reguladores.
* Definir as normas e rotinas operacionais, tais como:
  + Normas de funcionamento da Central: horário, função e processo de trabalho de cada categoria profissional;
  + Dados obrigatórios que deverão ser solicitados à unidade solicitante para efetuar o procedimento solicitado, dentro do escopo de atuação da Central;
  + Serviços auxiliares que deverão ser acionados para complementar o fluxo do atendimento;
  + Informações que deverão ser repassadas às unidades para qualificar o atendimento;

Para a implantação dos protocolos em toda a rede, e para a implantação efetiva da regulação do acesso, o caminho deverá ser sempre a busca de consensos entre os profissionais na organização da atenção, tomando a saúde enquanto um bem inseparável da vida e um direito do cidadão.

A seguir, a figura 1 apresenta o esquema de fluxo de atendimento letivo regulado sem autorização prévia e a figura 2 apresenta o esquema de fluxo de atendimento regulado com autorização prévia.

Figura 1 – Fluxo de atendimento eletivo regulado, sem autorização prévia.

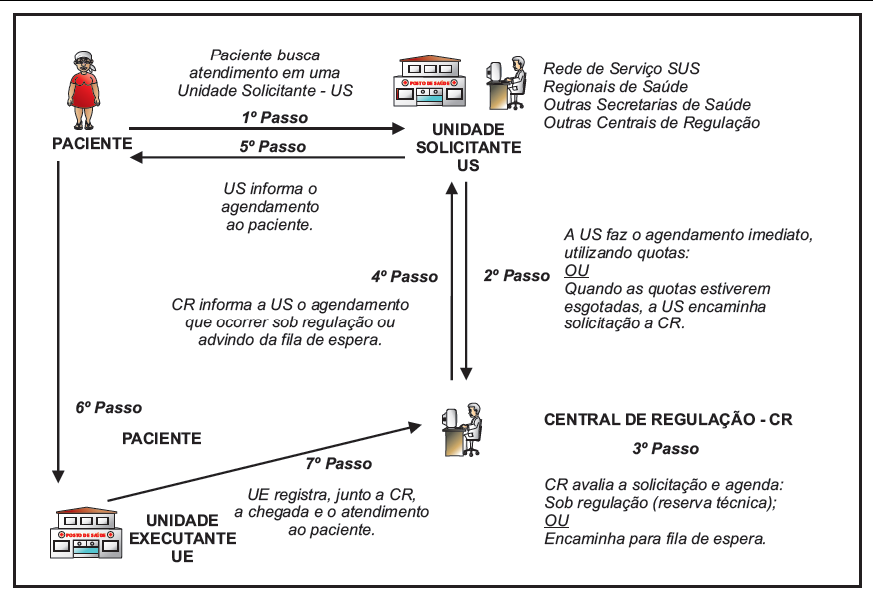
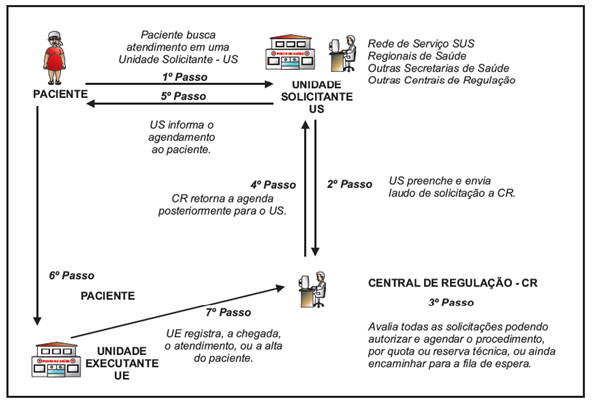
Fonte: adaptado de (BRASIL, 2006)

Figura 2 – Fluxo de atendimento eletivo regulado, com autorização prévia.

Fonte: adaptado de (BRASIL, 2006)

# SISTEMAS INFORMATIZADOS

São sistemas utilizados para gerenciar e operacionalizar as funções da Central de Regulação.

