



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO AZUL
Secretaria de Saúde

**PROTOCOLO OPERACIONAL PADRÃO DE REGULAÇÃO DO ACESSO
AMBULATORIAL:**

(Setor de Regulação Ambulatorial-SRA)

**Rio Azul - Pr.
2023**



ELABORAÇÃO:

PREFEITO MUNICIPAL

Leandro Jasinski

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Cristiana Maria Schaidak

COORDENAÇÃO DO SETOR DE REGULAÇÃO MUNICIPAL:

Nivea Maria Buhler

MÉDICA REGULADORA AMBULATORIAL

Gisele Cuzzuol Pedrini CRM 21474-PR

COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Maria Elaine Pacanaro

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Comissão de Avaliação e Monitoramento dos Serviços de Saúde.

AUTOR DO PROJETO

MÉDICA: GISELE CUZZUOL PEDRINI

1-Protocolo de Regulação do Acesso Ambulatorial:

- Consultas especializadas.
- Exames complementares.
- Habilitação da Atenção Primária a Saúde (APS) na condução e ordenação do cuidado.
- Inicialização da operacionalização do Protocolo de Regulação de Acesso de Agendamentos.

2-Introdução:

Na organização das ações do Sistema Único de Saúde (SUS), o cuidado a saúde está ordenado em níveis de atenção, quais sejam: a atenção primária e atenção especializada, formadas pela atenção secundária e a atenção terciária. (MS, BRASIL, 2009).

O acesso da população a esta rede de serviços regionalizada e hierarquizada deve se dar no nível primário de atenção, que precisa estar qualificado para atender e resolver os principais problemas que demandam serviços de saúde. Os que não forem resolvidos neste nível deverão ser referenciados para os serviços especializados ambulatoriais ou hospitalares.

A Política Nacional de Regulação (PNR) regulamentada pela Portaria MS/GM nº 1.559, de 1º de agosto de 2008, hoje consolidada na Portaria de Consolidação nº 2, de 27 de setembro de 2017, em seu anexo XXVI, estabelece ações organizadas em três dimensões de atuação necessariamente integradas entre si:

- I - Regulação de Sistemas de Saúde: ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância dos sistemas de saúde;
- II - Regulação da Atenção à Saúde: estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde, tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde.
- III - Regulação do Acesso à Assistência: é a regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, o complexo regulador e suas unidades operacionais, abrangendo a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.

Conforme prevê a Política Nacional Atenção Básica (PNAB), o ordenamento da Rede de Atenção à Saúde (RAS) deverá ser realizado pela atenção básica, a qual deverá acompanhar todo o percurso do usuário na RAS. A descentralização de ofertas de assistências para a gestão da atenção básica, mediada por uso de protocolos de regulação e monitoramento/avaliação da Central de Regulação possibilitou a responsabilização dos atores (profissionais) e uma melhor resposta ao usuário referente ao cuidado adequado em tempo oportuno. Considerar que os recursos

assistências escassos (“vagas raras”) e estratégicos do território deverão estar na gestão da Central de Regulação, visando a otimização dos recursos.

A regulação intermunicipal é pactuada nas Comissões Intergestores (CIR e/ou CIB), conforme previsto no Decreto 7.508/2011.

3-Elaboração:

- Através da análise dos protocolos de acesso feitos pelo Ministério da Saúde, através do RegulaSUS.
- Levantamento das opções de prestadores de serviços contractualizados, das referências represadas, além da vigilância da resolutividade de cada caso clínico.

4-Objetivo:

- O processo de planejamento, implantação e operacionalização dos Setores de Regulação nos municípios da 4ª Regional de Saúde (4ªRS).
- Aumentar o poder de resolutividade da APS.
- Otimização de Recursos Públicos.
- Racionalizar as filas de espera.

5-Maior Desafio:

- Formar filas de espera qualificadas e reais, baseadas em estratificação de risco e priorização clínica com critérios de semelhança em todas as cidades.
- Retirar de fila de espera condições sensíveis a APS.
- Interromper o elo de influências anti-éticas, injustas ou antidemocráticas de agendamento.

6-Legislação e bibliografia:

- Lei nº 8080/90, regulamentada pelo Decreto nº 7508/11.
- Lei nº 8142/90.
- Portaria MS/GM nº 2488, de 21 de outubro de 2011.
- Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000.
- Portaria MS/GM nº 1.559, de 1º de agosto de 2008, consolidada na Portaria de Consolidação nº 2, de 27 de setembro de 2017.
- Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017.

