

# A Atividade Regulatória na Saúde Pública: o caso do Rio de Janeiro.

Letícia Lima Gomes Luiz<sup>1</sup>

Mario Cosme Macedo de Carvalho<sup>2</sup>

Leonardo David da Silva Luiz<sup>3</sup>

SUMÁRIO: 1 Introdução • 2 Metodologia • 3 Dimensões e estruturas da regulação do setor saúde • 4 Regulação Assistencial no Rio de Janeiro • 5 Sistemas Informatizados de Regulação • 6 Fluxos de Regulação no Rio de Janeiro • 7 Resultados e Discursões • 8 Considerações Finais • 9 Referências

## RESUMO

A regulação é um instrumento essencial para que o Estado exerça sua função de equilibrar a oferta e a demanda de serviços públicos de saúde prestados aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de garantir direitos básicos e princípios fundamentais previstos na legislação vigente. O presente texto tem o objetivo apresentar os aspectos gerais inerentes à atividade regulatória do setor da saúde pública, com ênfase na rede pública de saúde do Rio de Janeiro (estadual e municipal). A metodologia adotada constituiu uma pesquisa exploratória e descritiva e caracterizou-se pela realização de estudo sobre a regulação assistencial no Rio de Janeiro. Ao final do texto, conclui-se que embora existam importantes dispositivos legais para nortear a atividade regulatória, é necessária uma maior efetividade na assistência e na prestação de serviços a sociedade, sendo fundamental a capacitação dos atores envolvidos em todas as etapas e o aprimoramento dos processos realizados.

**Palavras chave:** Regulação; Saúde Pública; Sistema Único de Saúde (SUS); Atividade Regulatória

---

<sup>1</sup>Universidade Federal Fluminense

<sup>2</sup>Universidade Federal Fluminense

<sup>3</sup>Universidade do Estado do Rio de Janeiro

### **The Regulatory Actions in public health: Rio de Janeiro's case.**

**SUMMARY:** Regulations are an essential instrument for the state to exert its function in balancing the offer and demand of public health services provided to users of the Central Health System (SUS), in order to guarantee basic rights and fundamental principles foreseen in current legislation. This paper has the goal of presenting the general aspects inherent to the regulatory actions of the public health sector, with emphasis in the public health network of Rio de Janeiro (state and city). The adopted methodology constructed an exploratory and descriptive research, and characterised itself by accomplishing a study on the assistencial regulations in Rio de Janeiro. By the conclusion of the paper, it becomes clear that although there are important legal mechanisms to guide the regulatory activity, higher effectivity is necessary in assisting and service providing to society, being the training of actors involved fundamental in every step, and the development of realised processes.

**KEY WORDS:** Regulations; Public Health; Central Health System (SUS); Regulatory Actions

### **La actividad regulatoria en salud pública: el caso de Río de Janeiro.**

**CONTENIDO:** 1 Introducción • 2 metodología • 3 dimensiones y estructuras de la regulación del sector sanitario • 4 regulación de la atención en Río de Janeiro • 5 sistemas de regulación informatizados • 6 flujos de regulación en Río de Janeiro • 7 resultados y discursos • 8 consideraciones Finales • 9 referencias

**RESUMEN:** El Reglamento es una herramienta esencial para que el estado ejerza su papel en el equilibrio entre la oferta y la demanda de servicios de salud pública prestados a los usuarios del sistema unificado de salud (SUS), a fin de garantizar los derechos básicos y los principios fundamentales previstos en Legislación vigente. El presente texto tiene por objeto presentar los aspectos generales inherentes a la actividad regulatoria del sector de la salud pública, con énfasis en la red de salud pública de Río de Janeiro (estatal y municipal). La metodología adoptada fue una investigación exploratoria y descriptiva y se caracterizó por la realización de un estudio sobre la regulación de la atención en Río de Janeiro. Al final del texto, se concluye que aunque existen importantes dispositivos jurídicos para orientar la actividad regulatoria, es necesario tener una mayor efectividad en el cuidado y prestación de servicios a la sociedad, siendo esencial la formación de los actores involucrado en todas las etapas y la mejora de los procesos realizados.

**PALABRAS CLAVE:** Reglamento; Salud Pública; Sistema Unificado de Salud (SUS); Actividad Regulatoria

## 1 Introdução

O objetivo desse artigo é examinar e descrever os conceitos, as normas, as estruturas e os processos inerentes à atividade regulatória do setor saúde pública com ênfase na rede pública de saúde do Rio de Janeiro (estadual e municipal). Ao final do texto, com base no diagnóstico do contexto analisado, serão apresentadas ações para gerar mais eficiência, eficácia e efetividade na prestação dos serviços públicos de saúde à população, com ênfase na fluminense e carioca.

A regulação é uma das funções essenciais do Estado na sua relação com o mercado e com a sociedade civil. A fim de corrigir as “falhas de mercado”, decorrentes de desequilíbrios entre a oferta de prestação de serviços públicos e a demanda de usuários de saúde, a ação reguladora do Estado tem como objetivo precípua otimizar os recursos disponíveis, conforme a capacidade instalada dos Estabelecimentos de Saúde (ES), a fim de garantir o exercício pleno do direito à saúde. De acordo com Farias et al (2011), a intervenção estatal explica-se pelas distorções inerentes ao setor saúde, pois o mercado é imperfeito e restringe os cuidados de saúde aos consumidores aos que possuem capacidade para pagar e não a todos que dele necessitam, sendo assim fundamental a função reguladora do Estado para harmonização dessas distorções.

De maneira similar, Santos e Merhy (2006, p.26) concebem a regulação estatal como um conjunto de medidas criadas para assegurar e para aprimorar a prestação de serviços públicos. Rodrigues (2013), por seu turno, apresenta as seguintes justificativas para intervenção do Estado no campo da saúde:

Procurar amenizar falhas na produção e na oferta de ações e serviços de saúde, assim como a adequação da oferta à demanda; resolver o problema do uso inadequado ou da introdução de novas tecnologias sem critério no sistema de saúde; planejar a oferta de acordo com as necessidades dos usuários, e não em detrimento de interesses pessoais; garantir padrão de qualidade na atenção prestada, respeitando-se princípios de resolutividade e racionalidade; amenizar o problema de presença de leitos e falta de vagas para diversas modalidades de tratamento, organizar um modelo de atenção à saúde que seja mais eficiente e resolutivo (RODRIGUES, 2013, p.32).

