

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA

SHAYANNE SANTOS DA SILVA

**O PROJETO REGULASUS DO TELESSAÚDERS/UFRGS COMO DISPOSITIVO  
DE APOIO À MICRORREGULAÇÃO DO CUIDADO NO ESTADO DO RIO  
GRANDE DO SUL**

PORTO ALEGRE

2014

SHAYANNE SANTOS DA SILVA

**O PROJETO REGULASUS DO TELESSAÚDERS/UFRGS COMO DISPOSITIVO  
DE APOIO À MICRORREGULAÇÃO DO CUIDADO NO ESTADO DO RIO  
GRANDE DO SUL**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado à Universidade Federal do  
Rio Grande do Sul como requisito parcial  
à obtenção do título de Bacharela em  
Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Lisiane Bôer  
Possa

**PORTO ALEGRE**

**2014**

SHAYANNE SANTOS DA SILVA

**O PROJETO REGULASUS DO TELESSAÚDERS/UFRGS COMO DISPOSITIVO  
DE APOIO À MICRORREGULAÇÃO DO CUIDADO NO ESTADO DO RIO  
GRANDE DO SUL**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado à Universidade Federal do  
Rio Grande do Sul como requisito parcial  
à obtenção do título de Bacharela em  
Saúde Coletiva.

Aprovado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

**Prof<sup>a</sup>. Dra. Lisiane Bôer Possa (Orientadora)**

---

**Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla**

Dedico este trabalho àquela que me dedicou a vida.

Minha mãe.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus e a todas as pessoas que estiveram presentes durante estes quatro anos de minha graduação: minha família, meu namorado, amigos, amigas, professores, colegas de aula e de curso e do Centro Acadêmico de Estudantes de Saúde Coletiva da UFRGS,

À Gerência de Regulação de Serviços de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, onde realizei meu estágio não curricular.

À Supervisão noturna do Hospital Fêmina, pertencente ao Grupo Hospitalar Conceição, onde realizei meu segundo estágio curricular.

À toda equipe do TelessaúdeRS/UFRGS, que me faz ser uma pessoa e uma profissional cada vez melhor.

Agradecimento especial à minha prima Daiane Araujo, pelo companheirismo, sem medir esforços, onde a amizade prevalece aos laços de sangue.

À minha querida professora e orientadora Lisiane Bôer Possa pelo acolhimento e orientação, no momento em que mais precisei.

À Ana Célia Siqueira, minha chefe, pelo apoio e incentivo de sempre, e ao Natan Katz, idealizador do Projeto RegulaSUS.

E, claro, minha mãe, por todo amor e carinho incessantes em minha vida.

## RESUMO

Este estudo tem como tema a regulação dos atendimentos ambulatoriais aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) no estado do Rio Grande do Sul (RS). Pretendeu-se descrever, especificamente, um dos dispositivos de microrregulação do cuidado: o projeto intitulado RegulaSUS, do Programa TelessaúdeRS da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e do Ministério da Saúde (MS). Este programa constitui-se no uso de teleconsultorias para apoio aos profissionais de saúde que solicitam encaminhamento de pacientes para serviços ambulatoriais especializados. Portanto, esse trabalho concentra-se em descrever um mecanismo de regulação da assistência e/ou microrregulação do cuidado. A metodologia escolhida foi o estudo de caso com abordagem qualitativa, uma vez que se concentrou no aprofundamento da compreensão de uma organização, o RegulaSUS. A pesquisa foi descritiva quanto ao objetivo, pois expôs o processo de implantação da regulação para subespecialidade nefrologia adulto, considerando esta como um caso exemplar que elucida a implementação do projeto RegulaSUS como um todo. Com esta pesquisa concluiu-se que, a microrregulação do cuidado é uma poderosa ferramenta de gestão e organização das práticas em saúde. Tanto pode ter como objetivo a qualificação do cuidado em saúde, como pode estar a serviço da redução dos custos em saúde exclusivamente. Entre um dos efeitos da existência de dispositivos de microrregulação do cuidado está a possibilidade de armazenamento de dados sobre as demandas de serviços especializados para o sistema de saúde. A estratégia de contato entre os trabalhadores – profissional da atenção básica, profissional consultor do Telessaúde oportunizada pelo projeto RegulaSUS - marca a possibilidade de relação entre profissionais de saúde. Constitui-se, portanto, uma potencialidade para o trabalho vivo, centrado no usuário, com responsabilização dos casos vividos no cotidiano dos serviços. Os objetivos iniciais do RegulaSUS, pressupunha que ele acrescentaria qualidade às ações ofertadas, oportunizaria eficiência e resolutividade para a trajetória do paciente na rede especializada, num processo que também configurar-se-ia como educação permanente dos trabalhadores da Atenção Básica/Atenção Primária em Saúde (AB/APS). Sugere-se a realização de estudos futuros em que estes objetivos sejam avaliados através do acompanhamento e monitoramento da implementação de ações de microrregulação aqui descrita e dos seus resultados.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Regulação Ambulatorial. Regulação em Saúde. Microrregulação. Regulação do Cuidado. Telessaúde.

## ABSTRACT

This study has as its theme the regulation of outpatient care to the users of the Unified Health System (SUS) in the state of Rio Grande do Sul (RS). Aimed to describe, specifically, one of the microregulation devices of care: the project entitled RegulaSUS, the TelessaúdeRS/UFRGS Program of the Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) and of the Ministry of Health. This program is constituted in the use of teleconsultancy to support healthcare professionals requesting referral of patients to specialized outpatient services. Therefore, this work focuses on describing a regulatory mechanism of assistance and/or care microregulation. The chosen methodology was the case study with a qualitative approach, since it focused on deepening the understanding of an organization, the RegulaSUS. The research was descriptive concerning the purpose, explaining the process of implementation of regulation for the subspecialty adult nephrology, considering this one as a case in clarifying the implementation of RegulaSUS project as a whole. This research concluded that the micro-regulation of care is a powerful tool of management and organization of health practices. The micro-regulation of care can be aimed at qualification of health care and can be at the service of the reduction in health costs. Among one of the effects of the existence of care microregulation devices are data storage possibility on the demands of specialized services for the health care system. The contact strategy among workers - primary care professional, Telehealth professional consultant nurtured by RegulaSUS project - marks the possible relationship between health professionals. Constitutes, therefore, a potential for living labor, user-centered, with accountability of cases experienced in everyday services. The initial objectives of RegulaSUS, assumed that it would increase quality to the shares offered, would provide efficiency and resolutivity to the pathway of the patient in the specialized network, a process that also would set as continuing education of employees of Primary Health Care (PHC). It is suggested the performance of future studies in which these objectives are assessed through monitoring and monitoring of the implementation of micro-regulation actions described here and of their results.

