



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS E REGULAÇÃO
GERÊNCIA DE COMPLEXOS REGULADORES

**PLANO ESTADUAL DE ORGANIZAÇÃO DAS
CENTRAIS DE REGULAÇÃO
DE CONSULTAS E EXAMES E DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES
NO ESTADO DE SANTA CATARINA**

FLORIANÓPOLIS – SC

FEVEREIRO – 2013

GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA

GOVERNADOR

JOÃO RAIMUNDO COLOMBO

VICE-GOVERNADOR

EDUARDO PINHO MOREIRA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

SECRETÁRIO

DALMO CLARO DE OLIVEIRA

SECRETÁRIO ADJUNTO

ACÉLIO CASAGRANDE

SUP. DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS E REGULAÇÃO

SUPERINTENDENTE

LISIANE TUON GENEROSO BITENCOURT

GERÊNCIA DOS COMPLEXOS REGULADORES

GERENTE

ELISANDRA FACHIM TOMASI

ELABORAÇÃO

Ana Rozéli Probst

Carla Marisa Tirello Pulga

COLABORAÇÃO

Angela Maria Blatt Ortiga

Ascendino Roberto dos Santos

Fabiana Bianchet

Giovan da Rosa Matos

João Antunes

Jocélio Voltolini

I - IDENTIFICAÇÃO DO GESTOR

Órgão: Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina
Endereço: Rua Esteves Júnior, nº 160 – 88.015-130 – Florianópolis/SC
Nome do Secretário de Estado da Saúde: Dalmo Claro de Oliveira
Telefone de contato: (48) 3221-2333
E-mail: apoioGABS@saude.sc.gov.br

II - RESPONSÁVEL PELO PROJETO

Nome: Carla Marisa Tirello Pulga – Comissão Médica Estadual de Regulação
Endereço: Rua Esteves Júnior, nº 390 – 5º andar - 88015-530 – Florianópolis/SC
Telefone de contato: (48) 3212- 1692 / FAX (48) 3212- 1630
E-mail: assessoriatecnicagecor@saude.sc.gov.br

ÍNDICE

1. APRESENTAÇÃO	05
2. JUSTIFICATIVA	07
3. OBJETIVOS	10
3.1 Geral	10
3.2 Específicos.....	10
4. METODOLOGIA	11
5. CONCEITOS	13
5.1 Complexo Regulador.....	13
5.2 Central de Regulação.....	13
5.3 Recursos Humanos	15
5.4 Ação Regulatória	15
5.5 Ações da Regulação do Acesso	16
5.6 Sistema Nacional de Regulação	17
5.7 Política de Regulação do Acesso.....	18
6. ORGANIZAÇÃO DAS CENTRAIS DE REGULAÇÃO	21
6.1 Regiões e Macrorregiões de Saúde de Santa Catarina	22
6.2 Composição das Centrais de Regulação	24
6.2.1 Complexo Regulador Estadual	24
6.2.2 Centrais de Regulação CE/IH - Região da Grande Florianópolis.....	24
6.2.3 Centrais de Regulação CE/IH - Regiões do Planalto Norte e Nordeste.....	25
6.3 Mapa das Centrais de Regulação Regionais.....	26
6.4 Recursos Humanos das Centrais de Regulação	27
6.4.1 Alterações nos Parâmetros Numéricos das Equipes	28
7. REQUISITOS PARA HABILITAÇÃO DAS CENTRAIS DE REGULAÇÃO	29
8. COMPROMISSOS E RESPONSABILIDADES DOS GESTORES.....	31
9. INTERFACES DAS CENTRAIS DE REGULAÇÃO	36
10. ESTRATÉGIAS PARA IMPLANTAÇÃO DAS CENTRAIS DE REGULAÇÃO	38
11. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
ANEXO I.....	44

1. APRESENTAÇÃO

Santa Catarina é um dos estados brasileiros onde se vive mais e melhor. Ao lado do Distrito Federal, possui a melhor expectativa de vida do país, em 76 anos. Seu Índice de Desenvolvimento Humano, considerado elevado, é o segundo do Brasil (IDH 0,84), atrás apenas do Distrito Federal. Sexto estado brasileiro mais rico, ao lado do Paraná e do Rio Grande do Sul controlam cerca de 20% da economia do país.

Florianópolis é considerada a capital com mais alta qualidade de vida e a quarta melhor cidade do país para se viver, de acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU). Grande Florianópolis, Joinville, Blumenau e Tubarão estão entre as quatro primeiras Regiões Metropolitanas do Brasil no ranking do IDH Municipal.

Com população estimada em 6.383.286 habitantes e densidade demográfica de 66,7hab/Km², distribuída de maneira relativamente harmoniosa nos 95.703,5Km², Santa Catarina é composta por 295 municípios. Possui baixo índice de analfabetismo (4,4%), estando o analfabetismo juvenil praticamente erradicado, ocupando o primeiro lugar neste quesito.

Reflexo da vanguarda no desenvolvimento humano e social, o Estado apresenta o menor índice em desigualdade social (Índice de Gini 0,46) do Brasil e o menor percentual de população abaixo da linha da pobreza (6,4%). De acordo com ranking elaborado pelo jornal Folha de S. Paulo em abril de 2009, Santa Catarina tem a segunda menor incidência de homicídios entre os 23 estados brasileiros pesquisados.

No cenário da saúde, dentre os indicadores mais sensíveis que apresentam melhoria da qualidade de vida e das condições de saúde das populações está a mortalidade infantil, que expressa o risco de um nascido vivo morrer antes de completar um ano de idade. Atualmente o Estado possui o menor índice de mortalidade infantil (11,2%) do país, uma demonstração concreta de que é referência também em saúde pública.

A mortalidade infantil permanece com índices decrescentes em todo Estado, comprovando progresso na qualidade e acesso à assistência em saúde, entretanto há diferentes taxas de tendência de queda na mortalidade infantil entre as regiões e macrorregiões. Este fato comprova a diversidade de contextos regionais e diferenças sócio econômicas, indicando a necessidade de maior avanço e adequação na política da saúde através da melhoria na interoperabilidade de serviços, do fluxo adequado no

acesso da população à assistência e da efetiva organização de redes de saúde que interliguem os diferentes níveis de atenção, desde a básica até a alta complexidade, bem como as redes pública e privada de saúde.

A Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabeleceu diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, objetiva entre outros, superar estes desafios avançando na qualificação da atenção e da gestão em saúde, e reafirma o princípio da descentralização com a participação dos gestores nas três esferas de governo e da comunidade.

2. JUSTIFICATIVA

Um sistema de informação logística é a ferramenta que permite interligação de atividades em um processo integrado, proporcionando eficiência no fluxo e na distribuição do objeto, com maior velocidade na troca de informações, resultando menor tempo para maior eficácia e resolução de determinada situação.

Os sistemas logísticos são soluções, em saúde, fortemente ancoradas nas tecnologias de informação e ligadas ao conceito de integração vertical. Os Sistemas Logísticos, junto com os Sistemas de Apoio, das Redes de Atenção à Saúde (RAS) foram estruturados transversalmente para todas as redes temáticas garantindo a integração dos pontos de atenção à saúde.

As Centrais de Regulação (CRs) são componentes fundamentais do Sistema Logístico das RAS de acordo com as “Diretrizes para Organização da Rede de Atenção à Saúde do SUS”, anexo da Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Atuam em áreas assistenciais inter-relacionadas como a assistência de urgência, as internações eletivas, além das consultas e procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade.

A Política Nacional de Regulação, anterior as RAS, instituída pela Portaria GM/MS nº 1.559, de 1º de agosto de 2008, organizou as ações regulatórias em três dimensões de atuação, necessariamente integradas entre si, sendo uma destas a Regulação do Acesso à Assistência, também denominada Regulação do Acesso ou Regulação Assistencial.

O Complexo Regulador é a estrutura que operacionaliza as ações da Regulação do Acesso, podendo ter abrangência e estrutura conforme pactuação entre os gestores, seguindo três modelos: Estadual, Regional ou Municipal. As Centrais de Regulação que compõe o Complexo podem ser de diferentes tipos: Consultas e Exames, Internações Hospitalares e de Urgências.

A Portaria GM/MS nº 2.907, de 23 de novembro de 2009, estabeleceu critérios de financiamento para a implantação e/ou implementação e informatização das unidades de saúde integrantes dos complexos reguladores. A Secretaria de Estado da Saúde (SES) de Santa Catarina aprovou, por meio da Deliberação nº 232, de 10 de dezembro de 2009, o “Projeto Estadual de Implantação ou Implementação dos Complexos Reguladores e Informatização das Unidades Básicas no âmbito do SUS em Santa

Catarina”, que garantiu junto ao Ministério da Saúde (MS) o recurso financeiro de R\$ 6.403.268,00, dividido em 03 etapas de repasse, para aquisição de equipamentos de informática e mobiliários destinados às unidades envolvidas no processo de construção dos Complexos Reguladores no Estado, bem como capacitação de seus usuários em diferentes modalidades de atuação. A execução deste projeto está em andamento, no momento aguardando a 2º etapa de repasse financeiro para licitação dos equipamentos de informática para as Unidades Básicas de Saúde. Na primeira etapa de implantação foram distribuídos equipamentos para as Gerências Regionais e Secretarias Municipais de Saúde (SMS).

