

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE**

SÔNIA LÚCIA PEREIRA DE ALMEIDA

**CENTRAL DE REGULAÇÃO NO MUNICÍPIO DE SÃO
LOURENÇO DA MATA: UM DESAFIO A SER CONTRUÍDO**

**RECIFE
2011**

SÔNIA LÚCIA PEREIRA DE ALMEIDA

**Central de Regulação no Município de São Lourenço da Mata: Um desafio a ser
construído**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do título de especialista em Gestão em Serviços de Saúde.

Orientadora: Dra. Giselle Campos Gouveia

RECIFE
2011

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

A447c Almeida, Sônia Lúcia Pereira de.
Central de regulação no município de São Lourenço da Mata: um desafio a ser construído / Sônia Lúcia Pereira de Almeida. — Recife: S. L. P. de Almeida, 2010.

51f.: il.

Monografia (Especialização em Gestão e Sistema e serviços de Saúde) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Dr. Giselle Campozana Gouveia.

1. Atenção primária a saúde. 2. Serviços de saúde. 3. Referência e Saúde. 4. Regulação governamental I. Gouveia, Giselle Campozana. II. Título.

CDU 614.39

SÔNIA LÚCIA PEREIRA DE ALMEIDA

**Central de Regulação no Município de São Lourenço da Mata: Um desafio a ser
construído.**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do título de especialista em Gestão em Serviços de Saúde.

Aprovado em: 04/ 11/ 2010

BANCA EXAMINADORA

Dra. Giselle Campos Gouveia
CPqAM/Fiocruz/PE

Ms Alberto Luiz Alves de Lima
Secretaria Municipal de Saúde do Recife - Regulação

AGRADECIMENTOS

Inicialmente agradeço à instituição Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães/Fiocruz e ao Ministério da Saúde por terem viabilizado a realização deste curso.

Agradeço ao Dr. Humberto Antunes, Secretário de Saúde de São Lourenço da Mata, por ter me indicado para participar do curso.

À equipe técnica da Secretaria de Saúde de São Lourenço da Mata.

Agradecimento especial à Amélia Araujo, Ferdinando Araújo, Antonio Leite e Ednilda Barbosa Câmara que muito contribuíram na realização deste trabalho.

A Giselle, minha orientadora, pessoa muito importante na condução deste trabalho.

A turma Recife 1 pela participação, contribuição, coleguismos, alegrias, preocupações compartilhadas durante as aulas.

A turma Recife 2 pelo carinho que recebi nas aulas que nessa turma assisti.

Aos professores pelo empenho em passar seus conhecimentos, e expertises.

A Sandra e Nancy tutoras sempre dispostas a colaborar com a turma.

A Semente, um secretário nota dez.

A minha família que sempre estava ao meu lado.

“Os serviços de saúde, como bens de valor social, deveriam ser ofertados a todos, porque todos estão sujeitos à dor, ao sofrimento, à incapacidade e à morte e porque as necessidades de saúde são universais e imprevisíveis” (DOUGHERTY, 1996)

ALMEIDA, Sônia Lúcia Pereira. Central de Regulação no Município de São Lourenço da Mata: Um desafio a ser construído, 2011. Monografia (Especialização em Gestão Sistemas e Serviços de Saúde) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife. 2010.

RESUMO

Os usuários do Sistema Único de Saúde, moradores no município de São Lourenço da Mata, convivem com muitas dificuldades no atendimento dos serviços de saúde, principalmente nas marcações das consultas e exames. A atual Secretaria de Saúde do município preocupada com a situação de saúde de seus munícipes e visando promover a articulação efetiva dos diferentes níveis de atenção à saúde: básica, média e de alta complexidade no município de São Lourenço da Mata e, no âmbito da região metropolitana, com integração entre as ações preventivas, curativas e de promoção à saúde, formou uma equipe de profissionais desta secretaria e propôs o desenvolvimento de um projeto para implantação de uma Central de Regulação de consultas e exames de média e alta complexidade de acordo com preconizado pelo Ministério da Saúde. A regulação é uma das funções essenciais do Estado e é responsável por estabelecer mecanismos de referência e contra-referência para garantir o atendimento integral dos usuários do sistema de saúde. Este trabalho teve como objetivo, desenvolver um Plano de Intervenção para implantação da Central de Regulação no Município de São Lourenço da Mata em Pernambuco. Aqui estão apresentados todos os requisitos necessários para a implementação de uma Central de Regulação moderna e que venha atender as suas funções na garantia de um atendimento humanizado e equânime para os usuários do SUS.

Palavras Chave: Plano de Intervenção; Central de Regulação; Referência; Contra-referência.

ALMEIDA, Sonia Lúcia Pereira. Regulation Center in São Lourenço da Mata: A challenge to be built, 2010. Monograph (Specialization in Management Systems and Health Services) - Aggeu Magalhães Research Center, Oswaldo Cruz Foundation.

ABSTRACT

Users of the Sistema Único de Saúde (Health System), residents in the municipality of São Lourenço da Mata, deal with many difficulties in attendance of the health care services, especially in marking examinations and consultations. The current health department of the municipality concerned about the health status of its residents and to promote the articulation of different levels of health care: basic, medium and high complexity in São Lourenço da Mata and within the region Metropolitan, with integration of preventive, curative and health promotion, has formed a team of professionals in this office and proposed the development of a project to set up a Regulation Center for consultations and medium and high complexity examinations in accordance with the recommendation of the Ministry of Health. Regulation is one of the essential functions of the state and is responsible for establishing referral mechanisms and cross-reference to ensure comprehensive care for users of the health system. This work aimed to develop an Intervention Plan for implementation of Regulation Center in São Lourenço da Mata in Pernambuco. Here is presented all the necessary requirements to implement a modern Regulation Center that will meet their duties in ensuring an equitable and humane care for the SUS.

Key word: Intervention Plan: Central regulation: reference and counter reference

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1: Fluxo do Atendimento Eletivo Regulado – sem Autorização Prévia	32
FIGURA 2: Fluxo do Atendimento Eletivo Regulado – com Autorização Prévia	33
QUADRO 1: Cronograma de Implantação da Central de Regulação do Município de São Lourenço da Mata, Pernambuco	38

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Rede assistencial de saúde do município de São Lourenço da Mata/ Pernambuco, 2010	26
TABELA 2: Número de cotas pactuadas entre o município de São Lourenço da Mata e a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco e Secretaria Municipal de Saúde do Recife, segundo as especialidades. Pernambuco, 2010	30
TABELA 3- Estabelecimentos a serem assistidos pela Central de Regulação do Município de São Lourenço da Mata. Pernambuco, 2010	36
TABELA 4: Previsão - Previsão orçamentária do Plano de Intervenção – gastos com infra-estrutura da Central e das unidades	37

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO – Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva
ACS – Agente Comunitário de Saúde
AIH – Autorização de Internação Hospitalar
APAC – Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade
BPA – Boletim de Produção Ambulatorial
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CELARE – Centro Laboratorial do Recife Ltda.
CEDIP – Centro de Diagnostico do Príncipe
CEM – Centro de Especialidades Médicas
CERESTA – Centro de Reabilitação de São Lourenço da Mata
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CR – Central de Regulação
ESF – Equipe Saúde da Família
MS – Ministério da Saúde
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde
PDR – Plano Diretor de Regionalização
PDI – Plano Diretor de Investimento
PE - Pernambuco
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PPI – Programação Pactuada Integrada
SADT – Serviço de Apoio Diagnose e Terapia
SAS – Secretaria de Assistência à Saúde
SES – Secretaria Estadual de Saúde
SEOP – Serviço Especializado de Olhos de Pernambuco
SIA – Sistema de Informação Ambulatorial
SISREG – Sistema de Regulação
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UB – Unidade Básica
UE – Unidade Executante
US – Unidade Solicitante
UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	REFERENCIAL TEÓRICO	15
3	JUSTIFICATIVA	24
4	OBJETIVOS	25
4.1	Objetivo Geral	25
4.2	Objetivos Específicos	25
5	RESULTADOS	26
5.1	Caracterização do Município	26
5.2	Plano de Intervenção	30
5.2.1	<i>Etapas do plano de intervenção</i>	30
5.2.2	<i>Fluxo do Atendimento Eletivo Regulado – Sem autorização prévia</i>	31
5.2.3	<i>Fluxo do Atendimento Eletivo Regulado – Com autorização prévia</i>	32
5.2.4	<i>Infra-estrutura necessária para a Central de Regulação</i>	33
5.2.5	<i>Capacitação</i>	37
5.2.6	<i>Cronograma de Implantação da Central de Regulação do Município de São Lourenço da Mata – PE</i>	38
	REFERÊNCIAS	39
	APÊNDICES	41

1 INTRODUÇÃO

Os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), moradores no município de São Lourenço da Mata, convivem com muitas dificuldades no atendimento dos serviços de saúde, principalmente nas marcações das consultas e exames, tanto oferecidos pela rede municipal, como nas marcações pactuadas em hospitais, clínicas, laboratórios e outros serviços de saúde em Recife, município de referência, de acordo com a pactuação de acesso através da Programação de Pactuada Integrada (PPI).

