

SÉRIE
PACTOS
PELA SAÚDE
2006
VOLUME 6

Diretrizes para a Implantação de Complexos Reguladores



S É R I E
PACTOS
PELA SAÚDE
2006
VOLUME 6

Diretrizes para a Implantação de Complexos Reguladores

2006. Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada na íntegra na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

Série A. Normas e Manuais Técnicos - Tiragem: 1ª edição – 2006 – 15.000 exemplares.

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas.

Coordenação-Geral de Regulação e Avaliação

Esplanada dos Ministérios, bloco G, Edifício Anexo, ala B, 1.º andar, sala 474.

70058-900 Brasília – DF.

Tels.: (61) 3315-2690/3315-2817

Faxes: (61) 3226-0948

E-mail: cgra@saude.gov.br

Home page: <http://www.saude.gov.br/sas>.

Coordenação

Antonio Carlos Onofre de Lira

Colaboração:

Ana Paula Moreira Nardelli

Cinthia Sampaio Cristo

Cláudio Lucio Brasil da Cunha

Claunara Schilling Mendonça

Francisco Torres Troccoli

João Marcelo Barreto Silva

Maria de Lourdes Souza Ornelas

Miriam Vieira

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

68 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

ISBN 85-334-1205-3

1. Administração e planejamento em saúde. 2. SUS (BR). 3. Monitoramento. I. Título. II. Série.

NLM WA 525

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2006/0774

Titulos para indexação:

Em inglês: Directives for the Implantation of Regulating Complexes

Em espanhol: Directrices para la Implantación de Complejos Reguladores

Apresentação

A proposta da Política Nacional de Regulação está focada em três eixos estruturantes: a garantia da alocação de recursos para a implantação dos Complexos Reguladores da Assistência, o desenvolvimento de instrumentos que operacionalizem as funções reguladoras e o desenvolvimento de um programa de capacitação permanente de recursos humanos.

A operacionalização das ações de regulação trazem um ganho expressivo para o Sistema Único de Saúde ao reforçar e qualificar as funções gestoras; otimizando os recursos de custeio da assistência, qualificando o acesso e, conseqüentemente, proporcionando aos usuários do SUS melhor oferta das ações governamentais voltadas à saúde.

Esta publicação é o sexto volume da série Pactos Pela Saúde, elaborada a partir da publicação da Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga as diretrizes operacionais do Pacto em seus três componentes: Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

Visa orientar os gestores quanto a um dos eixos fundamentais da Política Nacional de Regulação, a regulação do acesso por meio dos complexos reguladores, apresentando conceitos e estratégias que orientam a estruturação desses nas esferas gestoras estaduais e municipais.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO
Secretário de Atenção à Saúde

Sumário

7	1. Introdução
10	2. A política de regulação
13	3. O complexo regulador
17	3.1. A ação regulatória
18	3.2. A autorização de procedimentos
20	3.3. Os recursos humanos
22	3.4. A infra-estrutura
24	3.5. Sistemas de informação de regulação do acesso
27	4. Referências bibliográficas
29	5. Anexos
29	Anexo 1: Regras de cálculo para o dimensionamento dos Complexos Reguladores
32	Anexo 2: Orientações para elaboração do projeto
34	Anexo 3: Modelo de roteiro para a construção de projeto de implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores
36	Anexo 4: Portarias
36	Portaria GM nº. 2309 de 19 de dezembro de 2001
38	Portaria SAS nº. 0589 de 27 de dezembro de 2001
41	Portaria SAS nº. 0039 de 06 de fevereiro de 2006
44	Portaria SAS nº. 0494 de 30 de junho de 2006

1. INTRODUÇÃO

O processo de descentralização, na área da saúde, apesar de recente, evidencia o fortalecimento da capacidade gestora de estados e municípios e a expansão da rede de serviços do Sistema Único de Saúde - SUS.

Contudo, a realidade tem mostrado vários modelos de atenção à saúde isolados, muitas vezes concorrentes e com um percentual importante de compra de serviços privados com o objetivo de suprir as necessidades das gestões locais.

É notória também a desigualdade na capacidade gestora de alguns estados e municípios, o que resulta em sistemas de saúde com capacidades resolutivas diversas, inclusive, no atendimento das populações externas à sua área de abrangência territorial.

A organização das redes de serviços de saúde e o planejamento das ações, na maioria das vezes, ocorrem de forma fragmentada ou parcial, o que dificulta o estabelecimento de referências pactuadas, refletindo em nítidas barreiras físicas e burocráticas ao acesso da população às ações e serviços, apesar da expansão da rede observada nos últimos anos.

A realidade da construção do SUS evidenciou a necessidade de propor alternativas que dirimissem a fragmentação da gestão pública. Nesse contexto, foi deliberada e aprovada em janeiro de 2001 a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS 01/2001 e posteriormente a NOAS 01/2002.

Alguns preceitos emanados pela NOAS e aprimorados no PACTO DE GESTÃO ganharam força na estruturação dos sistemas de saúde. A responsabilização pactuada da gestão pública da saúde delimitada por níveis de competência e complexidade da rede de serviços levou ao estabelecimento de fluxos de referência e contra-referência, segundo os Planos Diretores de Regionalização - PDR.

Definidas e pactuadas as regras de referenciamento intraestaduais, intramunicipais e/ou interestaduais, com a garantia do financiamento das ações por meio da Programação Pactuada e Integrada - PPI ficou evidenciada a ne-

cessidade da regulação deste fluxo, garantindo-se que os pactos sejam efetivamente cumpridos e revistos de acordo com a necessidade demandada e a capacidade física instalada.

Segundo a NOAS, a estruturação das ações de regulação assistencial deve ocorrer por meio da implantação de complexos reguladores, entendidos como uma ou mais centrais de regulação, que por sua vez, desenvolvem ações específicas como a regulação das urgências, das consultas especializadas, de exames, de leitos, de equipamentos, etc.

A regulação assistencial estabelecida na NOAS define que esta deva estar “voltada para a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada”.

A Portaria/SAS nº. 423, de 09 de Julho de 2002 estabelece requisitos para a regulação assistencial, contudo, o tema referido está restrito aos aspectos de um macro-processo de planejamento orientando necessidades gerais, sem detalhar as especificidades da construção da lógica de organização, estruturação e operacionalização das ações.

O Pacto pela Saúde (Portaria/GM nº. 399 de 22 de fevereiro de 2006) no seu componente de gestão define a Regulação como uma diretriz e,

- configura uma linha de financiamento de custeio específico através do bloco de financiamento da Gestão
- conceitua as principais estruturas regulatórias,
- lista os princípios orientadores do processo de Regulação, define metas e
- explicita as responsabilidades dos gestores municipais, estaduais, do Distrito Federal e do gestor federal.

As ações de regulação para que sejam efetivadas no âmbito nacional passam por um posicionamento político fundamental, se fazendo necessária a conscientização de que estas ações trazem um ganho expressivo para o Sistema Único de Saúde – SUS, pois elas reforçam e qualificam as funções de gestão, otimizam os recursos de custeio da assistência, qualificam o acesso e, conseqüentemente, proporcionam aos usuários do SUS uma melhor oferta das ações governamentais voltadas à saúde.

Sendo ações de impacto, que efetivamente adequam o modelo de atenção à saúde vigente; permitem que a gestão pública institua melhor controle do acesso aos serviços ofertados e também um maior controle financeiro. Portanto, são ações que revolucionam e qualificam o SUS.

O Ministério da Saúde, na qualidade de gestor federal do SUS vem desenvolvendo ações de fomento e cooperação técnica com estados e municípios para implantação e/ou implementação de complexos reguladores, no intuito de aperfeiçoar, de organizar a relação entre a oferta e a demanda qualificando o acesso da população aos serviços de saúde no SUS.

Estas ações estão sintetizadas na Política Nacional de Regulação, construída em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS a partir do PACTO PELA SAÚDE.

2. A POLÍTICA DE REGULAÇÃO

A Política de Regulação da Atenção à Saúde deve ter como objetivo implementar uma gama de ações meio que incidam sobre os prestadores, públicos e privados, de modo a orientar uma produção eficiente, eficaz e efetiva de ações de saúde, buscando contribuir na melhoria do acesso, da integralidade, da qualidade, da resolubilidade e da humanização destas ações. Deve, portanto articular e integrar mecanismos que permitam aos gestores regular as ações e serviços de saúde, tais como : fazer dos contratos pactos entre gestores e prestadores; reformular as atividades de controle assistencial e da avaliação da atenção à saúde; desenvolver os protocolos assistenciais e implementar a regulação do acesso por meio dos complexos reguladores.

O Ministério da Saúde, com a proposição da Política Nacional de Regulação, consolida um importante eixo para a gestão do Sistema Único de Saúde a fim de viabilizar a operacionalização por parte dos gestores na garantia de uma oferta regulada dentro de um fluxo que permita o caminho mais oportuno na resposta da necessidade do cidadão.

Esta política insere-se como um dos componentes do Pacto pela Saúde na sua diretriz Pacto de Gestão e está focada em três eixos estruturantes:

1. Recursos financeiros para a implantação e para o custeio dos Complexos Reguladores;
2. Instrumentos para operacionalização dos Complexos Reguladores;
3. Programa de capacitação permanente de recursos humanos.

