

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO A SAÚDE
DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE DE SISTEMAS.**

MANUAL DE IMPLANTAÇÃO DE COMPLEXOS REGULADORES

Versão 1.0
Jul-06

PACTOS
S É R I E
2006
PELA SAÚDE

V O L U M E-6

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: 1.ª edição – 2006 – 1.000 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

João Marcelo Barreto da Silva

Maria de Lourdes Souza Ornelas

Miriam Vieira

Francisco Torres Troccoli

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde.

Manual de 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.

xx 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

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

Títulos para indexação:

Em inglês: Implantation Manual of Regulating Complexes

Em espanhol: Manual de Implantación de Complejos Reguladores

Sumário

1. Introdução
2. A política de regulação
3. O Complexo Regulador
4. A ação regulatória
5. A autorização de procedimentos
6. Os Recursos humanos
7. A Infra-estrutura
8. Sistemas de informação de regulação do acesso
9. Referências bibliográficas
10. Anexos
 - a. Regras de cálculo para o dimensionamento dos Complexos Reguladores
 - b. Orientações para elaboração do projeto
 - c. Modelo de roteiro para a construção de projeto de implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores
 - d. Portarias
 - i. Portaria SAS nº. 0423 de 09 de julho de 2002
 - ii. Portaria GM nº. 2309 de 19 de dezembro de 2001
 - iii. Portaria SAS nº. 0589 de 27 de dezembro de 2001
 - iv. Portaria SAS nº. 0039 de 06 de fevereiro de 2006
 - v. Portaria SAS nº. 0494 de 30 de Julho de 2006

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 necessidade 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, que modificam e que qualificam o SUS.

O Ministério da Saúde, na qualidade de gestor federal do SUS vem desenvolvendo ações de fomento e cooperação técnica 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 Estaduais de Saúde - CONASS e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASENS a partir do PACTO PELA SAÚDE.

A POLÍTICA DE REGULAÇÃO

A Política Nacional de Regulação 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, suprindo, 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

Os principais instrumentos necessários para a implantação e operacionalização dos Complexos Reguladores são:

- ? O Pacto pela Saúde no seu componente pacto de gestão que define toda a política norteadora do SUS.
- ? Os Contratos com os prestadores de serviços que expressam formalmente a oferta de serviços de saúde e sua coerência com as necessidades populacionais.
- ? A política de cadastramento das pessoas, estabelecimentos e profissionais que garantem a identificação dos três agentes do processo. (CNS e CNES)
- ? O Plano Diretor de Regionalização – PDR que configura claramente os espaços geográficos possuidores de uma identidade cultural, econômica e social, de redes de comunicação e infra-estrutura de transporte compartilhados no mesmo território.
- ? A Programação Pactuada e Integrada – PPI que define e quantifica as ações de saúde e caracteriza os fluxos estabelecidos a partir dos pactos intergestores.
- ? O Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde – PNASS que viabiliza um processo de avaliação periódica da assistência instrumentalizando a gestão quando do planejamento, programação e regulação.
- ? Os protocolos de regulação que orientam a Central com relação aos encaminhamentos entre os níveis de complexidade, promovendo mudanças no modelo de atenção à saúde vigente.
- ? O Aplicativo Sistema Nacional de Regulação - SISREG III que garante a automação das ações regulatórias através das transações on line e on time.

Outros instrumentos considerados de importância para a implantação da Política Nacional de Regulação são

- ? O Aplicativo Modulo Autorizador
- ? A tabela Unificada de Procedimentos
- ? O Sistema de Informação Ambulatorial – SIA
- ? O sistema de Informação Hospitalar descentralizado – SIHD

Obs. É importante distinguir os protocolos de regulação dos protocolos clínicos, que tratam, sinteticamente, da forma de intervenção por patologia, com perspectiva de padronização terapêutica. Enquanto os protocolos de regulação pretendem ordenar o fluxo de pacientes entre os níveis de complexidade, definindo os limites resolutivos de cada um deles.

EIXO 3 - Programa de capacitação permanente de recursos humanos.

A capacitação pretende formar multiplicadores proporcionando à gestão estadual e as gestões municipais as condições para o estabelecimento de um pólo de educação permanente que garanta a formação de novos atores no processo de regulação bem como a contínua reciclagem.

O COMPLEXO REGULADOR

Segundo a Portaria/SAS/MS n.º 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.º 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 traumatismo/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, que são:

1. Levantar o PDR - (Plano Diretor de Regionalização) do Estado
2. Levantar a PPI - (Programação e Pactuação Integrada) do Estado
3. Definir quantas e quais Centrais de regulação comporão o complexo
4. Definir a área de abrangência (território) e o escopo (procedimentos) de cada Central de Regulação.
5. Conhecer os recursos assistenciais disponíveis em sua área de abrangência;
6. Definir como se dará o fluxo de informações; (unidades solicitantes, unidades executantes).
7. Definir as rotinas operacionais (horário de funcionamento, dias da semana, perfil dos profissionais, etc.);
8. Capacitar permanentemente os recursos humanos e demais entes do processo regulatório;
9. Incorporar e regular a oferta de ações e serviços de saúde em seu escopo de atuação e área de abrangência, considerando também as pactuações com outras localidades;
10. Estar apta a receber e dar resposta a todas as solicitações de atendimento;
11. Incorporar protocolos clínicos, protocolos de regulação e fluxos de referência e contra-referência para as tomadas de decisão;
12. Exercer a autoridade sanitária no ordenamento da disponibilidade dos recursos assistenciais existentes;
13. Gerar informações quanto à utilização dos recursos físicos e financeiros próprios e pactuados;
14. Identificar pontos de estrangulamento na assistência à saúde.
15. Capacitar-se para o assessoramento da Gestão quando do Planejamento, Programação e Avaliação.

A abrangência da Central de Regulação é a área geográfica de cobertura assistencial, podendo ser: nacional, estadual, regional, municipal ou distrital. Já o escopo é a definição de quais especialidades e procedimentos serão regulados.

As unidades solicitantes são definidas como estruturas responsáveis pelas solicitações de atendimentos à central de regulação, podendo ser qualquer estabelecimento de saúde da rede de serviços do SUS na área de abrangência da central, bem como estruturas externas à área de atuação da central, de acordo com os pactos estabelecidos. São representadas por secretarias e regionais de saúde de outros municípios e regiões, ou outras centrais de regulação, quando implantadas.

As unidades executantes são definidas, como os estabelecimentos de saúde públicos e privados que ofertam seus serviços ao SUS na área de abrangência da central de regulação.

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
- ? O processo de autorização das APAC e AIH.
- ? A analítica e o discernimento do profissional regulador.

Esse profissional desenvolve as atividades baseadas em protocolos de regulação. No caso de atendimentos de urgência e procedimentos que exijam autorização, que será efetivada por meio da Autorização de Internação Hospitalar – AIH e da Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo – APAC, a regulação fica restrita ao profissional médico.