Keywords: Public Health System. Outpatient Regulation. Healthcare Regulation, Microregulation. Care Regulation. Telehealth.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Processo de marcação de consultas. ....	25
Figura 2 - Fluxograma da Regulação Ambulatorial no Estado do RS .....	26
Figura 3 - Fluxo Estado das Teleconsultorias (Atividades) .....	29
Figura 4 - Fluxo de Marcação de Teleconsultoria RegulaSUS.....	32



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária em Saúde
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia da Saúde da Família
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
NOAS-SUS	Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS
RS	Rio Grande do Sul
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
US	Unidade de Saúde

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	REGULAÇÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE .....	13
	2.1 Breve histórico sobre a Regulação no SUS .....	14
	2.2 Regulação do Sistema da Assistência e Microrregulação do Cuidado .....	16
3	HISTÓRICO E CONCEITOS DE TELEMEDICINA E TELESSAÚDE .....	22
4	MICRORREGULAÇÃO DO CUIDADO NO ESTADO DO RS – A CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL .....	24
5	PROCESSOS, FLUXOS E ATIVIDADES DE MICRORREGULAÇÃO DO CUIDADO NO PROJETO REGULASUS DO TELESSAÚDERS - A <i>SUBSPECIALIDADE NEFROLOGIA ADULTO</i> .....	27
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
	REFERÊNCIAS.....	36
	ANEXOS .....	39
	Anexo A - Resolução n.º 237/2011 - CIB/RS .....	39
	Anexo B - Resolução n.º 170/2014 - CIB/RS .....	46
	Anexo C - Exemplo de Formulário de Preenchimento .....	52
	Anexo D - Exemplo de Resumo Clínico .....	56

## 1 INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como tema a regulação ambulatorial dos atendimentos aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) no estado do Rio Grande do Sul (RS). Pretendeu-se descrever, especificamente, um dos dispositivos de microrregulação do cuidado: o projeto intitulado RegulaSUS, do Programa TelessaúdeRS da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Este projeto, criado em 2012, é considerado uma ferramenta de apoio para a ampliação do acesso e qualificação da atenção aos usuários do SUS. Teria como objetivos responder à necessidade de qualificação da regulação ambulatorial, à ampliação da resolutividade na atenção básica e à uma melhor equalização entre demanda e oferta na produção do cuidado. As principais metas seriam: a redução das listas de espera; a qualificação dos encaminhamentos para os serviços de saúde de atenção especializada da rede - encaminhamentos estes que são de responsabilidade do Complexo Regulador Estadual do RS - e a promoção de ações de educação permanente para os profissionais da atenção básica que realizam tais encaminhamentos.

O projeto piloto do RegulaSUS, na especialidade de endocrinologia, foi implantado em 2012, e resultou na redução de 40% do número de encaminhamentos para serviços especializados da rede. Atingiu alta resolutividade e eficácia no cuidado de pessoas com problemas endocrinológicos pela atenção básica, além de proporcionar uma excelente oportunidade de educação permanente para os profissionais das Unidades Básicas de Saúde (TELESSAUDERS, 2014). O resultado desse projeto piloto redundou na ampliação do RegulaSUS.

O objetivo deste estudo é descrever o processo de implantação da microrregulação do cuidado, na subespecialidade de nefrologia adulto, do projeto RegulaSUS do TelessaúdeRS/UFRGS. A motivação para essa pesquisa deu-se a partir da inserção da autora no Programa TelessaúdeRS/UFRGS, onde pôde acompanhar a implantação do projeto RegulaSUS, em parceria com o Complexo Regulador Estadual. O interesse em estudar o tema resultou do reconhecimento de que esta proposta foi inovadora no estado do RS, bem como da possibilidade de ampliar o campo de conhecimento profissional no âmbito da gestão do cuidado e do apoio às redes de atenção dos serviços de saúde.

A relevância deste estudo remete a criação do SUS, como o sistema nacional de saúde do Brasil, universal e calcado no direito fundamental à saúde. O art. 2º da Lei 8.080 elucida que:

A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. O dever do Estado de garantir a saúde consiste tanto na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos, quanto no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1990).

Nesse sentido, a Regulação da Assistência em Saúde surge com o objetivo de garantir a “disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada”, conforme definição dada pela Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS (NOAS-SUS) n.º 01, de 2002, em seu item n.º 48 (BRASIL, 2002). A regulação assistencial é efetivada por meio de complexos reguladores que congreguem unidades de trabalho responsáveis pela regulação das urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários

A Regulação do Sistema de Saúde é um tema atual, sendo considerado um dos principais desafios do SUS. A morosidade para entrar na agenda da gestão deu-se, em parte, pela dificuldade de compreensão dos conceitos para o pleno exercício efetivo da função reguladora e também pelas numerosas demandas e vazios assistenciais que ocupam prioritariamente a agenda dos gestores (BRASIL, 2007).

Estudar a regulação em saúde e seus dispositivos é de extrema importância por ser um tema eminente na atual conjuntura política e fundamental para a consolidação no sistema de saúde, visibilizado pelas filas e tempos elevados de espera para atendimentos. A garantia do acesso a serviços com qualidade e em tempo oportuno influencia os resultados ou os indicadores de saúde das populações ou comunidades (BRASIL, 2007).

Diante do exposto, e em se tratando de uma experiência contemporânea inovadora e exitosa em saúde pública/coletiva, formulou-se a seguinte pergunta de pesquisa: Como ocorreu o processo de implantação do dispositivo de microrregulação do cuidado do projeto RegulaSUS na subespecialidade de nefrologia adulto do TelessaúdeRS/UFRGS? Visou-se, portanto, sistematizar a implementação e os processos estabelecidos de forma a servir de referência para

futuras pesquisas, para apoio institucional, bem como para orientar a implantação destas estratégias em outras realidades do sistema de saúde.

Para atingir o objetivo desta pesquisa foi apresentado a política de regulação do SUS, conceituado regulação da assistência e/ou microrregulação do cuidado e listado os principais dispositivos identificados na literatura, apresentado o projeto RegulaSUS do TelessaúdeRS e por fim, descrito os processos, protocolos, fluxos e atividades da microrregulação do cuidado na subespecialidade de nefrologia adulto implementadas pelo Projeto RegulaSUS do TelessaúdeRS em parceria com o Complexo Regulador Estadual.

O Estudo teve uma abordagem qualitativa. Concentrou-se no aprofundamento da compreensão de uma organização, nesse caso o Projeto RegulaSUS. A principal característica das pesquisas qualitativas é a produção de informações detalhadas, não importando o tamanho da amostra, mas sim a relevância que o estudo tem para produzir novos conhecimentos, neste caso, a produção de propostas inovadoras para a regulação da assistência/microrregulação do cuidado

A metodologia escolhida foi o estudo de caso. De acordo com André (2005), o desenvolvimento do estudo de caso se dá em três fases: a exploratória, a de coleta de dados e a analítica e sistêmica dos dados observados. Na primeira fase o pesquisador entra em contato com o estudo a ser investigado para definir o caso, confirmar ou não as questões iniciais, estabelecer os contatos, localizar os sujeitos e definir os procedimentos e instrumentos de coleta de dados, considerada esta a segunda fase. A última fase é a parte crucial para execução efetiva deste tipo de pesquisa, podendo ser em algum momento conjugada em uma ou mais fases ou, até mesmo, sobrepor a outras, variando de acordo com a necessidade e criatividade surgidas no desenrolar da pesquisa.

A pesquisa foi descritiva quanto ao objetivo, pois expôs o processo de implantação do Projeto RegulaSUS para subespecialidade nefrologia adulto, exigindo, assim, uma coleta de informações sistemática, discorrendo, portanto, sobre os fatos e fenômenos desta realidade (TRIVINÕS, 1987). Foram utilizados também, como procedimentos de pesquisa com o objetivo de explicitar o tema de estudo, referências teóricas publicadas em documentos como livros, sites, revistas científicas, entre outros, sobre a temática da Regulação do SUS, regulação da assistência e microrregulação do cuidado.

O campo de estudo foi o projeto RegulaSUS do TelesaúdeRS/UFRGS, a partir do início da sua implementação que ocorreu em 2012 até novembro de 2013. A pesquisa utilizou dados secundários e públicos, por meio de análise documental com pesquisa dos protocolos sobre a regulação ambulatorial, que inclui entre os critérios de priorização do acesso a qualificação das referências ambulatoriais para consultas médicas em serviços especializados da rede de atenção a saúde, e de documentos oficiais, relatórios, atas de reuniões, manuais e demais documentações referentes ao projeto implantado.

