

SÉRIE
PACTOS
PELA SAÚDE
2006
VOLUME 6

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Diretrizes para Implantação de Complexos Reguladores



Brasília - DF

*MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Regulação, Avaliação e
Controle de Sistemas*

Diretrizes para a Implantação de Complexos Reguladores

2ª edição

*Série A. Normas e Manuais Técnicos
Série Pactos pela Saúde 2006, v. 6*



*Brasília – DF
2010*

© 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>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página:

<http://www.saude.gov.br/editora>

Série A. Normas e Manuais Técnicos

Série Pactos pela Saúde 2006, v. 6

Tiragem: 2ª edição – 2010 – 500 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Regulação, controle e Avaliação de Sistemas

Coordenação-Geral de Regulação e Avaliação

Setor de Autarquias Federais Sul- Edifício Premium – Anexo II – 3º andar – sala 305

CEP: 70070-600

Tels.: (61) 3306-8472/3306-8415

Fax: (61) 3306-8413

E-mail: cgra@saude.gov.br

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

Coordenação:

Claudio Lucio Brasil da Cunha

Colaboração – 1ª edição:

Ana Paula Moreira Nardelli

Antonio Carlos Onofre de Lira

Cintia Sampaio Cristo

Cláudio Lucio Brasil da Cunha

Claunara Schilling Mendonça

Francisco Torres Troccoli

João Marcelo Barreto Silva

Maria de Lourdes Souza Ornelas

Miriam Vieira

Revisão – 2ª edição:

Donizetti José de Almeida Júnior

João Marcelo Barreto Silva

Leonardo Dutra Lemos

Maria Dolores Gamarski

Miriam Vieira

Equipe Técnica – CGRA:

Ana Angélica Caires Ribeiro

Ana Paula Almeida dos Santos

Ayssa Alves

Donizetti José de Almeida Junior

Jaqueline Silva Sousa

João Marcelo Barreto Silva

Leonardo Dutra de Lemos

Leuza Leocádia de Oliveira

Lucivan Correa Bernardo

Luzicleia Carolina de Moura e Silva

Maria de Fátima Teixeira dos Reis

Maria de Lourdes Souza Ornelas

Miriam Vieira

Raquel Alves Lopes

Sabrina Mosca Silva

Apoio Financeiro:

Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS

Editora MS

Coordenação de Gestão Editorial

SIA, trecho 4, lotes 540/610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Tels.: (61) 3233-1774 / 2020

Fax: (61) 3233-9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

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

Equipe editorial:

Normalização: Delano de Aquino Silva

Revisão: Mara Soares Pamplona e Khamila Silva

Diagramação: Renato Carvalho

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas.

Diretrizes para a implantação de complexos reguladores / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento

de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. – 2.ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010.

56 p. : Il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde 2006 ; v. 6)

ISBN

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

CDU 614.2

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2010/0538

Titulos para indexação:

Em inglês: Directives for the Implantation of Regulating Complexes

Em espanhol: Directrices para la Implantación de Complejos Reguladores

Sumário

5	APRESENTAÇÃO
7	1 INTRODUÇÃO
11	2 A POLÍTICA NACIONAL DE REGULAÇÃO
17	3 O COMPLEXO REGULADOR
21	3.1 A Ação Regulatória
22	3.2 A Autorização de Procedimentos
24	3.3 Os Recursos Humanos
25	3.4 A Infraestrutura
27	3.5 Sistema de Regulação
30	3.6 Fluxo do Complexo Regulador – SISREG
31	3.7 Módulos e Funcionalidades do Sistema Nacional de Regulação – SISREG
33	REFERÊNCIAS
37	Anexo A – Regras de Cálculo para o Dimensionamento de Complexos Reguladores
38	Anexo B – Orientações para Elaboração do Projeto de Implantação de Complexos Reguladores
41	Anexo C – Portaria da Política Nacional de Regulação
50	Anexo D – Portaria da CNRAC

Apresentação

Atualmente estamos vivendo um novo momento em relação ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) mediante a implantação do processo de regulação estabelecido na Portaria MS/GM nº 1.559, de 1º de agosto de 2008, que instituiu a Política Nacional de Regulação do SUS.

A implantação da regulação, principalmente a regulação do acesso, que permite ao gestor atuar sobre a organização dos serviços de acordo com a necessidade dos usuários é o grande desafio na busca da integralidade e equidade da assistência disponibilizada à população brasileira.

O processo de implantação da regulação estabelece que as equipes das secretarias estaduais e municipais de saúde se estruturarem nas interfaces da Regulação com o Controle, a Avaliação e a Auditoria para que estas definam seus espaços de trabalho mensurando o impacto de suas ações na realidade sanitária da população, e que as informações geradas sejam efetivamente utilizadas pelos responsáveis pela programação, planejamento e alocação de recursos em saúde.

Essa regulação é efetivada por meio dos Complexos Reguladores, que são estruturas constituídas por centrais de regulação e uma rede de unidades de saúde organizadas por nível de complexidade a partir da atenção primária.

Esta é a segunda edição do volume 6 da série ***Pactos pela Saúde*** elaborado a partir da publicação da Portaria MS/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga as diretrizes operacionais do Pacto em seus três componentes: Pacto Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

Este manual tem por finalidade subsidiar os gestores na conformação do processo de regulação apresentando preceitos conceituais, bem como estratégias voltadas para a regulação do acesso a ser efetivada por intermédio da estruturação e implantação dos Complexos Reguladores.

Secretaria de Atenção à Saúde

1 Introdução

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

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

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

A organização das redes de serviços de saúde e o planejamento das ações, na maioria das vezes, ocorrem de forma fragmentada ou parcial, o que dificulta o estabelecimento de referências pactuadas, refletindo em nítidas barreiras físicas e burocráticas ao acesso da população às ações e aos 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. A responsabilização pactuada da gestão pública da saúde delimitada por níveis de competência e complexidade da rede de serviços levou à necessidade do estabelecimento de fluxos de referência e contrarreferência, segundo os Planos Diretores de Regionalização (PDR).

O Pacto de Gestão do Pacto pela Saúde amplia a visão da regionalização para além da assistência, evidencia a conformação de sistemas regionais que deem conta da organização da saúde integral em seus diversos componentes, orientando a descentralização das ações e dos serviços e potencializando os processos de pactuação e negociação entre gestores.

O avanço da regionalização exige a conformação dos desenhos regionais, estabelecendo os Colegiados de Gestão Regional (CGR) como instância de cogestão. Entende-se cogestão como um modo de gestão compartilhada entre os gestores do SUS com atribuições, compromissos e deveres, viabilizando mecanismos permanentes de interação e integração das redes de atenção.

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 que os pactos sejam efetivamente cumpridos e revistos de acordo com a necessidade e a capacidade física instalada.

A Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008, instituiu a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde a ser implantada em todas as Unidades Federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão, como instrumento que possibilite a plenitude das responsabilidades sanitárias assumidas pelas esferas de governo.

Em seu Art. 2º, a portaria organiza a Política Nacional de Regulação do SUS em três dimensões de atuação, necessariamente integradas entre si:

- I – Regulação de Sistemas de Saúde.
- II – Regulação da Atenção à Saúde.
- III – Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial.

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 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.

As ações sintetizadas na Política Nacional de Regulação foram construídas em parceria com o Conselho Nacional de Secretários Esta-

duais de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) a partir do ***Pacto pela Saúde***.

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 e de organizar a relação entre a oferta e a demanda, qualificando o acesso da população aos serviços de saúde no SUS.

Este Manual de Diretrizes para Implantação de Complexos Reguladores foi desenvolvido no intuito de auxiliar os gestores estaduais, municipais e do Distrito Federal na conformação dos seus processos de regulação do acesso, que deverão ser estabelecidos pelos complexos reguladores e suas unidades operacionais.

2 A Política Nacional de Regulação

A Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde regulamentada pela Portaria MS/GM nº 1.559, de 1º de agosto de 2008, estabelece ações organizadas em três dimensões de atuação necessariamente integradas entre si:

Regulação de Sistemas de Saúde: tem como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas, contemplando as seguintes ações:

- I – Elaboração de decretos, normas e portarias que dizem respeito às funções de gestão.
- II – Planejamento, Financiamento e Fiscalização de Sistemas de Saúde.
- III – Controle Social e Ouvidoria em Saúde.
- IV – Vigilância Sanitária e Epidemiológica.
- V – Regulação da Saúde Suplementar.
- VI – Auditoria Assistencial ou Clínica.
- VII – Avaliação e Incorporação de Tecnologias em Saúde.