No Município de São Lourenço da Mata a regulação das marcações de consultas especializadas e exames que não são oferecidos pelo município e precisam ser referenciados para o Recife são feitas pelos servidores da Secretaria Municipal de Saúde de São Lourenço da Mata,, através de envio de fax ou por telefone, o que ocasiona demoras nas marcações e conseqüentemente no atendimento aos usuários.

Recentemente foi Implantado o SISREG III, que vem para facilitar as marcações dos serviços pactuados com Secretaria Municipal de Saúde do Recife. Já para as consultas e exames oferecidos pela rede assistencial municipal, a marcação é feita mensalmente pelos servidores do Centro Especializado de Saúde do município o que obriga os usuários deste município a chegarem muito cedo para conseguir acessar os serviços ofertados.

Em face disso, percebeu-se a necessidade da construção de um plano de intervenção cujo objetivo é implementar uma Central de Regulação que facilite o atendimento ao usuário e forneça informações de referência e contra - referência para subsidiar o processo de gestão e gerência na qualidade da prestação de serviços. Este serviço pode permitir o acesso universal e integral com qualificação das ações de saúde;

A atual secretaria de saúde do município preocupada com a situação de saúde de seus munícipes e visando promover a articulação efetiva dos diferentes níveis de atenção à saúde: básica, média e de alta complexidade no município de São Lourenço da Mata e, no âmbito da região metropolitana, com integração entre as ações preventivas, curativas e de promoção à saúde, formou uma equipe de profissionais desta secretaria e propôs o desenvolvimento de um projeto para implantação de uma Central de Regulação

de consultas e exames de média e alta complexidade de acordo com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Regulação. Estava posto o desafio para a efetivação deste trabalho. Fazendo parte desta equipe e estando diretamente envolvida no processo de regulação do município, resolvemos junto à gestão que eu ficaria responsável por elaborar este plano de intervenção.

Esta central deverá ser composta por uma rede informatizada interligada em todas as unidades de saúde do município onde os usuários obtenham o acesso aos serviços de acordo com suas necessidades de saúde.

Será utilizado o SISREG III, sistema on-line, criado para gerenciamento de todo Complexo Regulatório indo da rede básica à internação hospitalar, visando a humanização dos serviços, maior controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A 8ª Conferência Nacional de Saúde ocorreu em março de 1986, promovida pelo Ministério da Saúde (MS), e contou com a participação de diferentes setores organizados da sociedade. A grande novidade dessa conferência, segundo o que ressaltam Noronha, Lima e Machado (2008), foi a participação, pela primeira vez, das entidades da sociedade civil organizada de todo país com delegados eleitos, incluindo representações sindicais, associações de profissionais de saúde, movimentos populares em saúde, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco).

Os principais temas debatidos na conferência foram: a) Saúde como direito de cidadania; b) Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; c) Financiamento do setor. .

O SUS conforma o modelo público de ações e serviços de saúde no Brasil, representa um importante ponto de inflexão na evolução institucional do país e determina um novo do sistema de saúde. A proteção social e o direito à saúde como arcabouço jurídico-institucional no campo das políticas públicas em saúde.

Orientado por um conjunto de princípios e diretrizes válidos para todo o território nacional, o SUS parte de uma concepção ampla do direito à saúde e do papel do Estado na garantia desse direito, incorporando, em sua estrutura institucional e decisória, espaços e instrumentos para democratização e compartilhamento da gestão do sistema de saúde (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008). O principal marco legal e normativo para a conformação do SUS, ressaltando a abrangência e a profundidade das mudanças propostas, foi a Constituição Federal de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde, de 1990. No texto da Carta Magna que está explicitado que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco da doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, Art.196).

O conteúdo ideológico à seguridade social na Constituição de 1988, na visão de Noronha, Lima e Machado (2008), dizia respeito à preocupação com o bem-estar, a igualdade e a justiça social, realizados pelo exercício dos direitos

sociais. Deveria competir ao poder público organizá-la em uma lógica universalista e equitativa, financiada por fontes diversificadas de receitas de impostos e contribuições sociais dos orçamentos da União, de estados e municípios.

Os princípios e diretrizes do SUS foram estabelecidos na Lei Orgânica da Saúde n. 8.080 de 1990 e são listados a seguir (BRASIL, 1990).

- a) Universalização este princípio garante o direito à saúde de todos os cidadãos, sem privilégios ou barreiras, devem ter acesso aos serviços de saúde públicos e privados conveniados, em todos os níveis do sistema, garantido por uma rede de serviços hierarquizada e com tecnologia apropriada para cada nível. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades, até o limite que o Sistema pode oferecer para todos.
- b) Descentralização com direção única para o sistema, este princípio é a redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo (União, estados, municípios e Distrito Federal), partindo do pressuposto de que quanto mais perto o gestor estiver dos problemas de uma comunidade, mais chance terá de acertar na resolução dos mesmos.
- c) Integralidade da atenção à saúde reconhece, na prática, que o usuário do sistema é um ser integral, participativo no processo saúde-doença e capaz de promover saúde; as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um sistema único e integral e por isso deve atender em todos os níveis de complexidade, referenciando o paciente aos serviços na medida em que for necessário o atendimento; cada comunidade deve ser reconhecida dentro da realidade de saúde que apresenta, entendida em sua integralidade; promover saúde significa dar ênfase à atenção básica, mas não prescinde de atenção aos demais níveis de assistência.

A Lei n. 8.080 tem como objetivos do SUS, a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; a formulação de políticas de saúde; a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção,

proteção e recuperação da saúde, com realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (BRASIL, 1990)

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. Estas normatizações trataram das responsabilidades de cada nível de governo na garantia de acesso da população referenciada. A partir de então, o Ministério da Saúde assume, de forma solidária com as Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal, a responsabilidade pelo atendimento a pacientes referenciados entre estados (BRASIL, 2006).

Ainda segundo estas Normas, a garantia de acesso da população aos serviços não disponíveis em seu município de residência é de responsabilidade do gestor estadual, de forma solidária com os municípios de referência observada os limites financeiros, devendo o mesmo organizar o sistema de referência utilizando mecanismos e instrumentos necessários, compatíveis com a condição de gestão do município onde os serviços estiverem localizados.

Uma das formas de garantia do acesso da população aos serviços de saúde é através de pactuação entre os municípios utilizando o Termo de Compromisso de Garantia de Acesso tem como base: o processo de programação e contém as metas físicas e orçamentárias das ações definidas na Programação Pactuada Integrada (PPI) a serem ofertadas nos municípios pólo, pela SES e SMS, que deverão ter mecanismos de garantia de acesso, processo de acompanhamento e revisão do Termo e sanções previstas.

Processo histórico das Centrais de Regulação

- a) Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002 - garantia do acesso dos usuários aos serviços de saúde, no âmbito do SUS. *“voltada para a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada”*.
- b) Portaria/SAS nº. 423, de 09 de Julho de 2002 - estabelece requisitos para a regulação assistencial;
- c) A Portaria/GM nº. 399 de 22 de fevereiro de 2006 - define a Regulação como uma diretriz e, configura uma linha de financiamento de custeio

específico através do bloco de financiamento da Gestão. Conceitua as principais estruturas regulatórias, lista os princípios orientadores do processo de Regulação, define metas e explicita as responsabilidades dos gestores municipais, estaduais, federal e do Distrito Federal.

A regulação assistencial estabelecida na NOAS define que esta deve estar “voltada para a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada”.

A Portaria/SAS nº. 423, de 09 de Julho de 2002 estabelecem requisitos para a regulação assistencial, contudo, o tema referido está restrito aos aspectos de um macro-processo de planejamento orientando necessidades gerais, sem detalhar as especificidades da construção da lógica de organização, estruturação e operacionalização das ações (BRASIL, 2002).