A ação regulatória dos serviços de saúde, conforme a publicação Diretrizes para Implantação de Complexos Reguladores (2006), se constitui um mecanismo que ordena os fluxos assistenciais com vistas a operacionalizar, a monitorar e a avaliar solicitações de procedimentos ambulatoriais e de internações. Essa ação deve observar, além de questões clínicas, o cumprimento de protocolos que objetivam viabilizar e qualificar a

atenção à saúde entre os diversos níveis de complexidade. De acordo com o texto mencionado, a regulação do setor saúde implica quatro processos de trabalho:

O levantamento e distribuição de cotas de procedimentos realizados pelos estabelecimentos executantes para os estabelecimentos solicitantes (com agendamento de horário ou não); a busca e disponibilização de leitos hospitalares, sendo o caso; o processo de autorização prévio à execução da ação ou serviço de saúde, por exemplo, das 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 às decisões baseadas nas evidências (BRASIL, 2006a, p.17).

A função reguladora do Estado brasileiro adquiriu novo sentido em virtude da promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF/1988), que atribuiu a estados e a municípios inúmeras responsabilidades em relação à atenção à saúde, com base no princípio da descentralização dos serviços públicos.

Essa função deve observar os princípios e as diretrizes do Serviço Único de Saúde (SUS) constantes na CF/1988, na Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, na Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002, que instituiu a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 01/02), e na Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, que criou o Pacto pela Saúde<sup>1</sup>.

Em suma, a regulação decorre de uma decisão deliberada do Poder Público que se exerce em determinado segmento da sociedade e do mercado, por meio de critérios, de normas e de procedimentos que têm como finalidade, de maneira oportuna e adequada, universalizar a prestação de serviços públicos à população. No setor da saúde, essa função implica o “redimensionamento da oferta (diminuição ou expansão), qualificando a utilização dos recursos assistenciais e financeiros e coibindo fluxos paralelos, baseados em relações pessoais e outros critérios não científicos ou não pactuados” (VILARINS; SHIMIZUI; GUTIERREZ, 2012, p.645).

Além de abordar os aspectos sobre o funcionamento dos complexos reguladores na esfera federal, o presente texto abordará especificamente um estudo de caso contendo as atividades regulatórias desenvolvidas no estado e no município do Rio de Janeiro, onde a capacidade instalada e os serviços ofertados aos usuários do SUS são passíveis de serem regulados por órgãos competentes da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ) e da Secretaria do Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ), na medida em que as Unidades Solicitantes (US) e Unidades Executantes (UE) recebem pacientes e encaminha-os para estabelecimentos de saúde (ES) que se vinculam às gestões municipal

e estadual de saúde. No território fluminense, esse tipo controle é exercido pela Central de Regulação do Município do Rio de Janeiro (CRM/RJ) e pela Central Estadual de Regulação do Rio de Janeiro (CER/RJ).

Para fins de organização, o texto será dividido em oito partes, intituladas da seguinte forma: Introdução, Metodologia, Dimensões e estrutura da Regulação do Setor Saúde, Regulação Assistencial no Rio de Janeiro, Sistemas Informatizados de Regulação, Fluxos de Regulação no Rio de Janeiro, Resultados e Discussões, e Considerações Finais. Na primeira seção, serão apresentadas noções gerais sobre a regulação do acesso dos serviços de saúde, bem como sobre a política e a legislação pertinentes. A segunda e terceira seções abordarão, respectivamente, a metodologia utilizada na elaboração dessa pesquisa, e o desdobramento das dimensões da regulação na área de saúde. Na quarta será abordado a Regulação Assistencial no Rio de Janeiro, as ações e os procedimentos utilizados. No quinto tópico serão discutidos os Sistemas Informatizados de Regulação e as ferramentas tecnológicas que apoiam as atividades regulatórias. Em seguida na sexta seção serão levantados os Fluxos de Regulação no Rio de Janeiro e o modelo organizacional de referência. A sétima é proposição de ações necessárias para otimizar os processos e fluxos de trabalho no contexto da regulação dos serviços de saúde, sendo a oitava e última seção destinada as considerações finais.

## **2 Metodologia**

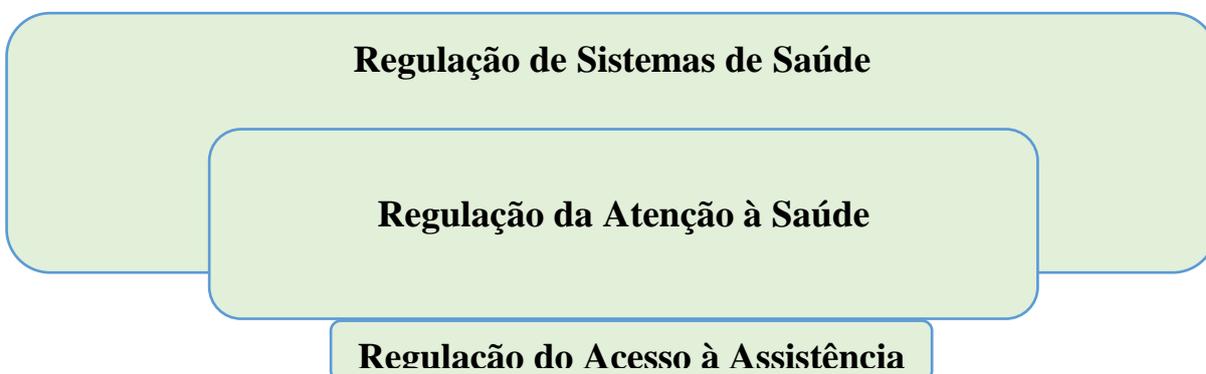
Em termos metodológicos, este texto constitui pesquisa exploratória e descritiva caracterizada principalmente pela revisão bibliográfica dos autores Vilarins, Shimizui e Gutierrez (2002) e Santos e Merhy (2006), pela análise de dados constantes nos portais e sítios eletrônicos, e de leis e documentos oficiais relativos ao assunto em questão, como por exemplo as Diretrizes para Implantação de Complexos Reguladores (2006), e as diretrizes do Serviço Único de Saúde (SUS) constantes na CF/1988, na Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, na Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002, e na Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Também foi adotada a metodologia de estudo de caso, que consiste no estudo aprofundado de situações empíricas amplas e complexas com vista a compreender o objeto e problematizar a procura das melhores práticas voltadas para o desempenho superior. Essa técnica foi importante, uma vez que possibilitou a análise das diretrizes e das estruturas gerais da regulação assistencial em um contexto mais específico. A escolha do estado e município do Rio de Janeiro justifica-se por que esses entes federativos reúnem estabelecimentos de saúde das redes federal, estadual e

municipal de saúde, o que possibilita uma melhor análise dos processos de trabalho relativos a atividade regulatória do serviço público de saúde. Nessa investigação os nomes dos estabelecimentos de saúde Federais, Estaduais e Municipais que foram observados serão preservados.

### **3 Dimensões e estruturas da regulação do setor saúde**

A Política Nacional de Regulação (PNR) do SUS foi instituída por meio da Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008, que fixa normas aplicáveis aos ES federais, estaduais e municipais. A PNR, conforme o ato normativo mencionado, apresenta as seguintes dimensões: a Regulação de Sistemas de Saúde (RSS), a Regulação da Atenção à Saúde (RAS) e a Regulação do Acesso à Assistência (RAA).