Nos próximos capítulos será realizada a apresentação da política de regulação do SUS, dos conceitos e dos principais dispositivos de regulação da assistência e microrregulação do cuidado, além do histórico e dos principais conceitos da telemedicina e telessaúde. Por fim serão descritos a regulação ambulatorial no RS e os processos, protocolos, fluxos, controles e atividades de microrregulação do cuidado da subespecialidade de nefrologia adulto implementadas por meio do Projeto RegulaSUS do TelesaúdeRS/UFRGS.

## **2 REGULAÇÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE**

A Regulação em Saúde é considerada uma macrofunção da gestão do SUS e tem a finalidade de contribuir para que o sistema de saúde possibilite a oferta de ações e serviços de forma equânime, universal e integral (CECHINEL, 2014). O objeto da regulação gira em torno do acesso do usuário ao sistema de saúde por meio de regras, fluxos e controles interpostos pelo Estado. Entendida como o conjunto de ações mediadoras que se interpõem entre demandas dos usuários e seu acesso aos serviços de saúde, está atrelada ao Estado, com o objetivo de viabilizar o interesse e as necessidades da população. No caso do SUS deverá ser exercida pelo Ministério, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Sua finalidade é a garantia da adequada prestação de serviços à população e tem como propósito a construção dos contratos e acordos com todos os prestadores serviços, formuladores de demandas, implicando na produção de saúde diretas e finais de atenção. Objetiva também além do controle da oferta de serviços, o monitoramento, a avaliação, a auditoria e a vigilância da atenção e da assistência à saúde. Essas ações tornam-se ferramentas de apoio à gestão dos serviços e

produção do cuidado em saúde, conforme definição da Política Nacional de Regulação do SUS (BRASIL, 2008).

Nos próximos subcapítulos será apresentado o histórico sobre a regulação no SUS, os conceitos de microrregulação e de regulação do cuidado, objetivando contextualizar as ações inovadoras de apoio à microrregulação.

## **2.1 Breve histórico sobre a Regulação no SUS**

As proposições de organização da regulação do sistema e serviços de saúde ocorrem em resposta a um contexto de transformações no perfil demográfico e epidemiológico da população brasileira nas últimas décadas, bem como a contínua produção de novas tecnologias e de serviços. Esse panorama resulta em incessante interesse da população e dos profissionais de saúde para a inserção dessas tecnologias e procedimentos na oferta do SUS, pressionando a demanda por referência a serviços especializados que tem se expresso em filas, demora no atendimento das pessoas, baixa resolutividade dos problemas de saúde e resposta insuficiente às necessidades e expectativas dos profissionais de saúde e dos usuários.

Por outro lado, tecnologias e intervenções inadequadamente testadas e avaliadas quanto aos seus benefícios, além de não apresentarem os resultados esperados, podem dispende recursos que, muitas vezes, são insuficientes para atender todas as necessidades de saúde de uma determinada população. (BRASIL, 2007. p. 14).

Essa realidade coloca em questão a formulação da demanda, ou seja, a qualificação dos profissionais para responder as necessidades. Seja do ponto de vista das ofertas oportunas para cada situação, seja na capacitação para responder as necessidades prevalentes de saúde do território em que atuam.

No caso da organização da rede de atenção à saúde brasileira a Atenção Básica é reconhecida como a principal porta de entrada do sistema de saúde (BRASIL, 2011). Isso significa que estes são os serviços e profissionais responsáveis pelo atendimento inicial aos usuários e, portanto, dos encaminhamentos das necessidades dos usuários aos demais serviços da rede de atenção.

A expansão da Estratégia da Saúde da Família (ESF) e da cobertura da Atenção Básica fez com que ocorresse aumento pela demanda de profissionais para

atuar nesses serviços. No entanto, o processo de formação dos trabalhadores de saúde no Brasil não estava preparado para responder por essa demanda. Ceccim e Feuerwerker (2004) observam que a principal crítica à formação dos profissionais é que ela não é voltada para as demandas desta reorganização do SUS, ou seja, uma formação fragmentada, centrada em especialidades, na realização de procedimentos, centrada no modelo biomédico, hospitalocêntrico e tecnicista.

Disto resulta, segundo Ferreira *et al* (2010), que as referências dos usuários, realizadas pelos profissionais da Atenção Básica para outros serviços, acontecem em grande número e por muitas vezes contém as informações mínimas para avaliação dos casos e dessa demanda. As informações de referencia – solicitação de encaminhamento para os serviços especializados - acabam sendo consideradas pouco eficazes, na medida em que não apresentam os dados necessários para avaliar a gravidade e urgência dos casos, e muitos desses encaminhamentos são desnecessários, pois poderiam ter resolutividade na atenção básica sem recorrer a outros serviços da rede de atenção. Para o enfrentamento desta realidade, uma das estratégias seria a organização da regulação da assistência a saúde.

No ano de 2001 foi aprovada a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS 01/2001 e posteriormente, em 2002, a NOAS 01/2002. Essas normas estabeleceram responsabilização dos gestores públicos e estabelecimento de fluxos de referência e contrarreferência dos usuários nos serviços de saúde, garantindo a necessidade de pactuação desses fluxos, para que os pactos estabelecidos fossem cumpridos de acordo com a necessidade da população e a capacidade instalada dos serviços da rede de atenção. Inicia-se, nesse período, a discussão política acerca de mecanismos capazes de propor alternativas e de facilitar o processo de regulação.

Conforme a NOAS fica esclarecido que os mecanismos de regulação devem ser operados por meio de Complexos Reguladores, ou seja, estruturas criadas para favorecer a ordenação e orientação da atenção à saúde com base em critérios estabelecidos, em protocolos para organizar, de maneira sistemática, o conjunto de ações de regulação do acesso à assistência, buscando adequar a oferta dos serviços da rede de saúde em seus diferentes níveis de complexidade, à demanda das tangíveis necessidades da população.

O Pacto pela Saúde, definido pela Portaria/GM nº. 399 de 22 de fevereiro de 2006, no seu componente de gestão define a Regulação como uma diretriz e configura uma linha de financiamento de custeio específico. Este pacto conceitua as



principais estruturas regulatórias, lista os princípios orientadores do processo de Regulação, define metas e explicita as responsabilidades dos gestores municipais, estaduais, do Distrito Federal e do gestor federal (BRASIL, 2006).

Neste contexto a regulação torna-se um tema significativo na agenda dos gestores e trabalhadores de saúde. Ampliam-se proposições que buscam implementar mecanismos regulatórios, a fim de constituir alternativas para solucionar a fragmentação da gestão pública, conforme explicitado abaixo:

A partir das negociações e pactuações definidas no Pacto pela Saúde, os três entes federados depararam-se com a necessidade de definir responsabilidades e de estabelecer a regulação não apenas como um instrumento de garantia do acesso, mas como uma ferramenta de gestão do sistema de saúde. (BRASIL, 2007, p.11).

A Política Nacional de Regulação do SUS, instituída em 2008, está organizada a partir das três dimensões de atuação das esferas públicas, necessariamente integradas entre si, a partir dos princípios e diretrizes do SUS: ações de monitoramento, controle e avaliação nas três esferas públicas, tendo como sujeitos seus respectivos gestores (BRASIL, 2008).