São objetivos de um sistema informatizado de regulação:

• Distribuir de forma equânime os recursos de saúde para a população própria e referenciada;

• Distribuir os recursos assistenciais disponíveis de forma regionalizada e hierarquizada;

• Acompanhar dinamicamente a execução dos tetos pactuados entre as unidades e municípios;

• Permitir o referenciamento em todos os níveis de atenção nas redes de prestadores públicos e privados;

• Identificar as áreas de desproporção entre a oferta e a demanda;

• Subsidiar as repactuações na PPI e o cumprimento dos termos de garantia de acesso;

• Permitir o acompanhamento da execução, por prestador, das programações feitas pelo gestor.

• Para atingir os objetivos propostos e operar a Central de Regulação, um sistema de regulação deverá ter as seguintes funcionalidades.

• Configurar controle de acesso dos usuários ao sistema informatizado.

• Configurar o perfil do estabelecimento de saúde no que se refere à sua natureza (executante ou solicitante) e a oferta e complexidade da mesma.

• Configurar a PPI para a população própria e referenciada, a sua validade e o controle financeiro (opcional).

• Configurar a oferta por estabelecimento, por validade e controle financeiro (opcional).

• Permitir a hierarquização entre as Centrais de Regulação.

• Interagir com outros bancos de dados (CNES, CNS, PPI, SIA e SIH).

• Gerar arquivos para bases de dados nacionais.

• Gerar relatórios operacionais e gerenciais.

• Para possibilitar ações regulatórias para consultas, exames e internações, faz–se necessário que o sistema consiga:

• Gerar agenda por especialidade, sub-especialidade, profissional e período de validade da mesma;

• Distribuir cotas por unidade solicitante e por tipos de consultas/procedimentos: 1ª vez e retorno;

• Possibilitar o gerenciamento da fila de espera por prioridade, procedimento, CID com a identificação dos pacientes;

• Configurar impedimentos por estabelecimento e profissional;

• Gerar mapa de leitos com atualização dinâmica;

• Autorizar e encaminhar pacientes com a configuração da grade de referência, indicação de prioridades, geração de AIH‟s, APAC‟s;

• Acompanhar a alocação de leitos de urgência e eletivos por clínica e prestador;

• Controlar o fluxo dos pacientes nas unidades terciárias (admissão, acompanhamento da internação e alta) e secundárias (solicitação, agendamento e atendimento);

• Acompanhar os atendimentos e internações agendadas;

• Detectar a ocorrência de cancelamentos de internações, e a não execução de consultas e exames por motivo definido e impedimentos de agendas;

• Subsidiar os setores de controle, avaliação e auditoria no que se refere ao faturamento em alta e média complexidade ambulatorial e hospitalar e a qualidade da assistência;

O Ministério da Saúde sistematizou as funcionalidades descritas acima no novo Sistema de Regulação em Saúde (SISREG), escrito em linguagem C e PERL, que utiliza o sistema operacional LINUX e o banco de dados PostgreSQL, funcionando em plataforma WEB, com o DATACENTER (servidores) instalado no DATASUS/Brasília, constituído de dois módulos independentes:

• Central de Regulação de Consultas e Exames;

• Central de Internação Hospitalar.

# CENTRAL NACIONAL DE REGULAÇÃO DE ALTO CUSTO (CNRAC)

Para instituir o fluxo interestadual de pacientes, para execução de determinados procedimentos de alta complexidade, nas áreas de oncologia, neurocirurgia, cardiologia, traumato-ortopedia, foi instituída a Central Nacional de Regulação de Alto custo(CNRAC), com componente estadual e municipal através das Centrais Estaduais de Regulação de Alto custo(CERAC).

As informações tramitam integralmente em meio informatizado, restrito aos agentes do processo estabelecido, contemplando desde a inclusão do paciente que necessita de um procede-mento de alto custo não oferecido ou insuficiente em seu Estado, até a confirmação do deslocamento do paciente e agendamento do procedimento no estado executante.