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. Diferem dos protocolos clínicos e não devem ser confundidos com roteiros de solicitação.

Os protocolos clínicos descrevem a prática da medicina baseada em evidências, para subsidiar as decisões terapêuticas, já os protocolos de regulação orientam quanto à competência dos níveis de atenção, observando o grau de complexidade e resolutividade de cada um deles.

A AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS

O processo de autorização de procedimentos, realizado por meio da ação regulatória, é prévio com fulcro 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.

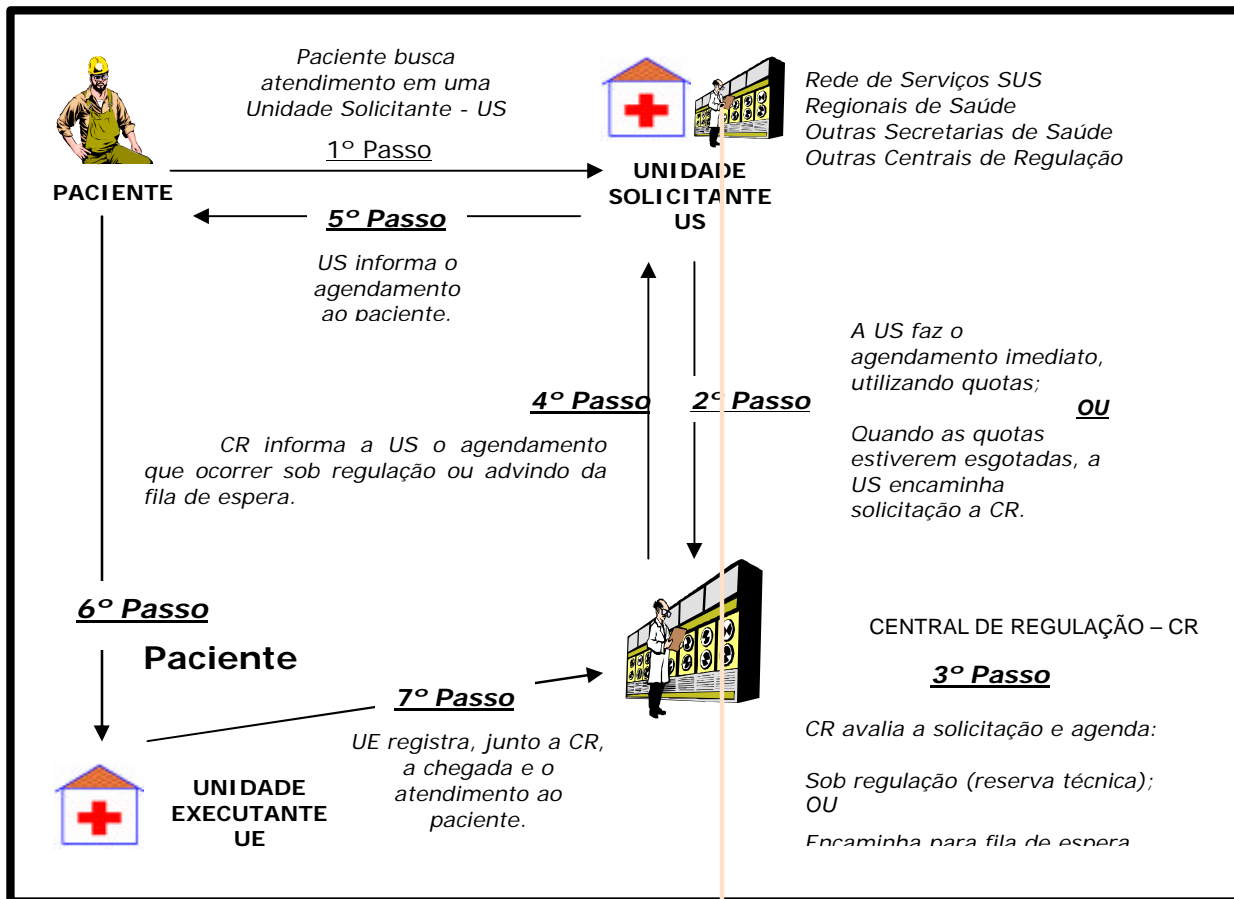
A Central de Regulação autoriza, previamente, os procedimentos, concomitante aos agendamentos solicitados, utilizando o mecanismo de quotização da oferta dos serviços de saúde disponibilizada para as Unidades solicitantes e executantes da central.

Um exemplo de procedimentos que, normalmente, não utilizam os instrumentos de autorização prévia são as consultas especializadas, que são realizadas e faturadas considerando-se a produção global e não individualizada dos atendimentos, sendo informadas à gestão por meio do Boletim de Produção Ambulatorial – BPA.

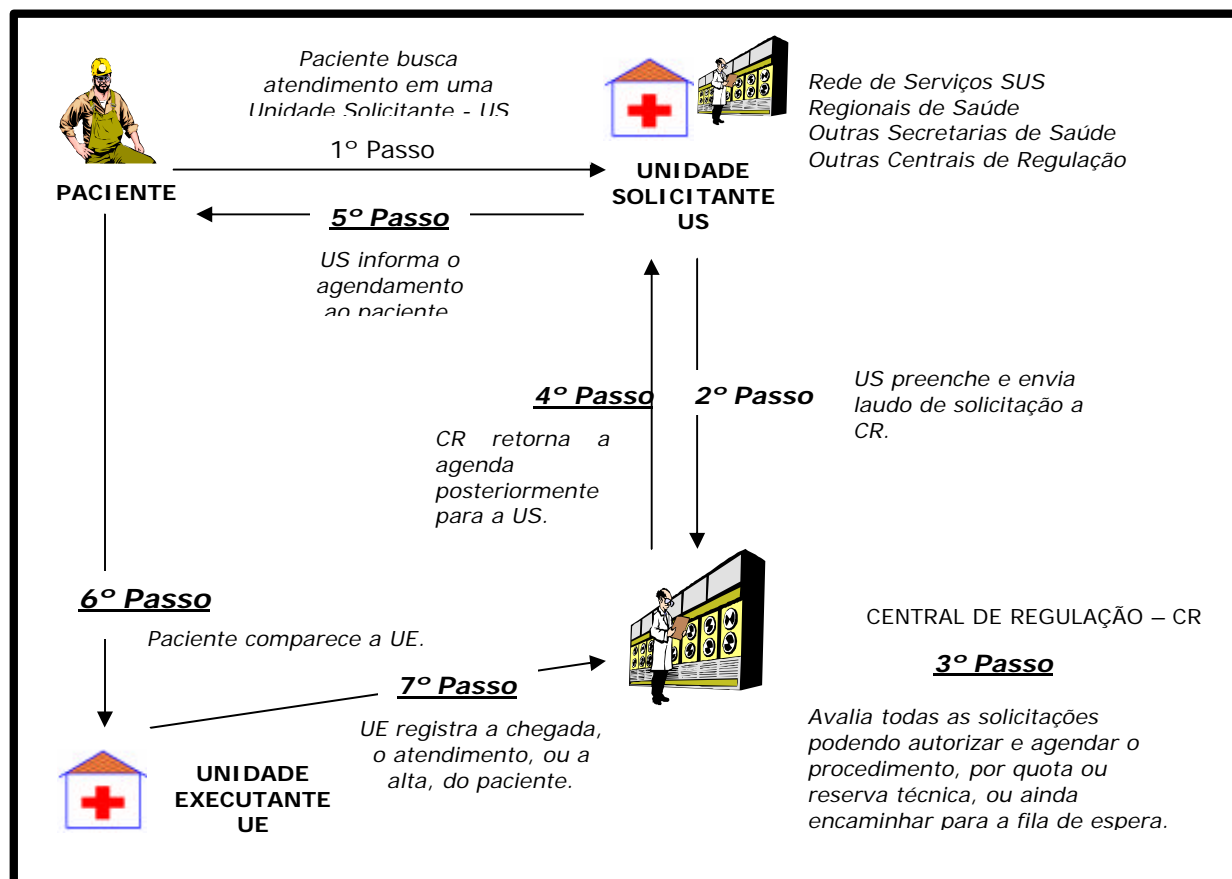
O processo de autorização é realizado por equipe de médicos autorizadores, orientados por meio de regras, previamente definidos para o exercício da função. Esta ação visa garantir o acesso ordenado, respeitando critérios clínicos, de necessidade dos pacientes e de disponibilidade de oferta, evitando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