No intuito de fortalecer a Regulação de Acesso e fomentar a operacionalização dos Complexos Reguladores, permitindo a implantação das Redes de Atenção à Saúde, o Ministério da Saúde por meio da Portaria GM/MS nº 1.792, de 22 de agosto de 2012, instituiu incentivo financeiro para custeio das Centrais de Regulação e estabeleceu no Art. 8º responsabilidade tripartite pelo custeio das CRs que atenderem ao disposto na Portaria.

Em contrapartida definiu requisitos para habilitação e condicionou os gestores interessados à assunção de compromissos, dentre eles, inserir os componentes de referência das redes temáticas e linhas de cuidados prioritários estabelecidas na Política da RAS, em sincronia com o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.

O Decreto nº 7.508 consolida as atuais políticas em saúde pública, dispõe sobre a organização do SUS e regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, definindo: Regiões de Saúde; Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP); Portas de Entrada; Comissões Intergestores; Mapa da Saúde; Rede de Atenção à Saúde; Serviços Especiais de Acesso Aberto; Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.

Cumprindo o Decreto nº 7.508 a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) instituiu as Regiões de Saúde no Estado de Santa Catarina, e aprovou o novo desenho territorial do Estado em 16 Regiões de Saúde, conforme Deliberação nº 348, de 30 de agosto de 2012, coincidentes com as atuais Comissões Intergestores Regionais (CIR), modificando assim o Plano Diretor de Regionalização – PDR 2008, que compreendia 21 regiões.

Diante do exposto, este projeto visa realinhar a Política Estadual de Regulação vigente, aprovada em CIB por meio da Deliberação nº 492, de 09 de dezembro de 2010,

de acordo com o novo modelo de gestão do SUS e a atual legislação em regulação, por meio da organização das Centrais de Regulação de Consultas e Exames e de Internações Hospitalares no Estado de Santa Catarina.

3. OBJETIVOS

3.1 GERAL

Organizar as Centrais de Regulação de Consultas e Exames e as Centrais de Regulação de Internações Hospitalares com abrangência regional e fortalecer o Complexo Regulador Estadual em SC de acordo com a Política Nacional de Regulação, adequando-as para habilitação ao incentivo financeiro de custeio instituído pela Portaria GM/MS nº 1.792, de 22 de agosto de 2012, e suas alterações estabelecidas na Portaria GM/MS nº 2.655, de 21 de novembro de 2012.

3.2 ESPECÍFICOS

Garantir que as Centrais de Regulação Regionais atuem de acordo com a Política Nacional de Regulação, em consonância com o Complexo Regulador Estadual, responsável pela coordenação do cumprimento das diretrizes em regulação estabelecidas pelo Ministério da Saúde e no Plano Estadual de Regulação;

Definir o escopo das Centrais de Regulação em cada Região ou Macrorregião de Saúde estabelecendo o número e abrangência para CRs de Consultas e Exames e para CRs de Internações Hospitalares;

Descentralizar e regionalizar a assistência à saúde, otimizando os recursos e qualificando a oferta;

Garantir a padronização dos Protocolos Clínicos e de Acesso que serão utilizados nas CRs, após avaliação e validação pelo MS;

Unificar e fortalecer a utilização do Sistema Nacional de Regulação – SISREG, por meio da implantação e capacitação em todas as unidades solicitantes e executantes do processo regulatório, incluindo hospitais próprios, instituições contratualizadas, conveniadas e organizações sociais sob Gestão Estadual;

Garantir por meio da organização das CRs a operacionalização da Regulação de Acesso dos Planos de Ação das RAS, após publicação das Portarias de aprovação pelo MS;

Estimular e auxiliar no processo de conversão das CRs Municipais para Regionais, nos municípios eleitos em CIR para sediar as CRs nas Macrorregiões de Saúde, onde já exista uma CR efetivamente implantada e em funcionamento.

4. METODOLOGIA

A consolidação deste trabalho resultou na elaboração do “Plano Estadual de Organização das Centrais de Regulação de Consultas e Exames e de Internações Hospitalares no Estado de Santa Catarina”, que foi apresentado e discutido em reuniões de trabalho com áreas envolvidas das Superintendências de Serviços Especializados e Regulação (SUR) e de Planejamento e Gestão (SUG) bem como com apoio técnico do Ministério da Saúde e do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Santa Catarina – COSEMS/SC.

O Plano foi discutido na íntegra em Oficina de Trabalho, nos dias 29 e 30 de janeiro de 2013, com a participação da Coordenação Geral de Regulação e Avaliação – DRAC/SAS/MS, de representantes do COSEMS, do Complexo Regulador de Florianópolis e de diversas áreas da SES, que aprovaram a regionalização das Centrais de Regulação bem como o número e o escopo das CRs.

Seguindo instruções da Câmara Técnica da CIB, que ocorreu no dia 07/02/2013, foram readequados texto e tabelas da versão preliminar do Plano de Organização das Centrais de Regulação para apresentação em CIB, conforme encaminhamentos registrados em Ata: “Levar para a CIB, versão corrigida do Plano de Organização, composto por 08 Centrais de Regulação com escopo agrupado de Consultas e Exames e de Internações Hospitalares. Não sendo obrigatória a implantação da Central de Regulação, respeitando a autonomia administrativa dos municípios e Regiões de Saúde. As Regiões de Saúde que aprovarem, em suas respectivas CIR, a implantação da Central de Regulação, deverão encaminhar ao Ministério da Saúde o Formulário de Adesão de Incentivo Financeiro de Custeio, conforme Portaria MS nº 1792/2012, bem como operacionalizar as Centrais, de acordo com a necessidade de cada Região, com sede e forma de pagamento referente aos recursos humanos, a serem discutidas em CIR. O Plano de Organização das Centrais de Regulação com suas correções será encaminhado para a CIB, para apreciação e aprovação e posteriormente, encaminhado às Regiões de Saúde, para que façam a adesão ou não, conforme acordos em CIR”.

O Plano foi aprovado em CIB no dia 21/02/2013, entretanto foram retiradas as questões referentes ao financiamento e ao modelo de como serão geridas as Centrais de Regulação pelos gestores, estabelecendo-se a necessidade de novo projeto para estas pautas.

Revisado o texto e adequadas às solicitações, propõe-se arranjo para organização das Centrais de Regulação no Estado de Santa Catarina, visando à regionalização e descentralização da assistência a saúde, bem como o fortalecimento do Complexo Regulador Estadual articulado e integrado aos dispositivos de regulação regionais.

Dimensiona-se a estrutura das CRs Regionais conforme a classificação de Portes estabelecida pela Portaria MS nº 1.792/2012: Porte I - abrangência de duzentos mil a quinhentos mil habitantes; Porte II - abrangência de mais de quinhentos mil até um milhão de habitantes; Porte III - abrangência de mais de um milhão a três milhões de habitantes; Porte IV - abrangência de mais de três milhões até seis milhões de habitantes; e - Porte V - abrangência de mais de seis milhões de habitantes.

Organiza-se as CRs Regionais baseando-se no PRD 2008, objetivando otimizar recursos humanos, financeiros e de infraestrutura, assim nas atuais 16 Regiões de Saúde instituídas no Estado de SC, ficam estruturadas, com escopo agrupado, 08 CRs de Consultas e Exames e de Internações Hospitalares, unindo-se as Macrorregiões do Planalto Norte e Nordeste e a Macrorregião Grande Florianópolis ao Complexo Regulador Estadual.

E classificam-se as 08 CRs de Consultas e Exames e de Internações Hospitalares das Macrorregiões de Saúde de Santa Catarina, de acordo com a abrangência populacional, estabelecida no Art.3º da Portaria MS nº 1.792/2012, utilizou-se a Estimativa Populacional 2012, conforme Resolução IBGE nº 7, de 30 de agosto de 2012, publicada no DOU nº 170, de 31 de agosto de 201, para habilitação ao incentivo financeiro de custeio às Centrais de Regulação junto ao Ministério da Saúde.

Definem-se os requisitos necessários para habilitação de custeio das CRs junto ao MS e estabelecem-se os compromissos e responsabilidades dos gestores nas esferas estadual e municipal.

Indicam-se as interfaces das CRs e elaboram-se estratégias e metas para implantação do projeto, respeitando-se os acordos em CIB e/ou respectivas CIRs.