Figura 1 – Dimensões da Regulação do Setor Saúde



Fonte: Elaborado pelos autores com base nos dados do Ministério da Saúde

A RSS consiste no aspecto mais abrangente da PNR, pois inclui atividades e procedimentos relativos aos sistemas federal, estaduais e municipais de saúde em sentido amplo, como a execução de ações de planejamento, de monitoramento, de controle e de avaliação desses sistemas, em consonância com as políticas, os princípios e diretrizes do SUS. Tendo como instrumentos os decretos, as portarias e demais normas relativas à vigilância sanitária e epidemiológica, à saúde suplementar e ao controle social em saúde, às funções de planejamento e de fiscalização de sistemas de saúde e à avaliação e à incorporação de tecnologias em saúde.

A RAS constitui um conjunto de atividades desempenhadas por órgãos públicos de saúde, secretarias estaduais e municipais, a fim de promover a prestação adequada de serviços à população, por meio da definição de estratégias a serem seguidas por

prestadores públicos e privados. Em suma, compreende ações de monitoramento, de vigilância, de auditoria da atenção à saúde.

A RAA, também designada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetivo o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no contexto do SUS. Nesse caso, ações são realizadas mediante complexos reguladores (e suas respectivas unidades operacionais) e executadas por meio de protocolos, pela classificação de risco e por demais critérios de priorização. Essas ações visam apenas orientar a tomada de decisão do médico diante de problemas de saúde e não substituem as suas prerrogativas no exercício de sua competência profissional. Inclui a regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar de urgências, controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e de procedimentos especializados, padronização das solicitações dos procedimentos por meio de protocolos e o estabelecimento de fluxos de referência e contra referência entre as unidades hospitalares.

São importantes objetivos da RAA ampliar o acesso da população aos serviços de saúde e atender, com integralidade (atenção básica, ambulatorial e hospitalar), às necessidades dos usuários. O trecho abaixo confirma esse entendimento:

Ao regular o acesso, com base nos protocolos clínicos, linhas de cuidado e fluxos assistenciais definidos previamente, a regulação estará exercendo também a função de orientar os processos de programação da assistência, assim como o planejamento e a implementação das ações necessárias para melhorar o acesso. A diferença aqui estabelecida é que ao se estabelecer a regulação do acesso, nos termos citados anteriormente, a programação assistencial passa a se basear nas necessidades de saúde da população e não na disponibilidade de oferta (BRASIL, 2007, p.32)

Para executar suas funções, a RAA dispõe de instrumentos de apoio que possibilitam aos gestores do SUS avaliar previamente as necessidades de saúde da população e as condições de acesso às unidades de referência. São exemplos desses instrumentos os complexos reguladores, as centrais de regulação, os protocolos clínicos e reguladores, manuais de sistemas de informação, mecanismo de avaliação da qualidade da assistência e da satisfação do usuário (BRASIL, 2007, p.39).

A regulação do acesso é operacionalizada, nos entes federados, por estruturas denominadas complexos reguladores, que são formados pelas centrais de regulação. Ressalte-se que, de acordo com a PNR, a RAA tem as seguintes atribuições:

- I - garantir o acesso aos serviços de saúde de forma adequada;
- II - garantir os princípios da equidade e da integralidade;
- III - fomentar o uso e a qualificação das informações dos cadastros de usuários, estabelecimentos e profissionais de saúde;
- IV - elaborar, disseminar e implantar protocolos de regulação;
- V - diagnosticar, adequar e orientar os fluxos da assistência;
- VI - construir e viabilizar as grades de referência e contra referência;
- VII - capacitar de forma permanente as equipes que atuarão nas unidades de saúde;
- VIII - subsidiar as ações de planejamento, controle, avaliação e auditoria em saúde;
- IX - subsidiar o processamento das informações de produção; e
- X - subsidiar a programação pactuada e integrada (BRASIL, 2008b, artigo 8º).

Quadro 1 - Resumo das Dimensões da Regulação do Setor Saúde

<b>Dimensões</b>	<b>Níveis de Abrangência</b>	<b>Instrumentos/Atividades</b>	<b>Palavras-chave</b>
Regulação dos Sistemas de Saúde (RSS)	Macro	Avaliação, Controle e Monitoramento do Sistema Único de Saúde Decretos e Portarias	Sistemas de Saúde Diretrizes, Políticas e Princípios do SUS
Regulação da Atenção à Saúde (RAS)	Meso	Auditoria dos Serviços; Cadastramento dos Estabelecimentos de Saúde, dos Profissionais e dos Usuários em Sistemas Informatizados; Contratualização; Credenciamento/Habilitação	Prestação Adequada dos Serviços
Regulação do Acesso à Assistência (RAA)	Micro	Controle dos Leitos; Agendamento de Consultas; Protocolos Regulatórios; Centrais de Regulação; Fluxos de Referência	Acesso Ordenado aos Serviços Ambulatoriais e Hospitalares

Fonte: Elaborado pelos autores com base no sítio eletrônico do Ministério da Saúde

Os complexos reguladores são estruturas que viabilizam o cumprimento das atribuições da RAA e podem ter abrangência estadual, municipal e regional, o que varia consoante a organização local e regional dos serviços de saúde e as formas de pactuação estabelecidas entre os gestores do SUS. Os complexos reguladores estaduais são administrados pelas secretarias estaduais de saúde objetivam garantir o acesso da população às unidades de saúde que estão vinculadas a esse órgão. Os complexos reguladores municipais têm o propósito de assegurar o acesso dos usuários aos ES que estão sob a gestão dos Poderes Públicos locais.

Os complexos reguladores regionais podem assumir os seguintes modelos de gestão: i) estadual, em que compete às secretarias estaduais regular o acesso não apenas aos ES de sua competência, mas também aos dos municípios situados em uma região; e ii) compartilhado, caracterizada por repartição das competências regulatórias entre as secretarias estaduais e municipais de saúde.

Em geral, os referidos complexos organizam-se em Central de Regulação de Consultas e Exames (CRCE), em Central de Regulação de Internação Hospitalares (CRIH) e em Central de Regulação de Urgências (CRU). A função da CRCE consiste em regular os procedimentos que incluem terapias e cirurgias ambulatoriais. A CRIH regula o acesso a leitos e a procedimentos hospitalares eletivos. A CRU exerce a atribuição de regular o atendimento pré-hospitalar de urgências e de emergências. Ademais, em alguns estados, pode ser constituída a Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade (CERAC), que deve integrar a regulação de procedimentos ambulatoriais e hospitalares.