Para Santos e Merhy (2006) As proposições de implementação de mecanismos regulatórios foram traduzidos enquanto fluxos, protocolos assistenciais, centrais de leitos, centrais de consultas e exames além dos processos de trabalho correspondentes. Estes diferentes dispositivos buscam qualificar o acesso dos usuários aos diferentes serviços da rede de atenção em saúde, sendo estes o objetivo do processo regulador.

A seguir será explicitado os principais conceitos e dispositivos da regulação em saúde.

## **2.2 Regulação do Sistema da Assistência e Microrregulação do Cuidado**

No âmbito do SUS, entende-se por regulação em saúde tanto o controle do acesso dos usuários aos serviços de saúde quanto o ato de regulamentar e de elaborar regras. As ações de regulação compreendem: contratação da oferta de atenção; regulação do acesso à assistência ou regulação assistencial; avaliação da atenção à saúde; auditoria assistencial; regulamentações da vigilância epidemiológica e sanitária (BRASIL, 2006). A regulação é considerada como “[...] ação social mediata, de sujeitos sociais sobre outros sujeitos sociais, que toma como

objeto, para regulamentação, fiscalização e controle, a produção de bens e serviços no setor saúde.” (BRASIL, 2008). Esse campo é caracterizado pela protagonização de múltiplos atores, com interesses diferenciados e existências de regulações que configuram a possibilidade de exercício das atividades com mais ou menos liberdade.

A regulação do sistema de saúde constitui-se do conjunto de atividades que definem como será a conformação do sistema, são as regras gerais que estabelecem os marcos da organização das ações e dos serviços de saúde e o controle do cumprimento dessas regras. Nesse sentido, as ações de regulação estão relacionadas com as ofertas de serviços em qualidades e quantidades. Trata-se da necessidade de estabelecer parâmetros de cobertura, bem como de acompanhamento, de avaliação e de pagamento aos prestadores de serviços, por meios de contratualizações, planos operativos, baseados em metas e produções, por conta da “[...] utilização da capacidade instalada necessária ao cumprimento do objeto do contrato, a definição da oferta e dos fluxos de serviços e as metas pactuadas entre o gestor e o prestador.” (BRASIL, 2007).

A regulação do acesso à assistência tem como foco principal a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso de cada usuário e dos fluxos assistenciais. Segundo Fratini *et al* (2008), um dos processos centrais para os procedimentos regulatórios assistenciais sempre foram o que se denomina de sistema de referência e contrarreferência. Sendo a primeira, considerada o encaminhamento entre os diferentes serviços da rede de atenção, e a segunda a devolutiva da referência para os serviços que fizeram o encaminhamento inicial, ou para os mais próximos do local de residência dos usuários.

A regulação do acesso ao SUS se caracteriza por instituir fluxos, controles e estruturas dos encaminhamentos das pessoas entre os diferentes serviços da rede de atenção à saúde. Essa dimensão abrange a regulação médica, exercício da autoridade sanitária com o propósito de garantir o acesso, baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização. Os dispositivos mais conhecidos e explicitados na política pública para a regulação do cuidado no SUS, executados com a finalidade de disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, são, conforme a Política Nacional de Regulação:

I - a regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências; II - controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados; III - padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais; e IV - o estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados. A regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização, do desenho das redes. (BRASIL, 2008).

Essas ações são exercidas a partir dos complexos reguladores assistências do SUS, que operam tendo como tarefa desenvolver capacidades sistemáticas para responder às necessidades em saúde na rede de atenção. O complexo regulador assistencial é considerado “[...] um instrumento ordenador, orientador e definidor da atenção à saúde, fazendo-o de forma rápida, qualificada e integrada, com base no interesse social e coletivo.” (BRASIL, 2000).

A microrregulação da saúde, de acordo com Ugá (2009), surgiu como conceito da medicina privada e é o conjunto de mecanismos de indução e de controle exercidos por um agente econômico sobre outro. Estudos apontam que os mecanismos de microrregulação que as operadoras de saúde exercem sobre os prestadores de serviços objetivam o controle de custos e gastos em saúde e impactam o acesso dos usuários. A regulação assistencial de acesso, no caso dos planos e seguros privados de saúde, estão, na maioria das vezes, relacionados a racionamentos da utilização de serviços, limitação do acesso da população, tendo efeito direto na qualidade e quantidade da oferta de serviços e prestação da assistência.

As principais estratégias e dispositivos de microrregulação adotados pelas operadoras de plano de saúde (rede privada) são constituídas de:

Direcionamento da clientela: negociação de “pacotes”, custos mais baixos e maior volume direcionado de pacientes, hierarquização para prestadores individuais; Controle da prática dos médicos em seus consultórios: credenciamento criterioso dos profissionais a partir de critérios mercadológicos, acompanhamento da trajetória do médico a partir de referenciais como matriz de desempenho, meta referencial, custo agregado, etc., adoção de protocolos, necessidade de autorização prévia para exames complexos e/ou de maior custo, bem como para internações e cirurgias eletivas; Controle das práticas da rede hospitalar contratada: auditorias nos hospitais, sistema de classificação dos hospitais para fins de credenciamento, negociação de “pacotes”, custos mais baixos e maior volume direcionado de pacientes, glosas, intermediação na compra de órteses e próteses, imposição de tabelas de medicamentos; Controle do consumo excessivo do “sistema” por parte dos usuários: acompanhamento da utilização dos serviços por

cada usuário, mês a mês, co-pagamento/ franquias, *case management*, programas de prevenção e promoção. (BRASIL, 2005, p.76)

Observa-se, portanto, que a microrregulação, do mercado, e a regulação da assistência, do estado, comportam as mesmas práticas, ou seja, a regulação do acesso ao SUS se caracteriza por instituir mecanismos e dispositivos de microrregulação do cuidado semelhantes àqueles empregados pelas operadoras de planos e seguros privados de saúde. A diferença deveria estar nos objetivos que orientam as diferentes práticas. Enquanto para planos e seguros o objetivo central é a redução de custos, para o estado está a execução de um direito de cidadania e o acesso a alternativa de atenção à saúde adequada às necessidades da população.

A regulação do acesso à assistência neste estudo é considerada como microrregulação do cuidado. O conceito de microrregulação do cuidado, é para dar destaque que está tratando-se e centrando-se na atuação das equipes e serviços de saúde, das relações entre eles para o cuidado de cada usuário. Ou seja, trata-se dos dispositivos e fluxos que incidem diretamente na ação dos profissionais e dos serviços de saúde que demandam cuidado de outros profissionais e serviços. A microrregulação do cuidado considerada como o fluxos, regras e controle do estado sobre essa relação no cuidado de cada usuários em particular.

Uma das questões que se apresenta ao abordar dessa forma a regulação da assistência ou microrregulação do cuidado é o quanto esta se preocupa apenas com as metas de produção pactuadas por contratos financeiros, baseadas em redução de custos, restrição de exames e procedimentos, desconsiderando a qualificação do cuidado, e o quanto está pautada e intimamente ligada à qualificação do atendimento em saúde, com ênfase na autonomia e bem-estar do usuário.