5. CONCEITOS

5.1 COMPLEXO REGULADOR

O Complexo Regulador é a estrutura que operacionaliza as ações da Regulação do Acesso à Assistência, podendo ter abrangência e estrutura conforme pactuação entre os gestores, seguindo três modelos: Estadual, Regional ou Municipal.

Fundamenta-se na Universalização do atendimento, na Descentralização, na Regionalização e na Hierarquização do SUS, funcionando como um observatório dos serviços ofertados e das necessidades do usuário ao trazer a informação da assistência e produção de dados que fornecem informações importantes para subsidiar o planejamento e possibilitar mudanças na prestação dos serviços assistenciais.

Na série Pacto pela Saúde 2006 - Volume 06 - Manual para a Implantação de Complexos Reguladores, de acordo com a Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, encontram-se os fundamentos que organizam, conceituam e estabelecem as atribuições de cada componente do Complexo Regulador; definem as autorizações de procedimentos e os fluxos de atendimentos; as ações específicas dos recursos humanos para compor a estrutura da ação regulatória; as necessidades de infraestrutura e o sistema de informação da regulação de acesso desenvolvido pelo Ministério da Saúde – SISREG.

Em 2008, a Portaria MS nº 1.559/2008 instituiu a Política Nacional de Regulação do SUS e atribuiu ao Complexo Regulador e suas unidades operacionais, as Centrais de Regulação, a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS e definiu como sujeitos seus respectivos gestores públicos.

5.2 CENTRAL DE REGULAÇÃO

A Central de Regulação é uma unidade operacional que deverá dispor em tempo real de informações sobre a oferta de serviços assistenciais e desempenhar o papel de receber e direcionar a demanda destes serviços, a partir do conhecimento da capacidade de produção instalada, como também identificar os déficits e as falhas do sistema.

Sua abrangência inclui a regulação da assistência ambulatorial, pré-hospitalar e hospitalar, bem como as urgências, baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização; o controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados; a padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais; bem como o estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados.

A Central de Regulação pode ser:

- a) de Consultas e Exames - responsável pela regulação do acesso das pessoas usuárias às consultas especializadas, aos serviços de apoio de diagnóstico e terapêutico, bem como aos demais procedimentos ambulatoriais especializados ou não;
- b) de Internações Hospitalares - 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;
- c) de Urgências - regula a atenção pré-hospitalar de urgência, e é realizada pelo Serviço de Atendimento Móvel – SAMU;
- d) de Alta Complexidade – CERAC - responsável pelo gerenciamento dos procedimentos de alta complexidade, está integrada às CRs de Consultas e Exames e de Internações Hospitalares. Na prática a CERAC responde 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 traumato/ortopedia.

As CRs de Urgências não foram incluídas neste projeto, por terem seu incentivo financeiro disposto no anexo IV da Portaria GM/MS nº 1.010, de 21 de maio de 2012, que redefine as Diretrizes para a Implantação do Serviço Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, sendo componente da Rede de Atenção às Urgências.

A CERAC, componente da Central Nacional de Regulação de Alto Custo - CNRAC, instituída pela Portaria GM/SAS nº 2.309, de 19 de dezembro de 2001, como forma de melhor qualificar o acesso de pacientes a alta complexidade, de maneira

equânime em todo o país, é operada pelo Complexo Regulador Estadual, no setor de Tratamento Fora de Domicílio Estadual, que atua como solicitante efetuando o cadastramento junto a CNRAC para concessão de vaga interestadual para execução de procedimentos de alta complexidade. Sendo assim está contemplada no custeio do Complexo Regulador Estadual.

5.3 RECURSOS HUMANOS

Os componentes de uma equipe de Central de Regulação são: médico regulador, coordenador, supervisor, atendente de regulação/videofonista e secretária. São profissionais capacitados e responsáveis pela execução de funções específicas na ação regulatória. Seu quantitativo varia conforme o escopo e porte de cada CR.

O médico regulador atua como autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização. É uma atividade dinâmica que exige tomada de decisões de forma ética, consistente, eficaz e eficiente. Cabe a ele avaliar as solicitações enviadas por outros profissionais de saúde e proceder ao agendamento, em caráter prioritário, de maneira a agilizar o acesso à assistência aos pacientes portadores de casos clínicos de maior gravidade.

5.4 AÇÃO REGULATÓRIA

Se houver necessidade de completar a equipe da CR, por falta de profissionais em quadro efetivo, é de suma importância que seja preservada a ação regulatória pelo ente federado. A gestão da regulação deverá ser pública.

A ação regulatória corresponde a quatro processos de trabalho básicos:

- o levantamento e distribuição de cotas de consultas, exames e/ou procedimentos realizados pelos estabelecimentos executantes para os estabelecimentos solicitantes (com agendamento de horário ou não);
- a busca e disponibilização de leitos hospitalares, sendo o caso;
- o processo de autorização prévio à execução da ação ou serviço de saúde, por exemplo: as Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo – APAC ou da Autorização de Internação Hospitalar - AIH.
- a execução da ação regulatória feita por profissional competente, capaz de

análise crítica e discernimento que o conduzam a decisões baseadas em evidências.

5.5 AÇÕES DA REGULAÇÃO DO ACESSO

A Regulação da Atenção à Saúde, que envolve as ações da Regulação do Acesso, deve ter como objetivo implementar ações que incidam sobre os prestadores, públicos e privados, de modo a orientar uma produção eficiente, eficaz e efetiva de ações em saúde pública, buscando contribuir na melhoria do acesso, da integralidade, da qualidade, da resolubilidade e da humanização destas ações.

De acordo com as Diretrizes para a Implantação de Complexos Reguladores elaborada pelo Ministério da Saúde em 2006, a estruturação do Complexo Regulador permite absorver toda a assistência à saúde de média e alta complexidade em uma estrutura de regulação (as Centrais de Regulação), para tal algumas ações são necessárias para garantir sua implantação e a efetividade da sua atuação, são elas:

- o Plano Diretor de Regionalização – PDR - do Estado;
- a Programação Pactuada e Integrada – PPI - do Estado;
- a definição de quantas e quais centrais de regulação comporão o complexo;
- a área de abrangência (território) e o escopo (procedimentos) de cada Central de Regulação;
- o conhecimento dos recursos assistenciais disponíveis em sua área de abrangência;
- a definição do fluxo de informações (unidades solicitantes, unidades executantes);
- a definição das rotinas operacionais (horário de funcionamento, dias da semana, perfil dos profissionais, etc.);
- a realização da configuração da central (atualização do CNES, CNS, PPI, inclusão das unidades solicitantes, executantes e administrativas, distribuição dos limites físicos – cotas para cada unidade solicitante, vinculação dos profissionais às unidades de lotação, inclusão dos grupos de acesso ao sistema informatizado, cadastramento das escalas médicas, definição dos procedimentos que serão liberados sob regulação);
- a capacitação permanente dos recursos humanos e demais entes do processo

regulatório;

- o referenciamento das demandas às esferas superiores quando os recursos pactuados no território abrangido pela central forem insuficientes para a garantia do acesso;
- a aptidão para receber e dar resposta a todas as solicitações de atendimento;
- o exercício da autoridade sanitária no ordenamento da disponibilidade dos recursos assistenciais existentes;
- o fornecimento de informações quanto à utilização dos recursos físicos e financeiros próprios e pactuados;
- a identificação de pontos de estrangulamento na assistência à saúde;
- a identificação da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, fundamentada em protocolos clínicos e balizada pela alocação de recursos e fluxos de referências pactuados na Programação Pactuada e Integrada – PPI;
- a disponibilização de informações para o acompanhamento da Programação Pactuada e Integrada – PPI.

5.6 SISTEMA NACIONAL DE REGULAÇÃO

Para atingir os objetivos da Regulação do Acesso e garantir as ações das Centrais de Regulação, o Ministério da Saúde desenvolveu o Sistema Nacional de Regulação – SISREG, atualmente na versão SISREG III, gratuito, disponibilizado via on-line, dispensando os processos de instalação e manutenção do software.

Esta ferramenta informatizada de regulação foi a escolhida para o gerenciamento das Centrais de Regulação em Santa Catarina, por ser o sistema oficial do MS. Qualquer outro sistema informatizado de regulação necessita atender às necessidades de interoperabilidade com o SISREG, sujeito a avaliação e aprovação em conjunto pelo DRAC/SAS/MS e pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS/SGEP/MS).

O SISREGIII permite a regulação do acesso, com funcionalidade de gestão da fila de espera, indo da rede básica à internação hospitalar, visando a humanização dos serviços, o maior controle do fluxo e a otimização na utilização dos recursos, além da possibilidade de integração da regulação do acesso com as áreas de avaliação, controle e auditoria.

Os principais objetivos do SISREG são:

- 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.