Regulação da Atenção à Saúde: exercida pelas secretarias estaduais e municipais de saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde. Tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população. O seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo estratégias e macrodiretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde.

É efetivada pela contratação de serviços de saúde, controle e avaliação de serviços da produção assistencial, regulação do acesso à assistência e auditoria assistencial contemplando as seguintes ações:

- I – Cadastramento de estabelecimentos e profissionais de saúde no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).
- II – Cadastramento de usuários do SUS no sistema do Cartão Nacional de Saúde (CNS).
- III – Contratualização de serviços de saúde segundo as normas e políticas específicas deste Ministério.
- IV – Credenciamento/habilitação para a prestação de serviços de saúde.
- V – Elaboração e incorporação de protocolos de regulação que ordenam os fluxos assistenciais.
- VI – Supervisão e processamento da produção ambulatorial e hospitalar.
- VII – Programação Pactuada e Integrada (PPI).
- VIII – Avaliação analítica da produção.
- IX – Avaliação de desempenho dos serviços e da gestão e de satisfação dos usuários (PNASS).
- X – Avaliação das condições sanitárias dos estabelecimentos de saúde.
- XI – Avaliação dos indicadores epidemiológicos e das ações e serviços nos estabelecimentos de saúde.
- XII – Utilização de sistemas de informação que subsidiem os cadastros, a produção e a regulação do acesso.

Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos. É estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.

A Regulação do Acesso à Assistência efetivada pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, por meio de atendimentos às urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários. Contempla as seguintes ações:

- I – Regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências.
- II – Controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados.
- III – Padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais.
- IV – Instituição de referências entre estabelecimentos de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados.

A regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização e do desenho das redes.

O Ministério da Saúde para implantar/implementar a Regulação da Atenção à Saúde define três eixos estruturantes.

- 1. Recursos financeiros para a implantação 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 dos Complexos Reguladores

O financiamento refere-se à aquisição de equipamentos para informatização da rede, material permanente, ampliação e adequação de área física e capacitação de recursos humanos. Deverá ser utilizado estritamente para a operacionalização do Complexo Regulador e estabelecimentos de saúde ligados a este.

EIXO 2 – Instrumentos para implantação e operacionalização dos Complexos Reguladores

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

1. O Pacto pela Saúde no seu componente Pacto de Gestão que define a política norteadora do SUS.
2. Os contratos com os prestadores de serviços que expressam formalmente a oferta de serviços de saúde e sua coerência com as necessidades populacionais.
3. A política de cadastramento dos usuários do SUS – Cartão Nacional de Saúde – CNS.
4. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) para os estabelecimentos e profissionais.
5. O Plano Diretor de Regionalização (PDR) que configura claramente os espaços geográficos possuidores de identidade cultural, econômica, social, de redes de comunicação e infraestrutura de transporte compartilhados no mesmo território.
6. A Programação Pactuada e Integrada (PPI), que define e quantifica as ações de saúde e caracteriza os fluxos estabelecidos a partir dos pactos intergestores.
7. O Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS), que viabiliza um processo de avaliação periódica da assistência.
8. Os protocolos de fluxo que orientam a central em relação aos encaminhamentos entre os níveis de complexidade, promovendo mudanças no modelo de atenção à saúde vigente, definindo os limites resolutivos de cada um deles. E os protocolos clínicos, que tratam da forma de intervenção por patologia com perspectiva de padronização terapêutica.
9. O Sistema Nacional de Regulação (SISREG), que garante a auto-regulação das ações regulatórias por meio das transações **online**.

Outros instrumentos considerados de importância para a implantação da Política Nacional de Regulação são: O aplicativo Módulo Autorizador; a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS; o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA); e o Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado (SIHD).

EIXO 3 – Programa de capacitação permanente de recursos humanos

A capacitação pretende formar quadros estratégicos e gerenciais do SUS, promovendo competência e transparência para a área de regulação.

Uma das propostas de educação permanente é o Curso Básico de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria do SUS (CBRCAA) oferecido aos estados e municípios. O curso tem como objetivo principal a transformação das práticas nas áreas de regulação, controle, avaliação e auditoria, incorporando saberes e adequando as atuais necessidades da gestão do SUS.

O Ministério da Saúde também realiza capacitação dos técnicos das secretarias estaduais e municipais de saúde no uso da ferramenta informatizada de regulação (SISREG) na sede do MS e nos estados e municípios que solicitam a implantação deste sistema.

3 O Complexo Regulador

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

Uma estratégia para regular a oferta e a demanda em saúde é a constituição do Complexo Regulador que consiste na organização do conjunto de ações da Regulação do Acesso à Assistência, de maneira articulada e integrada para adequar a oferta de serviços de saúde à demanda que mais se aproxima das necessidades dos usuários do SUS.

A constituição do Complexo Regulador permite absorver todo o fluxo da assistência na atenção básica, na média e alta complexidade.

Algumas ações necessárias para implantar e/ou implementar o Complexo Regulador, garantindo a sua efetividade:

1. O Plano Diretor de Regionalização (PDR).
2. A Programação Pactuada e Integrada (PPI).
3. A definição de quantas e quais centrais de regulação compõem o Complexo Regulador.
4. A área de abrangência (território) e o escopo (procedimentos) de cada Central de Regulação.
5. O conhecimento dos recursos assistenciais disponíveis em sua área de abrangência.
6. A definição do fluxo de informações (estabelecimentos solicitantes, estabelecimentos executantes).
7. A definição das rotinas operacionais (horário de funcionamento, dias da semana, perfil dos profissionais, etc.).
8. A configuração das centrais que compõem o Complexo Regulador.
9. A capacitação permanente dos recursos humanos envolvidos no processo regulatório.

10. O referenciamento das demandas às esferas superiores quando os recursos pactuados no território abrangido pela central forem insuficientes.
11. O exercício da autoridade sanitária no ordenamento da disponibilidade dos recursos assistenciais existentes.
12. O fornecimento de informações quanto à utilização dos recursos físicos e financeiros próprios e pactuados.
13. A identificação de pontos de estrangulamento existentes na rede de atenção à saúde.
14. A identificação da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do usuário, fundamentada nos protocolos.
15. A disponibilização de informações para o acompanhamento da Programação Pactuada e Integrada (PPI).

O Complexo Regulador é a estrutura que operacionaliza as ações da regulação do acesso, podendo ter abrangência e estrutura pactuadas entre gestores, conforme os seguintes modelos:

- I – Complexo Regulador Estadual: gestão e gerência da Secretaria de Estado da Saúde, regulando o acesso aos estabelecimentos de saúde sob gestão estadual e a referência interestadual e intermediando o acesso da população referenciada aos estabelecimentos de saúde sob gestão municipal, no âmbito do estado.
- II – Complexo Regulador Regional
 - a) Gestão e gerência da Secretaria de Estado da Saúde, regulando o acesso aos estabelecimentos de saúde sob gestão estadual e intermediando o acesso da população referenciada aos estabelecimentos de saúde sob gestão municipal, no âmbito da região, e a referência inter-regional, no âmbito do estado.
 - b) Gestão e gerência compartilhada entre a Secretaria de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde que compõem a região, regulando o acesso da população própria e referenciada aos estabelecimentos de saúde sob gestão estadual e municipal, no âmbito da região, e a referência inter-regional, no âmbito do estado.

III – Complexo Regulador Municipal: gestão e gerência da Secretaria Municipal de Saúde, regulando o acesso da população própria aos estabelecimentos de saúde sob gestão municipal, no âmbito do município, e garantindo o acesso da população referenciada, conforme pactuação.

Assim, a constituição de Complexos Reguladores permite, aos gestores, articular e integrar dispositivos de Regulação do Acesso como Centrais Ambulatoriais (consultas e exames), Centrais de Internações com outras ações que compõem a Regulação da Atenção como o Controle, a Avaliação, a Auditoria Assistencial, e outras funções da gestão como Planejamento, Programação e Regionalização.