Cabe à CNRAC promover a comunicação entre as diversas CERAC, sejam elas solicitantes ou executantes dos procedimentos, e relacionar-se com os hospitais consultores, a fim de estabelecer critérios de inclusão, avaliação de suficiência, pareceres técnicos e protocolos.

A CERAC solicitante é a responsável pelo cadastro do paciente na CNRAC e pela inclusão do laudo médico no sistema informatizado, sendo responsável também pelo deslocamento do paciente e do acompanhante (TFD), se necessário, garantindo a chegada em tempo hábil para a realização do procedimento, bem como o retorno ao estado de origem.

A CERAC executante deve receber a solicitação da CNRAC, identificar a unidade hospitalar que pode realizar o procedimento e agendá-lo, repassando todas as informações para o sistema informatizado. Cabe a CERAC executante, portanto, a sinalização e a garantia do acesso à unidade responsável pela realização do procedimento.

As informações tramitam integralmente em meio informatizado, restrito aos agentes do processo estabelecido, desde inclusão do paciente que necessita de um procedimento de alto custo não oferecido ou insuficiente em seu Estado, até a alta do paciente.

**PROCESSO AUTORIZATIVO**

A organização da rede é feita com base nos parâmetros de necessidade e na disponibilidade dos serviços de saúde. A capacidade instalada (física e de recursos materiais e humanos) de cada estabelecimento define a respectiva produção potencial, que deve ser ajustada à disponibilidade orçamentária e financeira, para definir a contratação dos serviços. Parâmetros encontram-se definidos na Portaria 1.101/2002, em outras portarias de áreas específicas e outros documentos e manuais. A programação das internações pode ser feita por clínica ou por procedimentos do SIH e baseia-se no número de leitos, na média de permanência e na taxa de ocupação.

A programação dos estabelecimentos (FPO e de internações) deve guardar estrita compatibilidade com o desenho da rede loco-regional e a programação global do sistema como um todo (PPI).

A autorização para internação ou procedimento de alta complexidade é por definição, prévia à execução dos procedimentos e envolve a análise do laudo e a compatibilização com as normas existentes. Ela é um importante instrumento de gestão, especialmente para orientar o sistema de saúde na lógica da necessidade e não na da oferta de serviços.

Nos casos de laudos eletivos, estes serão emitidos pelas unidades assistenciais e passarão previamente pelas instâncias autorizativas, que poderão estar organizadas de acordo com a complexidade dos serviços existentes.

Assim podemos ter, com relação às internações, instâncias de autorização de cirurgias eletivas na média complexidade e as dos serviços de alto custo como Cardiovascular, Neurocirúrgico e Ortopedia, além dos casos específicos de Tratamentos Fora do Domicílio (TFD).

Cabe ressaltar que os procedimentos eletivos de pacientes referenciados são avaliados para autorização de TFD em relação à Programação Pactuada Integrada (PPI). A autorização é obrigatória para a emissão de Autorização de Internação Hospitalar - AIH e de Autorização de Procedimentos de Alto custo- APAC, porém o controle das ações e serviços pode incluir nessa exigência outros procedimentos cujo acesso encontre-se estrangulado e que possam comprometer a propedêutica dentro de uma determinada linha de cuidado. Essa medida visa fortalecer as negociações com os prestadores que geralmente têm interesse por alguns procedimentos específicos da alta complexidade; além de justificar a amplitude do termo alta complexidade, superando o custo como único critério de inclusão de um procedimento no conjunto da alta complexidade.

A produção de Terapia Renal Substitutiva, Radioterapia, Quimioterapia, Hemodinâmica, Saúde Mental, Litotripsia, além de procedimentos considerados estratégicos pelo Ministério da Saúde, tais como as campanhas nacionais, passaram a alimentar o SIA-SUS com informações importantes para que o gestor conheça o perfil dos usuários e regule o sistema. Esses procedimentos considerados de alto custo necessitam de autorização prévia em laudos padronizados, assim como, os procedimentos de internação hospitalar.