Menciona-se, ademais, a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC), instituída pela Portaria nº 2.309/GM/MS, de 19 de dezembro de 2001, para organizar a referência interestadual de pacientes que dependem de atendimento hospitalar de alta complexidade. Por meio da Portaria nº 589/SAS/MS, de 27 de dezembro de 2001, foram incluídas as especialidades de cardiologia, de neurocirurgia, de ortopedia, de oncologia e de epilepsia como grupos de procedimentos de alta complexidade.

Compete a essa central organizar o fluxo de referência de pacientes que apresentam necessidades de assistência hospitalar de alto custo, caracterizada pela baixa disponibilidade no âmbito do SUS. Com a publicação da Portaria nº 39/SAS/MS, de 6 de fevereiro de 2006, houve um processo descentralização para as CERACs dos

procedimentos mencionados. Desde então, somente os estados com evidentes restrições de oferta nas especialidades acima mencionadas podem efetuar solicitações à CNRAC.

#### **4 Regulação Assistencial no Rio de Janeiro**

A regulação assistencial no Rio de Janeiro caracteriza-se pelo funcionamento de complexos reguladores, cujas ações e procedimentos são executados por centrais de regulação de cada ente federado e de cada região, ou seja, pela CRM/RJ, pela CER/RJ e pelas Centrais Regionais de Regulação (CREGs), que foram, respectivamente, instituídas por meio da Resolução nº 854/SMS, de 27 de março de 2002, e da Resolução nº 2102/SES, de 14 de julho de 2003.

A CRM/RJ constitui unidade que integra a Coordenadoria Geral do Complexo Regulador (CGCR), da Subsecretaria Geral (SUBGERAL) da SMS/RJ, nos termos do Decreto nº 39.669, de 15 de dezembro de 2014. Entre as atribuições da CGCR, está estabelecer a interlocução do complexo regulador e a rede de serviços de saúde e organizar as ações da CRM/RJ no que concerne ao atendimento ambulatorial, hospitalar, a de urgência e de emergência.

A CGCR, por seu turno, é composta pelas seguintes coordenações: a Coordenação da Regulação de Internação Hospitalar, pela Coordenação da Regulação Ambulatorial (CRA) e pela Coordenação da Regulação de Urgência e Emergência (CRUE). As principais funções da primeira são coordenar a regulação das internações hospitalares de todas especialidades médicas nas unidades de saúde próprias, contratadas e conveniadas, gerir a oferta de leitos disponíveis no SUS e monitorar as atividades dos Núcleos Internos de Regulação (NIRs).

Compete à CRA coordenar a realização de consultas e exames especializados pelas unidades assistenciais, avaliar as solicitações e realizar os agendamentos prioritários, agilizar o acesso dos usuários do SUS aos serviços disponíveis e elaborar e monitorar as escalas de férias e de trabalho dos profissionais de saúde. São funções da CRUE, entre outras, coordenar, orientar, supervisionar e avaliar a execução dos programas, projetos e atividades do Sistema de Urgência e Emergência em âmbito municipal e elaborar planos de contingência para atuação da CRM/RJ diante de situações críticas.

A Rede de Centrais de Regulação do Estado do Rio de Janeiro foi instituída pela Deliberação nº 39/CIB-RJ, de 24 de junho de 1999. Após a publicação dessa norma, foi publicada a Resolução nº 2102/SES, de 14 de julho de 2003, que estabeleceu diretrizes para o funcionamento da referida rede, entre as quais:

Facilitar o acesso aos serviços de saúde existentes no Estado, de forma equânime e tecnicamente qualificada a partir da pactuação do Protocolo de Regulação;

Contribuir para um processo pedagógico permanente de aplicação dos Protocolos junto às unidades solicitantes e executantes, interagindo na troca de informações visando a resolutividade mais apropriada para cada caso; Instrumentalizar e apoiar o processo de regionalização e hierarquização das ações de saúde no Estado (RIO DE JANEIRO - Estado, 2003, Anexo Item1).

A fim de implementar a CER/RJ e expandir a rede, foram criadas as CREGs, mediante a aprovação da Deliberação nº 0384/CIB-RJ, de 4 de outubro de 2007. Atualmente, o Estado do Rio de Janeiro dispõe de uma CERAC e das seguintes CREGs: Baixada Litorânea, Centro Sul, Médio Paraíba e Baía de Ilha Grande, Metropolitana, Noroeste, Norte e Serrana.

Por ocasião da 3ª Reunião Ordinária da CIB-RJ, de 11 de março de 2009, foi publicada a Deliberação nº 869/CIB-RJ, 11 de março de 2010, que aprova a implementação do Complexo Regulador e a Informatização da Rede de Saúde do Município do Rio de Janeiro. Em 20 de julho de 2015, a CIB-RJ, mediante a Deliberação nº 3.470, criou a Central Unificada de Regulação do Rio de Janeiro (REUNI-RJ), que visa ordenar o acesso de usuários residentes nos municípios fluminenses a serviços definidos como estratégicos no contexto do SUS, por exemplo, procedimentos de radioterapia, de hematologia, de cirurgia bariátrica, de gestação de alto risco e de terapia renal substitutiva (TRS).

A constituição da REUNI-RJ decorreu de pactuações estabelecidas entre o governo federal e os governos municipal e estadual do Rio de Janeiro a fim de unificar as atividades de regulação dos serviços de saúde, de ampliar o acesso a unidades ambulatoriais e hospitalares e de ordenar a lista de espera por procedimentos no SUS. Essa nova central é coordenada pela SES/RJ e tem sede no Centro Integrado de Comando e Controle (CICC), localizado no bairro carioca da Cidade Nova. De acordo com o MS, trata-se de medida que deverá beneficiar cerca de 11,5 milhões de pessoas no Estado do Rio de Janeiro.

São subunidades da regulação assistencial no Estado do Rio de Janeiro os NIRs<sup>ii</sup>, órgãos das unidades executantes e solicitantes criados para otimizar os processos de

trabalho relacionados à regulação dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares, que incluem a comunicação com as centrais de regulação, a inserção de dados nos sistemas informatizados, a organização das agendas de consultas e exames e a ordenação do mapa de leitos da unidade.

Em 2005, o MS propôs a constituição de NIR nos hospitais localizados no município do Rio de Janeiro, de modo a criar um “espaço institucional” dotado de funções internas e externas voltadas à definição de prioridades de internação e de controle do fluxo de entrada e de saída de emergência hospitalar. Entre as funções internas, destaca-se o controle dos leitos e das vagas de internação, com base no critério da admissão por risco e no monitoramento do tempo médio por permanência (TMP). O referido Ministério menciona como função externa a promoção do relacionamento da unidade de saúde com as centrais de regulação e com as demais unidades que compõem a rede local e regional de atenção à saúde.