Pode-se inferir que na produção de um ato de saúde sempre coexistem e se interpelem vários núcleos, porém o que dá a base é o modelo central que predomina nos serviços de saúde, hoje em dia organizado a partir dos problemas específicos, principalmente ligados à doença, relacionado à cura, cuidado, tratamento e reabilitação, orientadas pela lógica de produção de procedimentos, na especialização, centrados na figura biomédica, submetidos à assistência do médico. Esse modo de produção, denominado médico hegemônico, predomina nas práticas profissionais, na organização dos serviços de saúde e impactam consideravelmente a gestão do sistema (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

Esta modelagem tecno-assistencial é resultado de transformações no modo de se pensar saúde e conseqüentemente o exercício da medicina, tais como, a passagem de uma prática liberal, de consultório, para a que se denomina de medicina tecnológica, a partir da incorporação de novos equipamentos no processo produtivo, o surgimento das especialidades e uma institucionalização crescente da prática médica (UGÁ, 2009). No contexto dessa modelagem, a regulação da assistência ou microrregulação do cuidado não se constitui como uma questão relevante, é considerada como mecanismo que organiza o acesso aos procedimentos e especialidades sem crítica à construção das demandas. Os problemas relacionados as filas e estrangulamentos são atribuídos exclusivamente a insuficiência de oferta e a solução é a expansão dos serviços especializados. Quando essa concepção é predominante no sistema de saúde é que se ignora ou secundariza a tarefa de regulação da oferta e demanda e microrregulação do cuidado em saúde pelo Estado.

A crítica a esta modelagem constituem-se em duas vertentes. A primeira é resultado da expansão do mercado financeiro de planos e seguros privados de saúde, produzida pela necessidade de redução dos custos crescentes do cuidado em saúde, resulta na proposição de dispositivo de regulação da assistência e microrregulação do cuidado, como os anteriormente citados, que interferem na produção da demanda (FEUERWERKER; MERHY, 2008). A perspectiva de controle da demanda para redução de custo muitas vezes é incorporada também pelo Estado no sistema público, em especial quando a proposta de política pública esta relacionada com a concepção centrada na lógica gerencialista e de diminuição do Estado. A microrregulação do cuidado, direcionada para o controle de custo, assume como tarefa central reger a ação dos profissionais de saúde na formulação de demandas, utiliza centralmente as tecnologias leve-duras que estruturam as práticas e limitam as possibilidades de respostas dos trabalhadores aos problemas à um conjunto pré-definido de alternativas previamente construídas e cujo critério de escolha é a garantia da eficiência e redução de custo.

A segunda vertente de crítica à modelagem tecno-assistencial da medicina tecnológica, aponta que a necessidade dos usuários seria central para a definição do cuidado, da organização das práticas e do sistema de saúde. A microrregulação do cuidado, neste caso, teria como tarefa oportunizar o encontro entre os diferentes profissionais e serviços necessários para o cuidado das pessoas. Tem como desafio

a incorporação tecnológica, mas em especial das tecnologias leves, para que se possa construir formas de organização assistencial potencialmente produtoras de valores para os usuários, principalmente quando se pode vincular grupos de pacientes e equipes cuidadoras regulares, que se responsabilizam pelo cuidado e atenção dos usuários de forma longitudinal, regular e integral como é o caso da organização da atenção básica no Brasil (BRASIL, 2005, p. 136).

A regulação produzida pelo Estado não está sendo suficiente para atender a demanda e garantir a organização da produção do cuidado, bem como redução de custos ou melhor eficiência no quesito recurso público. Reforça-se a necessidade do mapeamento do espaço das ligações e vínculos entre usuários e equipe de saúde, principalmente do que tange a relação médico/paciente (BRASIL, 2005).

O processo de regulação do acesso à assistência ou microrregulação do cuidado resulta no encontro entre o trabalhador de saúde e o usuário. “No encontro entre trabalhador de saúde e usuário, por ser um processo de interseção, território do trabalho vivo em ato, existe sempre uma disputa pelo cuidado que está sendo construído.” (FEUERWERKER; MERHY, 2008). O trabalhador em saúde reporta-se ao usuário de modo a pactuar ações, pressupõe-se um total reconhecimento de que nele estão imbricados desejos, valores saberes e potências que precisam ser levados em conta para compreensão da singularidade de cada situação de vida e realidade para, assim, realizar a construção de um melhor plano de cuidado.

Merhy e Feuerwerker (2009) apontam a emergência de produção de linhas de cuidado que transpassem a atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar. Ou seja, para que o cuidado ocorra de fato novas modalidades de apoio e articulação entre serviços e trabalhadores de saúde devem ser criadas, justificando a importância de atender à intensificação do cuidado requerido pelos usuários em suas diferentes realidades e situações reais.

Os mecanismos e dispositivos de microrregulação do cuidado devem possibilitar “[...] uma análise crítica permanente sobre o processo de trabalho, bem como a constante renovação de pactos.” (FEUERWERKER; MERHY, 2008, p. 181). entre trabalhadores de uma mesma equipe e entre diferentes equipamentos de saúde, em arranjos de responsabilidade compartilhada pelo cuidado de forma que os usuários tenham acesso aos serviços efetivamente necessários ao seu cuidado.

Neste contexto surgem novas propostas de microrregulação do cuidado objetivando a integração entre as redes de atenção em saúde e o campo das

tecnologias em saúde, aprofundando, assim, a necessidade de uma mudança efetiva nos processos de trabalho em saúde na contemporaneidade. Conforme Baduy et al. (2011) “[...] conhecer as experiências que vem sendo desenvolvidas na construção e arranjos inovadores para o enfrentamento desses desafios é crucial para o SUS nesse momento.” Escorel *et al.* (2007) afirmam que os mecanismos de comunicação com aporte e subsídios de novas tecnologias com troca de informações entre os diversos profissionais dos inúmeros serviços de saúde são essenciais para os trabalhadores da atenção básica exercerem a coordenação e garantirem a continuidade do cuidado aos usuários. Exemplos destas novas propostas utilizam ferramentas de telemedicina e telessaúde no processo de regulação do acesso à assistência e do plano de cuidado.

Considerando as evoluções das práticas tecnológicas no que se refere a saúde:

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera que, no século XXI, a principal expectativa referente à saúde coletiva seja alcançada por meio da melhoria do acesso aos recursos - de maior e melhor qualidade - disponíveis na área de saúde para a maior parte da população mundial. No que se refere à incorporação de tecnologia, a OMS também se manifesta, recomendando que seus membros utilizem-se da telemática como instrumento político e estratégico no planejamento e na execução de ações em saúde. (MELO; SILVA, 2006, p.17)

Neste contexto os dispositivos de microrregulação e regulação do cuidado passam a incorporar novas tecnologias de informação e comunicação. O próximo capítulo apresentará uma forma de tecnologia e comunicação em saúde, o histórico e conceitos de telemedicina e telessaúde.

### **3 HISTÓRICO E CONCEITOS DE TELEMEDICINA E TELESSAÚDE**

As telecomunicações passaram por transformações constantes no contexto histórico mundial com impacto na área da saúde. No final do século XIX, com o uso do telégrafo, inicia-se a comunicação em rede sobre saúde pública/coletiva. Pode-se afirmar, contudo, que o uso da telemedicina e telessaúde teve como ponto de partida de cunho tecnológico o uso da televisão que, no final dos anos 1950, passou a ser utilizada em forma de circuito fechado (THRALL; BOLAND, 1998). Após o surgimento do telefone, na década de 70, começou realizar-se consultas médicas à distância em tempo real. A seguir, iniciou-se a difusão da comunicação em saúde

por meio de radiocomunicação (NORRIS, 1998). As videoconferências começaram a ser transmitidas por imagens digitais em radiologia e alguns profissionais começaram o fornecimento de segunda opinião formativa para casos com alta complexidade em regiões mais remotas e de menos acesso (THRALL; BOLAND, 1998).