7-Decreto nº 7508/11, de 28 de junho de 2011(Diário Oficial da União):

- “Art. 8º O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço.
- Art. 9º São Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços:
I - de atenção primária;

II - de atenção de urgência e emergência;

III - de atenção psicossocial; e

IV - especiais de acesso aberto.

Parágrafo único. Mediante justificativa técnica e de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores, os entes federativos poderão criar novas Portas de Entrada às ações e serviços de saúde, considerando as características da Região de Saúde.”

8-“Os 4 Es” da Auditoria em Saúde Pública:

- **Efetividade:** Alcançar os resultados desejados.
- **Eficiência:** Obter o máximo dos recursos disponibilizados.
- **Eficácia:** Ótimo resultado com validade.
- **Economicidade:** Quantidade suficiente, qualidade adequada, tempestividade, com o melhor preço.

9-Material e Método: (momentos)

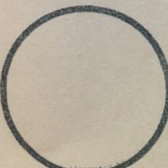
- Protocolo de Regulação do Acesso Ambulatorial de Consultas e Exames Especializados-Regula SUS.
- Reunião de dos Gestores Municipais e Estadual, CRESEMS, Conselhos, Equipes de profissionais.
- Apresentação aos atores do processo.
- Apresentação ao Conselho Municipal de Saúde e aprovação.
- Profissional médico para função de regulador ambulatorial com formação em áreas da saúde pública.
- Implantação na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do Setor de Regulação Municipal em Saúde.

10-Operacionalização:

- Consultana ESF ou outra porta de entrada permitida por lei.
- Entrada dos documentos no Setor de Regulação Ambulatorial da SMS.
- SRA organiza a documentação necessária com cópias.
- Carimbo de identificação de fluxo do SRA.
- Referências e solicitações passam por Regulação Médica.
- Referências serão encaminhadas para a 4ª RS de Iratiparacadastro no e-saúde ou a SMS faz o cadastramento no IDS, G-SUS.
- Inclusão em fila de espera regional, estadual ou municipal.
- SCRACA ou Regulação municipal faz o agendamento.
- Emissão da Guia de Agendamento com o Código de transação (validade de 6 meses, inclusive para retornos).
- Paciente é comunicado e retira a guia de agendamento nos setores específicos da SMS.
- Paciente faz o agendamento do transporte, obedecendo a legislação vigente para custeio e documentos obrigatórios, conforme Protocolo Municipal de Transporte Sanitário.

11-Carimbo do Setor de Regulação:

Prioridade Clínica de Regulação	Recebido
	Regulado
	Cadastrado:
	Agendado:
	Assinatura



12-Material gráfico de Regulação médica:

**PARECER TÉCNICO DA AUDITORIA PARA AGENDAMENTO DE
ENCAMINHAMENTOS/EXAMES COMPLEMENTARES**

PACIENTE: _____
_____ DN: ____/____/____.

AUTORIZADO PARA AGENDAMENTO VIA:

() CIS/AMCESPAR. () TFD/ALTA COMPLEXIDADE.

CLASSIFICAÇÃO:

() ALTA PRIORIDADE. () MÉDIA PRIORIDADE. () BAIXA PRIORIDADE.

MOTIVO DA INDICAÇÃO DE AGENDAMENTO:

() Patologia de Alta Complexidade/ Gravidade.

() Necessidade de Intervenção/Procedimento cirúrgico.

() Inexistência de especialidade em Consórcio Intermunicipal de Saúde.

() Patologia de Alta Prioridade.

() Demanda reprimida não avaliada em CONSÓRCIO, por inexistência de Vaga / Profissional / Agenda ou Disponibilidade de compra de consultas extras; (**Nº de encaminhamentos aguardando agendamento: _____ /Nº de vagas disponíveis no Consórcio: _____**).

() Oncologia.

() Procedimento PADRÃO OURO para diagnóstico e tratamento existente somente via TFD.

() Avaliado no Consórcio, mas devido a grande demanda da fila de espera para cirurgia. Espera de ____ meses.

() Equipamento não funcionando.

() Avaliado no consórcio, mas médico não realiza o procedimento.

() OUTROS: _____

Imbituva: ____/____/____.