Conforme o MS é recomendável que um NIR seja composto por uma equipe multiprofissional (médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social e assistentes administrativos) e que realize reuniões periódicas com base nas informações constantes no censo hospitalar diário. A elaboração de um plano de trabalho mensal é importante, pois pode permitir ao NIR auxiliar a unidade na redução do TMP por mês, por clínica e por patologia.

No âmbito do sistema municipal de saúde do Rio de Janeiro, a instituição dos NIRs nas respectivas unidades hospitalares consolidou-se com a publicação da Resolução nº 1.205/SMS, de 20 de junho de 2006. De acordo com essa norma, são atribuições de um NIR estabelecer interlocução permanente e direta com as centrais municipal e estadual de regulação e propor e atualizar os protocolos de diretrizes clínicas e terapêuticas relativas ao fluxo de transferência de pacientes.

Há diversos NIRs no Estado e no município do Rio de Janeiro, nas unidades de atenção primária, secundária e terciária, entre as quais, destacam-se as Clínicas da Família (CFs), os centros municipais de saúde (CMS), Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), policlínicas, institutos, hospitais e maternidades. Cumpre mencionar que o número de hospitais com NIRs implantados constitui importante indicador de desempenho, referente ao eixo Saúde, do Plano Estratégico da Prefeitura do Rio de Janeiro (2013-2016).

Aspectos importantes da regulação assistencial no Rio de Janeiro são os textos informativos e protocolos regulatórios, formulados pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ) e pela Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro

(SES/RJ). No que concerne ao município carioca, os seguintes documentos podem ser encontrados na plataforma virtual da Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde (SUBPAV): Regulação Ambulatorial, Regulação de Internação Hospitalar, Passo a Passo Resumido para o Regulador SISREG e Protocolo para o Regulador do SISREG.

Esses documentos contêm informações que prestam esclarecimentos sobre procedimentos, fluxos e normas da regulação ambulatorial e hospitalar aos gestores e profissionais de saúde das UEs e das US. Neles, é possível, ainda, ter acesso a formulários de “encaminhamento” (referência e contra referência) e a orientações sobre o agendamento de consultas na rede de saúde do município do Rio de Janeiro.

A execução das funções inerentes aos complexos reguladores exige a participação e o comprometimento, nas centrais estaduais e municipais de regulação, de profissionais capacitados (BRASIL, 2006a, p.20), que podem ser diferenciados pelos seguintes perfis: coordenador, regulador, atendente de regulação (videofonista), administrador de banco de dados, administrador de rede e técnico de informática. Cada um desses perfis refere-se a atribuições e a tarefas específicas, que variam de acordo com o grau de complexidade e de responsabilidade.

No que diz respeito aos Núcleos Internos de Regulação (NIRs), a composição do quadro de recursos humanos varia de acordo com o perfil das unidades de saúde, embora a maioria daqueles ser, quase sempre, formada por médico regulador (autorizador), enfermeiro coordenador (gerente), e assistentes administrativos.

## **5 Sistemas Informatizados de Regulação**

As atividades executadas pelas centrais de regulação são apoiadas por sistemas informatizados, ferramentas tecnológicas criadas para operacionalização dos complexos reguladores, de modo a facilitar os fluxos de acesso aos Estabelecimentos de Saúde (ES) e a racionalizar oferta de serviços do SUS desde a rede de atenção básica até a internação hospitalar. A exemplo no estado do Rio de Janeiro, os sistemas mais utilizados pelas unidades de saúde são o Sistema Nacional de Regulação (SISREG) e o Sistema Estadual de Regulação (SER).

O SISREG, programa de funcionamento *online* e em tempo real, desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), órgão do Ministério da Saúde (MS), é acessado por unidades de cerca de 1.600 municípios, por 204 centrais de regulação ambulatorial e 19 centrais de regulação hospitalar, de acordo com a

Coordenação de Desenvolvimento de Sistemas de Saúde (CGAM/DATASUS). O referido sistema é acessível mediante diversos navegadores de acesso à internet (*Mozilla Firefox, Internet Explorer, Google Chrome*, entre outros) e apresenta ambiente de treinamento para aqueles interessados em assimilar suas diversas funcionalidades.

Esse sistema apresenta os módulos ambulatorial, internação e Autorização de Procedimento Ambulatorial de Alta Complexidade (APAC), em que o primeiro relaciona-se ao controle do fluxo de agendamentos de consultas e de exames, o segundo é concernente às solicitações de procedimentos hospitalares e o terceiro visa ao ordenamento dos serviços ambulatoriais de alta complexidade/custo. O SISREG, que mantém interface com os demais sistemas de informação do SUS, caracteriza-se pelos perfis de acesso de administrador (realiza a configuração do sistema), de solicitante (promove agendamentos), de executante (confirma agendamentos), de regulador (autoriza laudos) e de videofonista (promove agendamentos complementares).

Elaborado pelo DATASUS e pelo Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas do MS, o Sistema Informatizado da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (SISCNRAC) objetiva otimizar o fluxo de referência interestadual de procedimentos hospitalares de alta complexidade, registrar as dificuldades dos estados que apresentam ausência ou insuficiência da oferta dos procedimentos nas especialidades reguladas pela Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC) e monitorar a transferência dos usuários do SUS do seu local de residência para o atendimento em outro estado.

O SER, criado em 2009, é um *software* elaborado pela SES/RJ e pela empresa Eco Sistemas, a fim de conferir mais agilidade no processo de busca de vagas nas unidades que compõem a rede estadual de saúde do Rio de Janeiro. Por meio do SER, a Superintendência de Regulação (SR), divisão da SES/RJ, organiza e otimiza os pedidos de internação e de realização de exames em linhas de cuidado de alto custo e de alta complexidade, por exemplo: TRS, oftalmologia, oncologia, cardiologia, psiquiatria, reabilitação física, saúde auditiva e unidade de tratamento intensivo (UTI).

São módulos do SER o regulador e o operacional, naquele consta lista de pacientes de acordo com a gravidade (classificação de risco), evolução clínica e ordem de ingresso e neste se pode ter acesso a formulários de solicitações de procedimentos, promover o

agendamento de consultas e exames, emitir AIH e APAC e enviar mensagem eletrônica aos usuários de saúde para realizar os procedimentos que foram previamente agendados.

## **6 Fluxos de Regulação no Rio de Janeiro**

Os fluxos de regulação no estado e no município do Rio de Janeiro seguem o modelo de organização das redes de referências locais e regionais que abrangem ES de graus distintos de complexidade. Em virtude do processo de municipalização do SUS e do fortalecimento da Estratégia da Saúde da Família (ESF), esse modelo está centrado nas UBS ou nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (APS), que, em tese, devem estar aptas a oferecer respostas à maior parte dos problemas de saúde. Em ocasiões em que a APS não pode prestar o serviço mais adequado às necessidades do usuário, compete às centrais de regulação acionar as unidades de atenção secundária e terciária para que essa demanda seja suprida.