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

Fluxo do Atendimento Eletivo Regulado – Sem autorização prévia



Fluxo do atendimento Eletivo Regulado – Com autorização prévia



OS RECURSOS HUMANOS

A estruturação dos Complexos Reguladores - CR 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 quotas 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 quotas;
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.

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.

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 quotas 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.

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. 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. Gabinete do Ministro. 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.

_____. 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.

ANEXOS

Anexos 1

REGRAS DE CÁLCULO PARA O DIMENSIONAMENTO DE COMPLEXOS REGULADORES

1) **Calculo 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, norteando o dimensionamento de tamanho do ambiente de regulação e servindo como parâmetro para dimensionar a necessidade de videofonistas (Foi 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	Preço Acumulado
Estação de Trabalho videofonista	*	855	0
Estação de Trabalho reguladores	*	1.341	0
Computador	*	4.016	0
Fax	1	563	563
Mesa para Fax	1	80	80
Impressora a laser	1	4.000	4.000
Mesa para Impressora	1	80	80
VALOR			4.723
SALA COORDENAÇÃO	Quantidade	Preço Unitário	Preço Acumulado
Estação de trabalho Coordenador	1	2.471	2.471
Computador	1	4.016	4.016
Impressora Jato de Tinta	1	500	500
Mesa para Impressora	1	80	80
Fax	1	950	950
Mesa para Fax	1	80	80
Armário	1	1.120	1.120
VALOR			9.217
SALA DE ADMINISTRAÇÃO DE SISTEMAS	Quantidade	Preço Unitário	Preço Acumulado
Estação de trabalho Administrador de Sistemas	1	1.921	1.921
Computador	1	4.016	4.016
VALOR			5.937
SALA DE REUNIÃO	Quantidade	Preço Unitário	Preço Acumulado
Mesa para Seis Pessoas	1	1.800	1.800
Cadeiras	6	275	1.650
Mesa de Apoio	1	560	560
Equipamento(s) Áudio Visuais	1	8.166	8.166
VALOR			12.176
SALA DO REPOUSO	Quantidade	Preço Unitário	Preço Acumulado
Cama/Colchão	1	700	700
Armário	1	380	380
Mesa de Apoio	1	280	280
Aparelho Telefônico	1	166	166
VALOR			1.526
COPA	Quantidade	Preço Unitário	Preço Acumulado
Mesa de Apoio	1	280	280
Cadeira	1	275	275
Armário(s)	1	680	680
Aparelho Telefônico	1	166	166
Eletrodoméstico(s)	1	1.410	1.410
VALOR			2.811
ARQUIVO	Quantidade	Preço Unitário	Preço Acumulado
Armário	1	2.100	2.100
VALOR			2.100

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 a 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.

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.

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.

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.

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.

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**

PORTARIAS

PORTARIA SAS nº. 423 DE 09 DE JULHO DE 2002.

O Secretário de Assistência à Saúde no uso de suas atribuições legais.

- ? Considerando o contido no Decreto Federal 4194, de 11 de abril de 2002, que atribui à Secretaria de Assistência à Saúde/SAS/MS o estabelecimento de normas, critérios, parâmetros e métodos para sistematizar e padronizar técnicas de Controle e Avaliação da Assistência à Saúde, o acompanhamento e avaliação dos métodos e instrumentos de controle e avaliação de Estados e Municípios, assim como a responsabilidade pela cooperação aos gestores para o desenvolvimento de sua capacidade de gerenciamento;
- ? Considerando as disposições da Norma Operacional da Assistência à Saúde/NOAS-SUS 01/2002, aprovada pela Portaria GM/MS/Nº. 373, de 27 de fevereiro de 2002;
- ? Considerando a apresentação para discussão na Comissão Intergestores Tripartite de proposta para atividade de Controle Regulação e Avaliação assistencial no SUS, que evoluiu para reuniões temáticas com o Conselho de Secretários Estaduais de Saúde/CONASS e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde/CONASEMS, ao longo dos últimos meses, e
- ? Considerando a apresentação final do documento norteador das funções de controle regulação e avaliação assistencial no SUS, na reunião da Comissão Intergestores Tripartite, de 16 de maio de 2002, resolve:

Art. 1º - Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, o detalhamento das atribuições básicas inerentes a cada nível do Governo no controle, regulação e avaliação da Assistência à Saúde no SUS.

Art. 2º - Determinar aos Departamentos de Controle e Avaliação de Sistemas e de Descentralização da Gestão da Assistência que, em 30(trinta) dias, apresentem estudos relativos à criação de incentivos financeiros destinados à co-participação deste Ministério no aperfeiçoamento da capacidade gerencial e operacional dos gestores do SUS, em especial, para a reorganização das atividades de Controle, regulação e avaliação assistencial.

Art. 3º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

RENILSON REHEM DE SOUZA

Secretário

ANEXO

CONTROLE, REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO

INTRODUÇÃO

Um dos maiores desafios do Sistema Único de Saúde na atualidade consiste no desenvolvimento e aperfeiçoamento de instrumentos de gestão que concorram para a concretização das diretrizes emanadas da Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS – NOAS 01/2002, aprovada pela Portaria GM/MS/Nº. 373, de 27/02/2002.