Importante ressaltar que se acreditava que as tecnologias de informação e comunicação existentes poderiam contribuir de forma positiva para inovações no cuidado em saúde (MELO; SILVA, 2006). Estas tecnologias surgem e se ampliam como ferramentas significativas para transpor as barreiras culturais, socioeconômicas e geográficas para os serviços e informação em saúde em centros urbanos remotos e em comunidades carentes com vistas a acelerar o processo da atenção significativa no cuidado e na produção em saúde. Sempre com o propósito de realizar cuidados e assistência em saúde usando meios de comunicação à distância, tem como objetivo, também, reduzir custos e melhorar a qualidade da assistência em saúde,

No final dos anos 1990 deu-se o início da definição conceitual de telemedicina e telessaúde. A telemedicina consiste em fazer o uso de tecnologias de informação e comunicação que permitam a prática do cuidado em saúde à distância. Norris (1998) definiu a telessaúde como o "uso das tecnologias de informação e comunicação para transferir informações de dados e serviços clínicos, administrativos e educacionais em saúde". Já o termo "telemedicina" restringe-se à Medicina, às atividades dos médicos e "telessaúde" é mais abrangente, pois inclui todos os profissionais e atividades relacionadas com a saúde: enfermagem, odontologia, saúde pública, etc. (TELESSAUDESP, 2014).

Portanto, pressupõe-se que a telessaúde e telemedicina são capazes de ampliar a resolutividade da assistência, proporcionando mecanismos de cuidado, redução do risco de doenças e outros agravos e recuperação, diagnóstico, tratamentos além de ações de educação, prevenção e promoção em saúde.

Algumas modalidades de ações de telemedicina e telessaúde são: as "teleconsultorias e/ou teleconsultas" pelas quais se realiza uma consulta médica à distância. Para isso, pode ser empregado tecnologia que transporte som, imagem ou comunicação escrita; as "teleconferências" que, no contexto da telemedicina, o termo designa uma busca de esclarecimento diagnóstico ou orientação terapêutica (uma segunda opinião), pelo médico e seu paciente, de um profissional, equipe ou



instituição, por meio de telecomunicação. Ações de "televigilância", na qual há o acompanhamento de um paciente à distância por um profissional de saúde ou instituição hospitalar. É o caso de doentes crônicos que foram atendidos pelo sistema de saúde e convalescem em suas residências. Ações de "telediagnóstico", das quais o principal intuito é de facilitar o acesso dos usuários ao exame e melhorar o manejo e acompanhamento doenças.

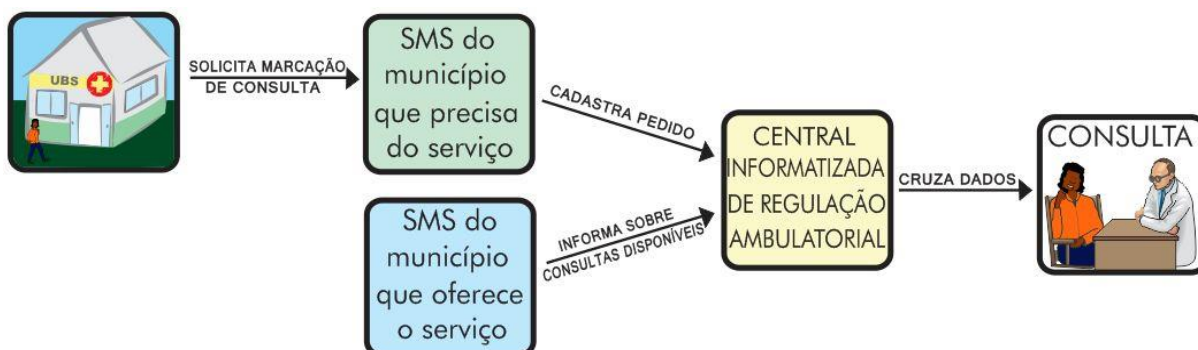
O próximo capítulo apresentará a microrregulação do cuidado, especificamente dos encaminhamentos ambulatoriais, no estado do RS realizado através do Complexo Regulador.

#### **4 MICRORREGULAÇÃO DO CUIDADO NO ESTADO DO RS – A CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL**

No estado do Rio Grande do Sul (RS), com o objetivo de modernizar e agilizar o processo de marcação de exames e consultas, foi implantada, em novembro de 2011, a Central Estadual de Regulação Ambulatorial com a implantação de um sistema informatizado. A Secretaria Estadual de Saúde do RS (SES/RS) já realizava ações de regulação ambulatorial na área da saúde da pessoa com deficiência, mas sem a estruturação de uma central de regulação (RIO GRANDE DO SUL, 2014).

O processo de regulação das consultas e atendimentos especializados inicia-se com a avaliação da necessidade de encaminhamento do paciente para atenção especializada realizada pelo médico das Unidades Básicas de Saúde. A solicitação de atendimento especializado é encaminhada à Secretaria Municipal de Saúde, do município que precisa do serviço. Esta efetua o cadastro da demanda da consulta/atendimento especializado no sistema informatizado. O sistema contém a disponibilidade de agenda para marcação da consulta, que foi produzida a partir das informações cadastradas pela Secretaria Municipal de Saúde do município que oferece o serviço (RIO GRANDE DO SUL, 2014). A Figura 1 apresenta o esquema do fluxo acima descrito.

Figura 1 - Processo de marcação de consultas



Fonte: SES/RS

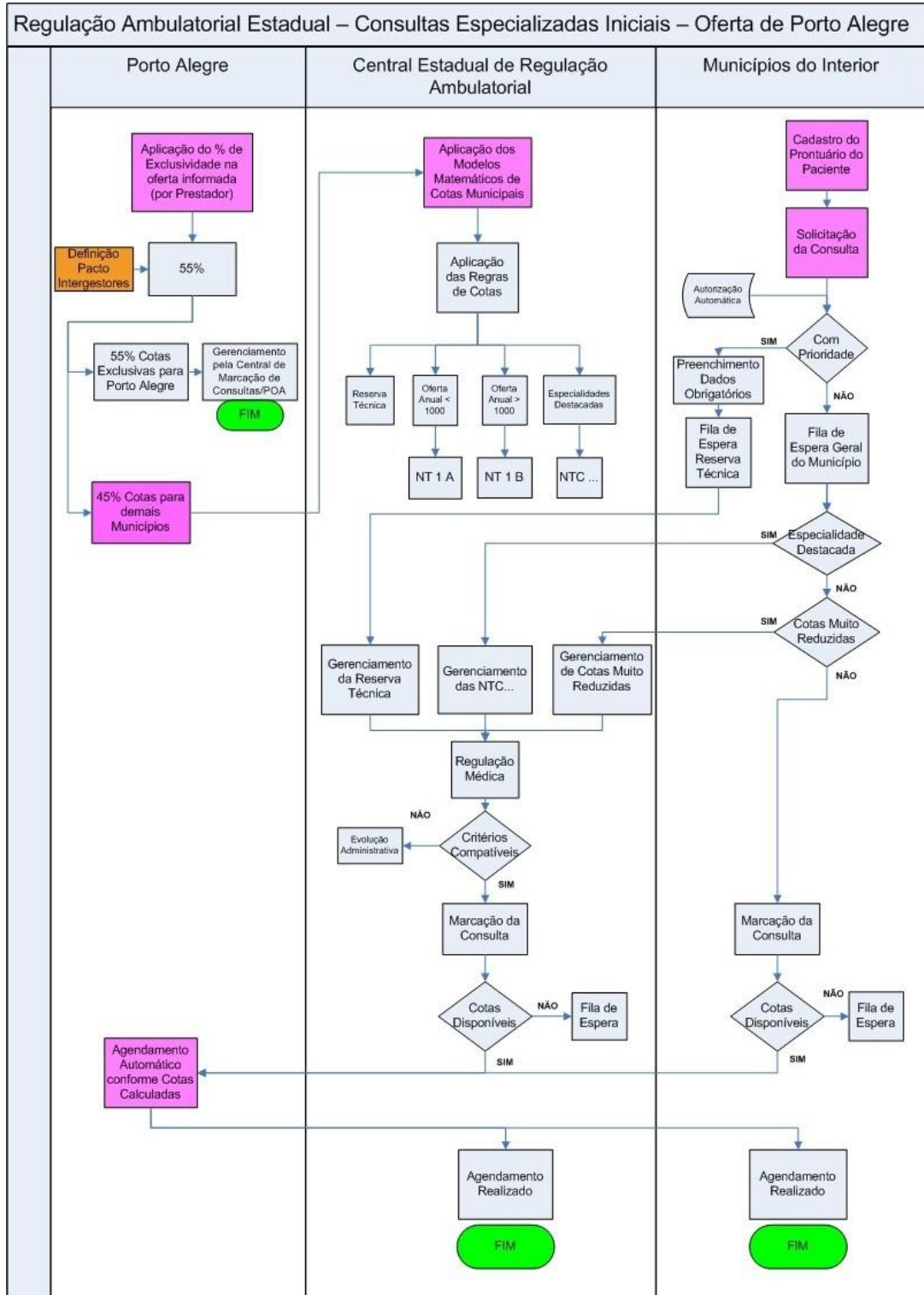
O processo de regulação ambulatorial das consultas especializadas no RS foi iniciado pelas consultas oferecidas pelo município de Porto Alegre, capital do estado, aos pacientes da Região Metropolitana e Interior do estado. A regulação estadual é realizada sobre uma parcela das consultas especializadas ofertadas pela capital, que significa 45% da oferta de consultas de Porto Alegre, de acordo com o pacto publicado na Resolução n.º 237/2011 da Comissão Intergestores Bipartite do RS (CIB/RS), conforme Anexo A.