O Complexo Regulador é composto por uma ou mais Centrais de Regulação que podem ser:

Central de Regulação de Urgência: sua ação é executada conforme disposto na Portaria MS/GM nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Regula o atendimento pré-hospitalar de urgência, que é realizado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), integrado ao Complexo Regulador permitindo, assim que as ações estejam em conformidade com os fluxos predeterminados.

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 Ambulatorial: é responsável pela regulação do acesso dos pacientes às consultas, aos exames especializados e aos Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADT).

É possível implantar, conforme necessidade, centrais de regulação específicas que atuem em um universo menor de procedimentos como, por exemplo: terapia renal substitutiva, oncologia, transplantes e outros.

Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade (CNRAC): é representada nos estados pelas Centrais Estaduais de Re-

gulação da Alta Complexidade (CERAC). As centrais estaduais são parte do Complexo Regulador com ação regulatória integrada à Central de Internações Hospitalares.

A CNRAC é responsável pela regulação do acesso de pacientes que necessitam de alguns procedimentos de alta complexidade nas especialidades de cardiologia, oncologia, neurologia, neurocirurgia, traumatologia e gastroenterologia (cirurgia bariátrica), na ausência ou insuficiência comprovada da execução destes procedimentos no estado de origem do paciente.

Os protocolos clínicos e os procedimentos da CNRAC estão disponíveis no endereço eletrônico www.cnrac.datasus.gov.br.

A CNRAC é regida pela Portaria MS/GM nº 258, de 30 de julho de 2009.

A implantação de central de internação para gerenciar os leitos disponíveis, a central de regulação ambulatorial para consultas, exames e SADT, impõe a realização de pacto com os prestadores, que deve ser formalizado por meio dos contratos/convênios.

Para a configuração das centrais que compõem o Complexo Regulador, as secretarias estaduais e municipais necessitam atualizar o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, o Cartão Nacional de Saúde (CNS) e a PPI. Devem definir e incluir os estabelecimentos solicitantes, executantes e administrativos, assim como fazer a distribuição dos limites físicos (cotas para cada estabelecimento solicitante); vincular os profissionais aos estabelecimentos de atuação, incluir os grupos de acesso ao sistema informatizado, cadastrar as agendas médicas, definir os procedimentos que estarão sob regulação.

A organização dos fluxos de referência e contrarreferência intermunicipal faz exigências à conformação de uma rede hierarquizada e regionalizada. Todos os municípios devem organizar a Regulação do Acesso dentro das diretrizes da Regulação da Atenção à Saúde, mas nem todos contarão com complexos reguladores.

Assim, no mínimo, todos os municípios devem organizar uma atenção primária resolutive que faça solicitações padronizadas pelos

protocolos aos demais níveis de complexidade, segundo os fluxos de referência estabelecidos (definições do PDR e da PPI). Dessa forma, os municípios desempenharão, ao mesmo tempo, o papel de autorizador e de solicitante dentro de um Complexo Regulador, localizado no município polo de referência.

3.1 A Ação Regulatória

A ação regulatória é o elemento ordenador e orientador dos fluxos assistenciais, sendo responsável pelo mecanismo de relação entre a gestão e os vários serviços de saúde, assim como da relação entre esses serviços, deve ser iniciada na Atenção Primária que exerce função de coordenadora do cuidado e ordenadora da rede de atenção à saúde.

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, levando em conta a classificação de risco, o cumprimento de protocolos de regulação estabelecidos para disponibilizar a alternativa assistencial mais adequada.

A ação regulatória corresponde a quatro processos de trabalho:

- 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 prévio à execução da ação ou serviço de saúde, por exemplo, as Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo (APAC) ou a Autorização de Internação Hospitalar (AIH).
- A execução da ação regulatória feita por profissional competente, capaz de análise crítica e discernimento que o conduzem às decisões baseadas em protocolos de regulação.

A ação regulatória deve estar fundamentada em Protocolos de Regulação que compreendem:

Os protocolos de fluxos de encaminhamento, que são instrumentos ordenadores e que qualificam o acesso viabilizando a assistência

integral ao usuário, entre os diversos níveis de complexidade da atenção, e os protocolos clínicos, que tratam da forma de intervenção por patologia, para subsidiar as decisões terapêuticas, que atendam às necessidades do usuário.

3.2 A Autorização de Procedimentos

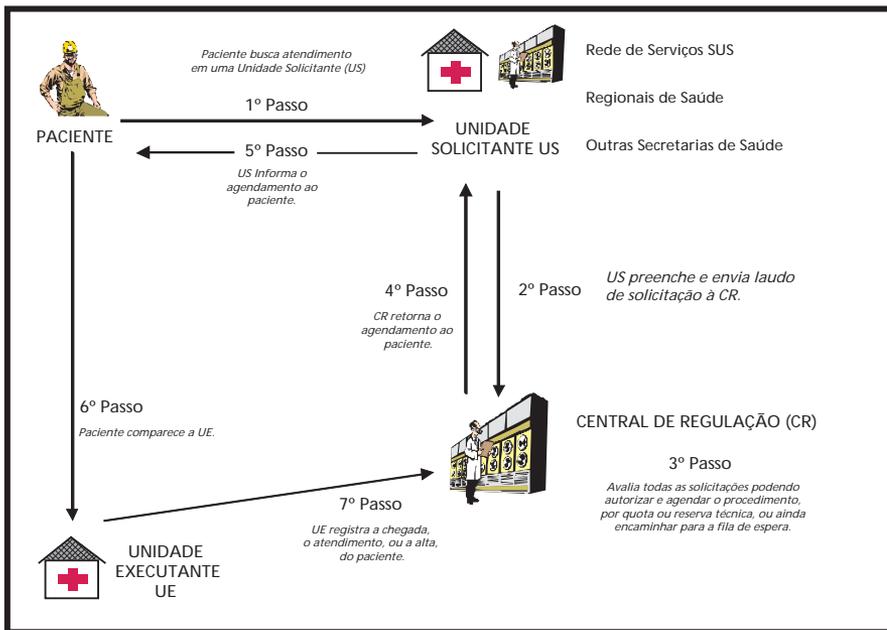
O processo de autorização de procedimentos, realizado por meio da ação regulatória, é prévio, baseado nos protocolos de regulação preestabelecidos.

Nos casos de urgência, a autorização dar-se-á no menor espaço de tempo após a realização do procedimento, respeitando os prazos definidos nas portarias ministeriais.

A Central de Regulação autoriza, previamente, os procedimentos, concomitante aos agendamentos solicitados, utilizando o mecanismo de cotização da oferta dos serviços de saúde disponibilizada para as unidades solicitantes e executantes da central. A autorização é realizada por equipe de médicos autorizadores, orientados pelos protocolos. Essa ação visa garantir o acesso ordenado, respeitando critérios clínicos de necessidade dos usuários e de disponibilidade da oferta.

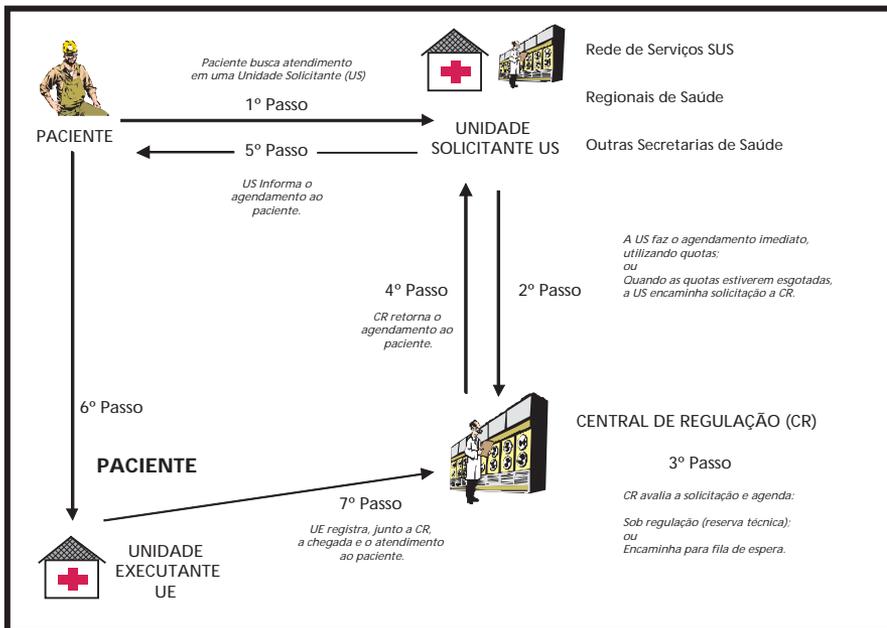
O Sistema de Autorização de Procedimentos Especializados – Módulo Autorizador é um aplicativo que registra a autorização dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade do SUS. Pode ser instalado na base municipal, visando obter maior qualidade e controle da emissão das informações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

FIGURA 1 – FLUXO DE ATENDIMENTO ELETIVO REGULADO – COM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA



Fonte: Autoria própria

FIGURA 2 – FLUXO DE ATENDIMENTO ELETIVO REGULADO – SEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA



Fonte: Autoria própria

3.3 Os Recursos Humanos

A estruturação do Complexo Regulador e das centrais que o compõe exige profissionais capacitados, responsáveis pela execução de ações específicas.

