**A REGULAÇÃO DO ACESSO**

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:

1.  **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;
2.  **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;
3.  **Processo de compra de serviços** na rede privada pautado pelo interesse público e pela identificação das necessidades assistenciais;
4.  **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;
5.  **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.

**PRINCIPAIS AÇÕES PARA EFETIVAR A REGULAÇÃO DO ACESSO**

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.

Contempla as seguintes ações:

1.  Regulação da Atenção Básica
2.  Regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar de urgências e emergências.
3.  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.
4.  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.
5.  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.
6.  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).
7.  Controle e monitoração da utilização mais adequada dos níveis de complexidade, balizados pelos protocolos e fluxos padronizados e consensuados.
8.  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.

O SAMU, como parte do complexo regulador, tem papel fundamental nos municípios para a execução da atenção pré-hospitalar móvel, na regulação médica da atenção às urgências e nos demais elementos do complexo regulador. As centrais municipais de atendimento pré-hospitalar podem atuar como centrais regionais, notadamente nas áreas metropolitanas e junto às regiões de saúde, sempre que houver pactuação intermunicipal regional e acordo na Comissão Intergestores Biparte. Por meio da Central de Regulação do SAMU é possível prestar atendimento pré-hospitalar aos portadores de quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica, quando ocorrem fora do ambiente hospitalar, e fazer o transporte sanitário dos pacientes atendidos de forma adequada, acionado pelo público de modo fácil, gratuito e 24 horas por dia.

Dentro da proposta de atenção integral, o SAMU possibilita a integração com outros serviços do SUS, como a Central de Internação Hospitalar para efetuar as transferências inter-hospitalares, acionamento de UTI Móvel e contatos com as referências hospitalares de urgência e emergência, Unidades de Pronto-Atendimento, Unidades Básicas de Saúde e Unidades de PSF.

**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:

1.  **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>).
2.  **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:

1.  Como componente de capacitação dos profissionais de saúde;
2.  Como orientador de boas práticas clínicas em todos os níveis da atenção à saúde (básica média e alta complexidade, ambulatorial e hospitalar);
3.  Como uma das estratégias para a adequada utilização de tecnologias, assim como para substituição e incorporação de novas;
4.  Como componente de ações programáticas que comprovadamente atenuem agravos de significância epidemiológica e contribuem na elevação dos níveis de saúde de populações estratégicas;
5.  Na adequada utilização da capacidade de resposta de cada nível de atenção;
6.  Na correta solicitação de exames propedêuticos e na indicação de terapias especializadas;
7.  Na adequada estruturação dos fluxos de referência e contra-referência entre os níveis de atenção;
8.  Para a adequada implantação e funcionamento das centrais de internação, consultas e exames;
9.  Como requisito para disponibilizar atenção à saúde de forma oportuna, ágil e adequada à necessidade do usuário;
10.  Em contribuir na adequação da oferta de serviços de saúde segundo a demanda que mais se aproxima às necessidades reais em saúde;
11.  Como orientador das ações de controle assistencial de autorização e supervisão ambulatorial e hospitalar;
12.  Como requisito que pode imprimir qualidade aos serviços produzidos e pode servir para a avaliação desses;
13.  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 produz 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:**

1.  Atualizar as informações a partir dos bancos de dados do SUS;
2.  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 SADT, disponibilizados pelo setor público e privados conveniado/contratado;
3.  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;
4.  Exercer a autoridade sanitária no ordenamento da disponibilidade dos recursos assistenciais existentes no SUS;
5.  Referenciar demandas às esferas superiores quando os recursos pactuados no território abrangido pela Central de Regulação forem insuficientes para garantir o acesso assistencial;
6.  Disponibilizar relatórios ou quaisquer informações necessárias às atividades de gestão, controle, avaliação e auditoria;
7.  Disponibilizar informações para o acompanhamento da Programação Pactuada e Integrada (PPI);

**Atribuições da Central de Regulação;**

1.  Gestão de leitos e agenda
2.  Gestão de demanda reprimida
3.  Construção de grades de referência e contra-referência
4.  Classificação de risco
5.  Construção e uso de protocolos
6.  Regulação das referências intermunicipais e interestaduais
7.  Gestão e controle de cotas
8.  Comunicação com a rede de serviços de saúde e usuários

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

1.  Central de regulação de urgências: regula a assistência pré-hospitalar e inter-hospitalar;
2.  Central de regulação de leitos e internações: regula as internações eletivas e de urgência;
3.  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**:**

1.  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;
2.  Definir e organizar a estrutura física e os recursos logísticos necessários ao seu funciona-mento;
3.  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;
4.  Realizar seleção e treinamento dos recursos humanos.