Conforme ilustrado na Figura 2, no âmbito da Central de Regulação Ambulatorial são aplicados modelos matemáticos de cotas municipais conforme a oferta disponibilizada. Também há o gerenciamento de uma reserva técnica – para casos prioritários e de cotas muito reduzidas. Essa última são as situações em que a população do município alcança uma cota fracionada menor que uma consulta. Nestes modelos de cotas, pactuados devidamente pela CIB/RS, o agenda de consulta passa por Regulação Médica que verifica a compatibilidade de critérios.

A partir do momento que a solicitação da consulta é realizada no sistema informatizado pelo município demandante, desde que atendendo o preenchimento de dados obrigatórios do cadastro, há possibilidade dos seguintes fluxos: 1) a solicitação de agenda dos casos não prioritários é diretamente agendada quando há cotas de consultas disponíveis; 2) a solicitação da agenda de casos não prioritários no caso de não haver cotas disponíveis é encaminhada para a lista de espera geral do município; 3) a solicitação de agenda é para as especialidades destacadas pela Central de Regulação Ambulatorial ou de situação prioritária, a demanda é

diretamente regulada por esta última, ou seja, passa por uma avaliação do médico regulador.

Figura 2 - Fluxograma da Regulação Ambulatorial no Estado do RS



Fonte: SES/RS

Este modelo de regulação ambulatorial preconiza incidir sobre os casos prioritários, buscar a equidade e agilizar o processo de marcação de consultas. Contudo, considerando que a demanda é maior que a oferta de consultas especializadas, resultou num grande volume de solicitações, inseridas no sistema de informação, que não tem possibilidade de agendamento. Cabe destacar, que a partir da implementação da central de regulação ambulatorial foi possível sistematizar as informações de demanda dos atendimentos especializados. O acesso à informação, qualitativa e quantitativa, da demanda oportuniza o planejamento e execução de ações que busquem enfrentar a questão das listas de encaminhamentos.

Considerando que a problemática não se restringe a insuficiência de oferta de serviços especializados, mas também se relaciona com a modelagem de atenção centrada em procedimentos, especialidades e no acesso a tecnologias duras, há possibilidade de qualificar a fila de espera, através da revisão dos critérios de encaminhamento. Neste contexto, surge o projeto RegulaSUS como um dispositivo de apoio à microrregulação, que passa a incorporar a nova tecnologia de Telessaúde ao utilizar as teleconsultorias como principal ação conforme será apresentado a seguir.

## **5 PROCESSOS, FLUXOS E ATIVIDADES DE MICRORREGULAÇÃO DO CUIDADO NO PROJETO REGULASUS DO TELESSAÚDERS - A SUBSPECIALIDADE NEFROLOGIA ADULTO**

O projeto RegulaSUS foi criado no ano de 2012, com intuito de qualificar e priorizar com celeridade as solicitações de consultas especializadas dos municípios do interior do estado do RS para Porto Alegre. Objetivava uma maior precisão da demanda por atenção especializada originada da Atenção Primária em Saúde (APS), no sentido de qualificar as solicitações de referencia e agilizar os atendimentos dos usuários do SUS.

O uso da tecnologia em telessaúde, no Projeto RegulaSUS, ocorre por meio de teleconsultorias para os casos encaminhados pelos profissionais médicos da APS para outros níveis de atenção, com vistas a qualificar e reduzir as listas de encaminhamento para outros profissionais médicos, além de proporcionar uma ação de Educação Permanente em Saúde (EPS).

Do mesmo modo, o uso da telessaúde surge também como uma estratégia de contrarreferência dos pacientes já atendidos por diferentes níveis de atenção para as unidades de atenção primária, garantindo segurança para pacientes e médicos de um manejo adequado e de um retorno assistido para a atenção terciária, quando for necessário (TELESSAUDESP, 2014). Ou seja, essa ferramenta é utilizada para qualificar, dar suporte e agilidade à regulação ambulatorial do Estado do RS (TELESSAUDERS, 2014).

O projeto RegulaSUS está inserido no Programa Telessaúde Brasil Redes. Este programa é uma ação nacional que busca melhorar a qualidade do atendimento e da Atenção Básica no SUS, integrando ensino e serviço por meio de ferramentas de tecnologias da informação, que oferecem condições para promover Teleassistência e Tele-educação (RIO GRANDE DO SUL, 2011).

A proposta do Projeto RegulaSUS foi de realizar ações em conjunto com a Central de Regulação Ambulatorial Estadual, constituindo-se como apoiador institucional da mesma. Seus objetivos principais foram: qualificar e reduzir as listas de encaminhamentos da Atenção Básica para serviços especializados da rede de atenção; qualificar as prioridades de acesso e as referências ambulatoriais; e promover ações de Educação Permanente em Saúde que resulte na ampliação da resolutividade da ação dos profissionais na atenção básica.

O projeto, em sua totalidade, se enquadra nos princípios do SUS, buscando construir a equidade, a universalização e a integralidade do cuidado e da atenção. Também é voltado para o atendimento das demandas das necessidades da população usuária e beneficiária dos serviços, de forma singular, resolutiva e com qualidade.