Considerando alguns preceitos emanados pela NOAS, ao gestor do SUS cabe programar e regular os serviços e o acesso da população de acordo com as necessidades identificadas, respeitando os pactos firmados na PPI e os termos de compromisso para a garantia de acesso.

A regulação da assistência, está voltada para a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada, pressupõe:

- a) A realização prévia de um processo de avaliação das necessidades de saúde e de planejamento/programação, que considere aspectos epidemiológicos, os recursos assistenciais disponíveis e condições de acesso às unidades de referência;
- b) A definição da estratégia de regionalização que explicita a responsabilização e papel dos vários municípios, bem como a inserção das diversas unidades assistenciais na rede;
- c) A delegação pelo gestor competente de autoridade sanitária ao médico regulador, para que exerça a responsabilidade sobre a regulação da assistência, instrumentalizada por protocolos técnico-operacionais;
- d) A definição das interfaces da estratégia da regulação da assistência com o processo de planejamento, programação e outros instrumentos de controle e avaliação.

Com o advento do Pacto de Gestão (Brasil - Portaria GM n.º 399, de 22 de fevereiro de 2006), a regulação ganhou força na estruturação dos sistemas de saúde. A responsabilização pactuada da gestão pública da saúde delimitada por níveis de competência e complexidade da rede de serviços levou ao estabelecimento de fluxos de referência e contra-referência, segundo o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e Plano Diretor de Investimento (PDI).

Considerando ainda as regras definidas e pactuadas de referenciamento intra-estaduais, intra-municipais e/ou interestaduais, com a garantia do financiamento das ações por meio da Programação Pactuada e Integrada – PPI, ficou evidenciada a necessidade da regulação deste fluxo, garantindo-se que os pactos sejam efetivamente cumpridos e revistos de acordo com a necessidade demandada e a capacidade física instalada (BRASIL, 2006).

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 (BRASIL, 2006).

Na prática, a ação regulatória é definida como o processo de operacionalização, monitoramento e avaliação da solicitação de procedimentos, realizada por um profissional de saúde, sendo observadas, além das questões clínicas, o cumprimento de protocolos estabelecidos para disponibilizar a alternativa assistencial mais adequada a cada caso (BRASIL, 2006).

Entende-se que Central de Regulação de Consultas e Exames, é responsável pela regulação do acesso dos pacientes às consultas especializadas, aos Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapia (SADT), bem como aos demais procedimentos ambulatoriais especializados e ambulatórios de alta complexidade e que esta deve ser financiada pelo Ministério da Saúde com contrapartida dos entes estaduais e municipais, considerando o que foi estabelecido no Pacto de Gestão com relação ao financiamento que deverá ser tripartite, portanto solidário entre a trina federativa, buscando contemplar o princípio da equidade (BRASIL, 2006).

A ação regulatória corresponde a quatro processos de trabalho básicos:

a) O Levantamento e distribuição de cotas de procedimentos realizados pelos estabelecimentos executantes para os estabelecimentos solicitantes. (com agendamento de horário ou não).

b) A Busca e disponibilização de leitos hospitalares

c) O processo de liberação da Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC) e Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

d) A análise do profissional regulador sobre o procedimento em questão.

Esse profissional desenvolve as atividades baseadas em protocolos de regulação e no caso de atendimentos de urgência e procedimentos que exijam autorização, esta será efetivada por meio da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e da Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo (APAC). A regulação é restrita ao profissional médico (BRASIL, 2006).

Os protocolos de regulação são instrumentos de ordenação dos fluxos de instrumentos, que qualificam o acesso e viabilizam a atenção integral ao paciente, entre os níveis de complexidade da atenção. Diferem dos protocolos clínicos e não devem ser confundidos com roteiros de solicitação (BRASIL, 2006).

Por sua vez, os protocolos clínicos descrevem a prática da medicina baseada em evidências, para subsidiar as decisões terapêuticas. Já os protocolos de regulação orientam quanto à competência dos níveis de atenção, observando o grau de complexidade e resolutividade de cada um deles (BRASIL, 2006).

O processo de autorização de procedimentos, realizado por meio da ação regulatória, é prévio com fulcro nos protocolos clínicos e protocolos de regulação pré-estabelecidos (BRASIL, 2006).

A Central de Regulação autoriza, previamente, os procedimentos, concomitante aos agendamentos solicitados, utilizando o mecanismo de quotização da oferta dos serviços de saúde disponibilizada para as Unidades solicitantes e executantes da central (BRASIL, 2006).

O processo de autorização é realizado por equipe de médicos autorizadores, orientados por meio de regras, previamente definidos para o exercício da função (BRASIL, 2006).

Esta ação visa garantir o acesso ordenado, respeitando critérios clínicos, de necessidade dos pacientes e de disponibilidade de oferta, evitando que sejam criados outros fluxos que não àqueles preconizados pela ação regulatória. Porém, compete a gestão local determinar a inclusão do processo de autorização de procedimentos na estrutura de regulação (BRASIL, 2006).

Acessibilidade significa permitir que pessoas presentes em uma determinada população, participem de atividades que incluem o uso dos serviços de saúde, em programas como inclusão social, desportiva, artística, digital e também na facilidade de uso de ambientes, produtos e serviços em diferentes contextos, a acessibilidade aos serviços de saúde é de vital importância para a garantia da universalidade da atenção (BRASIL, 2006).

Conformação do Sistema de Saúde Público Brasileiro

O Sistema de Saúde é dividido em 3 níveis de complexidade e que o nível primário deve ser oferecido diretamente à população através da rede municipal, e os outros 2 níveis devem ser utilizados apenas quando necessário, quanto mais bem estruturado for o fluxo de referência e contra-referência entre os serviços de saúde, melhor a sua eficiência e eficácia (BRASIL, 2006).

Entendendo-se aqui que a eficiência é a medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada e eficácia entendida como a capacidade do setor saúde produzir melhorias na saúde e no bem-estar da população, ou seja, fazer o melhor que se pode nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente e mantidas constantes as demais circunstâncias (DONABEDIAN, 1994).

A Atenção Básica no País

Instituída pela Portaria GM Nº648 de 28 de março de 2006, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que é orientada pelos valores da ética, do profissionalismo e da participação, vem expressar o acerto na definição pelo Ministério da Saúde de revitalizar a Atenção Básica à Saúde no Brasil, com as atenções voltadas para os princípios e diretrizes alinhavadas nos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, a Secretaria de Atenção a Saúde. Através do Departamento de Atenção Básica foi apresentado na Comissão Intergestores Tripartite, o desenho da nova Política Nacional da Atenção

Básica que buscou utilizar a experiência acumulada nos diferentes níveis de gestão e serviu como estratégia complementar para facilitar a regulamentação da Atenção Básica (BRASIL, 2006).

As discussões para alcançar o formato final da PNAB se fundamentaram nos eixos transversais da universalidade, integralidade e equidade, em um contexto de descentralização e controle social da gestão, princípios assistenciais e organizativos do SUS, consignados na legislação. Assim, a nova política aponta para a redefinição dos princípios gerais, responsabilidades de cada esfera de governo, infra-estrutura e recursos necessários, características do processo de trabalho, atribuições dos profissionais, e as regras de financiamento, incluindo as especificidades da estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2006).

Nesse processo histórico a Atenção Básica foi gradualmente se fortalecendo e se constituindo como porta de entrada preferencial do SUS sendo o ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde. Aprovada e publicada, pode-se afirmar que o ano de 2006 tem a marca da maturidade no que se refere à Atenção Básica em Saúde. (BRASIL, 2006).

Afinal, o Pacto pela Vida definiu como prioridade: “consolidar e qualificar a estratégia Saúde da Família como modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS” (TEMPORÃO, 2006)

A Atenção Básica tem como fundamentos: (BRASIL, 2006).

I - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;

II - efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;

III - desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;

IV - valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação

V - realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e

VI - estimular a participação popular e o controle social.

Entre outros, os itens relacionados abaixo, são necessários à implantação das Equipes de Saúde da Família:

I - existência de equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde;

II - número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e por equipe de Saúde da Família;

III - existência de Unidade Básica de Saúde inscrita no Cadastro Geral de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde.