EIXO 1 - Recursos financeiros para a implantação e para o custeio dos Complexos Reguladores

1. O financiamento inicial visando à implantação dos complexos reguladores contempla uma estrutura mínima composta por:
 - i. estrutura lógica, elétrica e de telefonia, inerentes ao seu funcionamento.

- ii. infra-estrutura de mobiliário e equipamentos, inclusive de informática, o aplicativo de regulação (SISREG III), o sistema operacional, o link em banda larga para a internet e os servidores de aplicação.
 - iii. capacitação inicial e preparação de multiplicadores locais, que possam estabelecer um processo de capacitação permanente de recursos humanos, suprimindo, assim, as necessidades oriundas da grande rotatividade de pessoal.
2. O financiamento de custeio que se encontra em processo de pactuação quanto aos seus valores mensais de repasse fundo a fundo.

EIXO 2 - Instrumentos para operacionalização dos Complexos Reguladores

Para sua operacionalização, faz-se necessário que o gestor defina previamente a sua estratégia de regulação, que envolve:

- a abrangência da central: compreende a região geográfica de cobertura da central de regulação, que deve respeitar a composição da região de saúde, expressa no Plano Diretor de Regionalização – PDR, e sua identidade cultural, econômica e social, de redes de comunicação e infra-estrutura de transporte compartilhados;
- a esfera administrativa: refere-se à esfera responsável pela gestão dos recursos assistenciais vinculados à central de regulação. A abrangência e respectiva gestão devem ser pactuadas, em processo democrático e solidário, entre as esferas de gestão do SUS, podendo ser operada, no que se refere à referência intermunicipal, dos seguintes modos, conforme Portaria GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006:

Pelo gestor estadual que se relacionará com a central municipal que faz a gestão do prestador;

Pelo gestor estadual que se relacionará diretamente com o prestador quando este estiver sob gestão estadual;

Pelo gestor municipal com co-gestão do estado e representação dos municípios da região;

Modelos que diferem dos itens acima devem ser pactuados pela CIB e homologados na CIT.

- o escopo da Central de Regulação: definição de quais especialidades, procedimentos (internações, consultas e exames) serão regulados, e que profissionais de saúde estarão vinculados à central de regulação. Nesse escopo também são definidos os recursos físicos e financeiros alocados para atendimentos da população própria e referenciada.
- as Unidades Solicitantes: são instituições de saúde às quais é permitido solicitar atendimentos à central de regulação: unidades básicas de saúde, ambulatórios de especialidades, pronto-atendimentos, hospitais; secretarias municipais e coordenadorias regionais de saúde; centrais de regulação de outros municípios e regiões autorizados pelo gestor.
- as Unidades Executantes: estabelecimentos públicos e privados que, sob a concordância do gestor, ofertam sua capacidade física de atendimento, ou parte dela, para a central de regulação. Fazem parte da rede assistencial do SUS e são incorporados às centrais de regulação por meio do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES.

EIXO 3 - Programa de capacitação permanente de recursos humanos

A capacitação pretende formar os quadros estratégicos gerenciais do SUS, trazendo competência e transparência para a área de regulação, sistematizando um grande volume de saberes e práticas das áreas a partir da prática dos serviços, a fim de agregar conhecimento à gestão do SUS. Uma das propostas de educação permanente é o Curso Básico de regulação, controle, avaliação e auditoria do SUS oferecido aos estados e municípios, construído em uma metodologia problematizadora e capaz de ser multiplicado, integrando novos atores no processo. O Ministério da Saúde pretende, a partir do objeto desse curso, incluir essa área no arcabouço da saúde coletiva, inserindo-a nas formações *lato* e *stricto sensu*.

A portaria que financia a implantação dos complexos reguladores (Portaria SAS Nº 494, de 30 de junho de 2006) também faz referência a recursos específicos para capacitação das equipes reguladoras (Anexo 1).

3. O COMPLEXO REGULADOR

A Política de Regulação da Atenção à Saúde, para criar as condições de resposta às necessidades reais por serviços de saúde, deve enfrentar a questão da demanda real e da demanda artificial, considerando a oferta potencial e a oferta existente. Em síntese, deve regular de maneira mais efetiva a oferta de serviços de saúde e a demanda por estes.

Uma estratégia para regular a oferta e a demanda em saúde é a constituição de Complexos Reguladores, que consiste numa organização do 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 às necessidades reais em saúde.

Assim, a constituição de Complexos Reguladores permite, aos gestores, articular e integrar dispositivos de Regulação do Acesso como Centrais de Internação, Centrais de Consultas e Exames, Protocolos Assistenciais com outras ações de controle, avaliação e auditoria assistencial, assim como com outras funções da gestão como programação e regionalização.

A implantação de centrais de internação, consultas e exames, para gerenciar os leitos disponíveis e a agenda de consultas especializadas e SADTs, demanda um pacto com prestadores, formalizado nos contratos, e a atualização dos cadastros de estabelecimentos, profissionais e usuários. Para padronizar a solicitação de internações, consultas, exames e terapias especializadas, exigem-se protocolos para encaminhamentos, que devem estar de acordo com os mais recentes e seguros consensos científicos. Para criar fluxos ágeis de referência, exige-se a integração com as ações de solicitação e de autorização de procedimentos. Ao criar o canal para a referência de uma unidade a outra, segundo fluxos e protocolos padronizados, permite-se a utilização mais adequada dos níveis de complexidade e viabiliza-se a atenção de forma oportuna e adequada à necessidade do usuário.

A organização dos fluxos de referência especializada e contra-referência intermunicipal faz exigências à conformação de uma rede hierarquizada

e regionalizada, fazendo demandas ao processo de regionalização e da Programação Pactuada e Integrada.

Todos os municípios devem organizar a Regulação do Acesso dentro das diretrizes da Regulação da Atenção à Saúde, mas nem todos contarão com complexos reguladores. Assim, no mínimo, todos os municípios devem organizar uma atenção básica resolutiva que faça solicitações padronizadas pelos protocolos, encaminhamentos responsáveis e adequados aos demais níveis de assistência, segundo os fluxos de referência desenhados, ainda que os estabelecimentos não estejam localizados em seu território (definições do PDR e da PPI). Nesta situação, o município desempenhará ao mesmo tempo, o papel de autorizador e de unidade solicitante dentro de um complexo regulador, localizado no município que é seu pólo de referência.

Segundo a Portaria/SAS/MS n. ° 356, de 22 de setembro de 2000, *“O Complexo Regulador Assistencial ligado ao Sistema Único de Saúde compreende a concepção que institui ao poder público o desenvolvimento de sua capacidade sistemática em responder às demandas de saúde em seus diferentes níveis e etapas do processo de assistência, enquanto um instrumento ordenador, orientador e definidor da atenção à saúde, fazendo-o de forma rápida, qualificada e integrada, com base no interesse social e coletivo”*.

O Complexo Regulador é composto por uma ou mais estruturas denominadas Centrais de Regulação, que compreendem toda a ação meio do processo regulatório, isto é, recebem as solicitações de atendimento, processam e agendam.

As Centrais de Regulação atuam em áreas assistenciais inter-relacionadas como a assistência pré-hospitalar e inter-hospitalar de urgência, as internações, além das consultas e procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade e são classificadas em:

Central de Regulação de Urgência: sua ação é executada conforme disposto na Portaria n. ° 2048/GM, de 5 de novembro de 2002. Regula o atendimento pré-hospitalar de urgência, que é realizado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU. A partir do momento em que o paciente necessita de uma internação será acionada a Central de Regulação de Internações.

Central de Regulação de Internações: é responsável pela regulação dos leitos hospitalares dos estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS, próprios, contratados ou conveniados. O escopo da central de internações hospitalares deve ser configurado com os leitos das diversas clínicas, de UTI e de retaguarda aos prontos-socorros.

Central de Regulação de Consultas e Exames: é responsável pela regulação do acesso dos pacientes às consultas especializadas, aos Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapia – SADT, bem como aos demais procedimentos ambulatoriais especializados ou não.

É importante frisar que as centrais de regulação são estruturas básicas que compõem o complexo regulador; contudo é possível trabalhar com centrais de regulação específicas que atuem em um universo menor de procedimentos, como por exemplo: terapia renal substitutiva, transplantes e os procedimentos contemplados na Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade – CNRAC e outros.

Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade: como forma de melhor qualificar o acesso de pacientes a alta complexidade, de forma equânime em todo o país foi criada a Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade – CNRAC, que é representada nos estados pelas Centrais Estaduais de Regulação da Alta Complexidade – CERAC, que devem estar integradas às ações regulatórias das demais centrais de regulação. Na prática as CERAC respondem pela regulação do acesso de pacientes que necessitam de procedimentos de alta complexidade fora do seu estado de origem nas especialidades de cardiologia, oncologia, neurocirurgia, epilepsia e trauma-to/ortopedia.

A CNRAC e as CERAC são regidas pela Portaria/GM n.º 2309, de 19 de dezembro de 2001, Portaria/SAS n.º 589, de 27 de dezembro de 2001 e a Portaria SAS/MS nº 39 de 06 de fevereiro de 2006.