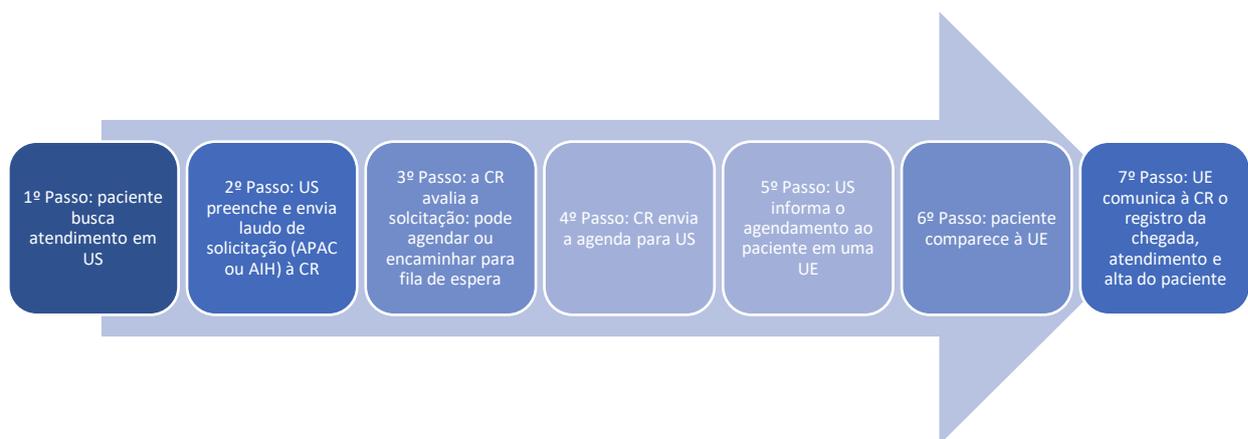
Os fluxos de regulação no estado e no município do Rio de Janeiro seguem o modelo de organização das redes de referências locais e regionais que abrangem ES de graus distintos de complexidade. Em virtude do processo de municipalização do SUS e do fortalecimento da Estratégia da Saúde da Família (ESF), esse modelo está centrado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (APS), que, em tese, devem estar aptas a oferecer respostas à maior parte dos problemas de saúde. Em ocasiões em que a APS não pode prestar o serviço mais adequado às necessidades do usuário, compete às centrais de regulação acionar as unidades de atenção secundária e terciária para que essa demanda seja suprida.

O SUS apresenta, via de regra, fluxos de referência e de contra referência, conforme os princípios da regionalização e da hierarquização do atendimento. Em relação ao primeiro fluxo, o movimento de um usuário de saúde inicia-se em uma unidade da APS para, a partir daí, atingir os demais de níveis de complexidade da atenção. No que concerne ao segundo fluxo, observa-se o caminho inverso, ou seja, um usuário de unidade de saúde classificada de alta complexidade (hospital ou instituto), após ter seu quadro clínico estabilizado, deve ser redirecionado para unidade de média ou de baixa complexidade.

Os fluxos de atendimento regulado têm como passo inicial a busca do paciente por serviços oferecidos por unidades das redes locais e regionais de saúde, denominadas solicitantes. Nas situações em que se exige autorização prévia, a US deve preencher laudo (AIH e APAC) e enviá-lo para Central de Regulação (CR), que pode, após análise, autorizar e agendar o procedimento solicitado em uma UE, por cota ou reserva técnica, ou encaminhar o paciente para a fila de espera. Uma vez agendado o procedimento, a CR comunica a US, e esta informa o paciente do agendamento. Por fim, o paciente se dirige à UE, que deve registrar a chegada, o atendimento ou a alta do paciente juntamente com a CR.

Nos procedimentos em que é prescindível a autorização prévia, a US efetua agendamento imediato, quando é possível prestar o atendimento, ou envia solicitação à CR. Após recebida a solicitação, a CR procede o agendamento ou encaminha o paciente para a fila de espera. A CR, então, informa a US do agendamento, e a US, por seu turno, notifica o paciente que a solicitação foi atendida. Em seguida, o paciente deve se deslocar para a UE, a qual compete comunicar a chegada e o atendimento do paciente à CR. Nas figuras abaixo, é possível visualizar os fluxos de atendimento regulado com ou sem autorização prévia.

Figura 2 – Fluxo de Atendimento Regulado com Autorização Prévia



Fonte: Elaborado pelos autores com base no sítio eletrônico do Ministério da Saúde

Figura 3 – Fluxo de Atendimento Regulado sem Autorização Prévia



Fonte: Elaborado pelos autores com base no sítio eletrônico do Ministério da Saúde

## 7 Resultados e Discursões

Verificamos que é fundamental estruturar e sistematizar os processos executados pelos ES no que concerne à regulação assistencial com base nos dispositivos legais e nos modelos formulados pelos órgãos reguladores nos três níveis de gestão (federal, estadual e municipal), tendo em vista uma prestação pública de serviços de saúde pública de acordo com os princípios e as diretrizes do SUS. Nesse sentido, faz-se necessário ampliar a inserção das unidades de saúde, sobretudo as federais, nas redes local e regional de atenção à saúde, a fim de assegurar mais resolutividade e mais universalidade na prestação serviços públicos de saúde.

O preste estudo, ao tomar a saúde pública como caso emblemático para analisar a regulação do setor saúde, teve como fundamento um diagnóstico prévio que objetivou identificar as principais dificuldades dos ES no que diz respeito ao relacionamento com as entidades assistenciais que integram as redes públicas de saúde e com os respectivos órgãos reguladores. Apontamos como dificuldades identificadas, a predominância de contatos informais como meios para transferência de pacientes para diferentes ES, a constituição incipiente de NIRs em diversas entidades assistenciais, ausência de fluxos estabelecidos para o acesso da população a serviços de saúde da unidade e para transferência de pacientes e o número reduzido instrumentos contratuais entre os ES públicos e os gestores de saúde do Rio de Janeiro.

Destacamos, ainda, como importantes desafios a serem enfrentados pelos ES, no que diz respeito à regulação assistencial, a fragmentação e a baixa coordenação entre as

unidades que compõem as redes de saúde, a dificuldade de utilização de fluxos de acesso coordenados pelos órgãos reguladores, a recorrente judicialização da assistência ambulatorial e hospitalar e os critérios empregados para priorização do acesso, uma vez que as práticas regulatórias são mais condicionadas pelas restrições dos recursos assistenciais disponíveis do que pela melhor alternativa de atendimento para o usuário (GAWRYSZEWSKI, OLIVEIRA, GOMES, 2012).