Cabe ao Ministério da Saúde o papel fundamental de instrumentalizar Estados e Municípios para a organização dos sistemas funcionais de saúde que garantam o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução dos seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis e reorganizando a assistência de modo a favorecer a mudança do perfil de saúde da população brasileira.

Ao reafirmar a regionalização como base para a configuração dos sistemas hierarquizados de serviços de saúde e como estratégia para a equidade, a NOAS 01/2002 busca se apoiar sobre dois aspectos fundamentais: o fortalecimento do comando único do gestor do SUS sobre os prestadores de serviços e o incremento das funções de gestão frente aos novos desafios.

A NOAS 01/2002 dispõe, no seu Capítulo II.3 como premissa básica que “as funções de controle, regulação e avaliação devem ser coerentes com os processos de planejamento, programação e alocação de recursos em saúde, tendo em vista sua importância para a revisão de prioridades e diretrizes, contribuindo para o alcance de melhores resultados em termos de impacto na saúde da população”.

Ainda segundo a NOAS 01/2002,... “o fortalecimento das funções de controle, regulação e avaliação dos gestores do SUS deve se dar, principalmente atuando na relação com os prestadores de serviços; na qualidade da assistência, na aferição do grau de satisfação dos usuários e ainda na capacidade de obter resultados que traduzam de forma clara e precisa, o impacto sobre a saúde da população”.

Para garantir o alcance destes objetivos, a Secretaria de Assistência à Saúde está se empenhando na criação de instrumentos que, de um lado, lhe permitam conhecer a realidade das atuais estruturas e o funcionamento dos serviços estaduais de controle, regulação e avaliação e em sistemas piloto, a realidade de municípios em gestão Plena do Sistema de Saúde, para efetivamente promover cooperação técnica para sua melhor organização e implementação.

Por outro lado, vem fomentando a discussão, entre os gestores, das atribuições e responsabilidades que competem a cada esfera de Governo no controle, regulação e avaliação do Sistema Único de Saúde, com vistas à definição clara e objetiva do papel que deve caber a cada uma dessas instâncias. Objetiva, portanto, evitar a superposição de atividades entre os gestores, ou em alguns casos a inexistência delas.

Ao destacar as diretrizes fundamentais para a organização das funções de controle, regulação e avaliação, o presente documento pretende também homogeneizar seu entendimento e sensibilizar os diversos atores do SUS sobre a importância das mesmas para o fortalecimento da gestão, na medida em que ampliam o seu campo de domínio sobre os fatores que determinam o acesso dos cidadãos aos serviços segundo os preceitos da equidade, entendida sob critério das necessidades de saúde ou das necessidades sociais e econômicas.

1 – CONSIDERAÇÕES SOBRE A SITUAÇÃO ATUAL

O Sistema Único de Saúde / SUS, definido na Constituição Federal de 1988 e nas Leis Orgânicas da Saúde – 8080/90 e 8142, tem como uma das diretrizes fundamentais a descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo, com ênfase na descentralização das ações e dos serviços de saúde para os municípios, alterando substancialmente o papel historicamente desempenhado pelos Estados e pela União.

Os mecanismos para que isso ocorra, de forma satisfatória, se fundamentam em um sistema de planejamento, controle, regulação, avaliação e auditoria integradas tanto entre os três níveis de governo quanto em cada um dos níveis. Somente esta integração pode garantir o direcionamento e condução do SUS, nos moldes politicamente definidos na Constituição Brasileira. Contudo a implementação dessas atividades no SUS tem suscitado questionamentos, considerando os tipos, alcances e a divisão dessas tarefas entre as estruturas organizacionais de cada gestor e entre as três esferas governamentais e demais instituições envolvidas.

Ao longo dos últimos anos, o Ministério da Saúde transferiu, às Secretarias Estaduais de Saúde – SES e às Secretarias Municipais de Saúde – SMS, a quase totalidade de seus hospitais e unidades ambulatoriais. A maioria das SES transferiu as SMS grande parcela de suas unidades assistenciais, principalmente as de atenção básica e de média complexidade. A execução das ações e serviços de Saúde, bem como a contratação, o controle, a avaliação e auditoria dos serviços foram transferidas do MS para as SES e destas, progressivamente, para as SMS.

O movimento de adesão das SES e especialmente, das SMS às responsabilidades de gestão dos sistemas locais-regionais foi fortemente impulsionado pelo advento da NOB/SUS 01/96, que propiciou um rápido avanço da descentralização, ampliando os repasses de recursos “fundo a fundo”, abrangendo hoje 99% dos municípios enquadrados em algum tipo de habilitação.

Em que pesem os avanços mencionados, no exercício das funções próprias das SES e SMS predomina, ainda, a concentração das atenções e esforços dos dirigentes e técnicos destes órgãos na gerência e manutenção de suas unidades próprias, sem que isso seja direcionado para a articulação e organização dos sistemas de saúde regionalizados e hierarquizados.

As práticas, estruturas e instrumentos de controle regulação e avaliação das ações de saúde, predominantes no país, bem como as esparsas experiências de regulação do acesso à assistência ainda refletem a forma e ações consubstanciadas ao longo desse século, seja no que tange ao seu alto grau de centralização, verticalização das ações, decisões e normatização centrais e pela dualidade advinda de diferentes culturas institucionais e de mando que caracterizaram a fragmentação da ação do Estado no sentido de promover a saúde da população.

Essa situação é, em geral, evidenciada de um lado, pelos métodos utilizados de planejamento normativo, de administração paramétrica e de controle e avaliação contábil-financeira e de outro lado, pelos métodos de organização dos serviços e de avaliação a partir de programas verticais de saúde pública.

A avaliação é, em especial, parte fundamental no planejamento e gestão do sistema de saúde. Um sistema de avaliação efetivo pode reordenar a execução das ações e serviços, redimensionando-os de forma a contemplar as necessidades de seu público, dando maior racionalidade ao uso dos recursos. No entanto, a avaliação é uma das atividades menos praticadas. Vários fatores têm contribuído para isso, desde a falta de recursos financeiros para estas ações, até dificuldades metodológicas, insuficiência e capacitação de recursos humanos para as atividades e, por vezes, ausência de vontade política dos dirigentes na abordagem deste problema.

2 – ORGANIZAÇÃO DO CONTROLE, REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO.

2.1 – MODELO PROPOSTO

Pela Lei 8080/90 o controle, avaliação e fiscalização das ações e serviços de saúde são competência comum dos gestores Federal, Estaduais e Municipais, cabendo a cada um a definição de suas instâncias e mecanismos próprios de atuação, dentro de seus limites político-administrativos.

Entre as competências comuns dos três níveis de governo a lei define a elaboração de normas para regular as atividades dos serviços privados de saúde, tendo em vista sua relevância pública; e atribui ao Gestor Federal do SUS, a competência para normatizar a regulação das relações entre o SUS e os serviços privados contratados de assistência à saúde.