A estruturação do Complexo Regulador permite absorver toda a assistência à saúde de média e alta complexidade em uma estrutura de regulação, para tal algumas ações são necessárias para implantar e/ou implementar a mesma, garantindo a efetividade da sua atuação:

1. O Plano Diretor de Regionalização – PDR - do Estado

2. A Programação Pactuada e Integrada – PPI - do Estado
3. A definição de quantas e quais centrais de regulação compõem o complexo
4. A área de abrangência (território) e o escopo (procedimentos) de cada Central de Regulação.
5. O conhecimento dos recursos assistenciais disponíveis em sua área de abrangência;
6. A definição do fluxo de informações (unidades solicitantes, unidades executantes).
7. A definição da rotinas operacionais (horário de funcionamento, dias da semana, perfil dos profissionais, etc.);
8. A realização da configuração da central (atualizar o CNES, CNS, PPI, incluir as unidades solicitantes, executantes e as administrativas, distribuir os limites físicos – cotas para cada unidade solicitante, vincular os profissionais às unidades de lotação, incluir os grupos de acesso ao sistema informatizado, cadastrar as escalas médicas, definir os procedimentos que serão liberados sob regulação)
9. A capacitação permanente dos recursos humanos e demais entes do processo regulatório;
10. O referenciamento das demandas às esferas superiores quando os recursos pactuados no território abrangido pela central forem insuficientes para a garantia do acesso;
11. A aptidão para receber e dar resposta a todas as solicitações de atendimento;
12. O exercício da autoridade sanitária no ordenamento da disponibilidade dos recursos assistenciais existentes;
13. O fornecimento de informações quanto à utilização dos recursos físicos e financeiros próprios e pactuados;
14. A identificação de pontos de estrangulamento na assistência à saúde;
15. A identificação da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, fundamentada em protocolos clínicos e balizada pela alocação de recursos e fluxos de referências pactuados na Programação Pactuada e Integrada – PPI;
16. A disponibilização de informações para o acompanhamento da Programação Pactuada e Integrada – PPI.

3.1.A AÇÃO REGULATÓRIA

A ação regulatória é o elemento ordenador e orientador dos fluxos assistenciais, sendo responsável pelo mecanismo de relação entre a gestão e os vários serviços de saúde, assim como da relação entre esses serviços. Na prática, a ação regulatória é definida como o processo de operacionalização, monitoramento e avaliação da solicitação de procedimentos, realizada por um profissional de saúde, sendo observadas, além das questões clínicas, o cumprimento de protocolos estabelecidos para disponibilizar a alternativa assistencial mais adequada a cada caso.

A ação regulatória corresponde a quatro processos de trabalho básicos:

- o levantamento e distribuição de cotas de procedimentos realizados pelos estabelecimentos executantes para os estabelecimentos solicitantes (com agendamento de horário ou não).
- a busca e disponibilização de leitos hospitalares, sendo o caso.
- o processo de autorização prévio à execução da ação ou serviço de saúde, por exemplo das Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo – APAC ou da Autorização de Internação Hospitalar - AIH.
- a execução da ação regulatória feita por profissional competente, capaz de análise crítica e discernimento que o conduzam às decisões baseadas nas evidências.

Esse profissional desenvolve as atividades baseadas em protocolos de regulação. Os protocolos de regulação são instrumentos de ordenação dos fluxos de encaminhamento, que qualificam o acesso e viabilizam a atenção integral ao paciente, entre os níveis de complexidade da atenção.

É importante distinguir os protocolos de regulação dos protocolos clínicos, que tratam, sinteticamente, da forma de intervenção por patologia, para subsidiar as decisões terapêuticas. Enquanto os protocolos de regulação pretendem ordenar o fluxo de pacientes entre os níveis de complexidade, definindo os limites resolutivos de cada um deles.

3.2. A AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS

O processo de autorização de procedimentos, realizado por meio da ação regulatória, é prévio, baseado nos protocolos clínicos e protocolos de regulação pré-estabelecidos. Nos casos de urgência, a autorização dar-se-á no menor espaço de tempo após a realização do procedimento, respeitando os prazos definidos. A autorização prévia de procedimentos está vinculada aos instrumentos denominados Autorização de Internação Hospitalar – AIH e Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo – APAC.

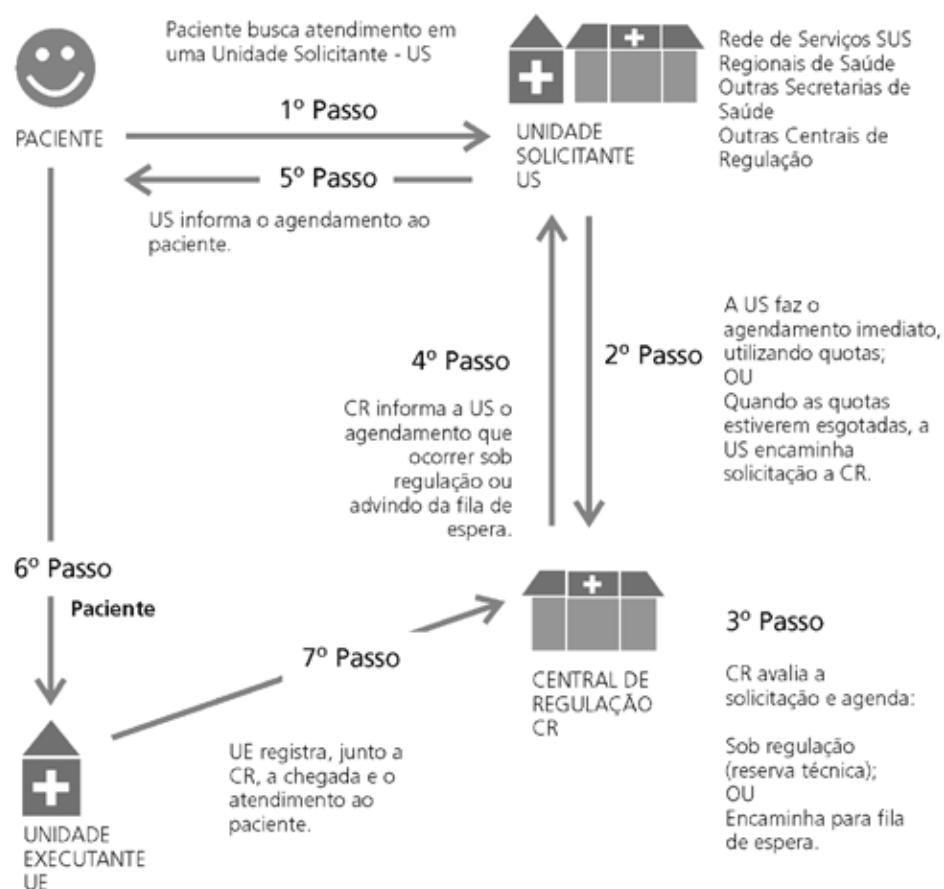
A Central de Regulação autoriza, previamente, os procedimentos, concomitante aos agendamentos solicitados, utilizando o mecanismo de cotização da oferta dos serviços de saúde disponibilizada para as unidades solicitantes e executantes da central.

O processo de autorização é realizado por equipe de médicos autorizadores, orientados por meio de regras, previamente definidos para o exercício da função. Esta ação visa garantir o acesso ordenado, respeitando critérios clínicos, de necessidade dos pacientes e de disponibilidade de oferta, evitando que sejam criados outros fluxos que não àqueles preconizados pela ação regulatória. Porém, compete à gestão local determinar a inclusão do processo de autorização de procedimentos na estrutura de regulação.

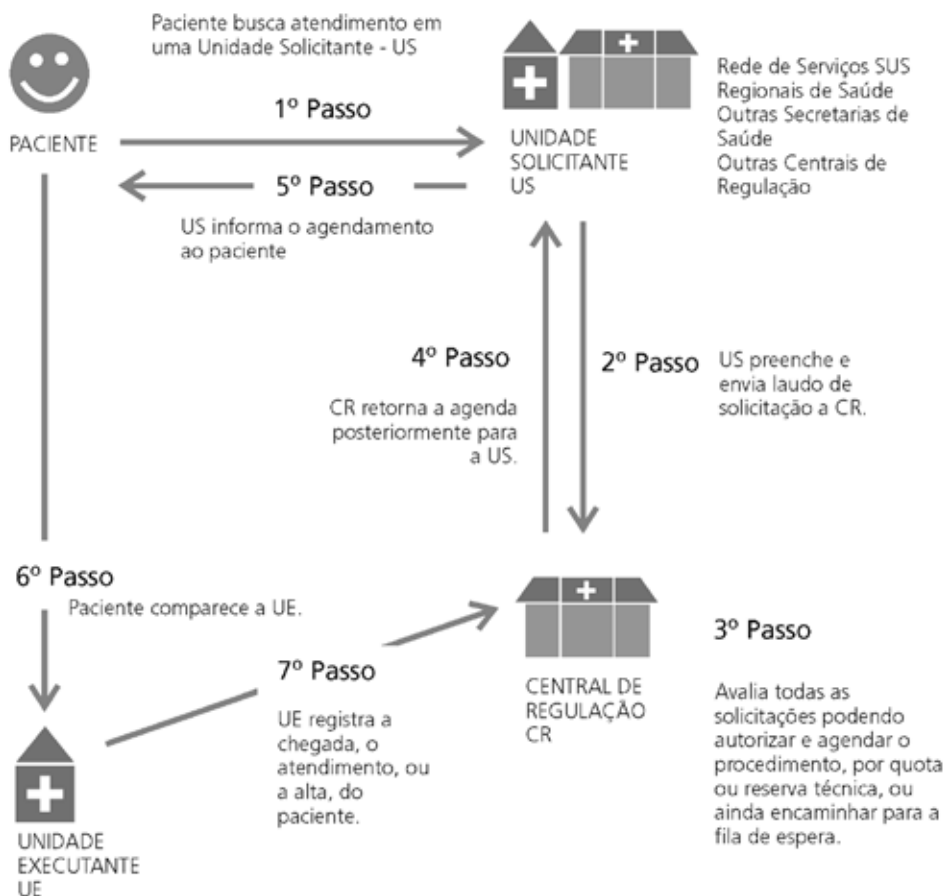
O Sistema de Autorização de Procedimentos Especializados – Módulo Autorizador, é um aplicativo que registra a autorização dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade do SUS, podendo ser instalado na base municipal, permitindo maior qualidade e controle da emissão das informações das autorizações (APAC e SIH), além de permitir a comparação entre o autorizado e o pago. Sua utilização elimina a necessidade de impressão dos formulários APAC e SIH. Ele pode ser integrado ao Sistema de Regulação, a fim de identificar as solicitações formuladas pelos municípios integrantes do processo de pactuação das centrais ou complexos reguladores.