3 JUSTIFICATIVA

Baseado no contexto apresentado, considerando a necessidade apontada pela gestão municipal e levando-se em consideração que está contemplado no Plano Municipal de Saúde do município de São Lourenço da Mata, que já existe dotação orçamentária e planejamento financeiro para Projetos de Intervenção no sentido de melhorar a qualidade no atendimento dos munícipes, modificando as estruturas físicas dos prédios e os serviços já oferecidos, este estudo visa traçar um Plano de Intervenção para Implantação de uma Central de Regulação no município de São Lourenço da Mata no estado de Pernambuco. Uma vez que não existe no município nenhum tipo de regulação assistencial, limitando-se aos serviços da atenção básica e os oferecidos pela Secretaria Estadual de Saúde conforme demanda espontânea.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Elaborar um plano de intervenção para implantar a Central de Regulação da Atenção à Saúde no município de São Lourenço da Mata, PE.

4.2 Objetivos Específicos

- Descrever a rede assistencial do município
- Descrever o sistema de regulação atual no município

5 PLANO DE INTERVENÇÃO, DESENVOLVER A ORGANIZAÇÃO DE UM SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIAS

5.1 Caracterização do Município

O município de São Lourenço da Mata está localizado na mesorregião Metropolitana e na Microrregião Recife do Estado de Pernambuco, limitando-se a norte com Paudalho, a sul com Jaboatão dos Guararapes e Moreno, a leste com Recife e Camaragibe e a oeste com Vitória de Santo Antão e Chã de Alegria. Possui uma extensão territorial de 264,4 km², com 23% de área urbana, e representa 0,27% do Estado de Pernambuco. A sede do município está a uma distância de 18,0km da capital, cujo acesso é feito pelas rodovias pavimentadas BR-408 e PE-005. Possui uma população estimada em 2009 em 99.946 habitantes. Encontra-se em Gestão Plena da Atenção Básica.

Conta com uma rede assistencial formada por quatro estabelecimentos de apoio diagnóstico privados e contratados pelo SUS, um consultório especializado privado e contratado pelo SUS, um hospital privado, uma Unidade de Pronto Atendimento privada sem fins lucrativos e contratada pelo SUS, vinte e duas estratégias de saúde da família, duas unidades básicas de saúde, um centro de especialidades médicas e um hospital municipal (Tabela 1).

Tabela 1 – Rede assistencial de saúde do município de São Lourenço da Mata. Pernambuco, 2010.

INSTITUIÇÃO	REDE PÚBLICA MUNICIPAL				REDE PRIVADA	CONTRATO	
	ESF	UB	HOSP	CEM		SES	SM S
CELARE					X		X
Laboratório Jefferson de Andrade					X		X
CEDIP					X		
CERESTA					X	X	
Hospital Maria Vitória					X		
Laboratório de São Lourenço da Mata					X	X	
UPA São Lourenço da Mata					X	X	
Matriz da Luz I	X						

Matriz da Luz II	X		
Barro Vermelho	X		
Chã da Tábua	X		
Muribara	X		
Prego	X		
Pixete	X		
Nova Tiúma I	X		
Nova Tiúma II	X		
Tiúma	X		
Rosina Labanca I	X		
Rosina Labanca II	X		
Várzea Fria I	X		
Várzea Fria II	X		
Umuarama	X		
São João S. Paulo I	X		
São João S. Paulo II	X		
Bela Vista	X		
Penedo I	X		
Penedo II	X		
Posto de saúde PSF		X	
Aristeu Chaves			
Posto de Saúde Av.		X	
02			
Centro de Especialidades Médicas			X
Hospital Petronila Campos		X	

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de São Lourenço da Mata, 2010

ESF-Equipe Saude da Família, UB-Unidade Básica, Hosp.Hospital, CEM-Centro de Especialidades Médicas, SES- Secretaria Estual de Saúde, SMS – Secretaria Municipal de Saúde.

A capacidade instalada seja na rede privada ou municipal não atende as necessidades de saúde dos usuários de São Lourenço da Mata e em consequência disso, a Secretaria Estadual de Saúde (SES), está em processo de discussão com um grupo de trabalho formado por técnicos representantes de alguns municípios entre eles, São Lourenço da Mata e Recife, e seus técnicos, para elaborem a PPI estadual, visando garantir através de sistema de cotas, atendimento na rede estadual de saúde.

Hoje a rede estadual de saúde não garante atendimento aos usuários de São Lourenço da Mata, sendo estes encaminhados para a rede municipal do Recife, onde alguns procedimentos e atendimentos especializados foram pactuados através de cotas e metas.

A infra- estrutura física disponível no Município fica no Centro de Especialidades Médicas onde constam 05 consultórios e no Hospital Petronila Campos que conta com 02 consultórios.

Pensando neste contexto, foram estabelecidas diretrizes visando uma maior resolutividade para atender melhor as necessidades de saúde da população do município, organizando um sistema de referência e contra-referências com maior transparência na gestão do sistema.

A meta é utilizar a central de regulação como instrumento de organização do acesso para subsidiar o gestor no planejamento das ações de saúde.

Para atingir esta meta foram definidas os seguintes estratégias:

a) Definição da estratégia de regulação:

Levantar Plano Diretor de Regionalização (PDR) - já construído para a área de abrangência do futuro Complexo Regulador.

Levantar a Programação Pactuada e Integrada (PPI) - em elaboração pelos gestores da área de abrangência do futuro Complexo Regulador.

Atualizar o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e levantar a produção de todos os estabelecimentos de saúde por meio da utilização, do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA e do Boletim de Produção Ambulatorial - BPA e, caso necessário, realizar avaliações locais para verificar/validar a disponibilidade da oferta de serviços que constam no CNES e na avaliação da produção da Unidade de Saúde

b) Cadastrar no CNES o próprio Complexo Regulador.

Readequação das cotas de procedimentos já pactuados pelo município. Estabelecer o mecanismo de regulação e autorização ambulatorial e baseado nas informações do CNES e BPA/SIA definir os procedimentos ambulatoriais (consultas, SADT e outros procedimentos ambulatoriais) que estarão sob regulação, com demonstrativo da capacidade de produção da rede e o percentual sob regulação. Justificar a necessidade dos estabelecimentos de saúde da rede dispor de oferta não regulada, quando couber.

Profissionais da rede atual:

No Centro de Especialidades Médicas conta-se com: 02 psiquiatras, 01 dermatologista, 02 psicólogas, 01 cardiologista, 03 patologia clínica, 01 ultra-

sonografia e 01 fisioterapeuta. No Hospital 04 ortopedistas e 01 técnico em radiologia.

Descrição do sistema de regulação atual no município

O sistema de regulação atual em São Lourenço da Mata para atendimentos fora do município consiste em pactuações de cotas estabelecidas na PPI feitas pela SES, que não garante o atendimento.

Uma outra pactuação para garantia do atendimento aos usuários é feita diretamente com o município de Recife, esta se dá as consultas especializadas através de cotas.

Recentemente iniciaram-se as marcações através do SISREG III, mas que ainda não garante a contra-referência. A Secretaria Estadual de Saúde está revisando as cotas e preparando uma nova PPI que estará em funcionamento a partir de dezembro 2010.

O Hospital Petronila Campos está pactuado para internação dos usuários de Camaragibe, Nazaré da Mata e Paudalho, mas na realidade interna de muitos outros municípios, assim como os usuários de São Lourenço da Mata são internados fora do município. Isto ocorre devido às internações serem reguladas pela Central de Leitos da SES.

O serviço de regulação existente no município é constituído através de cotas definidas pela capacidade instalada dos serviços oferecidos pela rede e dos profissionais disponíveis. Utiliza-se o sistema sisreg III, com base nas referências pactuadas para o município de Recife, com as seguintes cotas: traumatologia 84 consultas/mês, cirurgia geral 06 consultas/mês, cirurgia pediátrica 20 consultas/mês, cirurgia vascular 42 consultas/mês, gastroenterologia 42 consultas/mês, urologia 34 consultas/mês, dermatologia 42 consultas/mês, oftalmologia 85 consultas/mês (Tabela 2).

O município também tem marcação de oftalmologista com o serviço SEOP (Serviço Oftalmológico de Pernambuco), contratado pela Secretaria Estadual de Saúde/PE, no montante de consultas oftalmológicas, diagnoses e cirurgias de 175 consultas/mês. Os exames de alta complexidade (APAC) solicitados, são regulados pela SES.

Os serviços de apoio diagnósticos são terceirizados, contratados pela SES ou SMS São Lourenço da Mata.

Tabela 2 – Número de cotas pactuadas entre o município de São Lourenço da Mata e a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco e Secretaria Municipal de Saúde do Recife, segundo as especialidades. Pernambuco, 2010.