Coordenador: responsável pelas questões relativas ao funcionamento global do Complexo Regulador em conformidade com as rotinas estabelecidas. Compete ao coordenador: instituir as escalas de trabalho, conduzir as relações de pactuação, implantar as cotas e os tetos definidos para as unidades solicitantes e executantes, ser o principal interlocutor entre a gestão e a rede de serviços. Conforme a estrutura do Complexo Regulador pode haver necessidade da existência de um coordenador para cada Central de Regulação.

Regulador: responsável pela avaliação crítica e técnica dos laudos de solicitação. Compete ao regulador: promover o agendamento das consultas e o processo de internação dos pacientes, baseado na classificação de risco e de acordo com os protocolos de regulação pactuados.

Outras atribuições do regulador:

1. Atuar sobre a demanda reprimida de procedimentos regulados.
2. Monitorar a demanda que requer autorização prévia, por meio de AIH e APAC.
3. Verificar as evidências clínicas das solicitações por meio da análise de laudo médico.
4. Autorizar ou não a realização do procedimento.
5. Definir a alocação da vaga de acordo com os recursos necessários para o melhor atendimento.
6. 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 prestadas por telefone e/ou outros meios de comunicação, de acordo com as informações dos laudos preenchidos pelas unidades solicitantes.

Havendo opção por uma estrutura própria para a operação, administração e manutenção das ferramentas informatizadas nos Complexos Reguladores são necessários profissionais especializados, com perfil definido de acordo com a atividade a ser exercida e a necessidade técnica de conhecimentos específicos, como, por exemplo:

Administrador de Banco de Dados: responsável pela manutenção e refinamento das informações, apoiando a equipe de desenvolvimento do sistema informatizado 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 implantados.

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

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 nesse sentido.

3.4 A Infraestrutura

A infraestrutura física para o Complexo Regulador deve ser proporcional às ações regulatórias que serão realizadas, e ao quantitativo de recursos humanos. Deve estar explicitada em projeto arquitetônico, prevendo espaços, adequadamente distribuídos, como:

- Área de regulação
- Coordenação
- Administração de sistemas de informação
- Repouso
- Áreas administrativas
- Sala de reunião
- Copa
- Salas para arquivo
- 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.

Para estruturar o Complexo Regulador é necessário que a rede de serviços esteja conectada a este Complexo, sendo assim, a necessidade de equipamentos deverá contemplar não somente as centrais, mas também as unidades solicitantes e executantes.

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

Para as Centrais de Regulação:

- equipamentos de informática;
- equipamentos para estruturação de redes;
- equipamentos necessários para conexão com internet;
- aparelho de telefone, **headset** e fax;
- mobiliário adequado para as atividades da Central de Regulação;
- equipamentos de ar condicionado (ar condicionado e/ou aquecedor);
- equipamento de audiovisual (projektor multimídia, videoconferência e audioconferência);
- eletrodomésticos adequados para copa; e
- ampliação e adequação de área física.

Para os estabelecimentos de saúde, integrados ao Complexo Regulador:

- equipamentos de informática;
- equipamentos para estruturação de redes;
- equipamentos necessários para conexão com internet;
- aparelho de telefone, **headset** e fax;
- mobiliário adequado para atividades relacionadas à central de regulação.

Quanto à necessidade de infraestrutura de informática, algumas informações devem ser levantadas para se obter o dimensionamento adequado:

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 os estabelecimentos solicitantes e executantes.

Assim, definir as seguintes necessidades:

1. Acesso à internet com dimensionamento adequado para a central de regulação e para os estabelecimentos 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.

3.5 Sistema de Regulação

Ao longo dos anos, a falta de qualidade no acesso aos serviços de saúde evidenciou a necessidade do Ministério da Saúde de desenvolver um Sistema de Regulação em Saúde. O período de 1999 a 2002 representou o movimento inicial no desenvolvimento do aplicativo de Regulação denominado "Sistema de Regulação (SISREG)". A partir do desenvolvimento, o SISREG vem passando por melhorias em suas fun-

cionalidades para que integrado aos outros sistemas do Ministério da Saúde automatize as rotinas dos Complexos Reguladores se estabelecendo, de fato, como ferramenta de regulação.

O SISREG é um instrumento estratégico para a gestão devido ao fato de se integrar com outros bancos de dados gerenciados pelo Ministério da Saúde, tais como: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM, Sistema de Entrada de Dados da Internação/SISAIH01, Cartão Nacional de Saúde (CNS), dentre outros. Outra característica importante desse sistema é a confiabilidade, por estar estruturado com certificação digital, perfis de acesso, criptografia e desconexão depois de determinado tempo inativo.

O sistema de regulação é uma ferramenta de informática que busca tornar eficiente e eficaz o acesso dos cidadãos a procedimentos de média e alta complexidade. Além de fornecer informações sobre o fluxo dos usuários na rede de serviços de saúde, dentre outros aspectos do atendimento, o SISREG subsidia as áreas de controle, avaliação planejamento e programação facilitando aos gestores a tomada de decisão para melhorias na rede de atenção à saúde. A flexibilidade na parametrização das funcionalidades é outro fator importante, pois permite a adequação das peculiaridades locais para organizar de forma mais igualitária o acesso da população ao SUS.

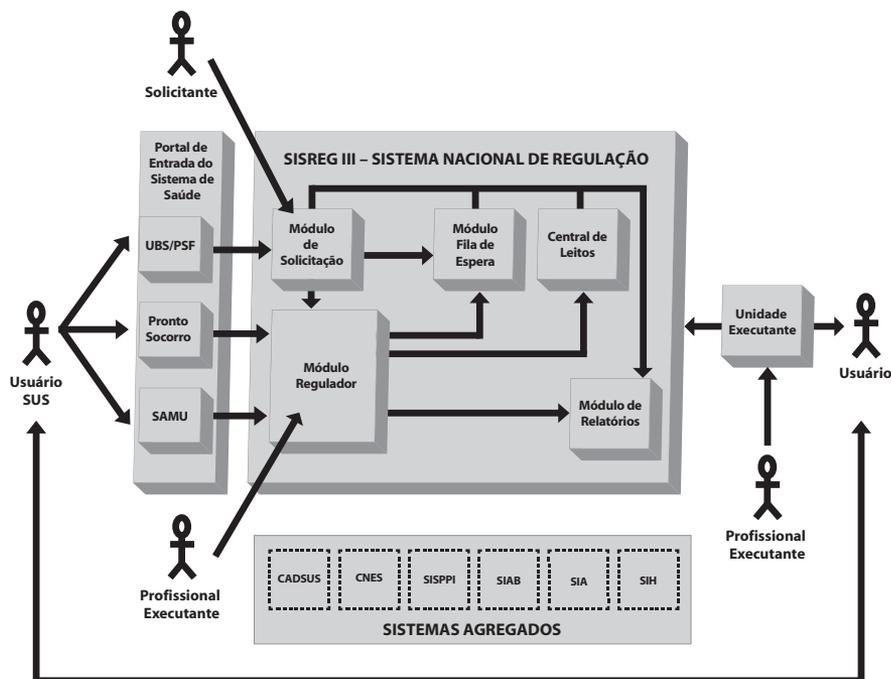
Em torno da implantação do SISREG, inevitavelmente inicia-se um processo amplo de reestruturação e organização do acesso aos serviços de saúde, envolvendo definição de normas, procedimentos e processos de trabalho relacionados à gestão e à assistência, pois há uma transferência do *locus* de controle sobre os recursos assistenciais. O acesso aos leitos e às consultas não depende mais da gerência interna de cada estabelecimento de saúde, ficando sob controle da central de regulação. Dessa forma, o acesso a estes recursos fica garantido em critérios impessoais, de acordo com as condições clínicas dos usuários, fluxos estabelecidos e protocolos de regulação.