A seguir, quadros que exemplificam os fluxos de solicitação, agendamento e execução de procedimentos sob regulação.

Fluxo de Atendimento Eletivo Regulado Sem autorização prévia



Fluxo de Atendimento Eletivo Regulado Com autorização prévia



3.3. OS RECURSOS HUMANOS

A estruturação dos Complexos Reguladores exige um quantitativo de profissionais capacitados, responsáveis pela execução de ações específicas. Os perfis dos profissionais que devem atuar exclusivamente junto às estruturas de regulação, são:

Coordenador: responsável pelas questões relativas ao funcionamento global da central de regulação em conformidade com as diretrizes e rotinas estabelecidas. São atribuições da coordenação: instituir as escalas de trabalho e conduzir as relações de pactuação, sendo o coordenador o principal interlocutor entre a gestão, o complexo regulador e a rede de serviços.

Regulador: executa a avaliação técnica de laudos, promove o agendamento das consultas e o processo de internação dos pacientes, baseado em critérios clínicos, com ênfase nos protocolos de regulação. Uma das funções reguladoras mais importantes é o processo de autorização para realização de procedimentos, seja pela alocação do leito ou do procedimento ambulatorial, seja pela distribuição de cotas para os demais procedimentos ambulatoriais.

Atribuições básicas dos profissionais de regulação:

1. atuar sobre a demanda reprimida de procedimentos regulados;
2. definir a distribuição de cotas;
3. monitorar a demanda que requer autorização prévia, por meio de AIH e APAC;
4. verificar as evidências clínicas das solicitações e o cumprimento dos protocolos de regulação, por meio da análise de laudo médico;
5. autorizar ou não a realização do procedimento;
6. definir a alocação da vaga e dos recursos necessários para o atendimento;
7. avaliar as solicitações de alteração de procedimentos já autorizados e a solicitação de procedimentos especiais, além de orientar e avaliar o preenchimento dos laudos médicos.

Atendente de Regulação / Videofonista: responsável pelo agendamento de procedimentos a partir das solicitações formuladas através do preenchimento de laudos ou a partir de informações prestadas por telefone e/ou outros meios de comunicação.

É importante ressaltar que o quantitativo de recursos humanos do Complexo Regulador dependerá do porte, da estrutura e da necessidade local, não havendo, portanto, indicação inflexível de necessidades nesse sentido.

Algumas funções como o suporte técnico e de manutenção para sistemas de informação, bancos de dados e equipamentos de informática, além da manutenção do ambiente físico das centrais de regulação não precisam compor sua estrutura de recursos humanos, podendo estar alocados nas estruturas gerais da administração pública.

No entanto, no caso do gestor optar por uma estrutura própria para a operação, administração e manutenção das ferramentas informatizadas, são

necessários estes profissionais especializados, com perfil definido de acordo com a atividade exercida e a necessidade técnica de conhecimentos específicos, sendo eles:

Administrador de Banco de Dados: responsável pela manutenção e refinamento das informações, apoiando a equipe de desenvolvimento para definição de tabelas, índices, adaptações, monitoramento, identificação de falhas no sistema de informações e atividades afins.

Administrador de Rede: responsável pelo gerenciamento da rede física e dos servidores em funcionamento, além de realizar a instalação, configuração e manutenção dos sistemas operacionais e de todos os serviços implementados.

Técnico de informática: realiza o serviço de instalação, configuração e manutenção de sistemas operacionais e sistemas informatizados.

Outras funções da estrutura de regulação são as supervisões hospitalares e ambulatoriais, que atuam conforme a decisão e a necessidade local, devendo avaliar os fluxos estabelecidos e a relação dos serviços com a regulação.

3.4.A INFRA-ESTRUTURA

A infra-estrutura física que comporta um Complexo Regulador deve ser proporcional às ações regulatórias que serão realizadas, bem como ao quantitativo de recursos humanos, devendo estar explicitada em projeto arquitetônico, prevendo espaços, adequadamente distribuídos, para acolher as atividades que compõem a rotina da estrutura, tais como: a área de regulação, de coordenação, de administração de sistemas de informação, de repouso, as áreas administrativas, sala de reunião, copa, salas para arquivo e almoxarifado, sanitários, e outros.

Cada área física deve atender às especificidades apresentadas pela ação regulatória do complexo regulador. Por exemplo, a central de regulação que não funcione 24 horas por dia, não necessita de sala de repouso.

A partir da análise das áreas de trabalho que devem compor os ambientes do complexo regulador é possível aferir, de forma abrangente, a necessidade de insumos para compor cada um destes ambientes. Alguns itens

como: estações de trabalho informatizadas; aparelhos telefônicos; aparelhos de FAX; impressoras; equipamentos audiovisuais, além de todo o mobiliário, são itens fundamentais para o funcionamento adequado dos Complexos Reguladores.

É importante destacar que as indicações aqui compreendidas dependerão do diagnóstico local e da dimensão da estrutura de regulação que se pretende implantar.

A infra-estrutura de informática consiste nas ferramentas informatizadas da central e da rede de serviços que compõem o fluxo de informações da regulação. Os equipamentos, os sistemas de informação, os sistemas operacionais, as bases de dados, além da estrutura necessária para manutenção destas ferramentas, são exemplos de necessidades que integram a infra-estrutura de informática para a regulação.

Quanto à necessidade de infra-estrutura física de informática, algumas informações devem ser levantadas para se obter o dimensionamento adequado, tais como:

1. abrangência e escopo das centrais de regulação que irão compor o complexo regulador;
2. quantidade de estabelecimentos de saúde executantes;
3. volume de produção e localização destes estabelecimentos;
4. quantidade de estabelecimentos de saúde solicitantes;
5. volume de solicitações e localização destes estabelecimentos e quantidade mínima de equipamentos para a central de regulação e para as unidades solicitantes e executantes.

Assim, definir as seguintes necessidades:

1. acesso à internet com dimensionado adequado para a central de regulação e para as unidades solicitantes e executantes;
2. recursos de telefonia para a central telefônica e para as linhas telefônicas convencionais;
3. recursos adequados para funcionamento da área de alocação dos servidores de dados e de aplicação, cumprindo os critérios de restrição do ambiente;
4. climatização adequada;

5. fornecimento de energia estável e tolerante a falhas e conectividade de alta disponibilidade.

Obs. É imprescindível, analisar a integração destes recursos com a informatização geral da rede, evitando redundâncias na sua implementação.

3.5.SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DA REGULAÇÃO DO ACESSO

A gestão local deve definir a estratégia de implementação de informação e informática para as centrais de regulação. Contudo, a opção por utilizar um fluxo informatizado requer atenção especial para o sistema de informações que irá operacionalizar este fluxo. O sistema informatizado deve ser compatível e estar em consonância com a Política Nacional de Informação em Saúde, com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, com a Programação Pactuada e Integrada – PPI, com o Cartão Nacional de Saúde – CNS, com o Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA e com o Sistema de Informações Hospitalares - SIH, além de permitir todos os tipos de consultas e relatórios possíveis e necessários para o gerenciamento dos Complexos Reguladores.

O Sistema de Regulação –SISREG, sistema que informatiza a central de regulação, desenvolvido pelo Ministério da Saúde no período de 1999-2002, representou o movimento inicial em direção à informatização dos Complexos Reguladores.

As experiências, a partir de sua utilização e o amadurecimento das metodologias e estratégias no estabelecimento de centrais de regulação, apontaram para a necessidade de melhorias no sistema original. Atualmente, o DATASUS vem aprimorando este sistema e está disponibilizando o SISREG III.

São objetivos gerais 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, o sistema informatizado deverá, minimamente, 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 seu 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 o sistema deverá:

- gerar agenda por especialidade, sub-especialidade, profissional e período de validade da mesma;
- distribuir cotas por Unidade Solicitante e tipos de consultas/procedimentos: 1ª consulta e retorno;
- possibilitar o gerenciamento da fila de espera por prioridade, procedimento e diagnóstico;
- 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 hospitalares (admissão, acompanhamento da internação e alta) e ambulatoriais (solicitação, agendamento e atendimento);
- acompanhar a evolução dos atendimentos e internações agendadas;
- visualizar 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.