Regulação e Auditoria
Médica

**PARECER TÉCNICO DA AUDITORIA PARA DEVOLUÇÃO DE
REFERÊNCIA/CONTRA-REFERÊNCIA E SOLICITAÇÃO DE EXAMES:**

**ESTAMOS DEVOLVENDO A(S) GUIA(S) DE REFERÊNCIA, SOLICITAÇÃO
DE EXAMES PARA QUE SEJAM ADEQUADOS OS ITENS ABAIXO:**

- () DADOS INCOMPLETOS DO PACIENTE.
- () NÃO TEM DADOS DE REFERÊNCIA (HISTÓRIA CLÍNICA / INDICAÇÃO CLÍNICA / HIPÓTESE DIAGNOSTICADA e/ou TERAPÊUTICA ANTERIOR).
- () REAVALIAR A ESPECIALIDADE A SER ENCAMINHADA.
- () LETRA ILEGÍVEL.
- () FALTA DE CARIMBO OU ASSINATURA DO MÉDICO.
- () FALTA DE IDENTIFICAÇÃO DA ESPECIALIDADE A SER ENCAMINHADA.
- () FALTA DE EXAMES COMPLEMENTARES E RESULTADOS.
- () ANEXAR EXAMES COMPLEMENTARES JÁ REALIZADOS.
- () FALTA CID.
- () PREENCHER PROCESSO DE ALTO CUSTO (APAC) COMPLETO.
- () OUTROS: _____

_____ .

Imbituva: ___ / ___ / ____ .

Auditoria e Regulação

Médica



Secretaria Municipal de Saúde de Rio Azul – PR

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE PACIENTE FALTOSO (A) AO AGENDAMENTO

DATA: ____ / ____ / ____

Paciente: _____,
teve seu procedimento em anexo agendado pelo setor de regulação da Secretaria Municipal de
Saúde, _____ mas _____ não _____ compareceu _____ pelo
motivo: _____

Recebe orientação que a falta, incide em termo de responsabilidade **de fim de fila de espera.**

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ASS. ADMINISTRATIVA

ASS. REGULADOR

CONDUTA: _____

13-Protocolo Municipal de Regulação:

- Este protocolo visa garantir o acesso do usuário do SUS a todos os seus níveis, cujo objetivo é uma priorização clínica de acordo com as necessidades de cada um em relação aos outros.
- Os encaminhamentos e solicitações de exames são classificados pela prioridade clínica. Não deve ser utilizado para regulações com termos de Urgente (esses devem obedecer regulação de Centrais de Leitos Hospitalares)

14-Alguns princípios:

- Obedecer o preenchimento completo das referências e solicitações de exames complementares.
- Cada paciente tem o direito a estar incluso em uma fila de espera única. Não será permitido a inclusão em mais de uma fila na mesma especialidade.
- Exames complementares Alto custo, ou complexos, devem ter exames iniciais para diagnóstico diferencial.
- Dados completos de identificação: idade, Cartão SUS, etc.
- Utilização de material gráfico adequado para cada solicitação, conforme normas e legislações específicas.
- Classificação de todas as solicitações, Critérios de prioridade e data de solicitação em cada nível:
 - AA: Altíssima prioridade - até 45 dias.
 - A: Alta prioridade - até 60 dias.
 - M: Média Prioridade - até 120 dias.
 - B: Baixa prioridade - até 240 dias ou até não haver fila de espera remanescente de outras prioridades clínicas.
- Ao Regulador cabe: Negar, Devolver para adequação, autorizar e incluir em fila de espera e solicitar priorização.
- O processo de priorização segue de fluxo e protocolos específicos do memorando circular nº16/2023 DGs/SESA -PR, CERA - Central Estadual e Regulação Ambulatorial.
- Verificação do checklist e elegibilidade para a regulação: solicitação médica exclusivamente do SUS, cruzamento com lista de procedimentos disponíveis via SIGTAP, atender critérios clínicos de indicação, cruzamento com as unidades executantes e com capacidade de resolutividade para aquele diagnóstico.
- São agendados nas instituições que possuem recursos técnicos para a total resolução. O que é cirúrgico, clínico ou de continuidade.
- Procedimentos estéticos não são agendados enquanto há demanda reprimida.
- CA sempre são alta prioridade e dependem de gestão única da Secretaria de Estado da Saúde.
- Diretriz diferencial entre: Agudo, Crônico e Acompanhamento longitudinal.
- Retornos: obedecem ao parâmetro de agendamento de 30% e novas consultas 70%.
- Retornos agendados pelo prestador, REDUZEM AS VAGAS.
- Triagem de exames com indicação clínica.