A fim de se superar as dificuldades identificadas, as ações apresentadas no Quadro abaixo devem proporcionar aos ES alternativas viáveis para aprimorar a gestão da oferta de serviços de saúde no município e no estado do Rio de Janeiro, para ampliar o relacionamento da unidade com os respectivos órgãos reguladores do acesso à assistência e incrementar o grau de satisfação dos pacientes e dos profissionais de saúde da unidade. Dessa forma, por meio dessas ações, são apresentados os seguintes objetivos, ações, cronograma, indicadores de desempenho, metodologias avaliativas e órgãos e instituições envolvidos.

Quadro 2 - Ações Janeiro 2018-2019

<b>Objetivos</b>	<b>Ações</b>	<b>Cronograma</b>	<b>Indicadores de Desempenho/Metodologias Avaliativas</b>	<b>Órgãos/ Instituições Envolvidos</b>
Disseminar a cultura da regulação nos ES com ênfase nos hospitais federais	Realizar oficinas de trabalho e seminários sobre a regulação assistencial nos ES;  Realizar reuniões de trabalho sobre a regulação assistencial entre representantes da SMS/RJ, da SES/RJ e do MS	Conclusão: até o fim de setembro de 2018	Oficinas e seminários realizados;  Reuniões de trabalho realizadas	SMS/RJ  SES/RJ  MS  ES
Formalizar instrumento contratual de Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos entre os Estabelecimentos de Saúde e o	Apresentar proposta de formalização do PCEP aos ES que não mantêm acordo com a SMS/RJ	Conclusão: até o fim de dezembro de 2018	PCEP assinado pelo Diretor do ES e o Secretário Municipal de Saúde do Rio de Janeiro	SMS/RJ  ES que ainda não firmaram acordo com a SMS/RJ

gestor municipal de saúde				
Estruturar os NIRs existentes e propor a criação de novos	Promover a capacitação e atualização dos profissionais que atuam nos NIRs existentes  Incentivar a criação de NIRs em ES que não dispõem desse órgão	Conclusão: até fevereiro de 2019	Cursos de capacitação/atualização realizados  NIRs instituídos em ES que não dispõem dessa unidade administrativa	SMS/RJ SES/RJ MS ES
Otimizar o uso dos recursos da oferta assistencial da rede pública de saúde do Rio de Janeiro	Aumentar a inclusão dos dados relativos à agenda dos profissionais, às consultas e aos exames ambulatoriais e aos leitos de UTI dos ES no SISREG	Conclusão: até o fim de dezembro de 2019	Incremento de 40% da inclusão dos dados relativos à agenda de profissionais, às consultas e aos exames ambulatoriais e aos leitos dos no SISREG	SMS/RJ SES/RJ MS ES

Fonte: Elaborado pelos autores

Disseminar a cultura da regulação nos ES visa obter como resultado uma ampliação da visibilidade das atividades da regulação assistencial perante as equipes que compõem os ES localizados no Rio de Janeiro (ações preconizam os hospitais federais, pois, de acordo com diagnóstico realizado, foram as unidades que menos apresentaram uma integração mais formal às redes municipal e estadual de saúde). Para tanto, é importante realizar reuniões, oficinas de trabalho e seminários informativos sobre o tema a fim de que regulação de serviços de saúde seja entendida com algo mais “benéfico” do que “maléfico”.

A celebração do PCEP entre os ES e a SMS/RJ constitui medida fundamental, uma vez que esse instrumento contratual deverá fornecer fundamento jurídico aos compromissos de gestão e de atenção à saúde assumidos pelos ES e o gestor municipal de saúde. Ademais, é o PCEP que deverá oferecer as orientações necessárias para organizar e para ordenar os serviços prestados pelo ES à população assistida, conforme os marcos regulatórios vigentes

Estruturar e consolidar os processos de trabalho dos ES também é crucial, pois a excelência no desempenho é relevante para efetiva regulação das consultas, dos exames e das interações realizadas pela unidade no SUS. As ações referidas no Quadro 2 vinculadas a esse objetivo têm o propósito de tornar o NIR em espaço institucional de controle efetivo da entrada e da saída de pacientes e de interação com as centrais de regulação e com as demais unidades das redes públicas de saúde. Dessa forma, faz-se não apenas o fortalecimento institucional dos NIRs atuais, mas também a criação de novos em ES em que essa estrutura é inexistente.

A fim de racionalizar o uso dos recursos da oferta assistencial, com base em modelo mais centrado no usuário do que na capacidade instalada, é fundamental que as unidades de saúde pública, por meio dos NIRs, inclua a agenda de profissionais, os procedimentos ambulatoriais realizados e os leitos hospitalares no SISREG. Essa medida deverá beneficiar para assegurar um fluxo mais ordenado de recebimento e de encaminhamento de usuários.

Por fim, acrescenta-se que essas ações devem seguir o chamado Ciclo PDCA (“Planejar”, “Desenvolver”, “Checar” e “Ajustar”), caracterizado por quatro etapas. A primeira consiste na proposição dos objetivos e das ações (processos) para alcançá-los. A segunda diz respeito à implementação do que foi programado e planejado de maneira prévia. Na terceira, são comparados os resultados alcançados e os objetivos estabelecidos por meio da análise de indicadores propostos e, na última, devem ser adotadas medidas corretivas para retificar eventuais desvios constatados ao longo da execução do plano.

## **8 Considerações Finais**

Apesar da vigência dos marcos legais acerca da atividade regulatória dos serviços públicos de saúde, a atividade regulatória, norteadada pelo objetivo de regular, mediar e intervir sempre que necessário, ainda, carece mais efetividade na assistência e prestação de serviços a sociedade.

A inserção dos Estabelecimentos de Saúde nas redes de atenção à saúde, mediante os mecanismos regulatórios, deve propiciar não só a ampliação da acessibilidade aos serviços assistenciais da unidade, mas também aumentar o grau de satisfação dos trabalhadores e da população atendida, conforme mecanismos formais de referência e de contra referência do SUS e os critérios de classificação de risco.

Para que a atividade regulatória seja de fato efetiva é necessário capacitar todos os atores envolvidos nas mais diversas etapas do processo, possibilitando que esses contribuam com um desempenho de excelência.

Embora existam diretrizes nacionais da regulação em saúde se faz necessário levar em consideração na elaboração do “desenho” da atividade regulatória de Estados e Municípios, as peculiaridades locais e culturais quando da utilização de modelos criados nos diferentes contextos e esferas (federal, estadual e municipal) para a implementação de ações e processos, sendo esses multiplicados com as adaptações necessárias aos orçamentos e estruturas.

Cabe também através desse estudo despertar interesse em pesquisas mais profundas e empíricas nos ES, propiciando uma avaliação mais completa e detalhada de cada atendimento para estudos futuros.

### Referências Bibliográficas

ARRETCHE, M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p. 331-345, 2003. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000200002>>. Acesso em: Jan. 2017.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <<http://www.usjt.br/arq.urb/arquivos/abntnabr6023.pdf>>. Acesso em: Jan. 2017

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 10 jan. 2017.