4. Referências bibliográficas

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM n.º 1.101, de 12 de junho de 2002. Estabelece os parâmetros assistenciais no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 jun. 2002. Seção 1, p. 36.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM n.º 571, de 1.º de junho de 2000. Institui o componente II do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento – Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 jun. 2000. Seção 1. p. 8.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM n.º 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 fev. 2006. Seção 1, p. 43.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS nº 494, de 30 de junho de 2006. Estabelece incentivo financeiro destinado à implantação e/ou implementação de complexos reguladores. Brasília, DF.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM n.º 2.048, de 05 de novembro de 2002. Aprova, na forma do anexo desta portaria, o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 nov. 2002. Seção 1. p. 32.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM n.º 2.309, de 19 de dezembro de 2001. Institui, no âmbito da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC), com o objetivo de coordenar a referência interestadual de pacientes que necessitem de assistência hospitalar de alta complexidade. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 dez. 2001. Seção 1. p. 355.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS n.º 39, de 6 de fevereiro de 2006. Institui a descentralização do processo de autorização dos procedimentos que fazem parte do elenco da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade – (CNRAC). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 7 fev. 2006. Seção 1. p. 42.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria SAS n.º 505, de 08 de agosto de 2002. Implementa a atuação da Central de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC) em nível ambulatorial, exclusivamente para os procedimentos do grupo 26 – Hemodinâmica. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 ago. 2002. Seção 1. p. 67.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria SAS n.º 589, de 27 de dezembro de 2001. Implementa a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC), com objetivo de organizar a referência Interestadual de Pacientes que necessitem de assistência hospitalar de alta complexidade. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 de. 2001. Seção 1. p. 184.

_____. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde NOB-SUS 93. Brasília, 1993.

_____. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde NOB-SUS 96. Brasília, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção às urgências. 2. ed. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional de Assistência à Saúde: NOAS/SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria SAS n.º 423, de 9 de Julho de 2002. Detalha as atribuições básicas inerentes a cada nível do governo no controle, regulação e avaliação da assistência à saúde no SUS. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 jul. 2002. Seção 1. p. 74.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria SAS n.º 356, de 22 de setembro de 2000. Estabelece na forma do anexo I a essa portaria, os recursos financeiros, por Estado e Distrito Federal, destinados a implementação do componente II do Programa de humanização no pré-natal e nascimento-organização, regulação e investimentos na assistência obstétrica e neonatal. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 set. 2000. Seção 1. p. 18.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Regulação no setor saúde: em direção aos seus fundamentos públicos. Brasília, 2004. Mimeografado.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Curso Básico de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Presidência da República. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1. p. 18055.

_____. Presidência da República. Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990. p. 25694.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE - OPAS/OMS & MINISTÉRIO DA SAÚDE. Série Técnica. Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde. A Política Nacional de Regulação. Brasília/DF, 2006.

5. ANEXOS

Anexo 1

REGRAS DE CÁLCULO PARA O DIMENSIONAMENTO DE COMPLEXOS REGULADORES

1) Cálculo da quantidade de reguladores simultâneos:

$$(((PT \times PA) / TH) / CPH) = RS$$

PT=População Total

Foi considerada a população total da área de abrangência da Central de Regulação.

PA=Parâmetro de necessidade (habitante/ano)

- Internação: Foi considerado o parâmetro de internações por habitante/ano indicado na Portaria/GM/MS n.º 1101, de 12 de junho de 2002. (0,08 internações por habitante/ano).
- Procedimentos Ambulatoriais: Foram considerados parâmetros estaduais, a partir do quociente entre a produção de determinados procedimentos ambulatoriais e a população total da área de abrangência da Central de Regulação. (Procedimentos ou grupo de procedimentos considerados: hemodinâmica, TRS, radioterapia, quimioterapia, ressonância magnética, medicina nuclear in vivo, radiologia intervencionista e tomografia computadorizada).

TH=Total de horas de funcionamento da CR no período de um ano

- Centrais de Regulação de Internações Hospitalares (Foi considerado 24h/365 dias)
- Centrais de Regulação de Procedimentos Ambulatoriais (Foi considerado 12h/240 dias)

CPH=Capacidade produtiva (regulador/hora)

Foi considerada a produção média de 10 laudos/hora.

RS=Reguladores simultâneos

Definem o total de reguladores simultâneos, norteados pelo dimensionamento de tamanho do ambiente de regulação e servindo como parâmetro para dimensionar a necessidade de videofonistas (considerado o dobro de videofonistas simultâneos em relação ao total de reguladores simultâneos).

2 – Estimativa do custo de Equipamentos e Mobiliário:

Nesta planilha os quantitativos de estações de trabalho para reguladores e videofonistas e computadores da sala de regulação são determinados pela quantidade de reguladores simultâneos extraída pela aplicação do indicador de porte. Os demais quantitativos são constantes, conforme a seguinte planilha.

SALA DE REGULAÇÃO	Quantidade	Preço Unitário R\$	Preço Acumulado R\$
Estação de trabalho videofonista	*	855,00	0
Estação de trabalho reguladores	*	1.341,00	0
Computador	*	4.016,00	0
Fax	1	563,00	563,00
Mesa para fax	1	80,00	80,00
Impressora a laser	1	4.000,00	4.000,00
Mesa para Impressora	1	80,00	80,00
VALOR			4.723,00
SALA COORDENAÇÃO	Quantidade	Preço Unitário R\$	Preço Acumulado R\$
Estação de trabalho coordenador	1	2.471,00	2.471,00
Computador	1	4.016,00	4.016,00
Impressora jato de tinta	1	500,00	500,00
Mesa para impressora	1	80,00	80,00
Fax	1	950,00	950,00
Mesa para fax	1	80,00	80,00
Armário	1	1.120,00	1.120,00
VALOR			9.217,00

SALA DE ADMINISTRAÇÃO DE SISTEMAS	Quantidade	Preço Unitário R\$	Preço Acumulado R\$
Estação de trabalho administrador de sistemas	1	1.921,00	1.921,00
Computador	1	4.016,00	4.016,00
VALOR			5.937,00
SALA DE REUNIÃO	Quantidade	Preço Unitário R\$	Preço Acumulado R\$
Mesa para seis pessoas	1	1.800,00	1.800,00
Cadeiras	6	275,00	1.650,00
Mesa de apoio	1	560,00	560,00
Equipamento(s) áudio visuais	1	8.166,00	8.166,00
VALOR			12.176,00
SALA DO REPOUSO	Quantidade	Preço Unitário R\$	Preço Acumulado R\$
Cama/colchão	1	700,00	700,00
Armário	1	380,00	380,00
Mesa de apoio	1	280,00	280,00
Aparelho telefônico	1	166,00	166,00
VALOR			1.526
COPA	Quantidade	Preço Unitário R\$	Preço Acumulado R\$
Mesa de apoio	1	280,00	280,00
Cadeira	1	275,00	275,00
Armário(s)	1	680,00	680,00
Aparelho telefônico	1	166,00	166,00
Eletrodoméstico(s)	1	1.410,00	1.410,00
VALOR			2.811,00
ARQUIVO	Quantidade	Preço Unitário R\$	Preço Acumulado R\$
Armário	1	2.100,00	2.100,00
VALOR			2.100,00

Fonte: Os valores unitários foram fornecidos pela Coordenação Geral de Recursos Logísticos da Sub Secretaria de Assuntos Administrativos da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde. Brasil, 2005.

3 – Estimativa do custo da Telefonia:

Considerado o valor médio R\$ 4.000,00 por ponto de telefonia, incluindo os pontos de ramais e àqueles de videofonia, ligados ao Distribuidor Automático de Chamadas - DAC. Este valor inclui a estrutura de hardware e software

de telefonia. Os pontos de telefonia estão associados ao quantitativo de estações de trabalho.

4 – Estimativa da Área Física:

Reforma ou adaptação de espaço físico para alojar o Complexo Regulador, segundo os seguintes critérios:

- População de até 250.000 habitantes: R\$ 50.000,00.
- População entre 250.001 habitantes e 500.000 habitantes: R\$ 100.000,00.
- População superior a 500.000 habitantes: R\$ 150.000,00.

5 – Estimativa de custo para a aquisição dos Servidores de dados e de aplicação:

Valor constante de R\$ 55.500,00.

6 – Estimativa de custos para a realização da Capacitação:

Valor constante de R\$ 13.400,00.