5.7 POLÍTICA DA REGULAÇÃO DO ACESSO

Para que estas ações da Regulação do Acesso sejam efetivadas no âmbito estadual, é fundamental que o Complexo Regulador Estadual e as Centrais de Regulação Regionais e/ou Municipais participem e articulem, com outras áreas técnicas tanto na esfera estadual como municipal, respeitando a abrangência de cada situação, no processo de gestão das ações regulatórias, entre outras ações:

- na elaboração dos contratos entre gestores e prestadores, públicos ou privados, com cláusulas específicas que estabeleçam a regulação do acesso;
- na atualização da disponibilidade dos recursos assistenciais para cada área de abrangência de uma Região de Saúde, bem como no conhecimento atualizado dos serviços referenciados para direcionar o fluxo adequado das demandas às esferas superiores quando os recursos pactuados no território abrangido pela Central de Regulação forem insuficientes, garantindo assim o acesso e o cumprimento dos fluxos de referências pactuados na Programação Pactuada e Integrada – PPI;
- na reformulação das atividades de controle e avaliação em saúde;
- na elaboração dos Planos de Ação das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Além disto, é imprescindível que a Regulação do Acesso ocorra de maneira hierarquizada e regionalizada, de acordo com o Pacto pela Saúde 2006, os Municípios devem organizar a Regulação do Acesso dentro das diretrizes da Regulação da Atenção à Saúde, mas nem todos contarão com Centrais de Regulação. E quando a atenção básica não for resolutiva e houver necessidade de atendimento especializado ou internação hospitalar, que as solicitações sejam padronizadas por protocolos, em encaminhamentos responsáveis e adequados aos demais níveis de assistência, segundo os fluxos de referência desenhados, ainda que os estabelecimentos não estejam localizados em seu território (conforme PPI).

Após definidas e pactuadas as regras de referenciamento intraestaduais, intramunicipais e/ou interestaduais por meio da Programação Pactuada e Integrada – PPI ficou evidenciada a necessidade de regulação do fluxo para o acesso à assistência, por meio de uma rede hierarquizada e regionalizada, garantindo que os pactos sejam efetivamente cumpridos e revistos de acordo com a necessidade demandada e a capacidade física instalada.

A desigualdade do acesso à assistência entre Regiões de Saúde, e mesmo entre municípios de uma mesma Região, resulta em sistemas de saúde com capacidades resolutivas diversas, inclusive, no atendimento das populações externas à sua área de abrangência territorial.

A Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, na qualidade de gestora estadual do SUS, desenvolveu este Plano de Organização das Centrais de Regulação de Consultas e Exames e de Internações Hospitalares, em cooperação técnica com o Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistema (DRAC/SAS/MS), no intuito de organizar, aperfeiçoar e qualificar o acesso da população aos serviços de saúde no âmbito do SUS, permitindo a gestão pública melhor controle do acesso aos serviços ofertados e maior controle financeiro.

Respeitando a autonomia administrativa dos Municípios, fica estabelecido, que a adesão à nova Política Estadual de Regulação, por meio da implantação de Centrais de Regulação de Consultas e Exames e Internações Hospitalares nas Regiões de Saúde, é facultativa, não sendo obrigatória, conforme acordo entre Municípios e Deliberação em CIR.

Entretanto, para o alinhamento desta nova Política Estadual de Regulação faz-se necessária conscientização dos gestores municipais de que as ações regulatórias trazem

um ganho expressivo para o Sistema Único de Saúde – SUS em Santa Catarina, sobretudo proporcionando melhor isonomia no acesso a saúde entre Municípios e Regiões de Saúde.

6. ORGANIZAÇÃO DAS CENTRAIS DE REGULAÇÃO

Seguindo a atual legislação em saúde no âmbito do SUS, a SES de Santa Catarina busca organizar as Centrais de Regulação de Consultas e Exames e de Internações Hospitalares (CRs CE/IH) de abrangência regional e fortalecer o Complexo Regulador Estadual que congrega em sua estrutura as CRs de Consultas e Exames, de Internações Hospitalares, de Urgências e a CERAC, para pleitear habilitação ao incentivo financeiro de custeio as Centrais de Regulação Regionais, instituído pela Portaria MS nº 1.792/2012, com a seguinte proposta:

TABELA 1 – ORGANIZAÇÃO DAS CENTRAIS DE REGULAÇÃO NO ESTADO DE SC

ABRANGÊNCIA	ESTRUTURA	GESTÃO
Complexo Regulador Estadual (sede na SES)	01 CR Consultas e Exames	Secretaria de Estado da Saúde
	01 CR Internações Hospitalares	Secretaria de Estado da Saúde
	CERAC - Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade	Secretaria de Estado da Saúde
Complexo Regulador Regional (sede no Município a ser definido pelas CIRs)	08 CRs de Consultas e Exames e de Internações Hospitalares	Compartilhada entre SES e SMSs que compõem as Regiões de Saúde
Complexo Regulador Municipal (sede nas SMS)	CR de Consultas e Exames	Secretarias Municipais da Saúde

6.1 REGIÕES E MACRORREGIÕES DE SAÚDE DE SANTA CATARINA

A nova organização gerencial e administrativa da Política de Saúde do Estado de Santa Catarina é composta por 16 Regiões de Saúde, conforme Deliberação n° 348, de 30 de agosto de 2012, coincidentes com as atuais 16 Comissões Intergestores Regionais (CIR), aprovadas na Deliberação n° 457, 08 de novembro de 2012.

Entretanto preservou-se a estrutura das 09 Macrorregiões do PDR 2008 para proposta das CRs de Consultas e Exames e de Internações Hospitalares objetivando otimizar recursos humanos, financeiros e de infraestrutura.

A proposta de organização das Centrais de Regulação baseou-se especialmente nas CRs de Internações Hospitalares, em virtude de exigências e peculiaridades, entre elas:

- o funcionamento 24 horas por dia e nos 07 dias da semana;
- a necessidade de um número maior de recursos humanos, dentre eles, médicos reguladores e videofonistas (escassa disponibilidade de médicos reguladores nas Regiões de Saúde);
- a necessidade de infraestrutura e área física mais complexa;
- o elevado custo operacional com maior financiamento para manutenção das atividades regulatórias;
- estar em consonância com as Centrais de Regulação de Urgências – SAMU;
- o compromisso de inserir o percentual exigido para regulação do acesso aos leitos, de acordo com os Planos de Ação das Redes Temáticas e suas Portarias específicas;
- a distribuição irregular dos serviços ambulatoriais de referência em procedimentos de média e alta complexidade, o do quantitativo de leitos de UTI e de unidades hospitalares de referência em procedimentos de alta complexidade;
- a ampliação territorial auxiliando na ação regulatória entre as regiões;
- por serem as unidades hospitalares privadas, contratualizadas ou conveniadas, uma fração significativa dos leitos hospitalares do SUS, onde o sistema público não possui total capacidade de controle e intervenção.

Para estudar a classificação do Porte das CRs das Macrorregiões de Saúde de Santa Catarina, de acordo com a abrangência populacional, estabelecida no Art.3º da Portaria MS nº 1.792/2012, utilizou-se a Estimativa Populacional 2012, conforme Resolução IBGE nº 7, de 30 de agosto de 2012, publicada no DOU nº 170, de 31 de agosto de 2012.

TABELA 2 – CLASSIFICAÇÃO DAS REGIÕES E MACRORREGIÕES DE DE SAÚDE POR PORTE

REGIÃO DE SAÚDE PDR 2012	MACRORREGIÃO PDR 2008	POPULAÇÃO		PORTE
42001 Extremo Oeste	4201 Grande Oeste	740.973		II
42002 Oeste				
42003 Xanxerê				
42008 Meio Oeste	4202 Meio Oeste	601.280		II
42010 Alto Uruguai Catarinense				
42009 Alto Vale do Rio do Peixe				
42005 Foz do Rio Itajaí	4203 Foz do Rio Itajaí	579.946		II
42004 Alto Vale do Itajaí	4204 Vale do Itajaí	959.658		II
42006 Médio Vale do Itajaí				
Complexo Regulador Estadual	4205 Grande Florianópolis	1.041.828		III
42007 Grande Florianópolis				
42014 Extremo Sul Catarinense	4206 Sul	921.661		II
42015 Carbonífera				
42016 Laguna				
42011 Nordeste	4207 Nordeste	894.286	1.251.851	III
42012 Planalto Norte	4208 Planalto Norte	357.565		
42013 Serra Catarinense	4209 Serra Catarinense	286.089		I

6.2 COMPOSIÇÃO DAS CENTRAIS DE REGULAÇÃO

6.2.1 Complexo Regulador Estadual

Na versão preliminar do Plano Estadual apresentada à Coordenação do DRAC nas Oficinas de Trabalho, apontou-se a impossibilidade de liberação de custeio, pela Portaria MS nº 1.792/2012, a duas Centrais de Regulação que atendam a mesma população. Sendo assim não há fundamento para solicitar habilitação ao incentivo de custeio das Centrais de Regulação do Complexo Regulador Estadual como Porte V (abrangendo toda população do Estado), pois dividem a abrangência populacional com as 16 Regiões ou 09 Macrorregiões de Saúde.