- Encaminhar para a referência e/ou exames com investigação prévia inicial, e história clínica resumida ou hipótese diagnóstica, conforme o RegulaSUS.
- O que é cirúrgico com certeza, encaminhar com exames pré-operatórios e com avaliação de risco, para ambulatorios exclusivamente cirúrgicos.
- Tudo que for passível de agendamento por via ambulatorial, significa que foi classificado para ser agendando em tempo hábil mínimo de 30 dias, e que esse tempo não oferece riscos eminentes ou iminentes de vida/morte.
- Devolução para ADEQUAÇÃO dos encaminhamentos que não preenchem critérios: para o profissional e sua equipe ou para o paciente, conforme cada caso, via malote e explicação humanizada.
- Obedecer aos critérios de estratificação das RAS (Rede de Atenção a Saúde).

15-Do que dependem as vagas e agendamentos:

- Individualização de cada caso e solicitação, através de classificação por prioridade, realizada por profissional Médico Regulador, com especialidade em Saúde Pública.
- Distribuição das vagas por cotas per capita.
- Idade dos pacientes e prioridades por lei.
- Oferta de serviços e vagas que são totalmente diferentes para cada procedimento e dependem de agenda do prestador, de transporte sanitário intermunicipal, de sobras de vagas, de orçamento, planejamento e disponibilidade de vagas extras, etc.
- Pactuações Estaduais e Pactuações Municipais, através da busca de vagas em diversos Sistemas de Regulação como: IDS- Consórcio Intermunicipal de Saúde-CIS, G- SUS (SESA-PR), e-saúde (Tratamento Fora do Domicílio-TFD-alta complexidade), conforme Planos de Regionalização, Pactuação e Contratualização.
- Análise da solicitação para classificação entre fluxogramas de complexidade com o objetivo de garantir maior resolutividade.
- Protocolos clínicos de Regulação do Ministério da Saúde (RegulaSUS) e condições sensíveis a APS.
- Filas de espera remanescentes.

16-Dificuldades:

- TFD não municipal, garantia de fila com “equidade”. Pois, o município é de Gestão da Atenção Primária, portanto a coordenação do acesso a Atenção Especializada, é de gestão Estadual.
- Referências mal preenchidas ou não preenchidas.
- Encaminhamentos desnecessários.
- Grande demanda reprimida no início do processo.
- Ausência de Contra-referência.
- Agendamentos para locais que não possuíam estrutura para a total resolução.
- Vontade profissional em escrever/digitar. Mudança de paradigmas de atuação.
- Treinar os profissionais administrativos a reconhecer os critérios básicos.
- Retornos desnecessários, grande número de retornos, sem investigação inicial sem diagnósticos diferenciais prévios.
- Pouca oferta de serviços prestadores, em alguns procedimentos.

- Equipamento-Profissional-Dependente.

17-Responsabilidade da Linha de cuidado:

Conforme preconiza a PNAB, as Equipes de Saúde da Família, serão os responsáveis pela ordenação do cuidado do usuário, sendo assim deverá:

- Fazer a busca ativa das ações desenvolvidas para o usuário pela Atenção Especializada (AE), bem como busca dos processos de ALTA das especialidades, garantindo a integralidade dos serviços necessários, e fazer todos os registros em Prontuário Eletrônico Individual.

18-Resultados:

Todos tem o mesmo direito a concorrência justa, por prioridade clínica, e data de entrada em Fila de Espera. Tudo que se utiliza de ferramentas para capacitar a APS, trará resolutividade a mesma e economia. (“norte investigativo e terapêutico”).

19-Temporalidade para a conclusão e revisão do processo: 2 anos.

20-Emergência e Urgência:

- Porta de entrada: Pronto Atendimento Municipal, SAMU.
- Internamentos: Central de Leitos do Estado, Regulação do SAMU.

21- Site RegulaSUS e Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), para consultas e busca rápida dos profissionais:

<https://www.ufrgs.br/telessauders/materiais-protocolos/>

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas-pcdt>

<https://api.saude.pr.gov.br/governo-digital/farmacia/consulta>

22-Conclusão:

- Através desse processo, poderemos obter a diminuição do tempo de espera para as consultas especializadas e o aumento no índice de resolutividade nos diversos níveis e complexidade conforme critérios clínicos. O que demonstra que a Regulação do Acesso ao SUS pode garantir a resolutividade necessária para a melhoria da qualidade de vida.