Como cada instância governamental tem papel diferenciado no SUS, a lei define ainda competências específicas de controle, avaliação e fiscalização das ações e serviços de saúde para cada gestor. A Lei 8142/90 atribui aos Conselhos de Saúde, em cada esfera governamental, o poder deliberativo sobre a formulação de estratégias e o controle da execução da política de saúde em seu âmbito, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

A descentralização das funções de execução e, portanto, de controle, regulação e avaliação impõe aos gestores a superação de métodos e se referenciam principalmente ao controle de faturas (revisão) e instrumentos de avaliação com enfoque estrutural (vistorias) e do processo (procedimentos médicos); supervalorizados em detrimento do enfoque da avaliação dos resultados e da satisfação dos usuários.

Sem subestimar a importância desses instrumentos, que devem continuar a ser usados, a construção do SUS implica em mudanças estruturais e de postura gerencial, com elaboração e desenvolvimento de novos métodos e instrumentos.

Segundo definição emanada da NOAS 01/2002, o Controle e Avaliação a serem exercidos pelos gestores do SUS compreendem o “conhecimento global dos estabelecimentos de saúde localizados em seu território, o cadastramento de serviços, a condução de processos de compra e contratualização de serviços de acordo com as necessidades identificadas e legislação específica, o acompanhamento do faturamento, quantidade e qualidade dos serviços prestados, entre outras atribuições”.

Seu fortalecimento deve se dar principalmente em quatro dimensões:

- a) avaliação da organização do sistema e modelo de gestão;

- b) relação com os prestadores de serviços;
- c) qualidade da assistência e satisfação dos usuários;
- d) resultados e impacto sobre a saúde da população.”

Já o escopo da Regulação é entendido na NOAS 01/2002 como “a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada às necessidades do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada...”

É importante ainda considerar as etapas que precedem as ações de controle, regulação e avaliação, pelas áreas respectivas dos gestores do SUS: o conhecimento das Agendas nacional, estadual e municipal de Saúde, bem como dos Planos de Saúde aprovados pelos Conselhos de Saúde; o Plano Diretor de Regionalização e de Investimentos; a Programação Pactuada e Integrada; os Pactos da Atenção Básica; os Termos de Garantia de Acesso e de Compromisso entre os Entes Públicos existentes no território e outros. Estes são instrumentos norteadores das ações do gestor e base para o acompanhamento e fiscalização da implementação das políticas do setor pelo Conselho de saúde e instâncias formais de controle, regulação e avaliação.

2.2 – ATRIBUIÇÕES DO CONTROLE, REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO

As ações atribuídas ao **CONTROLE ASSISTENCIAL** compreendem:

- ? Cadastramento dos serviços e dos usuários deve ser fidedigno, completo e atualizado permanentemente, de forma a constituir base segura para o processo de programação e organização da assistência;
- ? O processo de compra de serviços à rede privada complementar, quando a rede pública oferecer atendimento insuficientemente, deverá obedecer aos preceitos da legislação e normas que orientam a administração pública;
- ? A autorização das internações e dos procedimentos especializados e de alta complexidade: os fluxos devem facilitar o acesso dos usuários sem prejuízo do monitoramento adequado da produção e faturamento dos serviços;
- ? Desenvolver mecanismos de controle da regularidade dos pagamentos efetuados aos prestadores de serviços de saúde;
- ? Aplicação de portarias e normas técnicas e operacionais do Sistema Único de Saúde;
- ? Controle e acompanhamento da relação entre programação / produção / faturamento: o gestor público deve ser dotado de instrumentos que lhe permitam acompanhar os prestadores na execução dos recursos programados;
- ? Controle do acesso assistencial.

A **REGULAÇÃO ASSISTENCIAL**, como uma das funções de fortalecimento da capacidade de gestão, institui ao poder público o desenvolvimento de sua capacidade sistemática em responder às demandas de saúde em seus diversos níveis e etapas do processo de assistência, de forma a integrá-la às necessidades sociais e coletivas.

Neste sentido, o processo regulatório – ao atuar no sentido de intervir positivamente sobre o acesso dos cidadãos aos serviços – atua também sobre a oferta dos mesmos, exercendo o controle sobre os prestadores de serviços, seja para dilatar ou remanejar a oferta programada para que seja cumprida a sua função.

Deste modo, a regulação da assistência tem como objetivo principal promover a equidade do acesso, garantindo a integralidade da assistência e permitindo ajustar a oferta assistencial disponível às necessidades imediatas do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e racional, pressupondo:

- ? A realização prévia, pelo gestor, de um processo de avaliação das necessidades de saúde e de planejamento / programação, que considere aspectos epidemiológicos, os recursos assistenciais disponíveis e condições de acesso às unidades de referência;
 - ? A definição da estratégia de regionalização que explicita a inserção das diversas Unidades na Rede Assistencial e responsabilização dos vários municípios, na Rede Regionalizada e Hierarquizada;
 - ? A definição das interfaces da estratégia da regulação assistencial com o processo de planejamento, programação e outros instrumentos de controle e avaliação;
 - ? A delegação, pelo gestor competente, de autoridade sanitária ao médico regulador, quando se fizer necessário, para que exerça a responsabilidade sobre a regulação da assistência, instrumentalizada por protocolos clínicos.
- Como objetivos específicos destaca-se:
- ? Organizar e garantir o acesso dos usuários às ações e serviços do sistema único de saúde em tempo oportuno;
 - ? Oferecer a melhor alternativa assistencial disponível para as demandas dos usuários, considerando a disponibilidade assistencial do momento;
 - ? Otimizar a utilização dos recursos disponíveis;
 - ? Subsidiar o processo de controle e avaliação;
 - ? Subsidiar o processo da Programação Pactuada e Integrada.

A **AVALIAÇÃO** dos resultados das ações e serviços de saúde prestados deve ser sistematicamente realizada pelo gestor respectivo, criando mecanismos que garantam a participação da população na avaliação do sistema, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados.

As ações atribuídas à avaliação compreendem:

- ? Avaliação da relação entre programação / produção / faturamento: o gestor público deve ser dotado de instrumentos que lhe permitam acompanhar os prestadores na execução dos recursos programados;
- ? Avaliação de qualidade e satisfação dos usuários do sistema: deve-se buscar a implementação de indicadores objetivos, baseados em critérios técnicos, mas incluir a avaliação dos usuários quanto a acessibilidades, resolubilidade e qualidade dos serviços;
- ? Avaliação de resultados e impacto das ações e serviços no perfil epidemiológico da população: deve envolver o acompanhamento dos resultados alcançados em função dos objetivos, indicadores e metas apontados no plano de saúde.

2.3 – O CONTROLE, REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO E AS RESPONSABILIDADES DOS TRÊS NÍVEIS DE GOVERNO.

Ao Gestor Federal caberá acompanhar, controlar, regular e avaliar o Sistema Nacional de Saúde, incluindo a execução das ações e serviços de saúde no território nacional, respeitadas as competências estaduais e municipais.