O SISREG é uma ferramenta utilizada para gerenciar e operacionalizar as funções da Central de Regulação, tendo como objetivos a sistematização de algumas funções reguladoras como:

- Permitir a distribuição de forma equânime os recursos de saúde para a população própria e referenciada.
- Permitir a distribuição dos recursos assistenciais disponíveis de forma regionalizada e hierarquizada.
- Facilitar o planejamento dos recursos assistenciais em uma região.
- Acompanhar dinamicamente a execução dos tetos pactuados entre os estabelecimentos de saúde e municípios.
- Permitir o referenciamento em todos os níveis de atenção nas redes pública e contratada.
- Identificar as áreas de desproporção entre a oferta e a demanda.
- Disponibilizar informações em tempo real sobre a oferta de leitos, consultas e exames especializados de média e alta complexidade.
- Agendar internações e atendimentos eletivos para os pacientes.
- Acompanhar a alocação de leitos eletivos por clínica e prestador.
- Controlar o fluxo dos pacientes nos estabelecimentos de saúde terciários (admissão, acompanhamento da internação e alta) e secundários (solicitação, agendamento e atendimento).
- Acompanhar os atendimentos e internações agendadas.
- Detectar a ocorrência de cancelamentos de internações, a não execução de consultas e exames por motivo definido e impedimentos de agendas.
- Distribuir os limites (cotas) entre os estabelecimentos de saúde solicitantes.
- Controlar os limites de solicitação para população própria e referenciada.
- Controlar a execução da oferta disponibilizada por estabelecimento de saúde executante.
- Subsidiar os setores de Controle, Avaliação e Auditoria no que se refere ao faturamento em alta e média complexidade ambulatorial e hospitalar, e controle da emissão de AIH, APAC.
- Permitir o acompanhamento da execução, por prestador, das programações feitas pelo gestor.

3.6 Fluxo do Complexo Regulador – SISREG

FIGURA 3 – FLUXO DO COMPLEXO REGULADOR – SISREG



Fonte: Autoria própria

No fluxo acima, o usuário procura atendimento no estabelecimento de saúde solicitante, o atendente acessa o sistema com o perfil solicitante e por meio da função denominada “solicitar” marca a consulta diretamente no prestador de serviços de saúde ou encaminha a solicitação para a regulação. As solicitações de internação são enviadas diretamente para a avaliação do médico regulador na Central de Regulação. As solicitações são realizadas no sistema, por meio do Cartão Nacional de Saúde ou pelo nome do usuário e nome da mãe. (pesquisa fonética).

As solicitações encaminhadas para o regulador são autorizadas e agendadas ou reservadas (internação). O agendamento retorna para a unidade solicitante que informa ao usuário em qual unidade executante o procedimento será realizado.

Cabe destacar que todas as informações desse usuário são armazenadas no SISREG.

3.7 Módulos e Funcionalidades do Sistema Nacional de Regulação – SISREG

O sistema é composto de três módulos: Ambulatorial (marcação de consultas e exames especializados), Internação Hospitalar e Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo (APAC).

A Central de Regulação Ambulatorial tem como funcionalidades:

- Disponibilizar informações sobre a oferta de consultas e exames especializados.
- Controlar as agendas dos profissionais de saúde.
- Controlar o fluxo dos usuários no sistema – solicitação, agendamento e atendimento.
- Detectar a ocorrência de cancelamentos, não execução por motivo definido e impedimentos de agendas.
- Controlar os limites de solicitação e execução dos procedimentos especializados por estabelecimento de saúde solicitante e executante.

A Central de Internação Hospitalar tem como funcionalidades:

- Acompanhar a alocação de leitos (urgência e eletiva).
- Acompanhar a disponibilidade de leitos em tempo real.
- Encaminhar e autorizar internações de urgência.
- Agendar e autorizar as internações eletivas.
- Controlar o fluxo dos pacientes nos hospitais (admissão, período da internação e alta).
- Controlar limites de solicitação de procedimentos hospitalares por estabelecimentos de saúde solicitantes.
- Controlar limites de execução dos estabelecimentos de saúde executantes.
- Controlar as emissões e autorizações das AIHs.
- Disponibilizar informações sobre internações para o faturamento das AIHs.

A Apac acompanha os processos envolvidos nos encaminhamentos de procedimentos de alta complexidade/custo, permitindo aos administradores seguir todas as etapas, desde a requisição até a autorização e execução.

Referências

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

_____. Presidência da República. Lei nº 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.

_____. Presidência da República. Lei nº 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.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 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 MS/GM nº 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 MS/GM nº 2.048, de 5 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 MS/GM nº 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. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria MS/SAS nº 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 dez. 2001. Seção 1. p. 184.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria MS/SAS nº 258, de 30 de julho de 2009. Aprova o regulamento técnico, as orientações técnicas para inclusão de laudo de solicitação e o elenco de procedimentos de alta complexidade com o objetivo de disciplinar e otimizar as atividades da CNRAC e das Cerac, em todo território nacional. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 jul. 2009. Seção 1. p.145.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde, **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 de ago. 2008. Seção 1. p. 48

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 2.907, de 23 de novembro de 2009. Dispõe sobre o financiamento para a implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores e informatização das Unidades de Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde, **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 de nov. 2009. Seção 1. p. 224

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria MS/SAS nº 1.034, de 5 de maio de 2010. Dispõe sobre a participação complementar das instituições provadas com ou sem fins lucrativos de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 de mai. 2010. Seção 1, p. 58.

_____. 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 nº 01/2002 e Portaria MS/GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002, e regulamentação complementar. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Regulação no Setor Saúde**: em Direção aos seus Fundamentos Públicos. Brasília, 2004. Mimeografado.

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

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS/OMS; BRASIL. Ministério da Saúde. **Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde**: A Política Nacional de Regulação. Brasília/DF, 2006. Série Técnica.

Anexo A – Regras de Cálculo para o Dimensionamento dos Complexos Reguladores

1) Cálculo da quantidade de reguladores simultâneos:

$$\left(\frac{PT \times PA}{TH} \right) / CPH = RS$$

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 MS/GM nº 1.101, 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 24 horas/365 dias).
- Centrais de Regulação de Procedimentos Ambulatoriais (Foi considerado 12 horas/240 dias).

CPH = Capacidade produtiva (regulador/hora).

Foi considerada a produção média de 10 laudos/hora.

RS = Reguladores simultâneos.

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

Anexo B – Orientações para Elaboração do Projeto de Implantação de Complexos Reguladores

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

E-mail da Secretaria Estadual e/ou Municipal de Saúde

Telefone: (0xx) xxxxxxxx

COORDENADOR(A) DO COMPLEXO REGULADOR

ASSINATURA E CARIMBO

E-mail

Telefone: (0xx)xxxxxxxx

1 – Definição da estratégia de regulação:

- I. Levantar Plano Diretor de Regionalização (PDR) já construído para a área de abrangência do Complexo Regulador.
- II. Levantar a Programação Pactuada e Integrada (PPI) já elaborada pelos gestores da área de abrangência do Complexo Regulador.
- III. Atualizar o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).
- IV. 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, caso necessário, realizar avaliações locais para verificar/validar a disponibilidade da oferta de serviços.
- V. Cadastrar no CNES o Complexo Regulador.
- VI. Levantar a situação do Cartão Nacional de Saúde (CNS) de cada município pertencente ao Complexo Regulador.
- VII. Verificar as ações de regulação existentes na área de abrangência do Complexo Regulador detalhando a infraestrutura física e de recursos humanos, para sua incorporação dentro do Complexo a ser implantado.
- VIII. Estabelecer o mecanismo de regulação e autorização de internações hospitalares (eletivas e de urgência) demonstrando a quantidade de prestadores públicos e privados contratados/conveniados, baseado nas informações do CNES, com a quantidade de leitos, por especialidade, a serem regulados.
- IX. Estabelecer o mecanismo de regulação e autorização ambulatorial definindo os procedimentos ambulatoriais que estarão sob regulação, com demonstrativo da capacidade de oferta da rede e o percentual a ser regulado. Justificar a necessidade dos estabelecimentos de saúde da rede disporem de oferta não regulada.
- X. Demonstrar a existência de mecanismos de referência e contrarreferências intermunicipal, coerentes com o estabelecido na PPI. Em caso de inexistência, os mecanismos deverão ser construídos e pactuados para comporem o projeto.