Atendimento Especializado Pactuado	Número de Cotas	PPI SES	PPI SMS Recife
Traumatologia	84		X
Vascular	42		X
Gastroenterologia	42		X
Urologia	34		X
Dermatologia	42		X
Oftalmologia	85		X
Oftalmologia (Consultas, diagnose e cirurgias)	175	X	
Neurologia	De acordo com a demanda	X	
Reumatologia	De acordo com a demanda	X	
Gastroenterologia	De acordo com a demanda	X	
Apoio diagnóstico		X	

Fonte: Sis-PPI/MS, 2010

5.2 Plano de intervenção

Objetivo: construir metodologia que facilite o atendimento ao usuário e forneça informações de referência e contra - referência para subsidiar o processo de gestão e gerência na qualidade da prestação de serviços que permitam garantir acesso universal e integral com qualificação das ações de saúde, através de instalação da Central de Regulação do Município de São Lourenço da Mata.

5.2.1 Etapas do plano de intervenção

- a) Conversas com Secretário de Saúde do município visando definir as ações necessárias; a constituição da equipe de coordenação da Central de Regulação, bem como estabelecer responsabilidades da equipe envolvida no processo de implantação da Central;
- b) Reunião com a Diretoria de Controle e Avaliação e com a Equipe da Atenção Básica do município visando sensibilização e envolvimento dos profissionais de saúde para com o Plano de intervenção;

- c) Fazer um levantamento da situação de saúde atual do município através da análise dos indicadores de saúde e da distribuição de cotas de atendimento;
- d) Montar Infraestrutura necessária para a central de regulação: adequação da área, aquisição de equipamentos e Recursos Humanos.

Para implantação da Central de Regulação no município o seguinte fluxo deverá ser seguido. Vale aqui ressaltar que este fluxo é oficial e preconizado pelo MS afim de liberação de financiamento para execução do projeto (BRASIL, 2009).

5.2.2 Fluxo do Atendimento Eletivo Regulado – Sem autorização prévia

- a) Paciente busca atendimento em uma Unidade Solicitante (US)
- b) US faz o agendamento imediato, utilizando quotas; ou quando as quotas estiverem esgotadas, a US encaminha solicitação a Central de Regulação (CR);
- c) CR avalia a solicitação e agenda: Sob regulação (reserva técnica); ou Encaminha para fila de espera.
- d) CENTRAL DE REGULAÇÃO informa a **US** o agendamento que ocorrer sob regulação ou advindo da fila de espera.
- e) UNIDADE SOLICITANTE informa o agendamento ao paciente sobre a unidade executante (data, horário, nome do médico)
- f) O PACIENTE comparece a Unidade Executante;
- g) UNIDADE EXECUTANTE registra, junto a CR, a chegada e o atendimento ao paciente.

Fluxo do Atendimento Eletivo Regulado – Sem autorização prévia,

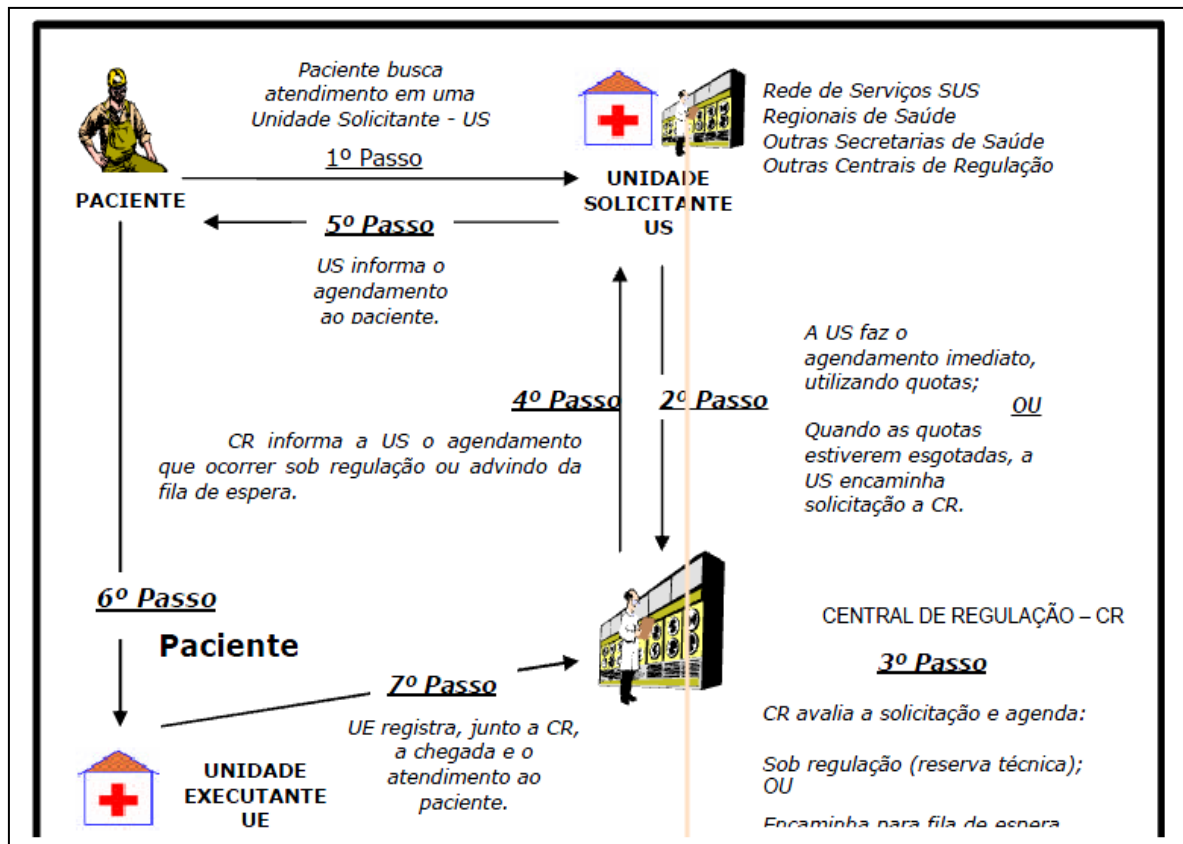


Figura 1 Fluxo do Atendimento Eletivo Regulado – Sem autorização prévia

Fonte: Brasil, 2006

5.2.3 Fluxo do atendimento Eletivo Regulado – Com autorização prévia

PACIENTE busca atendimento em uma Unidade Solicitante - US

UNIDADE SOLICITANTE US preenche e envia laudo de solicitação a CENTRAL DE REGULAÇÃO – CR

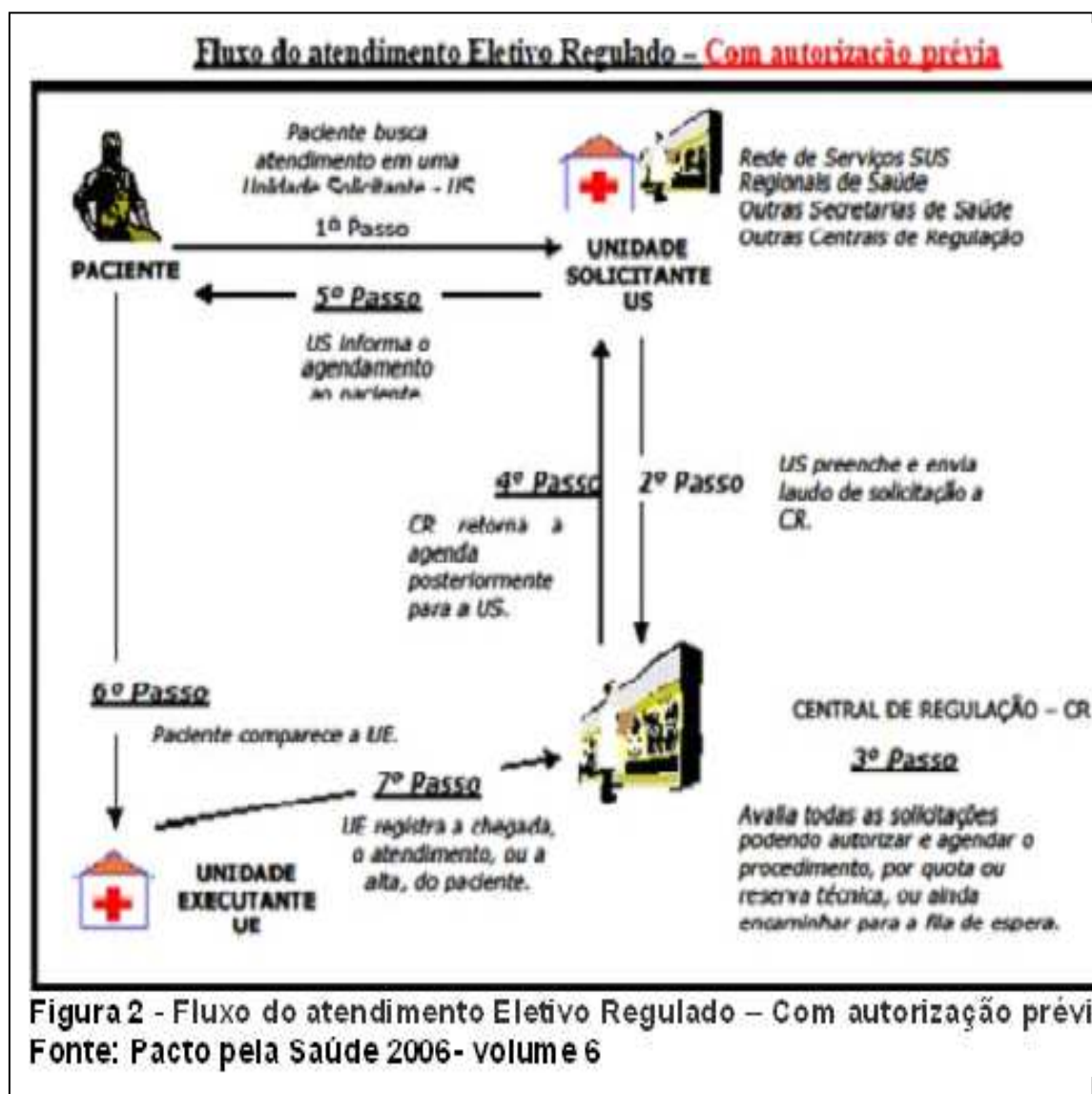
CENTRAL DE REGULAÇÃO – CR Avalia todas as solicitações podendo autorizar e agendar o procedimento, por quota ou reserva técnica, ou ainda encaminhar para a fila de espera.