O Gestor Federal do SUS tem, entre suas competências, a de prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, Distrito Federal e Municípios para o aperfeiçoamento de sua atuação institucional.

Ao Gestor Estadual caberá acompanhar, controlar, regular e avaliar o Sistema Estadual de Saúde e a execução das ações e serviços de saúde prestados em seu território, respeitadas as competências municipais.

O Gestor Estadual tem, entre suas competências, a de prestar apoio técnico e financeiro aos municípios e acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do SUS.

Ao Gestor Municipal caberá controlar, regular e avaliar a qualidade, eficiência e eficácia dos serviços públicos e privados existentes em seu território, na garantia do atendimento de qualidade à população.

Para o controle, regulação e avaliação adequados às novas atribuições, advindas principalmente da descentralização da execução das ações e serviços de saúde para a gestão municipal, o método de trabalho dos gestores Federal e Estaduais, ao avaliar os Sistemas de Saúde, deve ser, primordialmente, baseado em parâmetros e indicadores, adequados às realidades locais.

Ao Gestor Municipal, além da avaliação através desses instrumentos, caberá também efetuar o controle permanente, direto e sistemático sobre a execução das ações e serviços de saúde à população que estejam sob sua gestão.

A NOAS 01/2002, ao definir o mando único como elemento que promove a indissolubilidade das funções de gestão, traz como consequência na organização destas funções que:

? Nos municípios habilitados na Gestão Plena do Sistema Municipal, as funções de Planejamento, Controle, Regulação e Avaliação sobre o sistema – como um todo – são de competência do gestor municipal;

? Nos municípios habilitados na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, ou que não tenham se habilitados pela NOAS 2002, as funções de planejamento, controle regulação e avaliação sobre os níveis assistenciais acima da atenção básica são de competência do gestor estadual;

? (Conforme acordos nas Comissões Bipartites Estaduais, possuindo o município estrutura para tanto, pode este assumir a responsabilidade pelos sistemas autorizativos da assistência hospitalar e ambulatorial, sendo então, responsável, solidariamente com o gestor estadual, pelo controle, avaliação e regulação dessas ações e serviços).

Portanto, em regra geral, enquanto existirem municípios ainda não habilitados na gestão plena do Sistema, com comando único sobre todas as ações e serviços existentes em seu território, os gestores Estaduais convivem com duas situações e sobre elas atuam:

? Controle, Regulação e Avaliação dos Sistemas Estadual de Saúde, onde se inclui a avaliação da gestão municipal em saúde;

? Controle, Regulação e avaliação da execução de ações e serviços de média e alta complexidade, onde cabe ainda ao Estado a gestão sobre estes serviços.

O quadro a seguir apresenta, atribuições e responsabilidades, dos gestores do SUS das três instâncias de governo no tocante ao Controle, Regulação e Avaliação assistencial do SUS. Tais atividades foram discutidas e pactuadas com CONASS e CONASEMS.

ORDEM	ATRIBUIÇÕES	GESTORES			
		FEDERAL	ESTADUAL	MUNICIPAL GESTÃO	
				PLENA	BÁSICA
001	Estruturar o Serviço de Controle e Avaliação				
	Dotando o serviço de Estrutura Administrativa, área física, Recursos Humanos e Equipamentos				
	Dispondo de acesso a linhas telefônicas e a INTERNET				
*	Mantendo Equipe multiprofissional capacitada constantemente				
	Mantendo o funcionamento regular do componente do Sistema de Auditoria				
	Estabelecendo Normas Nacionais de Controle Regulação e Avaliação Assistencial				
	Estabelecendo Normas complementares de Controle, e Avaliação e regulação Assistencial				
002	Coordenar, controlar, regular e avaliar o Sistema de Saúde no seu âmbito				
	Acompanhando e avaliando o cumprimento do Plano de Saúde, Agenda, Quadro de Metas				
	Contribuindo para a elaboração de Parâmetros Assistenciais				
	Avaliando o impacto das ações e serviço de saúde no perfil epidemiológico da população				
	Elegendo eventos sentinelas ou estratégicos para acompanhamento sistemático da assistência				
	Controlando e avaliando a organização e o desempenho das redes regionalizadas e hierarquizadas				
	Controlando e avaliando os sistemas de Alta Complexidade				
	Controlando a oferta de serviços assistenciais sob sua gestão de acordo com a PPI				

	Estabelecendo normas gerais de Tratamento Fora de Domicílio – TFD.				
	Normatizando complementarmente as regras para o TFD em seu âmbito				
	Controlando a execução dos tetos físicos financeiros da assistência				
	Participando da elaboração da PPI intermunicipal, regulando e controlando o cumprimento dos Termos garantia de Acesso.				
	Definindo fluxo de acesso e de autorização p/pacientes locais e referenciados conforme PPI.				
	Definindo fluxo de acesso e de autorização para pacientes locais				
	Instituindo rotinas de emissão de relatórios assistenciais com base nos aplicativos do DATASUS ou próprios				
	Acompanhando, avaliando e fornecendo dados para divulgação dos indicadores de Morbimortalidade.				
	Instrumentalizando com dados e informações as decisões das Comissões Intergestores e Conselhos de Saúde				
	Implantando sistemas de interlocução com a sociedade para avaliar a satisfação dos usuários.				
	Acompanhando o processo de apuração das denúncias demandadas pelo Sistema de Cartas aos usuários e outros.				
	Apurando as denúncias demandadas pelo Sistema de Cartas aos usuários e outros.				
	Participando da implantação do Cartão Nacional de Saúde.				
	Coordenando a operação dos sistemas Nacionais de Informações Assistenciais, prestando cooperação técnica aos gestores.				
	Operacionalizando os sistemas de informações assistenciais e seus subsistemas.				
	Mantendo os Sistemas de informações assistenciais e suas tabelas, efetuando revisões e atualizações.				
	Fornecendo subsídios para revisão e atualização das tabelas e sistemas de informação em saúde.				
	Controlando as estatísticas de atendimento da Rede (CIH e outros).				
	Assessorando os gestores na implantação de mecanismos de Regulação do Acesso à Assistência.				
	Implantando, acompanhando e operando as Centrais de Regulação do Acesso à Assistência.				
	Coordenando a elaboração de protocolos clínicos.				
	Participando da elaboração de protocolos clínicos em seu âmbito.				
	Avaliando o sistema de saúde com base em dados epidemiológicos, indicadores de resultados e parâmetros de cobertura, produtividade e qualidade.				
	Controlando e avaliando ações, métodos e instrumentos implementados pelos componentes Estaduais / Municipais de Controle e Avaliação, apoiando na capacitação técnica dessas equipes.				
	Elaborando Relatório de Gestão e avaliando “in loco” o desempenho da gestão do sistema e das Unidades.				
	Controlando os compromissos assumidos pelos gestores estaduais / municipais no processo de habilitação.				
	Coordenando o Cadastramento dos Estabelecimentos de Saúde e de usuários do SUS, no seu âmbito.				
	Assessorando os gestores no processo de contratação dos seus prestadores de serviços (Lei 8.666/93).				
	Instituindo instrumentos de acompanhamento da população referenciada nacionalmente, monitorando as listas de espera e a resolutividade do sistema.				
	Instituindo instrumentos de acompanhamento do atendimento a população própria e referenciada, monitorando as listas de espera, analisando a resolutividade do sistema.				
	Instituindo instrumentos de acompanhamento do atendimento a população própria, monitorando as listas de espera, analisando a resolutividade do sistema.				
003	Controlar, regular, avaliar a prestação de serviços sob sua gestão				
	Cadastrando os estabelecimentos de acordo com as normas nacionais e locais.				
	Mantendo a atualização do cadastro de estabelecimentos de saúde, de forma articulada com a vigilância sanitária.				
	Operacionalizando os sistemas de informações assistenciais e seus subsistemas.				
	Alimentando o banco de dados dos sistemas de informações assistenciais nas esferas superiores.				
	Controlando o cumprimento das metas físico-financeiras dos estabelecimentos				