**Recursos necessários:**

1.  Estrutura física adequada;
2.  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;
3.  *Software*, incluindo geo-processamento, 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;
4.  Recursos humanos treinados (videofonistas, profissionais reguladores, autorizadores/auditores/supervisores, atendentes e pessoal de apoio);
5.  Linhas telefônicas;
6.  *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:

1. **Nacional**: agrupa estado e municípios do território nacional.
2. **Estadual**: agrupa municípios de um estado.
3. **Regional**: agrupa municípios de uma determinada região.
4. **Municipal**: agrupa recursos assistenciais de um dado município.
5. **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:

1.  Unidades básicas de saúde, ambulatórios de especialidades e unidades de pronto-atendimento da área de referência.
2.  Secretarias Municipais de Saúde e Coordenadorias Regionais de Saúde.
3.  Centrais de regulação de outros municípios e regiões autorizados pelo gestor.
4.  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.

Funções dos profissionais da Central de Regulação:

1.  **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.
2.  **Regulador/autorizador**: checa 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.
3.  **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.
4.  **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.
5.  **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.

4. Definir as unidades solicitantes.

5. Definir as unidades executantes.

6. Realizar a configuração da Central. Para configurar a Central e iniciar a sua operação será necessário:

1.  Atualizar e incluir o banco do CNES;
2.  Atualizar e incluir o banco do CNS
3.  Atualizar e incluir o banco da PPI;
4.  Incluir as unidades solicitantes, as executantes (prestadoras) e as unidades administrativas;
5.  Distribuir os limites físicos (cotas) de solicitação para cada unidade;
6.  Vincular os profissionais às unidades de lotação;
7.  Definir e incluir os grupos de acesso ao sistema e seu perfil;
8.  Criar os usuários do sistema e suas senhas;
9.  Cadastrar as escalas médicas;
10.  Definir e cadastrar os procedimentos que poderão ser liberados sob regulação;
11.  Definir e disponibilizar os relatórios operacionais, gerenciais e os indicadores para os diversos níveis da gestão e sua periodicidade para divulgação.

7. 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.

8. Definir os protocolos assistenciais, instrumentos relevantes na estruturação dos complexos reguladores.

9. Definir as normas e rotinas operacionais, tais como:

1.  Normas de funcionamento da Central: horário, função e processo de trabalho de cada categoria profissional;
2.  Dados obrigatórios que deverão ser solicitados à unidade solicitante para efetuar o procedimento solicitado, dentro do escopo de atuação da Central;
3.  Serviços auxiliares que deverão ser acionados para complementar o fluxo do atendimento;
4.  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:

1.  Distribuir de forma equânime os recursos de saúde para a população própria e referenciada;
2.  Distribuir os recursos assistenciais disponíveis de forma regionalizada e hierarquizada;
3.  Acompanhar dinamicamente a execução dos tetos pactuados entre as unidades e municípios;
4.  Permitir o referenciamento em todos os níveis de atenção nas redes de prestadores públicos e privados;
5.  Identificar as áreas de desproporção entre a oferta e a demanda;
6.  Subsidiar as repactuações na PPI e o cumprimento dos termos de garantia de acesso;
7.  Permitir o acompanhamento da execução, por prestador, das programações feitas pelo gestor.
8.  Para atingir os objetivos propostos e operar a Central de Regulação, um sistema de regulação deverá ter as seguintes **funcionalidades**.
9.  Configurar controle de acesso dos usuários ao sistema informatizado.
10.  Configurar o perfil do estabelecimento de saúde no que se refere à sua natureza (executante ou solicitante) e a oferta e complexidade da mesma.
11.  Configurar a PPI para a população própria e referenciada, a sua validade e o controle financeiro (opcional).
12.  Configurar a oferta por estabelecimento, por validade e controle financeiro (opcional).
13.  Permitir a hierarquização entre as Centrais de Regulação.
14.  Interagir com outros bancos de dados (CNES, CNS, PPI, SIA e SIH).
15.  Gerar arquivos para bases de dados nacionais.
16.  Gerar relatórios operacionais e gerenciais.
17.  Para possibilitar ações regulatórias para consultas, exames e internações, faz–se necessário que o sistema consiga:
18.  Gerar agenda por especialidade, sub-especialidade, profissional e período de validade da mesma;
19.  Distribuir cotas por unidade solicitante e por tipos de consultas/procedimentos: 1ª vez e retorno;
20.  Possibilitar o gerenciamento da fila de espera por prioridade, procedimento, CID com a identificação dos pacientes;
21.  Configurar impedimentos por estabelecimento e profissional;
22.  Gerar mapa de leitos com atualização dinâmica;
23.  Autorizar e encaminhar pacientes com a configuração da grade de referência, indicação de prioridades, geração de AIH‟s, APAC‟s;
24.  Acompanhar a alocação de leitos de urgência e eletivos por clínica e prestador;
25.  Controlar o fluxo dos pacientes nas unidades terciárias (admissão, acompanhamento da internação e alta) e secundárias (solicitação, agendamento e atendimento);
26.  Acompanhar os atendimentos e internações agendadas;
27.  Detectar a ocorrência de cancelamentos de internações, e a não execução de consultas e exames por motivo definido e impedimentos de agendas;
28.  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;
29.  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 in-dependentes:
30.  Central de Regulação de Consultas e Exames;
31.  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.

**BIBLIOGRAFIA**

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