Anexo 2

ORIENTAÇÕES PARA ELABORAÇÃO DO PROJETO

1- Definição da estratégia de regulação:

- i. Levantar Plano Diretor de Regionalização – PDR já construído para a área de abrangência do futuro Complexo Regulador.
- ii. Levantar a Programação Pactuada e Integrada – PPI já elaborada pelos gestores da área de abrangência do futuro Complexo Regulador.
- iii. Atualizar o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES e levantar a produção de todos os estabelecimentos de saúde por meio da utilização, do Sistema de Informações Hospitalares - SIH, do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA e do Boletim de Produção Ambulatorial - BPA e, caso necessário, realizar avaliações locais para verificar/validar a disponibilidade da oferta de serviços que constam no CNES e na avaliação da

- produção da Unidade de Saúde;
- iv. Cadastrar no CNES o próprio Complexo Regulador.
 - v. Levantar a situação do Cadastro Nacional de Saúde – CNS de cada município pertencente ao Complexo Regulador.
 - vi. Detalhar as ações já implantadas na área de abrangência do Complexo Regulador que façam regulação, agendamento, busca de vagas, distribuição de cotas de procedimentos, encaminhamentos e/ou autorização (APAC, AIH) para execução de procedimentos junto à Rede de Serviços do SUS, detalhando toda a infra-estrutura física e de recursos humanos existentes para execução destas ações.
 - vii. Estabelecer o mecanismo de regulação e autorização de internações hospitalares (eletivas e de urgência) e baseado nas informações do item anterior, apresentar um demonstrativo da quantidade de prestadores públicos e privados e leitos por especialidades que estarão sob regulação e os que estarão disponíveis para ocupação por parte dos próprios estabelecimentos de saúde. Esta definição deve ser justificada, mostrando a necessidade do estabelecimento de saúde realmente dispor dessa oferta interna não regulada;
 - viii. Estabelecer o mecanismo de regulação e autorização ambulatorial e baseado nas informações do CNES e BPA/SIA definir os procedimentos ambulatoriais (consultas, SADT e outros procedimentos ambulatoriais) que estarão sob regulação, com demonstrativo da capacidade de produção da rede e o percentual sob regulação. Justificar a necessidade dos estabelecimentos de saúde da rede disporem de oferta não regulada, quando couber.
 - ix. Demonstrar a existência de mecanismos de referência e contra-referência intermunicipal, coerentes com o estabelecido na PPI e se esses vêm sendo cumpridos. Em caso de inexistência, os mecanismos deverão ser construídos e pactuados para comporem o projeto.
 - x. Mapear as unidades da rede de serviços assistenciais da área de abrangência do Complexo Regulador, caracterizando-as como solicitantes, executantes ou ambas, e quando pertinente, o quantitativo de procedimentos a elas destinadas e o fluxo de referência e contra-referência entre estas unidades.

2 - Levantamento e justificativa da existência de demandas reprimidas junto à Rede de Serviços que irá compor o Complexo Regulador:

Apresentar uma análise das principais demandas reprimidas ambulatoriais e de internação eletiva, dimensionando seus volumes e justificando os motivos/origens da existência de demandas reprimidas, devendo-se observar questões relativas à capacidade instalada da Rede de Serviços, ao atendimento à pacientes de outros municípios e ao perfil epidemiológico da população.

3 - Levantamento da situação da contratação das Unidades de Saúde que irão compor o Complexo Regulador:

Rever os instrumentos contratuais formalizados entre a gestão pública e os prestadores de serviços públicos e privados, verificando a existência de cláusula específica referente à garantia de oferta de serviços de saúde que estarão sob regulação. Caso não haja contratos formais, instituir estratégias para a celebração de contratos, destacando nos mesmos as ações regulatórias a serem implantadas.

Anexo 3

PROPOSTA DE UM ROTEIRO PARA A CONSTRUÇÃO DE PROJETO DE IMPLANTAÇÃO E/OU IMPLEMENTAÇÃO DE COMPLEXOS REGULADORES

I – IDENTIFICAÇÃO DO GESTOR

Órgão:

Endereço:

Nome do Secretário (a) de Saúde:

Nome do (a) responsável pelo projeto:

Telefone de contato:

E-mail:

II – ESTRATÉGIA DE IMPLANTAÇÃO E/OU IMPLEMENTAÇÃO DO COMPLEXO REGULADOR

Levantar e descrever a estratégia de regulação observando o contido no item 1 das Orientações para Elaboração do Projeto (Anexo 2).

III – MAPEAMENTO DA REDE E DA OFERTA DE SERVIÇOS DA REGIÃO DE ABRANGÊNCIA DO COMPLEXO REGULADOR

Descrever a rede e a oferta de serviços observando o contido no item 1 das Orientações para Elaboração do Projeto (Anexo 2).

IV – LEVANTAMENTO E JUSTIFICATIVA DA EXISTÊNCIA DE DEMANDAS REPRIMIDAS JUNTO A REDE DE SERVIÇOS QUE IRÁ COMPOR O COMPLEXO REGULADOR:

Realizar o levantamento observando o contido no item 2 das Orientações para Elaboração do Projeto (Anexo 2).

V – LEVANTAMENTO DA SITUAÇÃO DA CONTRATAÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE QUE IRÃO COMPOR O COMPLEXO REGULADOR:

Realizar o levantamento observando o contido no item 3 das Orientações para Elaboração do Projeto (Anexo 2).

VI – INFRA-ESTRUTURA

Definir e planejar a infra-estrutura necessária para implantação e/ou implementação do Complexo Regulador. Observar o item Regras de Cálculo para o dimensionamento dos Complexos Reguladores deste manual (Anexo 1).

Nota: A Coordenação Geral de Regulação e Avaliação/DRAC/SAS/MS disponibilizará uma planilha de cálculo para dimensionar as despesas com o processo de implantação e/ou implementação do Complexo Regulador. Esta planilha deve ser solicitada pelo e-mail cgra@saude.gov.br ou pelo telefone (0xx61) 3315-2817.

VII – CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO

As datas, prazos, prioridades, responsáveis e a disponibilização dos recursos financeiros definidos no cronograma de implantação e/ou implementação do Complexo Regulador, bem como as metas a serem cumpridas serão monitoradas pela CGRA/DRAC/SAS/MS.

VIII – COMPROMISSO DO GESTOR:

Os Complexos Reguladores deverão ser implantados e/ou implementados, plenamente, dentro da ótica de regulação assistencial e, em conformidade

com este projeto, sendo responsabilidade do gestor o custeio da manutenção dos recursos humanos e materiais necessários ao seu funcionamento.

LOCAL E DATA

NOME DO (A) SECRETÁRIO (A)

ASSINATURA E CARIMBO

Anexo 4: PORTARIAS

PORTARIA GM n.º 2309, DE 19 DE DEZEMBRO DE 2001.

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando o papel do Ministério da Saúde na otimização das tecnologias disponíveis e na avaliação da qualidade, conforme preceituado no Artigo 16, Item III a, Seção II, da Lei 8080/90, com relação aos serviços de alta complexidade;

Considerando as Portarias GM/MS nº 3.409, de 05 de agosto de 1998 e 1.479, de 28 de dezembro de 1999, que tratam da instituição da Câmara Nacional de Compensação de Procedimentos Hospitalares de Alta Complexidade para tratamento de pacientes que requerem assistência de serviços cadastrados no SUS para alta complexidade não ofertados, ou ofertados com grande restrição de demanda, em seus municípios de residência;

Considerando a importância de manter a garantia de acesso dos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS aos serviços ambulatoriais e hospitalares de "alta complexidade", nem sempre disponíveis na localidade em que residem;

Considerando os altos custos para implantação e manutenção da infra-estrutura e equipamentos desses serviços, além da escassez de recursos humanos especializados;

Considerando que, para a obtenção de um nível de qualidade adequado, muitas vezes, é imprescindível a manutenção de um número mínimo de demanda, e, dessa forma, nem sempre é desejável a expansão numérica dos serviços de alta complexidade, e

Considerando a Portaria GM/MS nº 627, de 26 de abril de 2001, que subdividiu o Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação em Ações de Alta Complexidade e Ações Estratégicas, resolve:

Art. 1º Instituir, no âmbito da Secretaria de Assistência à Saúde/SAS, a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade/CNRAC, com o objetivo de coordenar a referência interestadual de pacientes que necessitem de assistência hospitalar de alta complexidade.

Parágrafo único. Os procedimentos da modalidade de assistência de que trata este Artigo são aqueles definidos na Portaria SAS/MS/Nº. 526, de 16 de novembro de 2001, que estabelece lista de procedimentos considerados de alta complexidade hospitalar, nas áreas de cardiologia, oncologia, ortopedia e neurologia.

Art. 2º Definir que o Ministério da Saúde financiará os procedimentos objeto do Artigo 1º desta Portaria, com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC, por meio da Câmara Nacional de Compensação, não sendo onerados os limites financeiros estabelecidos para os estados e municípios.

Parágrafo único. Os recursos utilizados, atualmente, por estados e municípios com assistência hospitalar de alta complexidade, de pacientes de outros estados, serão mantidos nos tetos estaduais podendo ser remanejados pelas Comissões Intergestores Bipartite dos estados.

Art. 3º Determinar à Secretaria de Assistência à Saúde/SAS que adote as providências necessárias para a operacionalização da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade, ora instituída.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data da sua publicação, com efeitos a partir da competência janeiro de 2002.

JOSÉ SERRA

PORTARIA SAS nº. 589, DE 27 DE DEZEMBRO DE 2001.

O Secretário de Assistência à Saúde-Substituto, no uso de suas atribuições legais, e

Considerando a Portaria GM/MS nº. 2309, de 19 de dezembro de 2001, que instituiu a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade - CNRAC, resolve:

Art. 1º Implementar a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade - CNRAC, com objetivo de organizar a referência Interestadual de Pacientes que necessitem de assistência hospitalar de alta complexidade.

Art. 2º - Definir que a CNRAC ficará subordinada ao Departamento de Controle e Avaliação de Sistemas-DECAS/SAS, e que este poderá assessorar-se de unidades hospitalares referenciais nas áreas de alta complexidade hospitalar, definidas abaixo, para estabelecer critérios de inclusão, avaliação de suficiência e pareceres técnicos, podendo haver novas inclusões:

Oncologia – Instituto Nacional do Câncer – RJ;

Traumatologia – Instituto Nacional de Traumatologia - Ortopedia – RJ;

Cardiologia – Instituto Nacional de Cardiologia Laranjeiras – RJ;

Neurocirurgia – Hospital Cristo Redentor – RS;

Cirurgia para Epilepsia – Hospital de Clínicas de Ribeirão Preto – SP.