XI. Mapear os estabelecimentos de saúde da área de abrangência do Complexo Regulador, caracterizando-os como solicitantes, executantes ou ambas, e quando pertinente, o quantitativo de procedimentos a elas destinados e o fluxo de referência e contrarreferência entre estas unidades.

2 – Levantamento e justificativa da existência de demandas reprimidas junto à Rede de Serviços do Complexo Regulador

- I. Apresentar análise das principais demandas reprimidas ambulatoriais e de internação.
- II. Dimensionar os quantitativos e origens (população própria e referenciada) das demandas reprimidas observando a capacidade instalada da Rede de Serviços.

3 – Levantamento da situação da contratação dos estabelecimentos de saúde do Complexo Regulador

- I. Rever os instrumentos contratuais formalizados entre a gestão pública e os prestadores de serviços públicos (Protocolo de Compromisso entre Entes Públicos – PCEP) e privados (convênios e contratos), verificando a existência de cláusula específica referente à garantia de oferta de serviços de saúde que estarão sob regulação.
- II. Instituir estratégias para a formalização da relação entre a gestão e os prestadores de serviços, por meio de contratos caso não haja contratos formais, destacando nos mesmos as ações regulatórias a serem implantadas.
- III. Preencher o campo destinado aos PCEP e Contratos no CNES.

4 – Cronograma de implantação e/ou implementação do Complexo Regulador

Definir

- Datas, prazos, prioridades, responsáveis.
- Disponibilização dos recursos financeiros estabelecendo os prazos para utilização.
- Metas a serem cumpridas.

Anexo C – Portaria da Política Nacional de Regulação

Portaria nº 1.559, de 1 de agosto de 2008.

Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II, do parágrafo único do art. 87 da Constituição Federal, e

Considerando a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

Considerando a Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que aprova as diretrizes operacionais do pacto pela saúde e a Portaria nº 699/GM, de 30 de março de 2006, que regulamenta as diretrizes operacionais dos pactos pela vida e de gestão;

Considerando a pactuação formulada na Câmara Técnica da Comissão Intergestores Tripartite – CIT;

Considerando a Portaria nº 1.571/GM, de 29 de junho de 2007, que estabelece incentivo financeiro para implantação e/ou implementação de complexos reguladores;

Considerando a Portaria nº 3.277/GM, de 22 de dezembro de 2006, que dispõe sobre a participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde no âmbito do SUS;

Considerando a necessidade de estruturar as ações de regulação, controle e avaliação no âmbito do SUS, visando ao aprimoramento e à integração dos processos de trabalho;

Considerando a necessidade de fortalecimento dos instrumentos de gestão do Sistema Único de Saúde - SUS, que garantem a organização das redes e fluxos assistenciais, provendo acesso equânime, integral e qualificado aos serviços de saúde; e

Considerando a necessidade de fortalecer o processo de regionalização, hierarquização e integração das ações e serviços de saúde,

RESOLVE:

Art. 1º Instituir a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão, como instrumento que possibilite a plenitude das responsabilidades sanitárias assumidas pelas esferas de governo.

Art. 2º As ações de que trata a Política Nacional de Regulação do SUS estão organizadas em três dimensões de atuação, necessariamente integradas entre si:

- I - Regulação de Sistemas de Saúde: tem como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas;
- II - Regulação da Atenção à Saúde: exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde; tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo estratégias e macrodiretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde, também denominada de Regulação Assistencial e controle da oferta de serviços executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS; e
- III - Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sen-

do estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.

Art. 3º A Regulação de Sistemas de Saúde efetivada pelos atos de regulamentação, controle e avaliação de sistemas de saúde, regulação da atenção à saúde e auditoria sobre sistemas e de gestão contempla as seguintes ações:

- I - Elaboração de decretos, normas e portarias que dizem respeito às funções de gestão;
- II - Planejamento, Financiamento e Fiscalização de Sistemas de Saúde;
- III - Controle Social e Ouvidoria em Saúde;
- IV - Vigilância Sanitária e Epidemiológica;
- V - Regulação da Saúde Suplementar;
- VI - Auditoria Assistencial ou Clínica; e
- VII - Avaliação e Incorporação de Tecnologias em Saúde.

Art. 4º A Regulação da Atenção à Saúde efetivada pela contratação de serviços de saúde, controle e avaliação de serviços e da produção assistencial, regulação do acesso à assistência e auditoria assistencial contempla as seguintes ações:

- I - cadastramento de estabelecimentos e profissionais de saúde no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES;
- II - cadastramento de usuários do SUS no sistema do Cartão Nacional de Saúde – CNS;
- III - contratualização de serviços de saúde segundo as normas e políticas específicas deste Ministério;
- IV - credenciamento/habilitação para a prestação de serviços de saúde;
- V - elaboração e incorporação de protocolos de regulação que ordenam os fluxos assistenciais;

- VI - supervisão e processamento da produção ambulatorial e hospitalar;
- VII - Programação Pactuada e Integrada - PPI;
- VIII - avaliação analítica da produção;
- IX - avaliação de desempenho dos serviços e da gestão e de satisfação dos usuários - PNASS;
- X - avaliação das condições sanitárias dos estabelecimentos de saúde;
- XI - avaliação dos indicadores epidemiológicos e das ações e serviços de saúde nos estabelecimentos de saúde; e
- XII - utilização de sistemas de informação que subsidiam os cadastros, a produção e a regulação do acesso.

Art. 5º A Regulação do Acesso à Assistência efetivada pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão por meio de atendimentos às urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários contempla as seguintes ações:

- I - regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências;
- II - controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados;
- III - padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais; e
- IV - o estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados. A regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização, do desenho das redes.

Art. 6º Os processos de trabalho que compõem a Regulação do Acesso à Assistência serão aprimorados ou implantados de forma integrada, em todas as esferas de gestão do SUS, de acordo com as competências de cada esfera de governo.

§ 1º As áreas técnicas de regulação, controle e avaliação deverão construir conjuntamente as estratégias de ação e de intervenção necessárias à implantação desta Política, dos processos de trabalho, bem como captação, análise e manutenção das informações geradas.

§ 2º As informações geradas pela área técnica da regulação do acesso servirão de base para o processamento da produção, sendo condicionantes para o faturamento, de acordo com normalização específica da União, dos Estados e dos Municípios.

§ 3º Os processos de autorização de procedimentos como a Autorização de Internação Hospitalar – AIH e a Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade – APAC serão totalmente integrados às demais ações da regulação do acesso, que fará o acompanhamento dos fluxos de referência e contra-referência baseado nos processos de programação assistencial.

§ 4º As autorizações para Tratamento Fora de Domicílio – TFD serão definidas pela área técnica da regulação do acesso.

Art. 7º A área técnica da regulação do acesso será estabelecida mediante estruturas denominadas Complexos Reguladores, formados por unidades operacionais denominadas centrais de regulação, preferencialmente, descentralizadas e com um nível central de coordenação e integração.

Art. 8º As atribuições da regulação do acesso serão definidas em conformidade com sua organização e estruturação.

§ 1º São atribuições da regulação do acesso:

- I - garantir o acesso aos serviços de saúde de forma adequada;
- II - garantir os princípios da equidade e da integralidade;
- III - fomentar o uso e a qualificação das informações dos cadastros de usuários, estabelecimentos e profissionais de saúde;
- IV - elaborar, disseminar e implantar protocolos de regulação;
- V - diagnosticar, adequar e orientar os fluxos da assistência;
- VI - construir e viabilizar as grades de referência e contra-referência;
- VII - capacitar de forma permanente as equipes que atuarão nas unidades de saúde;

VIII - subsidiar as ações de planejamento, controle, avaliação e auditoria em saúde;

IX - subsidiar o processamento das informações de produção; e

X - subsidiar a programação pactuada e integrada.