	de saúde sob sua gestão.				
	Controlando a execução dos fluxos pactuados nos Termos de Compromisso de Garantia de Acesso.				
	Controlando o cumprimento dos Termos de Compromisso entre Entes Públicos.				
**	Dispondo de médico(s) formalmente designado(s) para autorização dos procedimentos regulados.				
	Controlando a regularidade do pagamento aos prestadores de serviços ao SUS.				
	Aplicando parâmetros nacionais e complementares para definir necessidades, contratações, controle e avaliação das ações e serviços de saúde.				
	Realizando vistorias para habilitação dos estabelecimentos de saúde na alta complexidade.				
	Habilitando nos Sistemas estabelecimentos para realização de procedimentos de alta complexidade.				
	Participando da elaboração de Plano Diretor Nacional de Investimentos em Alta Complexidade.				
	Implantando rotinas de avaliação dos resultados assistenciais				
	Avaliando a satisfação dos usuários com as ações e serviços do SUS.				

2.2.1 – Gestão do processo regulatório

A regulação sobre os serviços de saúde é realizada pelo responsável pela gestão desses serviços, reforçando o comando único. O município habilitado na gestão Plena do Sistema Municipal tem sob sua responsabilidade a regulação de todos os serviços localizados em seu território. Nos demais municípios é de responsabilidade do gestor estadual a regulação dos serviços de média e alta complexidade, salvo pactuações diferenciadas, efetuadas na Comissão Intergestores Bipartite.

A regulação das referências intermunicipais será subsidiada pelo processo de programação pactuada e integrada, sendo coordenada pelo gestor estadual, de forma a reforçar o papel do estado no cumprimento das metas pactuadas. O estado terá o papel de articular e integrar as centrais de regulação regionais e/ou micro regionais, monitorando os fluxos das referências intermunicipais, garantindo o acesso do usuário a melhor assistência possível.

Descrição das atividades do processo Regulatório

O processo regulatório assistencial abrange dois aspectos:

A regulação das referências intermunicipais e a regulação sobre os prestadores de serviços de saúde.

a) Regulação das Referências Intermunicipais – Papel do Estado

? Criar mecanismos para a identificação da procedência dos usuários dos serviços ambulatoriais, enquanto não estiver disponível o Cartão Nacional de Saúde, para permitir o acompanhamento da PPI, e das referências intermunicipais;

? Monitorar o cumprimento efetivo dos termos de compromisso para garantia de acesso, através de relatórios trimestrais com informações mensais a ser apresentado pelas SMS, acompanhando os fluxos das referências intermunicipais;

? Identificar pontos de desajuste sistemático entre a pactuação efetuada e a demanda efetiva dos usuários, realimentando a PPI.

? Intermediar o processo regulatório quando os fluxos pactuados no nível regional ou micro regional não forem suficientes para garantir o acesso do usuário aos serviços necessários, articulando com as centrais de regulação regionais ou micro regionais intervindo para que haja disponibilização de vagas para o usuário no local mais próximo de sua residência;

? Intervir quando não houver pactuação prévia na PPI entre os municípios, em demandas específicas, verificando em qual central municipal existe vaga disponível referenciando para aquela central a demanda;

? Prestar apoio técnico aos municípios na elaboração dos seus planos municipais de controle, regulação e avaliação;

? Intermediar acordos entre municípios em relação às condições estabelecidas para o referenciamento de usuários.

b) Referências Intermunicipais: Papel do Município

? Criar mecanismos para a identificação da procedência dos usuários dos serviços ambulatoriais, enquanto não estiver disponível o Cartão Nacional de Saúde, para permitir o acompanhamento da PPI, e das referências intermunicipais;

? Identificar pontos de desajuste sistemático entre a pactuação efetuada e a demanda efetiva de usuários, realimentando a PPI;

? Apresentar ao Estado e instâncias gestoras, relatórios sobre os atendimentos efetuados aos demais municípios;

? Efetuar a interlocução com o estado quando os fluxos pactuados no nível regional ou micro regional não forem suficientes para garantir o acesso do usuário aos serviços em seu território, articulando com as centrais de regulação estadual para que haja disponibilização de vagas para o usuário no local mais próximo de sua residência.

c) Pré Requisitos de Controle e Avaliação para a Regulação sobre os prestadores de serviços sob gestão estadual ou municipal

? As atualizações constantes dos cadastros dos estabelecimentos de saúde da área a ser regulada (CNES) são instrumentos imprescindíveis para a regulação assistencial;

? A programação assistencial consubstanciada nas fichas de programação orçamentária (FPO) dos Estabelecimentos de Saúde é de fundamental importância para adequar a oferta de serviços às necessidades dos usuários;

? O processo autorizativo de AIH e APAC é um requisito obrigatório de regulação do gestor;

? A contratação dos prestadores de serviços privados, ao prever regras claras de obrigações e deveres entre as partes e a subordinação dos prestadores às definições emanadas do gestor disponibilização de leitos e agendas dos profissionais às centrais de regulação, é um outro componente que contribui para o incremento da regulação do gestor.

3 – IMPLEMENTAÇÃO DO CONTROLE, REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO:

Segundo a NOAS 01/2002 constitui pré-requisito para habilitação dos municípios e estados a elaboração de um Plano de Controle, Regulação e Avaliação.

Os Planos de Controle, Regulação e Avaliação deverão identificar a estrutura existente e a necessária para o pleno desempenho de suas atividades, definindo etapas para sua implantação, de forma a ampliar progressivamente sua capacidade gestora. A estrutura necessária compreende os recursos humanos, materiais e tecnológicos. Cabe aos gestores identificarem suas necessidades prioritárias, dentro de suas especificidades locais-regionais, decidindo o que, quando e como controlar, regular e avaliar.