Desta forma, baseado no princípio da Regionalização, após discussão o grupo decidiu propor que as agendas disponibilizadas pelas Centrais de Regulação de Consulta e Exames sejam transferidas à CR da Região da Grande Florianópolis que poderá pleitear o incentivo de custeio como Porte III, ficando responsável pela operacionalização desta regulação.

As CRs Estaduais, sem o custeio da Portaria, assumem a Regulação do Acesso, por meio de funções de gestão, entre elas:

- participação na implantação das CRs nas Macrorregiões de Saúde;
- participação na elaboração dos contratos entre gestores e prestadores, públicos ou privados, garantindo a disponibilidade dos serviços às CRs;
- elaboração dos protocolos clínicos e de acesso, para utilização unificada e sincrônica entre as CRs;
- apoio técnico e da capacitação na operacionalização do SISREG;
- apoio técnico e supervisão no processo regulatório das CRs.

Esta proposta necessita aprovação em CIB e/ou CIR.

6.2.2 Centrais de Regulação CE/IH – Região da Grande Florianópolis

Baseado no princípio da regionalização, por impossibilidade de habilitação para incentivo de custeio pela Portaria MS nº 1.792/2012 de duas CRs que atendam a mesma população e tendo em vista que dos 14 hospitais públicos do Estado, 09 estão localizados na Região Metropolitana da Grande Florianópolis, as Centrais de Regulação de Consultas e Exames e de Internações Hospitalares da Região da Grande

Florianópolis, passam a ter um comando único, entretanto assumem gestão compartilhada entre SES e Secretarias Municipais da Saúde da Região da Grande Florianópolis, sendo transferida a operacionalização da Regulação do Acesso as CRs da Macrorregião.

A gestão dos hospitais próprios permanece na esfera estadual, entretanto a Regulação do Acesso, cumprindo o requisito disposto no Art. 4º Inciso I da Portaria MS nº 1.792/2012 para garantir o incentivo de custeio de que trata esta Portaria, deve ser transferida às CRs de Consultas e Exames e de Internações Hospitalares da Grande Florianópolis.

O Art. 4º Inciso I da Portaria MS nº 1.792/2012 estabelece que para habilitação ao recebimento do incentivo financeiro o ente federativo deve demonstrar que a Central de Regulação disponha um número específico de cadastramento no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimento de Saúde (SCNES), não sendo aceita a utilização do número do cadastro da Secretaria de Saúde estadual, distrital ou municipal. O Sistema de Regulação – SISREG aceita apenas um CNES para cada unidade solicitante ou executante.

Esta proposta necessita aprovação em CIB e/ou CIR.

6.2.3 Centrais de Regulação CE/IH - Macrorregiões Planalto Norte e Nordeste

A Estrada Dona Francisca, parte dela, atual Rodovia SC 301, foi a segunda estrada do Brasil a possibilitar o trânsito de carroças. Teve sua construção iniciada em março de 1858 com financiamento do governo imperial. Tinha por objetivo ligar Joinville, e o litoral de São Francisco do Sul, ao Planalto de Curitiba, passando pelo Planalto Norte Catarinense, especialmente nas cidades de Campo Alegre e São Bento do Sul. Esta rota, de fundamental importância no transporte da erva mate, se tornou obrigatória entre Santa Catarina e Paraná, sendo o Planalto Norte o local das paradas e pousadas para os carroções e cavaleiros que seguiam de São Francisco do Sul e Joinville para o Paraná.

Portanto, historicamente as Macrorregiões do Planalto Norte e Nordeste possuem laços que definiram o desenvolvimento regional em polos distintos de atuação nas atividades econômicas. Em contraste às marcantes disparidades econômicas entre seus Municípios, as Macrorregiões ainda, na atualidade, apresentam importante

intercâmbio geopolítico e social.

Este fato observa-se também na elaboração das políticas em saúde para estas Macrorregiões. As discussões e a construção do Plano de Ação da Rede de Atenção à Saúde, anterior a Portaria MS nº 1.792/2012, definiu o agrupamento destas Macrorregiões, tanto na Rede de Urgências como na Rede Cegonha.

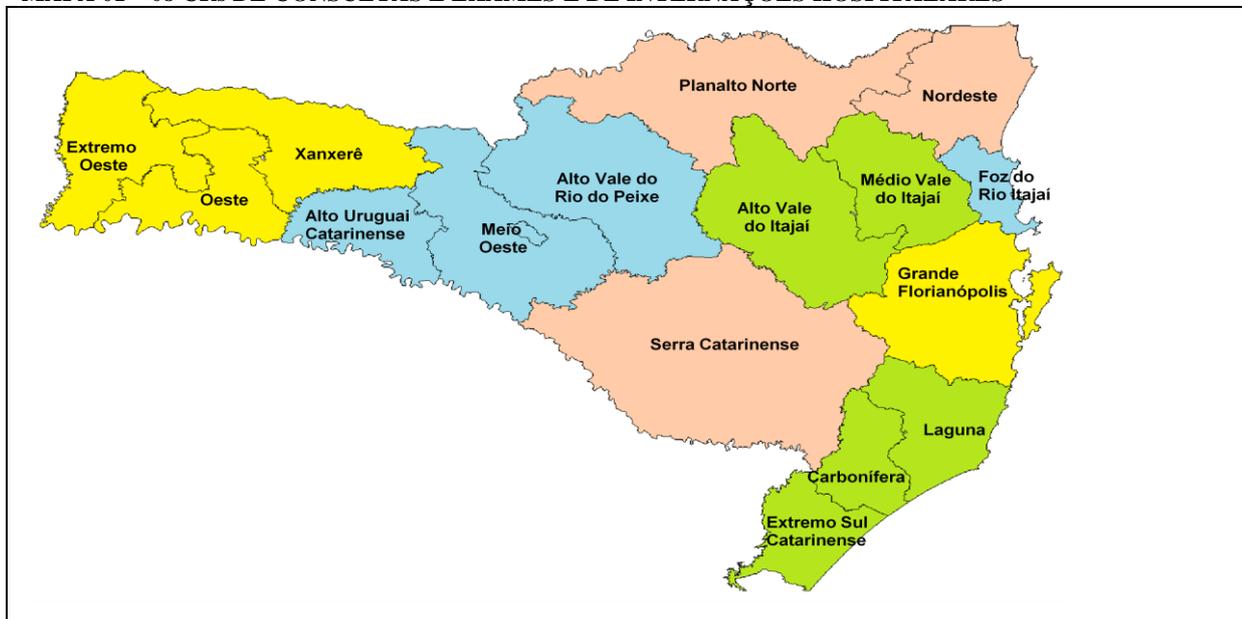
Baseado nisto sugere-se o agrupamento das Centrais de Regulação de Consultas e Exames e de Internações Hospitalares, otimizando os recursos humanos, financeiro e de infraestrutura, além de permitir o cumprimento das metas e prazos para implantação da Regulação de Acesso vinculados a Portaria MS nº 2.541, de 08 de novembro de 2012, que aprovou a Etapa II do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências.

Esta proposta necessita aprovação em CIB e/ou CIR.

6.3 MAPA DAS CENTRAIS DE REGULAÇÃO REGIONAIS

No Mapa 01 é possível visualizar as 09 Macrorregiões de Saúde com o agrupamento das Macrorregiões Norte e Nordeste. Plano de Organização proposto compõe 08 Centrais de Regulação com escopo agrupado de Consultas e Exames e de Internações Hospitalares.