\_\_\_\_\_. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 de setembro de 1990. Seção 1, p. 1. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: Jan. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, **Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DiretrizesImplantComplexosReg2811.pdf>>. Acesso em: Jan. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.309, de 19 de dezembro de 2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 de dezembro de 2001. Seção 1, p. 339. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt2309\\_19\\_12\\_2001.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt2309_19_12_2001.html)>.

Acesso em: Jan. 2017

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 589, de 27 de dezembro de 2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DiretrizesImplantComplexosReg2811.pdf>>.

Acesso em: Jan. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 de fevereiro de 2002. Seção 1, p. 52. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373\\_27\\_02\\_2002.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html)>.

Acesso em: Jan. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 39/SAS/MS, de 6 de fevereiro de 2006. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 7 de fevereiro de 2006b. Seção 1, p. 42. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DiretrizesImplantComplexosReg2811.pdf>>.

Acesso: Jan. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 de fevereiro de 2006c. Seção 1, p. 43. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html)>.

Acesso em: Jan. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 de agosto de 2008b. Seção 1, p. 48. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559\\_01\\_08\\_2008.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html)>.

Acesso em: Jan.2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 562, de 17 de maio de 2016. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 de maio de 2015, Seção 1, p. 50. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/sas/7647-562>>. Acesso em: Jan. 2017.

\_\_\_\_\_. Plano estratégico da Prefeitura do Rio de Janeiro (2013-2016). Conjunto de ações concretas com diretrizes, metas e iniciativas estratégicas para a cidade do Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/2753734/DLFE-241955.pdf/Planejamentoestrategico2.0.1.3.2.0.1.6..pdf>>. Acesso em: Jan. 2017.

FARIAS, S. F. et al. A regulação no setor público de saúde no Brasil: os (des) caminhos da assistência médico-hospitalar. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1043-1053, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700037>>. Acesso em: Jan. 2017.

GAWRYSZEWSKI, A. R. B.; OLIVEIRA, D. C.; GOMES, A. M. T. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 119-140, 2012.

Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000100007>>. Acesso em: Jan. 2017.

RIO DE JANEIRO. Decreto nº 39.669, de 15 de dezembro de 2014. **Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, RJ, 16 de dezembro de 2014. p. 8. Disponível em: <<http://complexoreguladorsmsrio.blogspot.com.br/p/complexo-regulador.html>>. Acesso em: Jan. 2017

\_\_\_\_\_. **Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ)**. Resolução SES nº 2.102, de 14 de julho 2003. Disponível em: <<http://old.cremerj.org.br/legislacao/detalhes.php?id=355&item=3>>. Acesso em: Fev. 2017.

\_\_\_\_\_. **Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ)**. Resolução nº 1.205, de 20 de junho 2006. Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 21 de junho de 2006. Poder Executivo, p. 29. Disponível em: <<http://old.cremerj.org.br/legislacao/detalhes.php?id=351&item=3>>. Acesso em: Fev. 2017.

\_\_\_\_\_. **Secretaria Estadual de Saúde**. Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Rio de Janeiro (CIB/RJ). Deliberação CIB-RJ nº 0039, 24 de junho de 1999. Disponível em: <[http://www.cib.rj.gov.br/portarias-publicadas-no-dou/doc\\_download/55-ata-da-12-reuniao-ordinaria-de-2010.html](http://www.cib.rj.gov.br/portarias-publicadas-no-dou/doc_download/55-ata-da-12-reuniao-ordinaria-de-2010.html)>. Acesso em: Jan. 2017.

\_\_\_\_\_. **Secretaria Estadual de Saúde**. Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Rio de Janeiro (CIB/RJ). Deliberação CIB-RJ nº 0384, de 04 de outubro de 2007. Disponível em: <<http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/127-2007/outubro/270-deliberacao-cib-rj-no-0384-de-04-de-outubro-de-2007.html>>. Acesso em: Jan. 2017.

\_\_\_\_\_. **Secretaria Estadual de Saúde**. Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Rio de Janeiro (CIB/RJ). Deliberação CIB-RJ nº 0869 de 11 de março de 2010. Disponível em: <<http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/84-2010/marco/1134-deliberacao-cib-rj-n-0869-de-11-de-marco-de-2010.html>>. Acesso em: Fev. 2017.

\_\_\_\_\_. **Secretaria Estadual de Saúde**. Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Rio de Janeiro (CIB/RJ). Deliberação CIB-RJ nº 3.470, de 20 de julho de 2015. Disponível em: <<http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/450-2015/julho/3948-deliberacao-cib-n-3-470-de-20-de-julho-de-2015.html>>. Acesso em: Jan. 2017.

\_\_\_\_\_. **Secretaria Municipal de Saúde**. RESOLUÇÃO “N” SMS nº 854, de 26 de Março de 2002. Disponível em: <<http://old.cremerj.org.br/legislacao/detalhes.php?id=350&item=3>>. Acesso em: Jan. 2017.

RODRIGUES, L. C. R. **A regulação no contexto hospitalar enquanto ferramenta gerencial**: a compreensão dos profissionais envolvidos. 2013. 140 folhas. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de

Medicina de Botucatu, 2013. Biblioteca Depositária: Repositório Unesp. Disponível em: <<http://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/108430/000737966.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: Jan. 2017.

SANTOS, F. P.; MERHY, E. E. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.10, n.19, p.25-41, Jan./Jun. 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832006000100003>>. Acesso em: Jan. 2017.

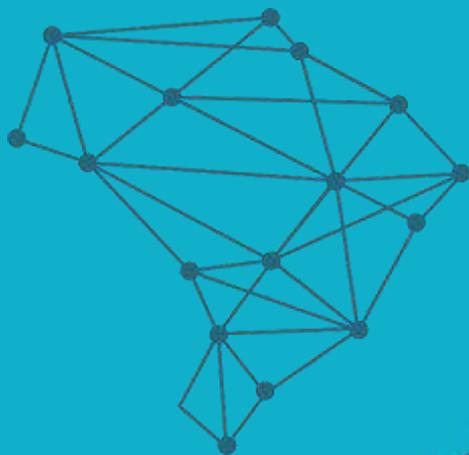
VILARINS, G. C. M.; SHIMIZU, H. E.; GUTIERREZ, M. M. U. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 640-647, Out./Dez. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042012000400016>>. Acesso em: Jan. 2017.

WINDHOLZ, E.; HODGE; G. A. Conceituando regulação social e econômica: implicações para agentes reguladores e para atividade regulatória atual. **Revista de Direito Administrativo**, Rio de Janeiro, v. 264, n. 3, p. 13-56, Set/Dez.2013. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rda/article/viewFile/14076/31331>>. Acessado em: Jan. 2017.

# R

# E

# P



## Realização



## Apoio