Art. 3º Estabelecer que somente poderão ser inscritos na CNRAC solicitações para atendimento de pacientes que necessitarem de assistência hospitalar de alta complexidade, em outro estado, quando residirem em estado com ausência ou insuficiência na oferta desses procedimentos.

Parágrafo Único – Haverá insuficiência quando a oferta de serviços em determinada área assistencial for menor que o parâmetro de cobertura definido pelo Ministério da Saúde, e na inexistência desse parâmetro, da média nacional de execução do procedimento.

Art. 4º Estabelecer que os valores referentes ao financiamento desses procedimentos, apurados por meio do processamento realizado pelo Departamento de Informática do SUS - DATASUS, serão transferidos pela Diretoria-Executiva do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos

Municipais e Estaduais de Saúde, aos municípios e estados em Gestão Plena de Sistema e, no caso dos estados não habilitados, acrescidos aos respectivos limites financeiros.

§ 1º - Para que os gestores dos estados, Distrito Federal e dos municípios em Gestão Plena do Sistema realizem os pagamentos de que trata este artigo, aos prestadores de serviços, o Ministério da Saúde fará o repasse para conta específica já aberta para o pagamento de procedimentos estratégicos, vinculada ao respectivo Fundo de Saúde, sendo vedada a movimentação desta para outros fins.

§ 2º - Os gestores estaduais/municipais farão o pagamento aos prestadores, observando o prazo estabelecido pela Portaria GM/MS nº. 3.478, de 20 de agosto de 1998.

§ 3º - O não cumprimento dos prazos estabelecidos no § 2º deste Artigo é motivo para a instauração de auditoria com vistas à desabilitação do município e/ou estado.

Art. 5º Definir que o programa será implementado de forma gradativa, e que na primeira fase, os primeiros noventa dias, somente os estados com ausência de oferta de serviços poderão inscrever pacientes na CNRAC de acordo com a tabela abaixo:

Cardiologia – AC, AP, RO e RR.

Oncologia – AC, AP, RO e RR.

Ortopedia – AC, AP, PA, PI, RO, RR e SE.

Neurocirurgia – AC, AL, AP, RO, RR.

Epilepsia – AC, AL, AP, AM, BA, CE, ES, MA, MT, MS, MG, PA, PB, PE, PI, RJ, RN, RO, RR, SC, SE e TO.

Parágrafo Único – Durante a primeira fase de funcionamento da CNRAC, o Departamento de Controle e Avaliação de Sistemas-DECAS juntamente com os hospitais consultores, deverão definir o quadro de insuficiência de oferta dos estados nas áreas de que trata este artigo, para implementação na segunda etapa.

Art. 6º Estabelecer que as solicitações à CNRAC deverão ser encaminhadas pela Secretaria de Estado da Saúde, por meio da Central Estadual

de Regulação, sempre previamente à realização do procedimento.

§ 1º - Nos estados em que a Central ainda não estiver instituída, o encaminhamento deverá ser feito pela Área de Controle e Avaliação/Tratamento Fora Domicílio do estado.

§ 2º - Os funcionários responsáveis para essa atividade deverão ser designados por portaria do gestor estadual.

§ 3º - Não serão financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC os procedimentos realizados de pacientes de outros estados, que não forem previamente encaminhados e autorizados pela CNRAC.

Art. 7º Determinar que o pagamento do Tratamento Fora Domicílio - TFD, referente ao deslocamento e custeio do paciente será de responsabilidade do estado/município de origem conforme pactuação aprovada na Bipartite Estadual prevista nas normas em vigor.

Art. 8º Estabelecer que caberá à Central de Regulação Estadual, do estado que receber o paciente, a indicação e a garantia do acesso à unidade responsável para realização do procedimento.

§ 1º - Nos estados em que a Central ainda não estiver instituída, a indicação da unidade responsável para a realização do procedimento deverá ser feita pela Área de Controle e Avaliação/TFD do Estado.

§ 2º - Os funcionários responsáveis para essa atividade deverão ser designados por portaria do gestor estadual.

Art. 9º Estabelecer que o DATASUS disponibilizará, via BBS, nos mesmos prazos e rotinas fixados para os procedimentos estratégicos, arquivos contendo os atendimentos objeto desta Portaria, com a identificação dos respectivos procedimentos e valores.

Art. 10 Esta Portaria entra em vigor na data da sua publicação, com efeitos a partir da competência janeiro de 2002.

JOÃO GABBARDO DOS REIS

Obs. Os anexos foram retirados

PORTARIA SAS nº. 39 DE 06 DE FEVEREIRO DE 2006

O Secretário de Atenção à Saúde no uso de suas atribuições;

Considerando a Portaria SAS/MS nº. 589, de 27 de dezembro de 2001, que implementa a Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade - CNRAC com o objetivo de organizar a referência interestadual na assistência hospitalar de alta complexidade;

Considerando o que dispõe a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002, no que concerne à garantia do acesso dos usuários aos serviços de saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS;

Considerando a necessidade de implementar e otimizar o processo de regulação, controle e avaliação, no âmbito dos estados e municípios, mediante o fortalecimento do processo de regionalização e hierarquização das ações e serviços de saúde; e

Considerando a necessidade de monitorar os recursos financeiros destinados ao custeio das ações e dos serviços de saúde executados, no âmbito do SUS; resolve:

Art. 1º Instituir a descentralização do processo de autorização dos procedimentos que fazem parte do elenco da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade - CNRAC.

Art. 2º Estabelecer que o Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas – DRAC/SAS/MS, por intermédio da Coordenação-Geral de Regulação e Avaliação, definirá os mecanismos que serão utilizados para a viabilizar o processo de descentralização de que trata o artigo 1º desta Portaria, mediante:

- I - Adequação de sistema informatizado específico para execução do processo;
- II - Sistematização da transferência do processo autorizador para as Centrais Estaduais de Regulação da Alta Complexidade - CERAC; e
- III - Monitoramento, a cada três meses, das Autorizações para Internação Hospitalar – AIH / Autorização para Procedimentos de Alta Complexidade - APAC faturadas por meio de relatório formal de análise da produção, assim

como dos laudos autorizados sem agendamento, para as providências de atendimento do paciente.

Parágrafo único: No caso da verificação de inconsistências, no processamento das AIH/APAC, a CNRAC fica responsável por encaminhá-las às áreas de controle e auditoria do SUS para as providências julgadas necessárias.

Art 3º Redefinir o papel das unidades hospitalares referenciais nas áreas de alta complexidade, da CNRAC, no que concerne à análise dos laudos de solicitação, cabendo as mesmas participarem do processo autorizador nas seguintes situações:

- I – Durante o período de 01 (um) ano para reestruturação e adequação das CERAC;
- II - Nos casos em que os laudos de solicitação não apresentarem as informações necessárias previstas no processo de avaliação; e
- III– Assessorar a CNRAC na análise e monitoramento do processo de Inclusão e/ou exclusão de procedimentos de alta complexidade.

Art. 4º Determinar que as CERAC Executantes assumirão o papel de consultor/autorizador quando do cumprimento dos seguintes requisitos:

- I – disponibilizar de rede de prestadores que executem os procedimentos de alta complexidade contemplados no elenco da CNRAC;
- II – Possuir na sua estrutura organizacional equipe técnica qualificada, com médico regulador/autorizador, para analisar e autorizar os laudos de solicitação; e
- III – Apresentar infra-estrutura compatível que permita a utilização do sistema informatizado e dos processos administrativos.

§1º – É responsabilidade da CERAC Executante definir a data de agendamento e o prestador de serviço que irá realizar o procedimento solicitado.

§2º Na impossibilidade de execução do procedimento solicitado, informar à CNRAC, no prazo máximo de 15 (quinze) dias da autor-

ização, a qual adotará as medidas necessárias ao re-direcionamento do laudo de acordo com a capacidade da oferta nacional.

Art. 5º Estabelecer que a CERAC solicitante será responsável pela origem das solicitações de caráter eletivo, informações inerentes à identificação do paciente, caracterizando o motivo e pertinência da solicitação, da indicação do procedimento, bem como observando as regras de solicitação.

§ 1º - A UF responsável pela execução do procedimento será designada de acordo com a tabela origem/destino constante do Anexo I desta Portaria.

§ 2º - Somente as solicitações formuladas pelas CERACs solicitantes serão validadas e processadas pela CNRAC.

§ 3º – Caberá a CERAC Solicitante a responsabilidade em acompanhar a evolução do processo de solicitação, agendamento e execução do procedimento.

Art. 6º Determinar que somente os estados com ausência de serviços nas especialidades de Cardiologia, Oncologia, Ortopedia, Neurocirurgia e Epilepsia, poderão efetuar solicitação na CNRAC, de acordo com o Anexo II desta Portaria, revogando o artigo 5o da Portaria SAS/MS nº 589, de 27 de dezembro de 2001.

Parágrafo Único – Quando da necessidade da utilização de procedimentos nas especialidades contempladas na CNRAC cuja oferta seja existente na UF solicitante, mas insuficiente, a solicitação só será possível após a avaliação técnica da insuficiência pelo Ministério da Saúde. Esta avaliação será solicitada formalmente e endereçada à Coordenação-Geral de Regulação e Avaliação – CGRA/DRAC/SAS/MS que procederá a análise da pertinência do pleito respondendo no prazo de até 45 (quarenta e cinco) dias.