2º São atribuições do Complexo Regulador:

I - fazer a gestão da ocupação de leitos e agendas das unidades de saúde;

II - absorver ou atuar de forma integrada aos processos autorizativos;

III - efetivar o controle dos limites físicos e financeiros;

IV - estabelecer e executar critérios de classificação de risco; e

V - executar a regulação médica do processo assistencial.

Art. 9º O Complexo Regulador é a estrutura que operacionaliza as ações da regulação do acesso, podendo ter abrangência e estrutura pactuadas entre gestores, conforme os seguintes modelos:

I - Complexo Regulador Estadual: gestão e gerência da Secretaria de Estado da Saúde, regulando o acesso às unidades de saúde sob gestão estadual e a referência interestadual e intermediando o acesso da população referenciada às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito do Estado.

II - Complexo Regulador Regional:

a) gestão e gerência da Secretaria de Estado da Saúde, regulando o acesso às unidades de saúde sob gestão estadual e intermediando o acesso da população referenciada às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito da região, e a referência inter-regional, no âmbito do Estado;

b) gestão e gerência compartilhada entre a Secretaria de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde que compõem a região, regulando o acesso da população própria e referenciada às unidades de saúde sob gestão estadual e municipal, no âmbito da região, e a referência inter-regional, no âmbito do Estado; e

III - Complexo Regulador Municipal: gestão e gerência da Secretaria Municipal de Saúde, regulando o acesso da população

própria às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito do Município, e garantindo o acesso da população referenciada, conforme pactuação.

§ 1º O Complexo Regulador será organizado em:

- I - Central de Regulação de Consultas e Exames: regula o acesso a todos os procedimentos ambulatoriais, incluindo terapias e cirurgias ambulatoriais;
- II - Central de Regulação de Internações Hospitalares: regula o acesso aos leitos e aos procedimentos hospitalares eletivos e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência; e
- III - Central de Regulação de Urgências: regula o atendimento pré-hospitalar de urgência e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência.

§ 2º A Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade - CERAC será integrada às centrais de regulação de consultas e exames e internações hospitalares.

§ 3º A operacionalização do Complexo Regulador será realizada em conformidade com o disposto no Volume 6 da Série Pactos pela Saúde: Diretrizes para a Implantação de Complexos Reguladores, acessível na íntegra na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

Art. 10. Cabe à União, aos Estados, aos Municípios e ao Distrito Federal exercer, em seu âmbito administrativo, as seguintes atividades:

- I - executar a regulação, o controle, a avaliação e a auditoria da prestação de serviços de saúde;
- II - definir, monitorar e avaliar a aplicação dos recursos financeiros;
- III - elaborar estratégias para a contratualização de serviços de saúde;
- IV - definir e implantar estratégias para cadastramento de usuários, profissionais e estabelecimentos de saúde;
- V - capacitar de forma permanente as equipes de regulação, controle e avaliação; e

VI - elaborar, pactuar e adotar protocolos clínicos e de regulação.

§ 1º Cabe à União:

I - cooperar técnica e financeiramente com os Estados, os Municípios e o Distrito Federal para a qualificação das atividades de regulação, controle e avaliação;

II - elaborar e fomentar estratégias de cadastramento de usuários, profissionais e estabelecimentos de saúde;

III - definir e pactuar a política nacional de contratação de serviços de saúde;

IV - elaborar, pactuar e manter as tabelas de procedimentos;

V - apoiar tecnicamente os Estados, os Municípios e o Distrito Federal na implantação, implementação e na operacionalização dos complexos reguladores;

VI - operacionalizar a Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade - CNRAC;

VII - apoiar e monitorar a implementação e a operacionalização das Centrais Estaduais de Regulação da Alta Complexidade - CERAC;

VIII - disponibilizar e apoiar a implantação, em todos os níveis de gestão do SUS, de sistemas de informação que operacionalizem as ações de regulação, controle, avaliação, cadastramento e programação; e

IX - elaborar normas técnicas gerais e específicas, em âmbito nacional.

§ 2º Cabe aos Estados:

I - cooperar tecnicamente com os Municípios e regiões para a qualificação das atividades de regulação, controle e avaliação;

II - compor e avaliar o desempenho das redes regionais de atenção à saúde;

III - realizar e manter atualizado o Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde;

- IV - coordenar a elaboração de protocolos clínicos e de regulação, em conformidade com os protocolos nacionais;
- V - operacionalizar o Complexo Regulador em âmbito estadual e/ou regional;
- VI - operacionalizar a Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade - CERAC;
- VII - estabelecer de forma pactuada e regulada as referências entre Estados;
- VIII - coordenar a elaboração e revisão periódica da programação pactuada e integrada intermunicipal e interestadual;
- IX - avaliar as ações e os estabelecimentos de saúde, por meio de indicadores e padrões de conformidade, instituídos pelo Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde - PNASS;
- X - processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios, contratados e conveniados;
- XI - contratualizar os prestadores de serviços de saúde; e
- XII - elaborar normas técnicas complementares às da esfera federal.

§ 3º Cabe aos Municípios:

- I - operacionalizar o complexo regulador municipal e/ou participar em co-gestão da operacionalização dos Complexos Reguladores Regionais;
- II - viabilizar o processo de regulação do acesso a partir da atenção básica, provendo capacitação, ordenação de fluxo, aplicação de protocolos e informatização;
- III - coordenar a elaboração de protocolos clínicos e de regulação, em conformidade com os protocolos estaduais e nacionais;
- IV - regular a referência a ser realizada em outros Municípios, de acordo com a programação pactuada e integrada, integrando-se aos fluxos regionais estabelecidos;
- V - garantir o acesso adequado à população referenciada, de acordo com a programação pactuada e integrada;

- VI - atuar de forma integrada à Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade - CERAC;
- VII - operar o Centro Regulador de Alta Complexidade Municipal conforme pactuação e atuar de forma integrada à Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade - CERAC;
- VIII - realizar e manter atualizado o cadastro de usuários;
- IX - realizar e manter atualizado o cadastro de estabelecimentos e profissionais de saúde;
- X - participar da elaboração e revisão periódica da programação pactuada e integrada intermunicipal e interestadual;
- XI - avaliar as ações e os estabelecimentos de saúde, por meio de indicadores e padrões de conformidade, instituídos pelo Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde - PNASS;
- XII - processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios, contratados e conveniados;
- XIII - contratualizar os prestadores de serviços de saúde; e
- XIV - elaborar normas técnicas complementares às das esferas estadual e federal.

§ 4º Cabe ao Distrito Federal executar as atividades contidas nos §§ 2º e 3º deste artigo, preservando suas especificidades políticas e administrativas.

Art. 11. A Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, adotará as providências necessárias à plena aplicação da Política Nacional de Regulação do SUS, instituída por esta Portaria.

Art. 12. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

DOU-148 PG-48 SEÇ-1 DE 4.8.08

Anexo D – Portaria da CNRAC

Portaria nº 258, de 30 de julho de 2009

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

Considerando a Portaria Nº 2.309/GM, de 19 de dezembro de 2001, que institui no âmbito da Secretaria de Atenção à Saúde a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade - CNRAC e a Portaria SAS/MS Nº 589, de 27 de dezembro de 2001, que implementa a CNRAC com o objetivo de organizar a referência interestadual na assistência da alta complexidade;

Considerando a necessidade de padronizar o funcionamento das Centrais Estaduais de Regulação de Alta Complexidade -CERAC;

Considerando a importância de definir normas específicas e o estabelecimento de parâmetros para o funcionamento das Centrais de Regulação nos estados e no Distrito Federal; e

Considerando a Portaria Nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde e Portaria Nº 699/GM, de 30 de março de 2006, que regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão, resolve:

Art.1º Aprovar o regulamento técnico, as orientações técnicas para inclusão de laudo de solicitação e o elenco de procedimentos definidos como de alta complexidade, nas especialidades de cardiologia, neurologia, oncologia, ortopedia e gastroenterologia, com o objetivo de disciplinar e otimizar as atividades da CNRAC e das CERAC, em todo território nacional.

§1º As orientações técnicas e o elenco de procedimentos estão disponíveis no endereço eletrônico: <http://cnrac.datasus.gov.br>.

§2º Os procedimentos da modalidade da assistência de que trata este artigo são considerados de alta complexidade e possuem caráter, estritamente, eletivo.

Art. 2º Todos os estabelecimentos públicos ou privados habilitados para a realização de procedimentos de alta complexidade devem observar o disposto no Regulamento a que se refere esta Portaria.