Os laudos de APAC foram uniformizados e estão disponíveis na Portaria SAS 768 de 26/10/2006. O laudo de solicitação de AIH foi revisado em função da implantação do SIHD – Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado pela Portaria SAS 743 de 22/12/2005, de fácil acesso no site do SIA e SIH do DATASUS. (http://w3.datasus.gov.br/siasih/siasih. php).

**Sistema de autorização de procedimentos especializados – Módulo Autorizador**

Com objetivo de descentralizar as ações de saúde para as secretarias estaduais e municipais de saúde que não possuam estrutura para implantação de complexos reguladores, o Ministério da Saúde disponibiliza um sistema informatizado monousuário que registra a autorização dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade do SUS. O sistema de autorização de procedimentos especializados utiliza como premissa a autorização prévia dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais podendo ser instalado na base local do município, permitindo maior qualidade e controle da emissão e das informações das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) e Autorizações de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo (APAC), além de permitir a comparação entre o autorizado e o apresentado. Sua utilização elimina a necessidade de impressão dos formulários da APAC e AIH.

O Sistema de Autorização de Procedimentos Especializados poderá ser integrado ao Sistema de Regulação (SISREG), com o propósito de identificar as solicitações formuladas pelos municípios integrantes do processo de pactuação.

1. **REALIDADE ESPERADA PARA OS MUNICÍPIOS**

A implantação da Unidade de Regulação nos municípios, objetiva formar uma rede integrada de informações relativas à oferta disponível de serviços, para maior agilidade no atendimento à população, melhoria do acesso aos serviços de saúde, controle e avaliação sobre os serviços ofertados.

Em virtude da implantação do serviço de regulação no CISMEPAR os municípios passaram a regular os encaminhamentos antes de enviar para Londrina; ressaltando que os municípios fazem parte do Complexo de Regulação de Londrina.

Visando a implantação da Unidade de Regulação com o intuito de fazermos parte da reorganização da assistência à saúde e do organograma das Secretarias Municipais de Saúde, levar- se- áao Conselho Municipal de Saúde o projeto de implantação da Unidade de Regulação para asua aprovação e também com intuito da conscientização da importância desse setor para os munícipes.

**9 FLUXOGRAMA DE REGULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS VINCULADOS À UNIDADE DE REGULAÇÃO DO CISMEPAR**

Paciente busca atendimento em uma

Unidade de Atenção Primária em Saúde da Família (UAPSF)

Paciente é atendido em consulta de enfermagem ou médica

Médico/Enfermeiro da UAPSF/Centro de especialidades, solicita consulta com especialista

Preenche guia de referência com ou sem prioridade

A UAPSF/Centro de especialidades encaminham as referenciadas para o setor de regulação ou digitam/agendam no solus web na propria unidade

As informações contidas nas referenciadas são avaliadas individualmente pelo enfermeiro ou médico regulador, com o objetivo de classificar os riscos e priorizar os atendimentos e ou proceder o agendamento. Depois de regulado e autorizado pelo setor de regulação os encaminhamentos são lançados no sistema SOLUS WEB para posterior agendamento pelo Cismepar

Setor de Regulação recebe as referenciadas

O Setor de Regulação retornará as guias agendadas via correio ou para a UAPSF, informando o local, dia e hora da consulta

Quando houver necessidade de complementação dos dados clínicos, os encaminhamentos retornarão as UAPSF de origem

A UAPSF informa o agendamento ao paciente

Paciente retorna para UAPSF para solicitar retorno do acompanhamento especializado

**10 ESTRUTURA MÍNIMA PARA O FUNCIONAMENTO DA UNIDADE DE REGULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS**

É recomendado que a Unidade de Regulação possua uma estrutura mínima compatível com as atividades a serem desenvolvidas, considerando-se o perfil e a complexidade da rede de serviços. Dessa forma, os recursos necessários são:

1. Área física com acesso restrito ao público em geral;
2. Mobiliário adequado às atividades de análise documental, digitação de dados, discussão de casos e guarda de documentos;
3. Disponibilidade de equipamentos de informática/eletrônicos: computadores com acesso à internet e Mais Comunicador, impressora multifuncional com scanner e aparelhos telefônicos.
4. Recursos humanos para o desempenho das ações operacionais, administrativas e de análise, contando minimamente com equipe composta pelos profissionais: Médico, Enfermeiro e Técnico administrativo.Tendo em vista a complexidade das atividades, é recomendado adequar a dimensão quantitativa de profissionais à realidade local do município.
5. **Atribuições dos componentes da equipe técnica da Unidade de Regulação dos Municípios**
   1. **Atribuições do Médico Regulador:**
      1. Avaliar, emitir parecer clínicopara fins de regulação de acesso e extratificar o risco dos encaminhamentos de pacientes das Unidades de APS para as especialidades referenciadas internas (Centro de Referência de Especialidades locais) e externas (CISMEPAR/DRAS/HC e outros), para consultas especializadas, bem como exames e procedimentos;
      2. avaliar e emitir parecer do ponto de vista do atendimento médico acerca das queixas oriundas da ouvidoria, quando necessário;
      3. avaliar fluxos de serviços (consultas e exames);
      4. avaliar e extratificar o risco das solicitações de exames laboratoriais, de média e alta complexidade;
      5. manter estreita comunicação junto aos profissionais de saúde das Unidades de APS, da Unidade de Regulação do CISMEPAR, DRAS e demais organismos acerca das não conformidades identificadas;
      6. participar na elaboração de protocolos clínicos e fluxogramas de regulação do acesso em saúde, conforme normativas ministeriais e locais.
   2. **Atribuições do Enfermeiro Regulador:**
   3. aferir de forma qualitativa e quantitativa a necessidade dos municípios, no que se refere às especialidades;
   4. criar mecanismos de avaliação da regulação: capacitação/qualificação das informações na atenção primária, lacunas assistenciais e relatórios de ofertas e vagas disponíveis;
   5. monitorar a demanda reprimida e discutir alternativas para sua supressão;
   6. estabelecer critérios de encaminhamento para a oferta disponível,em articulação com a equipe gestora municipal, de acordo com a necessidade assistencial identificada;
   7. planeja e excuta a regulação dos pedidos de exames laboratoriais, média complexidade e os encaminhamentos de consultas especializadas;
   8. elaborar em conjunto com a equipe gestora municipal e os demais órgãos reguladores, os protocolos de regulação (fluxogramas de encaminhamento, protocolos clínicos) ambulatoriais;
   9. acolher, analisar e gestionar sobre as demandas procedentes de risco social em regulação, oriundas das Unidades de APS, gabinetes da gestão municipal e demais procedências.
6. **Atribuições do técnico/tecnólogo administrativo:**
   1. dar suporte para as Unidades de APS, orientando acerca dos fluxos estabelecidos e agendamento das especialidades;
   2. orientar sobre os sistemas de agendamento: SOLUS e SaúdeWeb;
   3. acompanhar e avaliar a inserção dos encaminhamentos no sistema on-line;
   4. dar suporte técnico à equipe gestora local nas atividades de capacitação de equipes e confecção de fluxos e/ou protocolos de regulação;
   5. coordenar as ações de agendamento;
   6. supervisionar o serviço realizado pelos administrativos;
   7. controlar e distribuir o teto do agendamento das consultas especializadas de Londrina ( DRAS) para as UNIDADES DE APSconforme as filas de espera das mesmas.
7. **Atribuições do assistente administrativo (quando houver):**
   1. realizar contato com pacientes faltosos;
   2. conferir diariamente o recebimento de e-mail;
   3. executar ações de organização interna: solicitação de material de consumo, cópias de documentos, conserto e equipamentos, solicitar material de consumo ao almoxarifado;
   4. atender telefone (aviso de consultas do CISMEPAR, DRAS, entre outros);
   5. solicitar conserto dos equipamentos (telefone, computador, etc);
   6. organizar em geral o ambiente;
   7. digitar, confere e distribui o malote de consultas e exames;
   8. realizar ligações para pacientes avisando sobre consultas e procedimentos agendados;
   9. preenche os avisos das guias de consultas/exames;
   10. recebe e envia documentos nos malotes para as UBS;
   11. recebe e envia documentos nos malotes para Londrina (CISMEPAR, DRAS, 17ª RS e outras clínicas);