MAPA 01 – 08 CRs DE CONSULTAS E EXAMES E DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES



6.4 RECURSOS HUMANOS DAS CENTRAIS DE REGULAÇÃO

Para composição das equipes das Centrais de Regulação propostas, utilizou-se o parâmetro numérico de recursos humanos estabelecido no Anexo da Portaria MS nº 1.792/2012, conforme o escopo das CRs (de Consultas e Exames ou de Internações Hospitalares). A Tabela 3 indica a qualificação dos profissionais e o quantitativo necessário para cada CR por porte:

TABELA 3 – EQUIPE DAS CRs CE/IH POR MACRORREGIÃO

MACRORREGIÃO	Porte Hosp	CENTRAL DE REGULAÇÃO					
		Médico Regulador plantonista 12h/semana	Médico Regulador 20h/semana	Coordenador 40h/semana	Supervisor 36h/semana	Videofonista 36h/semana	Secretária 40h/semana
Complexo Regulador Estadual	III	14	6	1	2	34	1
42007 Grande Florianópolis							
42001 Extremo Oeste	II	14	2	1	2	26	1
42002 Oeste							
42003 Xanxerê							
42004 Alto Vale do Itajaí	II	14	2	1	2	26	1
42006 Médio Vale do Itajaí							
42005 Foz do Rio Itajaí	II	14	2	1	2	26	1
42008 Meio Oeste	II	14	2	1	2	26	1
42010 Alto Uruguai Catarinense							
42009 Alto Vale do Rio do Peixe							
42011 Nordeste	III	14	6	1	2	34	1
42012 Planalto Norte							
42013 Serra Catarinense	I	14	0	1	0	18	1
42014 Extremo Sul Catarinense	II	14	2	1	2	26	1
42015 Carbonífera							
42016 Laguna							

6.4.1 – Alterações nos Parâmetros Numéricos das Equipes

Conforme a Portaria MS nº 1.792/2012, os parâmetros numéricos de recursos humanos descritos no seu Anexo poderão ser modificados, excepcionalmente, por iniciativa do gestor de saúde local e com prévia aprovação da CIB e, se houver, da CIR, com posterior comunicação ao MS, com base em estudos dos padrões locais das demandas à Central de Regulação, desde que não comprometa a função de regulação e não implique revisão dos respectivos valores do incentivo financeiro de custeio constantes no mesmo anexo desta Portaria.

Não há citação nesta Portaria sobre outros profissionais da saúde atuando como reguladores. Os médicos são os únicos profissionais citados como reguladores nas CRs, entretanto há demanda, por série histórica, para atuação dos seguintes profissionais:

- Odontólogos – responsáveis pela regulação dos procedimentos relacionados diretamente com a odontologia;
- Fisioterapeutas – responsáveis pela regulação do acesso aos procedimentos de fisioterapia;
- Fonoaudiólogos – responsáveis pela regulação de procedimentos relacionados à fonoaudiologia.

Para inclusão destes profissionais, objetivando aperfeiçoamento e ampliação da regulação de acesso no âmbito do SUS, as CRs poderão ajustar sua equipe técnica conforme demanda e deverão submeter previamente à substituição da vaga de profissional médico por odontólogo, fisioterapeuta ou fonoaudiólogo a avaliação e autorização do DRAC/SAS/MS, garantindo assim que não ocorra suspensão do repasse do custeio.

7. REQUISITOS PARA HABILITAÇÃO DAS CENTRAIS DE REGULAÇÃO

Para se habilitar ao recebimento do incentivo financeiro, as CRs de Consultas e Exames e as CRs de Internações Hospitalares devem demonstrar por meio do Formulário de Adesão ao Incentivo Financeiro indicado na Portaria MS nº 1.792, de 22 de agosto de 2012 sua produção e oferta em consultas, procedimentos e leitos regulados, dependendo do escopo da CR, bem como as metas e cronograma de inserção de serviços a serem regulados. O Formulário e as instruções de envio ao DRAC/SAS/MS estão disponíveis no endereço eletrônico http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1006.

Seguindo a Portaria MS nº 1.792/2012, que define os requisitos para habilitação das CRs e, a Portaria MS nº 2.655, de 21 de novembro de 2012, que a altera em alguns critérios, lista-se a seguir as principais exigências para habilitação das CRs ao recebimento do incentivo financeiro de que tratam estas Portarias:

I - dispor de número específico de cadastramento no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimento de Saúde (SCNES), não sendo aceita a utilização do número do cadastro da Secretaria de Saúde estadual, distrital ou municipal;

II - ter abrangência regional, de acordo com os seguintes critérios:

a) regular o acesso a ações e serviços de uma Região de Saúde, conforme Resolução nº 01/CIT, de 29 de setembro de 2011, mesmo que a Central de Regulação regule o acesso de usuários de dois ou mais Estados em regime de cogestão; ou

b) CR municipal que seja referência para uma Região de Saúde, com a destinação de, no mínimo, 20% (vinte por cento) do total da oferta de internações hospitalares e 15% (por cento) do total da oferta dos procedimentos ambulatoriais aos usuários procedentes de outros municípios.

III - possuir e utilizar protocolos clínicos para regulação do acesso, que deverão ser encaminhados ao Departamento de Regulação, Avaliação e Controle (DRAC/SAS/MS), para o e-mail cgra@saude.gov.br, e sugere-se a padronização dos Protocolos a serem utilizados nas CRs;

IV - utilizar sistema informatizado de suporte ao processo regulatório, com funcionalidade de fila de espera eletrônica que viabilize a gestão de fila;

V - no caso de Central de Regulação de Consultas e Exames:

a) regular, no mínimo, 20% (vinte por cento) da oferta das consultas especializadas e 30% (trinta por cento) da oferta de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade, devendo ser mantidos estes percentuais nos casos em que a regulação das consultas especializadas e dos procedimentos ambulatoriais de alta complexidade ocorrer em centrais de regulação distintas, sem prejuízo do previsto nos demais requisitos e compromissos fixados nestas Portaria;

b) funcionar em todos os dias úteis, por pelo menos seis horas diárias.

VI - no caso de Central de Regulação de Internações Hospitalares:

a) regular, no mínimo, 50% (cinquenta por cento) da oferta de internações do território de abrangência dos serviços regulados pela Central, respeitando-se os fluxos regulatórios (autorização pré ou pós-internação) pré-definidos e as responsabilidades de cada gestor de saúde, em caso de regulação compartilhada entre Estado e Município;

b) funcionar nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana.

VII - O profissional de saúde regulador será a autoridade sanitária responsável para garantir o acesso, baseado em protocolos clínicos de atendimento e de regulação, classificação de risco e critérios de priorização pactuados entre os gestores de saúde. O número de profissionais de saúde necessários para compor as CRs está definido no Capítulo 6.4 – Recursos Humanos das Centrais de Regulação.

8. COMPROMISSOS E RESPONSABILIDADES DOS GESTORES

Caberá o envolvimento de todas as CIRs, coincidentes com as 16 Regiões de Saúde do Estado de Santa Catarina, com o apoio de todas as Secretarias Municipais de Saúde de sua abrangência, no sentido de atender os requisitos necessários para habilitação do incentivo de custeio do MS. Aprovado o desenho e o escopo das CRs Regionais, a definição quanto ao Município que sediará e o local de instalação das CRs, será discutido e estabelecido com as Regiões de Saúde envolvidas e posterior deliberação em CIB e/ou CIRs.

Segundo a Portaria nº 1.792/2012 para habilitação ao recebimento do incentivo financeiro de custeio das CRs, os proponentes estarão condicionados à assunção dos seguintes compromissos e responsabilidades:

I - inserir nas Centrais de Regulação os componentes de referência das redes temáticas com repasse regular de recursos financeiros pelo Ministério da Saúde e linhas de cuidado prioritárias conforme fluxos regulatórios pactuados, a saber:

- a) Rede de Atenção às Urgências e Emergências;
- b) Rede Cegonha;
- c) Rede de Atenção Psicossocial;
- d) ações e serviços de diagnóstico e tratamento do câncer de mama e câncer de colo do útero;
- e) Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; e
- f) propedêutica e terapêutica para o portador de afecções renocardiovasculares e demais agravos considerados prioritários pelas comissões intergestores;

II - ter 100% (cem por cento) dos recursos assistenciais de referência dos planos de ação de redes publicados sob regulação do Complexo Regulador em até 12 (doze) meses a partir da data de publicação da Portaria de habilitação ao recebimento do incentivo financeiro de custeio ou em até 12 (doze) meses a partir da data de publicação da Portaria de aprovação do Plano de Ação, quando esta for publicada posteriormente à habilitação ao recebimento do incentivo financeiro;

III - criar mecanismos de regulação no âmbito das Unidades Básicas de Saúde (UBS) com definição de prioridades de acesso a outros serviços ou níveis de atenção, com base na realização de classificação de risco, observando o risco clínico, a vulnerabilidade do paciente e a garantia da continuidade do cuidado;

IV - regular, por meio da Central de Regulação de Consultas e Exames, ou outra tipologia que vier a substituí-las, o acesso a todos os procedimentos ambulatoriais, incluindo consultas, exames, terapias e cirurgias ambulatoriais, em até doze meses após a publicação da Portaria de habilitação ao recebimento do incentivo financeiro de custeio;

V - regular, por meio da Central de Regulação de Internações Hospitalares, no mínimo, 50% (cinquenta por cento) da oferta das internações de urgência e 100% (cem por cento) das internações seletivas, em até dezoito meses após a publicação da Portaria de habilitação ao recebimento do incentivo financeiro de custeio;

VI - caso o sistema informatizado utilizado para a regulação não seja o Sistema Nacional de Regulação (SISREG), firmar compromisso de atender às condições para interoperabilidade com o SISREG, em padrões a serem definidos em ato específico a ser publicado em conjunto pelo DRAC/SAS/MS e pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS/SGEP/MS); e

VII - a responsabilidade pela veracidade das informações declaradas no Formulário de Adesão será do gestor de saúde que encaminhar a proposta.