CENTRAL DE REGULAÇÃO – CR retorna a agenda posteriormente para a US.

UNIDADE SOLICITANTE US informa o agendamento ao paciente da unidade executante UE

PACIENTE comparece a Unidade Executante

UNIDADE EXECUTANTE UE registra a chegada, o atendimento, ou a alta, do Paciente.



5.2.4 Infra-estrutura necessária para a Central de Regulação

De acordo com o objetivo deste plano, será necessária a seguinte infraestrutura: (o orçamento para aquisição destes equipamentos se encontram nos apêndices A, B e C.

Área Física da Central de Regulação deverá ser composta por:

- Estação de trabalho videofonista;

- Estação de trabalho Reguladores;

Equipamentos necessários: Fax, Impressora a laser; Mesa para impressora; Mesa para Funcionário; Mesa para Computador; Cadeira Giratória c/rodízio; aparelho telefônico; Estante Fechada c/chave e Aparelho de Ar condicionado (split)12000 BTUs.

A Central deverá contar com um núcleo de acompanhamento e supervisão, que deverá ter:

- Estação de trabalho; Fax; Impressora a laser; Mesa para impressora; Mesa para Funcionário; Mesa para Computador; Cadeira Giratória c/rodízio; Aparelho telefônico e Aparelho de Ar condicionado (split)12000 BTUs.

Além de uma sala da coordenação composta com: Estação de trabalho; Impressora a laser; Mesa para impressora; Mesa para Funcionário; Cadeira Giratória c/rodízio; Fax, Mesa para Computador; Estante c/chave fechada; aparelho telefônico e aparelho de Ar condicionado (split)12000 BTUs.

A sala de administração do sistema deverá ser separada e composta com: Estação de trabalho; Impressora jato de tinta; Mesa para impressora; Mesa para Computador; Mesa para Funcionário; Cadeira Giratória c/rodízio; Fax; Aparelho telefônico e aparelho de Ar condicionado (split)12000 BTUs.

Também se faz necessário ter uma sala de reunião da equipe e esta deverá ter como infraestrutura: Mesa para seis pessoas; 6 Cadeiras Fixas; Mesa para apoio; Projetor de Multimídia; Tela de Projeção; Televisor LCD 42 "; Aparelho DVD; aparelho telefônico e aparelho de Ar condicionado (split)12000 BTUs.

É necessário ter em funcionamento toda a Infra-estruturura de telefonia e redes com Pontos de Rede e telefonia em pleno funcionamento.

Além de toda a infraestrutura física acima mencionada se faz necessário contar com os seguintes recursos humanos:

- Atendente de regulação (videofonista); médico regulador; administrador; coordenador; administrador de dados; administrador de redes e técnico de informática.

Para um bom funcionamento da Central de Regulação esta deve estar ligada as unidades de saúde em rede. Algumas Unidades Solicitantes dividirá a

mesma área de trabalho, uma vez que estão no mesmo espaço físico. Sendo assim das 25 Unidades Solicitantes, 7 Equipes de Saúde da Família compartilham as mesmas Unidade de Saúde da Família, resultando então na necessidade de 18 áreas de trabalho (Tabela 3).

Todas estas unidades de saúde deverão contar com infra-estrutura, equipamentos e recursos humanos, sendo estes:

- Estação de trabalho; Impressora a laser; Mesa para impressora; Fax; Mesa para Computador; Aparelho telefônico e aparelho de Ar condicionado (split) 12000 BTUs.

Recursos Humanos

18 digitadores para interligar com a Central Regulatória

Tabela 3 - Estabelecimentos a serem assistidos pela Central de Regulação do Município de São Lourenço da Mata, Pernambuco, 2010.

Unidade de Saúde	Estabelecimentos cadastrados no CNES (Nº)	Total de Estabelecimentos
ESF: Matriz da Luz I	2635895	
ESF: Matriz da Luz II	2712504	
ESF: Lages	2635933	
ESF: Beira Rio	2635909	
ESF: Barro Vermelho	2712415	
ESF: Chã da Tábua	2635852	
ESF: Muribara	2635984	
ESF: Prego	2635879	
ESF: Pixete	2635860	
ESF: Nova Tiúma I	2635836	
ESF: Nova Tiúma II	2712520	22 ESF
ESF: Tiúma	2635976	
ESF: Rosina Labanca I	2635844	
ESF: Rosina Labanca II	2712571	
ESF: Várzea Fria I	2635917	
ESF: Várzea Fria II	2712644	
ESF: Umuarama	2635887	
ESF: São João S. Paulo I	2635941	
ESF: São João S. Paulo II	2712628	
ESF: Bela Vista	2635992	
ESF: Penedo I	2635925	
ESF: Penedo II	2712547	
Aristeu Chaves	2635968	02 CS
Posto de Saúde Av. 02	2432005	01 HOSPITAL
Centro de Especialidades Médicas	2435748	01 AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO
Hospital Petronila Campos	2432048	01 HOSPITAL
TOTAL		25

Estas unidades serão interligadas em rede operacional através da estratégia de organização de Complexos Reguladores, constituída por Central de Regulação e utilizarão o SISREG III como sistema operacional. A partir da estruturação desses, haverá a descentralização e integração do sistema de

atendimento em rede e os dados serão compartilhados utilizando instrumentos de intervenção multidisciplinar na busca de resultados humanizados e resolutivos.

Segundo a Portaria Nº 1.571, de 29 de junho de 2007(BRASIL, 2007), que estabelece incentivo financeiro para implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores, o Ministério da Saúde deverá financiar a implantação da Central de Regulação do Município de São Lourenço da Mata disponibilizando parte dos recursos segundo a previsão orçamentária (tabela 4)

Tabela 4 - Previsão orçamentária do Plano de Intervenção – gasta com infra-estrutura da Central e das unidades

	Valor (R\$)
Infra – Estrutura (Central de Regulação	103.420,00
Estabelecimentos a serem assistidos	114.930,00
TOTAL GERAL DO PROJETO	218.350,00

5.2.5 Capacitação

Sabe-se que todo o investimento em montar a infra-estrutura necessária à implantação da Central de Regulação não terá nenhum efeito positivo se não houver sensibilização e capacitação dos recursos humanos envolvidos neste processo, então, será oferecida capacitação que deverá contemplar os Operadores integrantes da Rede própria e Complementar ao manuseio do SISREG III nos módulos ambulatorial e hospitalar, além de todo o pessoal administrativo que esteja diretamente envolvido com a Central de Regulação.