3.1 – Planos Estaduais de Controle, Regulação e Avaliação

Cada unidade federada e o Distrito Federal deverão elaborar e submeter à Comissão Intergestores Bipartite um Plano Estadual de Controle, Regulação e Avaliação. Este plano consiste no detalhamento do conjunto de estratégias e instrumentos a serem empregados no âmbito de cada estado para implementar as atividades que lhe são afetas. O cronograma de execução deverá prever as etapas para o pleno desenvolvimento da capacidade gestora do Estado nesta área.

O Plano Estadual de Controle, Regulação e Avaliação deverá incorporar o desenho da regionalização do estado definido no PDR, integrando níveis crescentes de resolutividade assistencial, procurando atender às necessidades do usuário o mais próximo possível de sua residência.

3.2 – Planos Municipais de Controle, Regulação e Avaliação

Em todos os municípios, independentemente do nível de gestão, em que estiverem habilitados, deverão ser desenvolvidas atividades de Controle, Regulação e Avaliação. O que varia são os instrumentos mais adequados a serem empregados e o tempo para a implementação das atividades, os quais deverão ser dimensionados a partir do papel do município no sistema estadual e de seu grau de densidade populacional, assistencial e tecnológica.

Os mecanismos de controle, regulação e avaliação de um município em GPSM deverão assegurar ao gestor o controle efetivo dos recursos assistenciais disponíveis ao SUS, garantindo comando único e gestão sobre todos os prestadores em seu território.

4 – INSTRUMENTOS DE CONTROLE, REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO

Enquanto alguns instrumentos são úteis ao desempenho de mais de uma das funções – controle, regulação ou avaliação – outros são mais específicos, cabendo ao Ministério da Saúde promover apoio e estímulos à cooperação técnica para sua implementação nos estados e municípios.

? Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES

Banco Nacional de Dados, comportando informações cadastrais atualizadas dos Estabelecimentos de Saúde no país, base para a programação, regulação, controle e avaliação assistencial.

? Cartão Nacional de Saúde

Sistema informatizado de base nacional que possibilita a vinculação dos procedimentos realizados pelo Sistema Único de Saúde - SUS ao usuário, ao profissional que o realizou e também à unidade saúde. O sistema é constituído pelo Cartão do Usuário com um número único de identificação em âmbito nacional (Em implantação no país).

? Centrais de Regulação

As Centrais de Regulação consistem em estruturas de operacionalização da Regulação do acesso assistencial, incluindo marcação de consultas, exames, internação atendimento pré-hospitalar, urgência e emergência, gestante de alto risco, etc.

Seu aporte físico, tecnológico, estrutural e logístico dependerá, entre outros, de sua área de abrangência, de suas unidades de trabalho, da densidade das áreas assistenciais associadas e de sua interface com processos de gestão do SUS, em especial na área de controle e avaliação.

Para operacionalização das Centrais de Regulação poderá ser utilizado o SISREG – Sistema de Informação da Regulação – ou outros instrumentos congêneres.

As Centrais de Regulação poderão abarcar, portanto, um ou mais dos instrumentos abaixo descritos, dependendo de sua complexidade.

? Protocolos Clínicos

Visam garantir a alocação do recursos terapêutico e propedêutico mais adequado a cada situação clínica considerada. Deverão ser empregados para padronizar o uso de recursos terapêuticos e propedêuticos estratégicos, seja pelo alto custo, disponibilidade inferior à demanda ou pela importância para a qualidade da assistência.

Os protocolos devem ser elaborados a partir das colaborações da comunidade acadêmica, do corpo técnico do Ministério da Saúde, das secretarias estaduais e municipais, dos conselhos profissionais, da análise de experiências de outros países, dentre outras fontes.

? Protocolos Operacionais

Os gestores estaduais e municipais utilizarão os protocolos como referências, a partir das quais os gestores farão as adequações às situações específicas, em termos de prioridades, recursos disponíveis, quadro epidemiológico, etc.

Os protocolos deverão ser pactuados entre os gestores, formalizados e implementados nas unidades de saúde e nas comissões autorizadoras.

? Centrais de marcação de consultas e exames

Forma organizativa de encaminhamento de pacientes para consultas e exames, garantindo o atendimento, o acompanhamento da PPI e das referências.

? **Centrais de leitos**

Forma organizativa de garantir a internação do usuário, e de acompanhar a PPI e as referências.

? **Comissões autorizadoras / médicos autorizadores**

Organiza os processos autorizativos dos procedimentos especializados, de alta complexidade e de internações que exigem uma análise clínica mais detalhada, subsidiada, quando necessário, por protocolos clínicos definidos.

? **Indicadores e Parâmetros assistenciais de cobertura e produtividade**

Padrões e medidas norteadoras do Planejamento, Programação, Controle, regulação e Avaliação Assistencial, adequados à realidade local e definidos pelo gestor com base em parâmetros Nacionais / Estaduais / Municipais.

? **Manuais dos Sistemas de Informações Hospitalares e Informações Ambulatoriais – SIH e SIA.**

? **Manuais de orientação disponibilizados** aos gestores no site do Ministério da Saúde

www.saude.gov.br/mweb/homesas.htm, imprescindíveis para o conhecimento das comissões autorizativas / médicos autorizadores dos gestores.

? **Mecanismos de acompanhamento da PPI e da Programação dos Estabelecimentos**

Nos planos de Controle Regulação e avaliação deverão estar previstos mecanismos que permitam confrontar o executado com o programado, através de análise da suficiência dos procedimentos ofertados e da alocação de recursos, realimentando o processo da programação pactuada.

? **Portarias Técnicas**

Normatizações oriundas dos Gestores do SUS versando sobre as áreas assistenciais, as quais determinam condutas, procedimentos, estruturas, processos, etc a serem seguidos no âmbito da gestão do Sistema Único de Saúde.

? **Sistemas de Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS**

Sistema que padroniza informações de receitas e gastos em saúde das três esferas de governo, disponível no site do Ministério da Saúde www.datasus.gov.br (produtos e serviços) e importante para o conhecimento das áreas de controle e avaliação do SUS. Visa aperfeiçoar as políticas de financiamento e propiciar a elaboração de indicadores que reflitam a eficácia e eficiência dos gastos públicos em saúde.

? **Instrumentos de avaliação da qualidade assistencial e da satisfação dos usuários:**

Instrumentos que propiciam a avaliação da qualidade da assistência e da satisfação dos usuários do SUS, os quais vem sendo operacionalizados por Estados e Municípios, somando-se aos seus próprios instrumentos. Devem ser apropriados pelos componentes municipais / estaduais de Controle, Regulação e Avaliação.

? **Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH.**

? **Sistema de apuração de Cartas aos usuários.**

? **Disque Denúncia.**

? **Outros.**

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 necessitem 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 autorização, 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 JULHO 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					