O monitoramento e a avaliação do cumprimento dos compromissos firmados pelos gestores nas propostas aprovadas ficarão a cargo da Coordenação-Geral de Regulação e Avaliação (CGRA/DRAC/SAS/MS). E, o descumprimento dos compromissos assumidos na proposta aprovada acarretará a suspensão do repasse do incentivo financeiro proveniente da Portaria MS nº1.792/2012.

A Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina deverá:

- garantir a atuação do Complexo Regulador Estadual auxiliando na implantação e no apoio técnico para operacionalização das CRs nas Regiões de Saúde;
- promover capacitações periódicas e manter apoio técnico contínuo às CRs;
- cooperar tecnicamente para a qualificação das atividades de regulação nos Municípios;
- unificar e fortalecer a utilização do Sistema Nacional de Regulação – SISREG, por meio da implantação e capacitação em todas as unidades solicitantes e executantes do processo regulatório, incluindo hospitais próprios, instituições contratualizadas e organizações sociais sob Gestão Estadual;

- coordenar a elaboração de protocolos clínicos e de regulação que serão utilizados nas Centrais de Regulação, em conformidade com os protocolos nacionais;
- compor e avaliar o desempenho das redes temáticas regionais e auxiliar na operacionalização da regulação dos Planos de Ação das Redes de Atenção à Saúde a partir da data de publicação das portarias de aprovação;
- estimular e auxiliar no processo de conversão das Centrais de Regulação Municipais para Centrais de Regulação Regionais nos municípios-sede de Regiões e Macrorregiões de Saúde aonde já existe Central de Regulação efetivamente implantada e em funcionamento;
- operacionalizar a Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade - CERAC;
- coordenar a elaboração e revisão periódica da programação pactuada e integrada intermunicipal e interestadual e estabelecer de forma pactuada e regulada as referências entre Estados;
- processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios, contratados e conveniados e contratualizar os prestadores de serviços de saúde conforme necessidade estabelecida entre oferta e demanda de serviços;
- 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;
- realizar e manter atualizado o Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde;
- elaborar normas técnicas complementares às da esfera federal.

As Secretarias Municipais de Saúde, em acordo com as Comissões Intergestores Regionais, deverão:

- participar em gestão compartilhada da operacionalização dos Complexos Reguladores Regionais;
- viabilizar o processo de regulação do acesso a partir da atenção básica, provendo capacitação, ordenação de fluxo, auxiliando na elaboração e garantindo a aplicação dos protocolos em conformidade com os protocolos estaduais e nacionais, e a informatização do sistema de regulação;

- regular a referência a ser realizada em outros Municípios, de acordo com a programação pactuada e integrada, integrando-se aos fluxos regionais estabelecidos, garantindo o acesso adequado à população referenciada;
- atuar de forma integrada à Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade - CERAC;
- realizar e manter atualizado o cadastro de usuários e dos estabelecimentos e profissionais de saúde;
- participar da elaboração e revisão periódica da programação pactuada e integrada intermunicipal e interestadual;
- 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;
- processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios, contratados e conveniados;
- contratualizar os prestadores de serviços de saúde conforme as necessidades estabelecidas pela oferta e demanda de serviços;
- elaborar normas técnicas complementares às das esferas estadual e federal.

Este processo de implantação/implementação das Centrais de Regulação promoverá a descentralização da regulação do acesso às ações e serviços de saúde, garantindo:

- a universalização, hierarquização e regionalização no âmbito do SUS;
- a implantação das Redes de Atenção à Saúde, com suas redes temáticas e linhas de cuidados prioritárias;
- a integração entre Complexo Regulador Estadual e Complexos Reguladores Regionais e a interação entre solicitante, regulação e executante;
- melhor visibilidade da capacidade instalada (mapa de consultas, exames e leitos) e da necessidade de implementação de novos serviços, permitindo o controle, avaliação, auditoria e planejamento dos serviços assistenciais;
- a humanização do serviço (diminuição de filas nas portas das unidades) e a melhoria do acesso à assistência a população (acesso do usuário a vaga) por meio dos fluxos de atendimento baseados em Protocolos Clínicos e de Acesso;
- a otimização e utilização racional de recursos financeiros por meio de gestão compartilhada e financiamento tripartite;

- e o fomento para outras atividades gestoras (fornecimento de informação através de relatórios/série histórica).

Por terem gestão compartilhada deverão ser firmados acordos entre a Secretaria Estadual de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde através do COAP, conforme as disposições e diretrizes do Decreto n° 7.508, de 28 de junho de 2011, quesitos sobre a regulação, as responsabilidades operacionais e demais elementos necessários para viabilização das Centrais de Regulação.

9. INTERFACES DAS CENTRAIS DE REGULAÇÃO

A regulação assistencial deve estar articulada ao processo de avaliação das necessidades de saúde, planejamento, regionalização, programação e alocação dos recursos (detalhadamente especificada pela programação da assistência por meio da Programação Pactuada e Integrada - PPI), além da interface com as ações de controle e avaliação (CONASS, 2006).

Portanto, as ações das Centrais de Regulação além de estarem articuladas e integradas com as áreas assistenciais da atenção programática e estratégica, e atenção especializada ambulatorial e hospitalar, deverão estar articuladas e integradas com as ações de contratação, controle e avaliação.

A Regulação implica no estabelecimento de regras claras de obrigações e deveres, que se fortalecem através da assinatura de contratos de prestação de serviços, criando mecanismos de responsabilização e se adequando à legislação vigente em relação à compra de serviços por parte do poder público.

Dentro do universo de ações, serviços e procedimentos disponibilizados, aos usuários do SUS, em média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, o gestor deverá pactuar com as suas Unidades e com os Municípios referenciados os fluxos para o acesso em toda linha de produção do cuidado garantindo a integralidade da assistência no território sob sua gestão. Para tanto, serão utilizados os protocolos assistenciais no sentido de ordenar as solicitações e definir a priorização do acesso pela gravidade clínica do usuário e os fluxos de referência desenhados. Aos prestadores, caberá manter o cadastro do estabelecimento e respectivos profissionais atualizados, disponibilizar agendas e leitos para as Centrais de Regulação, garantir o acesso conforme pactuação e alimentar os sistemas de informação.

Todos os Municípios deverão organizar uma atenção básica que seja resolutiva e que faça encaminhamentos responsáveis e adequados aos demais níveis de assistência. Na atenção em saúde, o gestor do sistema estabelece e define quais as ações e serviços serão oferecidos pelas unidades prestadoras, apontando o que e qual a quantidade que será regulada.

O SAMU, como parte do Complexo Regulador, tem papel fundamental nos Municípios para execução da atenção pré-hospitalar móvel, na regulação médica da atenção às urgências e nos demais elementos do complexo regulador. Por meio da Central de Regulação do SAMU é possível prestar atendimento pré-hospitalar aos portadores de quadros

agudos, de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica, quando ocorrerem fora do ambiente hospitalar, e fazer o transporte sanitário dos pacientes atendidos de forma adequada, acionado pelo público de modo fácil, gratuito e 24 horas por dia.

Dentro da proposta de atenção integral, o SAMU possibilita a integração com outros serviços do SUS, como a Central de Internações Hospitalares para efetuar as transferências inter-hospitalares, acionamento de UTI Móvel e contatos com as referências hospitalares de urgência e emergência, Unidades de Pronto-Atendimentos, dentre outras.

A partir da integração de todos os recursos disponíveis no Sistema de Saúde por meio de fluxos direcionados e do envolvimento de todos os gestores do processo regulatório, serão estruturadas ações de regulação no sentido de garantir a integralidade da atenção à saúde, com qualidade e equidade.

10. ESTRATÉGIAS PARA IMPLANTAÇÃO DAS CENTRAIS DE REGULAÇÃO

Considerando-se as dificuldades de implantação das Centrais de Regulação, que vão desde os problemas financeiros até a articulação entre os vários gestores e prestadores, a SES propõe como metas sequenciais:

- implantar e operacionalizar a Central de Regulação de Internações Hospitalares na Macrorregional da Grande Florianópolis em gestão compartilhada com o Complexo Regulador Estadual, permitindo a regulação do acesso exigida na Portaria da Rede de Atenção às Urgências - Portaria MS nº 2.011 de 14 de setembro de 2012 e da Rede Cegonha - Portaria MS nº 3.070 de 27 de dezembro de 2012;
- auxiliar na implantação e operacionalização a Central de Regulação de Internações Hospitalares, propondo sua sede no Município de Joinville, por já possuir Central de Regulação de Consultas e Exames e receber incentivo financeiro para capacitação do Complexo Regulador, conforme Portaria, permitindo a regulação do acesso exigida na Rede de Urgência - Portaria MS nº 2.541 de 08 de novembro de 2012 e Rede Cegonha - Portaria MS nº 3.070 de 27 de dezembro de 2012;
- incentivar a implantação e auxiliar na operacionalização da Central de Regulação de Internações Hospitalares na Macrorregional Sul, que permitiu o Projeto Piloto na Regulação de Internações Hospitalares em Araranguá no segundo semestre de 2012;
- revisar o Protocolo de Acesso utilizado pela Central Estadual de Regulação de Consultas e Exames, e encaminhar para avaliação e validação junto ao DRAC/SAS/MS;
- iniciar a discussão com as demais Regiões de Saúde visando à implantação das Centrais de Regulação;
- elencar e classificar a ordem de implantação das Centrais de Regulação no Estado, de acordo com a determinação das Superintendências de Serviços Especiais e Regulação (SUR) em conjunto com suas Gerências, e posterior aprovação em CIB.

11. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É de fundamental importância que cada Macrorregião de Saúde durante a implantação das Centrais de Regulação determine por meio das CIRs envolvidas, que pelo menos um Responsável Técnico acompanhe o processo de implantação, atuando como o elo de ligação entre a futura Central e o Complexo Regulador Estadual / SES.

Sobre a ação regulatória e os profissionais diretamente envolvidos deve-se considerar que a ferramenta oficial do sistema de regulação é totalmente informatizada. A inserção no SISREG dos dados de identificação e os dados clínicos dos usuários submetidos à regulação de consultas, exames e leitos, no atual modelo, é realizada por profissional capacitado a operar o sistema, não pelo médico assistente que solicita o serviço. Desta forma é pertinente a preocupação com a veracidade das informações digitadas e inseridas no SISREG e o sigilo das informações nele contidas, garantindo assim a cidadania e o respeito ao usuário. Baseado nos princípios da confiabilidade e da confidencialidade, como premissas básicas nas ações em saúde, sugere-se que as Centrais de Regulação utilizem documento que oficialize responsabilidade ética, civil e profissional dos operadores do SISREG. O modelo proposto é o Termo de Compromisso e Sigilo Profissional para Operadores do SISREG, elaborado pelo Complexo Regulador Estadual de Santa Catarina – Anexo I.

Em continuidade ao processo de revisão da Política Estadual de Regulação no âmbito do SUS em SC, há necessidade de revisar e rediscutir, de maneira mais detalhada, as questões relacionadas ao custeio tripartite das Centrais de Regulação, ao impacto financeiro para Estado e Municípios, bem como o modelo de gerenciamento, a forma de repasse de recursos entre entes federados e demais aspectos relacionados à Lei de Responsabilidade Fiscal, mantendo a adequada gestão financeira dos três níveis de governo. Estas pautas devem ser objeto de novo projeto a ser apresentado em CIB.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8080, de 10 de setembro de 1990.** Dispõem sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS Nº 2.309 de 19 de dezembro de 2001:** Institui a Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade – CNRAC. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga, Pacto pela Saúde, 2006 - Consolidação do SUS, e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da Assistência à Saúde. **Diretrizes para a implantação de complexos reguladores.** Brasília, DF 2006. (Série Pactos pela Saúde, 2006,v.6).

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Nota Técnica 13. **Para entender o Pacto pela Saúde.** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.571, de 29 de Junho de 2007.** Estabelece incentivo financeiro para implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores a ser repassado às Secretarias de Saúde, exclusivamente para a finalidade de que trata o art. 1º, nos montantes previstos no Anexo I a esta Portaria. Revoga a Portaria SAS/MS nº 494. Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008.** Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, 2008.

_____. Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde. Sistema Único de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização: PDR 2008** (Recurso eletrônico). Florianópolis: IOESC, 2008. 128 p.: Il.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.907, de 23 de novembro de 2009**. Dispõe sobre o financiamento para implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores e informatização das Unidades de Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, 2009.

_____. Comissão Intergestores Bipartite de Santa Catarina. **Deliberação nº 232, de 10 de dezembro de 2009**. Homologa o Projeto Estadual de Implantação ou Implementação dos Complexos Reguladores e Informatização das Unidades Básicas no âmbito do SUS em Santa Catarina Santa Catarina, 2009.

_____. Comissão Intergestores Bipartite de Santa Catarina. **Deliberação nº 492, de 09 de dezembro de 2010**. Aprova a Política Estadual de Regulação para Santa Catarina. Santa Catarina, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2010.

_____. Presidência da República. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução nº 01, de 29 de setembro de 2011**. Estabelece diretrizes gerais para instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, nos termos do Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2001. Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Curso Básico de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria**. 2ª Edição. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.010, de 21 de maio de 2012**. Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.792, de 22 de agosto de 2012**. Institui incentivo Financeiro de Custeio destinado às Centrais de Regulação organizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, 2012.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Resolução nº 7, de 30 de agosto de 2012**, publicado no DOU nº 170, de 31 de agosto de 2012. Divulga as estimativas da População, para Estados e Municípios com data de referência em 1º de julho de 2012. Brasília, 2012.

_____. Comissão Intergestores Bipartite de Santa Catarina. **Deliberação nº 348, de 30 de agosto de 2012**. Aprova novo desenho territorial das Regiões de Saúde de Santa Catarina, de acordo com o Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011. Santa Catarina, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.011, de 14 de setembro de 2012**. Aprova a Etapa I do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências do Estado de Santa Catarina e Municípios, e aloca recursos financeiros para sua implantação. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.541, de 08 de novembro de 2012**. Aprova a Etapa II do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências do Estado de Santa Catarina e Municípios, e aloca recursos financeiros para sua implantação. Brasília, 2012.

_____. Comissão Intergestores Bipartite de Santa Catarina. **Deliberação nº 457, de 08 de novembro de 2012**. Aprova a nova configuração e a denominação das 16 Regiões de Saúde do Estado de Santa Catarina, Santa Catarina, 2012.

_____. Comissão Intergestores Bipartite de Santa Catarina. **Deliberação nº 458, de 08 de novembro de 2012.** Aprova As Macrorregiões de Saúde de Santa Catarina e sua configuração. Santa Catarina, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.655, de 21 de novembro de 2012.** Altera a Portaria nº 1.792 de 22 de agosto de 2012. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.070, de 27 de dezembro de 2012.** Aprova a Etapa I do Plano de Ação da Rede Cegonha do Estado de Santa Catarina e aloca recursos financeiros para sua implementação. Brasília, 2012.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Inovação nos sistemas logísticos: resultados do laboratório de inovação sobre redes integradas de atenção à saúde baseadas na APS.** Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretários de Saúde; Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Brasília, 2010.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. **Indicadores de Saúde: Indicadores de Mortalidade.** Florianópolis, 2011. [acesso em: 2013 jan 26]. Disponível em: http://www.saude.sc.gov.br/cgi/Ind_Mortalidade_Fichas/SC_mortalidadeinfantil.pdf.

DEPARTAMENTO DE PESQUISA E ESTUDOS ECONÔMICOS. Santa Catarina: Bradesco, 2013. [acesso em: 2013 jan 26]. Disponível em: http://www.economiaemdia.com.br/static_files/EconomiaEmDia/Arquivos/infreg_SC.pdf.

SANTA CATARINA. **Oportunidades e Negócios: Qualidade de Vida.** Florianópolis, 2013. [acesso em: 2013 jan 26]. Disponível em: <http://www.santacatarinabrasil.com.br/pt/qualidade-de-vida/>.

FEDERAÇÃO DAS INDÚSTRIAS DO ESTADO DE SANTA CATARINA. **Santa Catarina em Dados 2012.** Florianópolis: FIESC, 2012. [acesso em: 2013 jan 27]. Disponível em: http://www2.fiescnet.com.br/web/pt/site_topo/pei/produtos/show/id/46.

ANEXO I

TERMO DE COMPROMISSO E SIGILO PROFISSIONAL
PARA OPERADOR-SOLICITANTE DO SISREG
CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO

Eu,....., servidor da Unidade de Saúde, a partir de/...../..... me comprometo a:

Não fornecer minha senha para ninguém;

- Só marcar consultas e exames em horário de trabalho;
- Ser responsável com a marcação de consultas e exames;
- Transcrever exatamente o mesmo conteúdo do histórico e/ou dados clínicos emitidos pelo médico solicitante, não alterando, omitindo ou acrescentando novos dados, ao texto original da solicitação;
- Manter sigilo profissional sobre as informações e dados clínicos inseridos e regulados no SISREG.

A supervisão dos operadores-solicitantes caberá ao Coordenador da Unidade de Saúde ou Gerente Regional, bem como a troca temporária e/ou definitiva dos mesmos, que será efetuada mediante assinatura deste termo.

Operador-solicitante

Coordenador da Unidade de Saúde

Responsável pelo treinamento – CER

Desativação do Atendente de Regulação / Videofonista	
Data	Assinatura