5.2.6 Cronograma de Implantação da Central de Regulação do Município de São Lourenço da Mata, Pernambuco.

Etapas	Atividades	Prazos
Etapa -1	1.1 Processo licitatório para aquisição de Equipamentos e Mobiliários;	60 dias
	1.2 Contratação e execução dos serviços de reforma e adequação da área física;	45 dias
	1.3 Instalação dos Pontos de Rede e telefonia;	60 dias
Etapa-2	2.1 Aquisições de Equipamentos e Mobiliários;	30 dias
	1.4 2.2 Instalações dos Equipamentos e Mobiliários;	20 dias
Etapa-3	3.1 Capacitação	imediate assim que a instalação dos equipamentos esteja concluída

Quadro 1 - Cronograma de Implantação da Central de Regulação do Município de São Lourenço da Mata, Pernambuco

Nota: Os prazos deverão ser contados a partir da liberação dos recursos obedecendo as etapas.

REFERÊNCIAS

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

BRASIL. Presidência da República. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1. p. 18055.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde NOB-SUS 93. Brasília, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde NOB-SUS 96. Brasília, 1996.

BRASIL, Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. Brasília, 2002. Dispõe em aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <<http://brasilsus.com.br/legislacoes/gm/8149-373.html?q=>>. Acesso em: 08 de setembro de 2010.

BRASIL. Portaria SAS n.º 423, de 9 de Julho de 2002. Detalha as atribuições básicas inerentes a cada nível do governo no controle, regulação e avaliação da assistência à saúde no SUS. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Poder Executivo, Brasília, DF, 9 jul. 2002. Seção 1. p. 74.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gestão em Saúde. Brasília, DF, 2006. (Serie Pactos Pela Saúde, V.6).

BRASIL. Portaria GM n.º 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Poder Executivo, Brasília, DF, 23 fev. 2006. Seção 1, p. 43.

BRASIL. Portaria GM n.º 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 . Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]. Poder Executivo, Brasília, DF, 24 nov. 2009. Seção 1, p. 49.

DONABEDIAN, A. La calidad de La atención médica: defición y métodos de evaluation. México DF: La Prensa Mexicana; 1984.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.com.br>> Acesso em 08 de setembro de 2010.

MENDES, E. V. Os grandes dilemas do SUS. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

NORONHA, J. C; LIMA, L. D; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde - SUS. In: GIOVANELLA L. (Org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008. p. 435-472.

APÊNDICES

Apêndice A - Infra – Estrutura – Central de Regulação

Estimativa do Custo de Equipamentos e Mobiliários da Central de Regulação

SALA DE REGULAÇÃO	QTDE	PREÇO UNITARIO	TOTAL
Estação de trabalho videofonista	1	2.500,00	2.500,00
Estação de trabalho Reguladores	1	2.500,00	2.500,00
Fax	1	500,00	500,00
Impressora a laser	1	800,00	800,00
Mesa para impressora	1	230,00	230,00
Mesa para Funcionário	1	350,00	350,00
Mesa para Computador	2	380,00	760,00
Cadeira Giratória c/rodízio	3	450,00	1.350,00
Aparelho telefônico	1	100,00	100,00
Estante Fechada c/chave	1	850,00	850,00
Aparelho de Ar condicionado (split)12000 BTUs	1	1.275,00	1.275,00
VALOR		9.935,00	9.935,00
NUCLEO DE ACOMPANHAMENTO/SUPERVISAO	QTDE	PREÇO UNITARIO	TOTAL
Estação de trabalho	1	2.500,00	2.500,00
Fax	1	500,00	500,00
Impressora a laser	1	800,00	800,00
Mesa para impressora	1	230,00	230,00
Mesa para Funcionário	1	350,00	350,00
Mesa para Computador	1	380,00	380,00
Cadeira Giratória c/rodízio	3	450,00	1.350,00
Aparelho telefônico	1	100,00	100,00
Aparelho de Ar condicionado (split)12000	1	1.275,00	1.275,00
VALOR		6.585,00	7.485,00
SALA DA COORDENAÇÃO	QTDE	PREÇO UNITÁRIO	TOTAL
Estação de trabalho coordenador	1	2.500,00	2.500,00
Impressora a laser	1	800,00	800,00
Mesa para impressora	1	230,00	230,00
Mesa para Funcionário	1	350,00	350,00
Cadeira Giratória c/rodízio	2	450,00	900,00
Fax	1	500,00	500,00
Mesa para Computador	1	380,00	380,00
Estante c/chave fechada	2	850,00	1.700,00
Aparelho de Ar condicionado (split)12000	1	1.275,00	1.275,00
Aparelho telefônico	1	100,00	100,00

VALOR		7.435,00	8.735,00
SALA DE ADMINISTRAÇÃO DE SISTEMAS	QTDE	PREÇO UNITÁRIO	TOTAL
Estação de trabalho administrador	1	2.500,00	2.500,00
Impressora jato de tinta	1	500,00	500,00
Mesa para impressora	1	230,00	230,00
Mesa para Funcionário	2	350,00	700,00
Cadeira Giratória c/rodízio	3	450,00	1.350,00
Fax	1	500,00	500,00
Mesa para Computador	1	380,00	380,00
Aparelho telefônico	1	100,00	100,00
Aparelho de Ar condicionado (split)12000	1	1.275,00	1.275,00
VALOR		6.285,00	7.535,00
SALA DE REUNIÃO	QTDE	PREÇO UNITÁRIO	TOTAL
Mesa para seis pessoas	1	1.000,00	1.000,00
Cadeiras Fixa	6	180,00	1.080,00
Mesa para apoio *	1	400,00	400,00
Projeto de Multimídia	1	1.800,00	1.800,00
Tela de Projeção	1	500,00	500,00
Televisor LCD 42 "	1	3.200,00	3.200,00
Aparelho DVD	1	250,00	250,00
Aparelho telefônico	1	100,00	100,00
VALOR		7.430,00	8.330,00
INFRA-ESTRUTURA DE TELEFONIA E	QTDE	PREÇO UNITÁRIO	TOTAL
Pontos de Rede e telefonia	30	600,00	18.000,00
Recurso para Capacitação	01	13.400,00	13.400,00
Reforma ou adequação do espaço físico	01		30.000,00
VALOR			61.400,00
Valor Total – Infra-estrutura, Equipamentos e Mobiliários			103.420,00

Apêndice B - Infra – Estrutura – Unidades Solicitantes

Estimativas de Custo de Equipamentos e Mobiliários das Unidades Solicitantes

	Total de Equipamentos	Valor Unitário R\$	Valor Total R\$
Estação de Trabalho	18	2.500,00	45.000
Impressora	18	800,00	14.400
Aparelho Telefônico	18	100,00	1.800
No Breack	18	600,00	10.800
Mesa para impressora	18	230,00	4.140
Fax	18	500,00	9.000
Mesa para Computador	18	380,00	6.840
Aparelho de Ar condicionado (split)12000 BTUs	18	1.275,00	22.950
TOTAL DE EQUIPAMENTOS	126	6.385,00	114.930

Apêndice C Especificação de Equipamentos e Mobiliários
Estimativa de Custo e Especificação de Equipamentos e
Mobiliários do Complexo Regulador

Item	Nome e Especificação do Material	QTD	Valor Unitário	Valor Total
1	Computador estação completa – Processador 2,4GHz ou superior memória 2,0GB ou mais, DDR2 expansível a 4 GB. 667 MHz ou superior, placa mãe off-board, cooler para P4, monitor LCD 17", HD 160 2GB DDR2, FAX modem, drive DVD-RW, placa de rede 10/100, mouse óptico c/scroll, teclado PS2, placa de rede wireless. Sistema Operacional Windows XP Profissional instalado. Garantia mínima de 01 ano com assistência técnica fixada em Recife.	23	2.500,00	77.500,00
2	Impressora a laser, comunicação: porta USB de alta velocidade, resolução de 1200DPI (600 x 600DPI com tecnologia HPRet eFastRes 1200), velocidade de 15 ppm, ciclo mensal de 5000 paginas, 220 volts, dimensões aproximadas 30,8x43,7x36,3cm (AXLXP), padrão de cor monocromático, garantia do fornecedor: 12 meses	21	800,00	16.800,00
3	Impressora jato de tinta - Velocidade de impressão (rascunho, A4) preto até 35 ppm e colorido até 34 ppm; Qualidade de impressão preto até 1200x1200 dpi e colorido até 4800x1200 dpi otimizados em papel fotográfico , até 1200x1200 dpi de entrada; Ciclo de trabalho(mensal A4) até 1500 páginas; Velocidade do processador mínimo de 384 MHz; Memória padrão mínima de 32 MB.	2	500,00	1.000,00
4	No Breack - Potência 800 Watts ou superior, microprocessador RISC, interativo e regulação <i>on line</i> , estabilizador interno com 4 estágios de regulação, filtro de linha em modo comum e diferencial, saída para comunicação inteligente (modelo Bi), bivolt transformador, conector do tipo engate rápido para expansão de autonomia, conexão de bateria externa, recarga automática das baterias, proteção contra surto de tensão na entrada e na saída (proteção entre fase e neutro, fase e terra, neutro e terra e na saída entre fase e neutro), chave liga/desliga temporizada para evitar acionamento/desacionamento acidentais e	23	600,00	13.200,00