- checa diariamente o cadastro de pacientes no sistema SW (cadastra e atualiza endereços);

- agenda consultas quando há disponibilidade de vaga e coloca a solicitações de consulta em fila de espera por especializada no sistema SOLUS e SW;

- inseri os encaminhamentos médicos no sistema SOLUS;

- contacta as UNIDADES DE APSpara solicitar informações (endereços, dados para preenchimento do ID, entre outros);

- protocola em sistema próprio a entrada dos encaminhamentos;

- anexa as guias de consultas às respectivas solicitações e devolve via malote as UBS;

- verifica nos pedidos de exames se consta carimbo da UBS, justificativa, assinatura e carimbo do médico e enfermeira;

- agendamento diário no sistema SOLUS dos exames pedidos pelos médicos das UBS.

**12 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O processo de reorientação do modelo de atenção e de consolidação do SUS requer o aperfeiçoamento e a disseminação dos instrumentos e técnicas de avaliação de resultados. Nesse sentido, a implantação dos Setores de Regulação nos municípios será um instrumento com a função reguladora, garantindo a regionalização e a equidade do acesso, definindo fluxos e sinalizando dificuldades e disfunções do sistema, possibilitando ajustes no planejamento e buscando otimizar a utilização dos recursos financeiros e dos serviços.

Nessa perspectiva, a regulação será uma ferramenta utilizada pelo gestor para garantir uma oferta regulada dentro de um fluxo que permita o caminho mais oportuno na obtenção de resposta às necessidades dos usuários. Uma adequação da oferta dos serviços de saúde às reais necessidades da demanda de maneira articulada e integrada; com o intuito de reorientar o modelo de atenção e de consolidação do SUS.

**REFERÊNCIAS**

Biazin, Damares Tomasin. **Normas da ABNT, Aspectos Gráficos e Padronização para relatórios acadêmicos**. Londrina: EdUnifil, 2013.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011, p. 534. Coleção para entender a Gestão do SUS, 13.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011, p. 291. Coleção para entender a Gestão do SUS, 1.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011, p. 126. Coleção para entender a Gestão do SUS, 10.

Paraná. Formação e Qualificação Profissional em Atenção Primária à Saúde. **Oficina 3: A Rede de Atenção à Urgência e Emergência**. Curitiba, junho 2012. p.28.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº. 1.559, de 17 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 4 agosto 2008. Seção 1, p.48-49.

Ministério da Saúde. Portaria Nº. 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS – SUS 01/2002. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,** Brasília, DF, 28 de fevereiro de 2002.Seção 1, p.52.

Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. **Modelo de regimento para regulamentar o funcionamento das centrais de regulação.** Brasília, DF**,** 2002. Mimeografado. Circulação interna.

Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Controle, regulação e avaliação**. Brasília, DF, 2002.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a implantação de complexos reguladores.** Brasília, DF, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde, 2006, v. 6).

CALEMAN, G.; SANCHES, M. C.; MOREIRA, M. L. **Auditoria, controle e programação de serviços de saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série saúde e cidadania).

GARIGLIO, M. T.; MARQUES, Z. F. A.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Projeto de estruturação da atenção secundária para o SUS–BH. **Saúde Digital**, Belo Horizonte, fev. 2003.

MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Regulação assistencial: a busca de novas ferramentas no SUS para enfrentar o desafio de garantir a assistência com equidade. **Pensar BH Política Social**. Belo Horizonte – n. 2, fev./abr. 2002.

MARQUES, Z. F. A.; GARIGLIO, M. T. **A Regulação como estratégia para a gestão do Sistema de Saúde**. Belo Horizonte, maio de 2002. Trabalho apresentado para a disciplina Gestão de Sistemas e Avaliação de Serviços de Saúde do Mestrado em Saúde Pública da UFMG. Mimeografado