Art. 7º Estabelecer que as AIH/APAC somente serão autorizadas mediante série numérica própria da CNRAC com publicação de portaria específica, observando que a UF de origem deverá ser diferente da UF de execução.

Art. 8o – Atualizar o elenco de procedimentos, de caráter eletivo, que integram a CNRAC conforme Anexo II desta portaria.

Parágrafo Único – No processamento do AIH/APAC será observada a compatibilidade entre a série numérica e os procedimentos constantes do Anexo III deste ato.

Art. 9o – Estabelecer que passa ser obrigatório o uso do Cartão Nacional de Saúde para a solicitação de procedimentos da CNRAC previstos nesta Portaria.

Art. 10 - Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO
Secretário

PORTARIA SAS/Nº 494, DE 30 DE JUNHO DE 2006.

O Secretário de Atenção à Saúde no uso de suas atribuições,

Considerando a necessidade de ordenar o atendimento no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, em seus diversos níveis de complexidade;

Considerando as ações já desenvolvidas pelo Ministério da Saúde que, em parceria com Estados, Municípios e o Distrito Federal, tem envidado esforços no sentido de viabilizar a implantação e implementação de Complexos Reguladores; e

Considerando a necessidade de estabelecer critérios para a aplicação de recursos financeiros de investimento para a implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores, resolve:

Art. 1º Estabelecer incentivo financeiro destinado à implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores, que será repassado às Secretarias de Saúde e destinado, exclusivamente, à finalidade de que trata este artigo, nos montantes previstos no Anexo I desta Portaria.

Parágrafo Único – O Ministério da Saúde realizará estudos e definirá um valor de repasse a estados e municípios para o custeio dos

Complexos Reguladores que estará contido no bloco de gestão, conforme Portaria GM/MS nº 698, de 03 de abril de 2006.

Art 2º Estabelecer que a distribuição financeira para implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores será definida no âmbito das Comissões Intergestores Bipartite – CIB, priorizando:

- I - A estratégia de regionalização definida para a Unidade Federativa;
- II - Regiões e municípios que abrangem maior concentração de oferta de serviços de saúde; e,
- III - Regiões e municípios que abrangem maior contingente populacional próprio e referenciado.

Art 3º Determinar que devem ser observadas as diretrizes de Regulação da Atenção à Saúde contidas no Pacto de Gestão, do Pacto pela Saúde, divulgado pela Portaria/GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.

Art 4º Definir que a implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores deverá ser orientada por projetos específicos, discutidos e aprovados na CIB.

Parágrafo Único - Para orientar a construção dos projetos, o Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas disponibilizará um Manual de Implantação de Complexos Reguladores, que poderá ser solicitado à Coordenação-Geral de Regulação e Avaliação/DRAC/SAS pelo endereço eletrônico cgra@saude.gov.br.

Art 5º Estabelecer que as CIB deverão encaminhar cópia dos extratos de aprovação dos projetos de implantação de Complexos Reguladores para homologação pelo Ministério da Saúde, conforme modelo proposto no Anexo II desta Portaria.

Art. 6º Determinar que a Coordenação-Geral de Regulação e Avaliação - DRAC/SAS/MS será responsável pela cooperação técnica para a elaboração dos projetos de que trata esta Portaria, e pelo monitoramento da execução dos mesmos, a partir da liberação dos recursos financeiros.

Art. 7º Definir que os recursos financeiros destinados à implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores serão liberados mediante transferência, fundo a fundo, correndo as despesas por conta da funcional programática – 10.302.1220.6839.0001 - Fomento ao Desenvolvimento da Gestão, Regulação, Controle e Avaliação da Atenção à Saúde, após homologação do extrato de aprovação, de que trata o Artigo 5º desta Portaria, estando disponíveis durante o decorrer do ano de 2006.

Art 8º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

Secretário

ANEXO I

DISTRIBUIÇÃO FINANCEIRA PARA INVESTIMENTOS EM COMPLEXOS REGULADORES

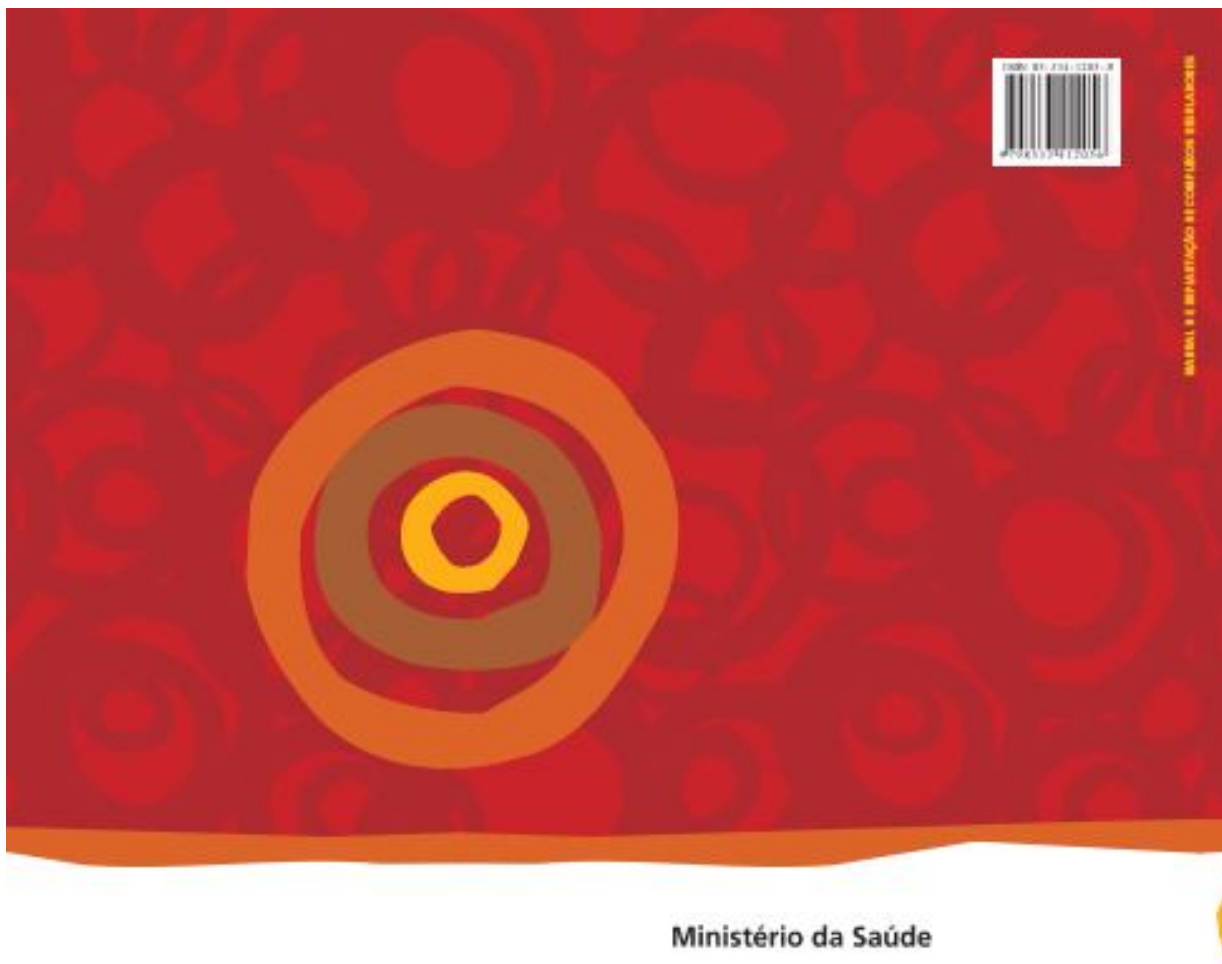
UF	População	Recursos Financeiros
AC	664.285	537.744
AL	3.025.073	947.527
AM	3.262.993	868.734
AP	600.158	487.744
BA	13.850.882	1.809.794
CE	8.128.868	1.509.507
DF	2.333.108	518.949
ES	3.423.110	1.089.923
GO	5.649.143	1.301.616
MA	6.124.741	1.113.022
MG	19.301.237	3.057.140
MS	2.273.305	753.239
MT	2.817.441	924.428
PA	7.007.470	1.163.022
PB	3.603.092	1.020.626
PE	8.437.063	1.486.408
PI	3.014.639	1.020.626
PR	10.294.954	1.855.992

RJ	15.430.426	2.595.160
RN	3.013.812	1.043.725
RO	1.541.931	657.041
RR	394.488	437.744
RS	10.876.236	2.179.378
SC	5.890.747	1.320.913
SE	1.976.479	878.230
SP	40.604.417	5.482.535
TO	1.312.772	607.041
Total	184.852.870	36.667.808
Valores expressos em reais		

ANEXO II

MODELO PARA EXTRATO DE HOMOLOGAÇÃO PELA CIB DOS PROJETOS DE IMPLANTAÇÃO DE COMPLEXOS REGULADORES

UF	Identificação do Complexo Regulador	Abrangência	População		Valor Financeiro
			Própria	Referenciada	
Total					



Ministério da Saúde