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

Art. 4º Revogar a Portaria SAS/MS Nº 39, de 06 de fevereiro de 2006, publicada no Diário Oficial da União - DOU Nº 27, de 7 de fevereiro de 2006, seção I página 42, a Portaria SAS/MS Nº

126, de 28 de maio de 2003, publicada no Diário Oficial da União - DOU Nº 102, de 29 de maio de 2003, seção I página 82 e Portaria SAS/MS Nº 506, de 12 de agosto de 2002, publicada no Diário Oficial da União - DOU Nº 154, de 8 de agosto de 2002, seção I, página 67.

ALBERTO BELTRAME

Secretário de Atenção à Saúde

ANEXO

REGULAMENTO TÉCNICO

CAPÍTULO I

DAS ESTRUTURAS E ATRIBUIÇÕES

Seção I

Da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade

Art. 1º A CNRAC, estabelecida no âmbito da Secretaria de Atenção à Saúde – Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas - Coordenação-Geral de Regulação e Avaliação, para o exercício de suas funções se articulará com os outros órgãos do Ministério da Saúde para harmonizar a sua atuação com as demais políticas e programas de saúde instituídos pela gestão federal do Sistema Único de Saúde - SUS.

Art. 2º Para o desempenho de suas funções, a CNRAC será assessorada por unidades hospitalares e clínicas de referência nas áreas de alta complexidade ambulatorial e hospitalar, na condição de Hospital Consultor, conforme abaixo especificado:

I - Instituto Nacional de Cardiologia/RJ - INC/SASMS -Cardiologia;

II - Hospital Cristo Redentor/RS - Neurologia;

- III - Instituto Nacional do Câncer/RJ - INCA/SAS/MS -Oncologia;
- IV - Instituto de Traumatologia e Ortopedia/RJ -INTO/SAS/MS - Ortopedia;
- V - Escola Paulista de Medicina/SP - Gastroenterologia.

§ 1º Nos casos dos procedimentos referentes à Epilepsia a Unidade Hospitalar Consultora será o Hospital de Clínicas de Ribeirão Preto; e

§ 2º No caso da Gastroenterologia, os procedimentos são referentes apenas a Cirurgia Bariátrica.

Art.3º Estabelecer que o Instituto Nacional de Cardiologia/RJ, o Instituto Nacional do Câncer/RJ, o Instituto de Traumatologia e Ortopedia/RJ e o Hospital Cristo Redentor/RS, além da função de hospital consultor, atuarão também como Unidade Hospitalar Executante da CNRAC.

Art. 4º São atribuições da CNRAC:

- I - coordenar a referência interestadual de pacientes que necessitam de assistência ambulatorial e/ou hospitalar de alta complexidade, de caráter eletivo;
- II - estabelecer critérios de inclusão/exclusão de laudos de solicitação para realização de procedimento;
- III- propor inclusão/exclusão de procedimentos em parceria com a Secretaria de Atenção à Saúde - Departamento de Atenção Especializada; e
- IV - avaliar a produção dos hospitais executores habilitados para realizar procedimentos de alta complexidade, por meio da CNRAC.

Seção II

Da Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade

Art. 5º A CERAC, estabelecida no âmbito das Secretarias de Estado da Saúde e do Distrito Federal, será cadastrada no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - CNES, para o exercício de suas funções e deverá contar com a seguinte estrutura organizacional:

- I - equipe técnica qualificada; e

II - médico autorizador/regulador para analisar e/ou autorizar laudos de solicitação para realização de procedimentos de alta complexidade.

§ 1º Somente poderá exercer função de Coordenador (a) da CERAC, servidor designado por meio de Portaria do gestor estadual. O Coordenador(a) deverá solicitar o cadastramento de seu CPF junto à CNRAC para obtenção de senha específica garantindo assim o acesso ao sistema.

§ 2º O cadastramento da equipe da CERAC será de responsabilidade do Coordenador(a).

Art. 6º São atribuições da CERAC:

I - garantir o acesso dos usuários do SUS aos serviços de saúde, de alta complexidade contemplada no elenco de procedimentos da CNRAC;

II - acompanhar o processo da assistência ambulatorial e hospitalar eletivo de alta complexidade, no âmbito estadual;

III - incluir/excluir laudos de solicitação para realização de procedimento;

IV - avaliar insuficiência de serviços; e

V - informar os estabelecimentos de saúde cadastrados no Cadastro Nacional dos

Estabelecimentos de Saúde - CNES responsáveis pela solicitação e execução dos

procedimentos que compõem o elenco da CNRAC.

Art. 7º Quando do desempenho de suas funções a CERAC poderá atuar como solicitante e

como executante.

§ 1º A CERAC executante deverá informar, trimestralmente, à CNRAC a disponibilidade de vagas e de leitos, por procedimentos, para o atendimento de pacientes referenciados.

§ 2º É de responsabilidade da CERAC executante informar a rede de prestadores que executam os procedimentos de alta complexidade, de caráter eletivo, contemplados no elenco da CNRAC e definir data de agendamento e o prestador que irá realizar o procedimento solicitado.

CAPÍTULO II

DA ROTINA DE AUTORIZAÇÃO DE LAUDOS

Seção I

Do Fluxo

Art. 8º Somente serão inseridas na CNRAC solicitações para atendimento de pacientes que necessitem de assistência em alta complexidade de caráter eletivo, em outro Estado, quando residirem em Estados com ausência e/ou insuficiência de oferta desses procedimentos. Os procedimentos realizados em pacientes de outros estados que não forem, previamente, encaminhados e autorizados por meio da CNRAC não serão financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC

§ 1º Somente ocorrerá encaminhamento de laudo, pela CERAC solicitante, para análise do Hospital Consultor, após verificação da inexistência e/ou insuficiência de serviço de referência em alta complexidade, no âmbito do Estado.

§ 2º Os laudos direcionados ao Hospital Consultor que não apresentarem as informações necessárias previstas no processo de avaliação serão devolvidos para a CERAC solicitante.

Art. 9º A CERAC solicitante somente encaminhará o paciente para a CERAC executante mediante confirmação da disponibilidade para a realização do procedimento solicitado. A CERAC solicitante confirmará no sistema informatizado CNRAC - SISCNRAC o agendamento do paciente.

No caso da necessidade de reagendamento, a CERAC de origem do paciente solicitará nova data de agendamento, via sistema.

Parágrafo único. A CERAC de origem do paciente não será obrigada a emitir laudo para a CERAC executante nos casos em que o paciente seja originário de demanda espontânea

Art. 10º A CERAC executante tem prazo de 15 (quinze) dias para providenciar o agendamento do laudo. Na impossibilidade de execução

do procedimento a CERAC executante deverá justificar à CNRAC o motivo do descumprimento do prazo acima referenciado ou solicitar redirecionamento do laudo de acordo com a capacidade de oferta nacional.

Art.11º A CNRAC terá o prazo de até 5 (cinco) dias úteis, para direcionar o laudo para a CERAC executante.

Seção II

Da responsabilidade do hospital consultor

Art.12º O Hospital Consultor, devidamente cadastrado no CNES e habilitado no SISCNRAC, ao receber o laudo para análise deve emitir parecer autorizando ou não a solicitação no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis.

§ 1º No caso de não autorizar, o Hospital Consultor devolverá o laudo à CERAC solicitante, devidamente justificado.

Parágrafo único. Após duas devoluções, o laudo será excluído automaticamente pelo SISCNRAC.

CAPÍTULO III

Das disposições gerais

Art.13º As Autorizações de Internação Hospitalar - AIH e as Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade Ambulatorial - APAC somente serão aprovadas mediante série numérica própria da CNRAC com publicação de Portaria específica, observando que a Unidade Federada - UF de origem deverá ser diferente da UF de execução.

Art.14º No processamento da AIH/APAC será observada a compatibilidade entre a série numérica e os procedimentos constantes do elenco da CNRAC.

Art.15º Conforme a Portaria 1.560/GM, de 28 de agosto de 2002, é obrigatório informar o número do Cartão Nacional de Saúde do paciente para solicitação dos procedimentos de Alta Complexidade.

Parágrafo único. Será válido somente Cartão Nacional de Saúde - CNS disponível na base nacional.

Disque Saúde
0800 61 1997

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



Apoio:



Ministério
da Saúde