Item	Nome e Especificação do Material	QTD	Valor Unitário	Valor Total
	involuntários, inversor sincronizado com a rede, mínimo de 4 tomadas, garantia mínima 12 meses.			
5	FAX Multifuncional - Copiadora com alimentador automático, LCD com indicativo de funções, ampliação/redução de 25 a 400%, auto-atendimento de FAX, envia/recebe FAX de papel, copiadora scanner, telefone. Garantia do fornecedor mínima de 01 ano.	22	500,00	2.500,00
6	Projektor de Multimidia - Resolução : 800 x 600 SVGA , compatível VGA, SVGA, e HDTV, luminosidade de 2200, imagem projetada de 30 a 300 Polegadas igual a 762, compatibilidade de vídeos NYSC, PAL e SECAM, sinal de vídeo análogo RGB, entrada vídeo Componente, S-vídeo, USB, Saídas para Monitor, saída de Áudio/Vídeo. Alimentação de Energia Bivolt. Garantia do fornecedor mínima de 01, assistência técnica em Recife.	1	1.800,00	1.800,00
7	Aparelho telefônico de mesa, com identificador de chamadas, modos de discagem tom, pulso, discagem rápida, viva-voz, rediscagem, mute, cor preta.	23	100,00	2.000,00
8	Ar Condicionado Split – Capacidade de refrigeração de 12.000 btu/h; Voltagem: 220 V; potência de mínima de 1217W; compressor rotativo; vazão do Ar: 550/470/380 m³/h; tubulação mínima de 10 m; cor branco. Garantia do fornecedor mínima de 01 ano.	23	1.275,00	5.100,00
9	TELA DE PROJEÇÃO – 1,50m x 1,50m ; Tecido: vinil convencional; Enrolamento automático por mola; Tripé: altura mínima: 1.80m	1	500,00	500,00
10	DVD Play - Saída de vídeo progressive scan; Reproduzir discos multiformatos: DVD, DVD-R, DVD-RW (modo Vídeo), DVD+R, DVD+RW, CD, CD-R, CD-RW, VCD, SVCD; Reproduzir arquivos de fotos com extensão JPEG;	1	250,00	250,00

Item	Nome e Especificação do Material	QTD	Valor Unitário	Valor Total
	Reproduzir arquivos MP3 e WMA; Reproduzir DivX, MPEG4 e AVI; Entrada USB 2.0: Permitir ajustar as imagens do DVD para o tamanho da tela da TV (16:9) ou (4:3); Permitir marcar as seções de um DVD de forma que possa localizá-las de forma rápida e fácil; Função Replay; Conter Função que permita avançar a reprodução em 10 segundos a partir da cena atual; Função que permita assistir cenas importantes em câmera lenta; Conversor de vídeo: DAC 14 bits/108MHz; Conversor digital analógico de áudio mínimo de 24 bits/192kHz; conexões: Saída vídeo componente, Saída vídeo composto, Saída de áudio digital coaxial, Saída de Áudio Analógico 2 canais. Voltagem: bivolt; Garantia mínima do fornecedor: 12 meses; Assistência Técnica em Recife.			
11	Estante em madeira: Material MDF; Acabamento: Impressão UV; Cor Cinza; Altura:1,80 m; Largura:82,00 cm; Profundidade:38,00 cm; 04 prateleiras, s/porta.	1	600,00	600,00
12	TV 42" LCD Full HD c/ 2 Entradas HDMI - Controle remoto; Idiomas do menu: Português, inglês e espanhol; Sleptimer; Canais: 181; Bloqueio de canais;Voltagem: bivolt; Tipo de tela: LCD; Tamanho da tela: 42" ; Consumo: 160W. Stand By: <1 W; RECURSOS DE IMAGEM: Sistema de cores: Trinorma - PAL-M/ PAL-N/ NTSC; Resolução: 1920x1080pixels; Brilho: 500cd/m ² ; Contraste: 31.000:1; Tipos de ajustes de imagem: Panorâmico, Cinema, Legenda e Tela Cheia; HDTV; HDMI; Progressive Scan; Formato de Tela - 4:3; Ajuste da luz de fundo; Temperatura de Cor; Redutor de ruído digital 3DNR; RECURSOS DE ÁUDIO: Potência de áudio: 12W; Som estéreo; SAP;Tipos de ajustes de áudio - modo preferencial de som: música, noticiário, médio e preferências; CONEXÕES: 2 Entradas áudio e vídeo; 2 Entrada S-Vídeo; 2 Entrada Vídeo Componente HD - Alta Definição - 720p ou 1080i; 2 Entradas HDMI - Entrada de áudio e vídeo digital; Entrada para PC; Saída de áudio e vídeo.	1	3.200,00	3.200,00

Item	Nome e Especificação do Material	QTD	Valor Unitário	Valor Total
12	Armário fechado: 2 portas com chave; 04 Prateleiras; sem Gavetas; Pés s/rodízios; Acabamento: Impressão UV; Material MDF; Cor cinza; Altura:1,80 m; Largura:82,00 cm; Profundidade:38,00 cm.	18	850,00	4.250,00
	Mesa auxiliar: Tampo 51mm; Mesa volante com rodízios; Material MDF; Acabamento: Impressão UV; Cor cinza; Garantia mínima do fornecedor de 06 meses contra defeito de fabricação; Dimensões: Altura:65,00 cm; Largura:87,00 cm; Profundidade:49,50 cm	1	400,00	400,00
14	Mesa para reunião: Especificações: Material MDF ; Acabamento: Impressão UV; Cor cinza; Dimensão: Largura: 2,00 m; Profundidade:100,00 cm; Altura:75,00 cm; Travessas de 18mm; Longarina de 25mm; Sapatas reguláveis; Formato oval.	1	1.000,00	1.000,00
15	Mesa para computador – Mesa para computador toda em MDF, com bordas usinadas e acabamento em laca PU Pintura em impressão alto brilho UV (ultra-violeta). Gaveta com corredeiras metálicas, espaço para o monitor com 60 cm; prateleira abaixo do tampo principal; Espaço para teclado e mouse com corredeiras metálicas; Gaveta com espaço para papel ofício; Dimensões externas aprox. do produto (L x A x P): 120x75x60 cm; Cor: Cinza	23	380,00	3.420,00
16	Mesa para Impressora – Mesa para Impressora c/laterais, 02 prateleiras abaixo do tampo principal, em MDF, com bordas usinada e acabamentos em Laca PU Pintura em impressão alto brilho UV(ultra-violeta) Dimensões externas aprox. do produto (LxAxP): 60x75x60; Cor: Cinza.	23	230,00	1.150,00
17	Cadeira Giratória – Cadeira digitador-base de nylon com regulagem a gás e mecanismo com regulagem de movimento para: ASSENTO-ENCOSTO-ALTURA - com alavancas independentes para a função – atendendo rigorosamente as normas NR17 e NBR13962 – braços com regulagem de altura.	23	450,00	6.750,00

Item	Nome e Especificação do Material	QTD	Valor Unitário	Valor Total
18	Cadeira Fixa, Gomada c/ Costura em Horizontal, Espuma Injetada Anatômica de 60mm, Revestida em Tecido, Base Fixa 04 pés c/ Pintura Eletrostática Epóxi a Pó e Suporte de Fixação do Assento e Encosto por Lâmina de Aço Sanfonada, cor preta.	16	180,00	2.880,00
19	Mesa para funcionário – Mesa toda em MDF, com bordas usinadas e acabamento em laca PU Pintura em impressão alto brilho UV (ultra-violeta). 02 Gavetas com correijas metálicas e com espaço para papel ofício; Dimensões externas aprox. do produto (L x A x P): 120x75x60 cm; Cor: Cinza	06	350,00	2.100,00
TOTAL GERAL		168	-	146.400,00