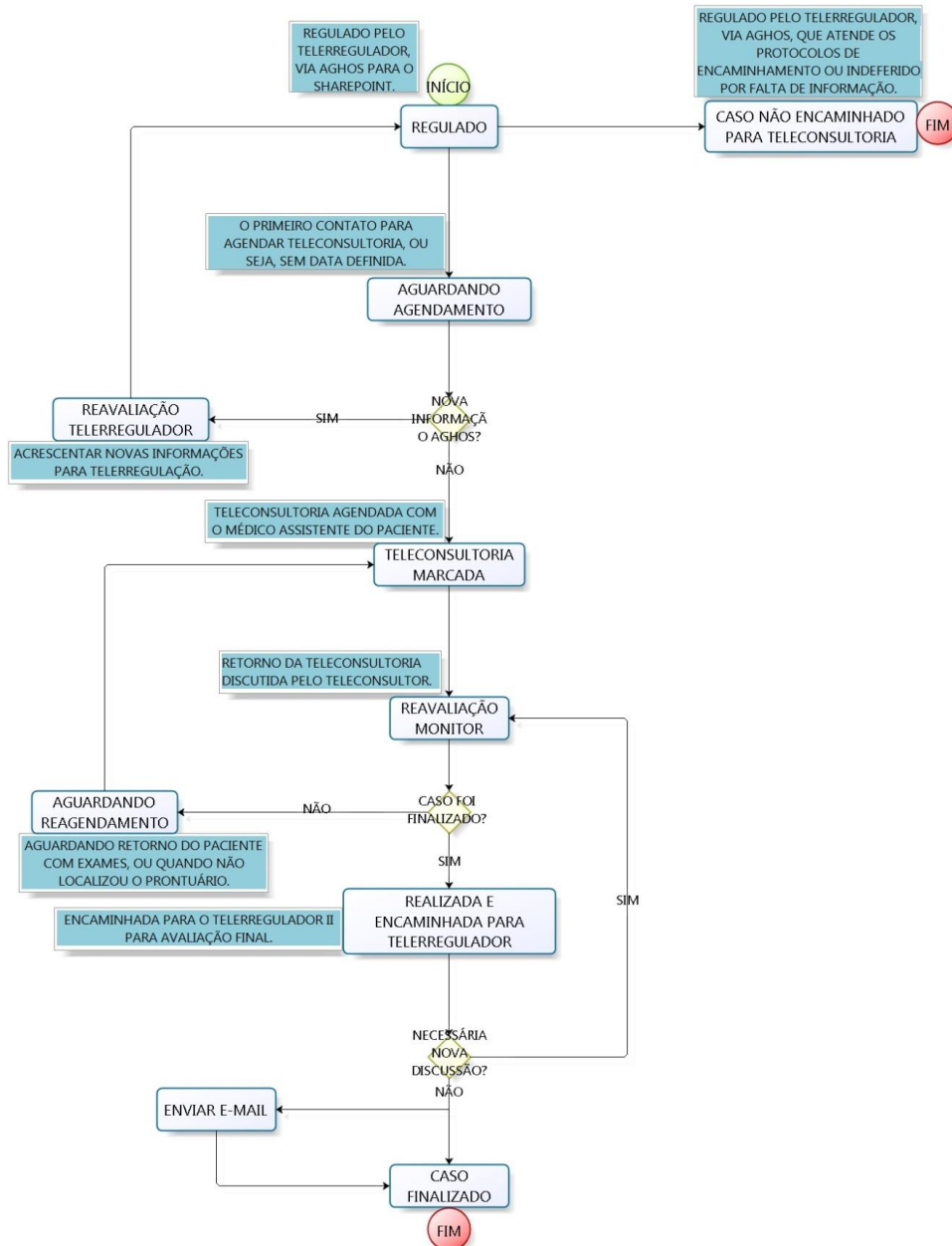
A Resolução nº 170/14 da CIB/RS aprovou o projeto de intervenção das teleconsultorias na regulação das consultas ambulatoriais para a especialidade Nefrologia, conforme disposto no Anexo B. Para a realização de todo o processo de trabalho, fluxo e atividades fez-se necessário um quadro de pessoal composto de médicos, supervisores de regulação e monitores de regulação.

Os médicos são os telerreguladores, geralmente médicos de família e comunidade. Os supervisores de regulação são responsáveis pelo andamento dos processos de trabalho, orientação e gestão da equipe, além de realizar contatos com as Secretarias dos Municípios para apresentação do projeto. Os monitores de regulação tem a função de auxiliar os agendamentos via telefone e/ou e-mail,

auxiliar na atualização dos dados em planilhas e preenchimento de documentos e demais atividades de ordem administrativa.

Conforme ilustrado na Figura 3, as ações do médico telerregulados iniciam pelo acesso ao sistema informatizado de regulação utilizado pela SES/RS (AGHOS) no qual o mesmo realiza um filtro para subespecialidade escolhida e prioridade.

Figura 3 - Fluxo Estado das Teleconsultorias (Atividades)



Fonte: TelessaúdeRS/UFRGS

Após, é aberto um formulário com as informações do caso novo no software interno do TelessaúdeRS (Sharepoint). Os dados iniciais são transcritos na sequência abaixo:

1. Especialidade médica;
2. Nome completo do paciente;
3. Protocolo de encaminhamento;
4. Município que gerou o encaminhamento.

Após, o médico telerregulador, aplica o protocolo específico do caso em questão seguindo os critérios de inclusão e exclusão, se necessário e classifica-o no sistema informatizado de regulação utilizado pela SES/RS e no software interno do TelessaúdeRS/UFRGS.

Os protocolos em Nefrologia foram desenvolvidos para os motivos de encaminhamento mais comuns para a especialidade Nefrologia, subespecialidade Nefrologia Adulto. Entretanto, algumas condições clínicas podem estar sobrepostas.

Na presença de doença renal crônica associada a outro motivo de encaminhamento, o TelessaúdeRS/UFRGS sugere a aplicação de seu protocolo específico. As informações solicitadas nos protocolos são de presença obrigatória, e tem como objetivo determinar se o paciente tem necessidade do encaminhamento para o especialista, bem como para definição da prioridade no encaminhamento.

O TelessaúdeRS/UFRGS ressalta que outras situações clínicas, ou mesmo achados na história e no exame físico dos pacientes podem justificar a necessidade de encaminhamento, e podem não estar contempladas nos protocolos. Neste sentido, solicita e orienta que todas as informações consideradas relevantes sejam relatadas pelos médicos teleconsultores. Os seis protocolos de Regulação Ambulatorial para a especialidade de Nefrologia estão anexados na Resolução CIB/RS n.º 170/2011, constante no Anexo B.

O sistema de classificação das demandas pelo médico telerregulador depende de diversos fatores que devem ser considerados na análise.

- a. Se após análise inicial da solicitação, o médico telerregulador verificar que os dados estejam incompletos e/ou não se aplicam em nenhum protocolo, esse retorna para o sistema de regulação com o status “Pendente por falta de informação” e encerra-se o processo;

- b. Se os dados estiverem completos, haverá a classificação do encaminhamento no sistema informatizado de regulação utilizado pela SES/RS (P0: Prioridade muito alta; P1: Prioridade alta; P2: Prioridade média), será encaminhada a marcação de consulta com o especialista e encerra-se o processo;
- c. Se o caso se encaixa em um protocolo, mas não é APS: há a classificação do encaminhamento (P0: Prioridade muito alta; P1: Prioridade alta; P2: Prioridade média), será encaminhada a marcação de consulta com o especialista e faz-se o registro os motivos para não encaminhar para teleconsultoria e encerra-se o processo;
- d. Dados que não contemplem ao protocolo: Irão para teleconsultoria; Classificação do encaminhamento (P8: Consultoria Telessaúde).

Os casos que são encaminhados para a teleconsultoria passam pelo processo de, na primeira etapa terem os dados cadastrais do paciente (dados que constam no sistema informatizado de regulação utilizado pela SES/RS) completados pelos monitores de regulação:

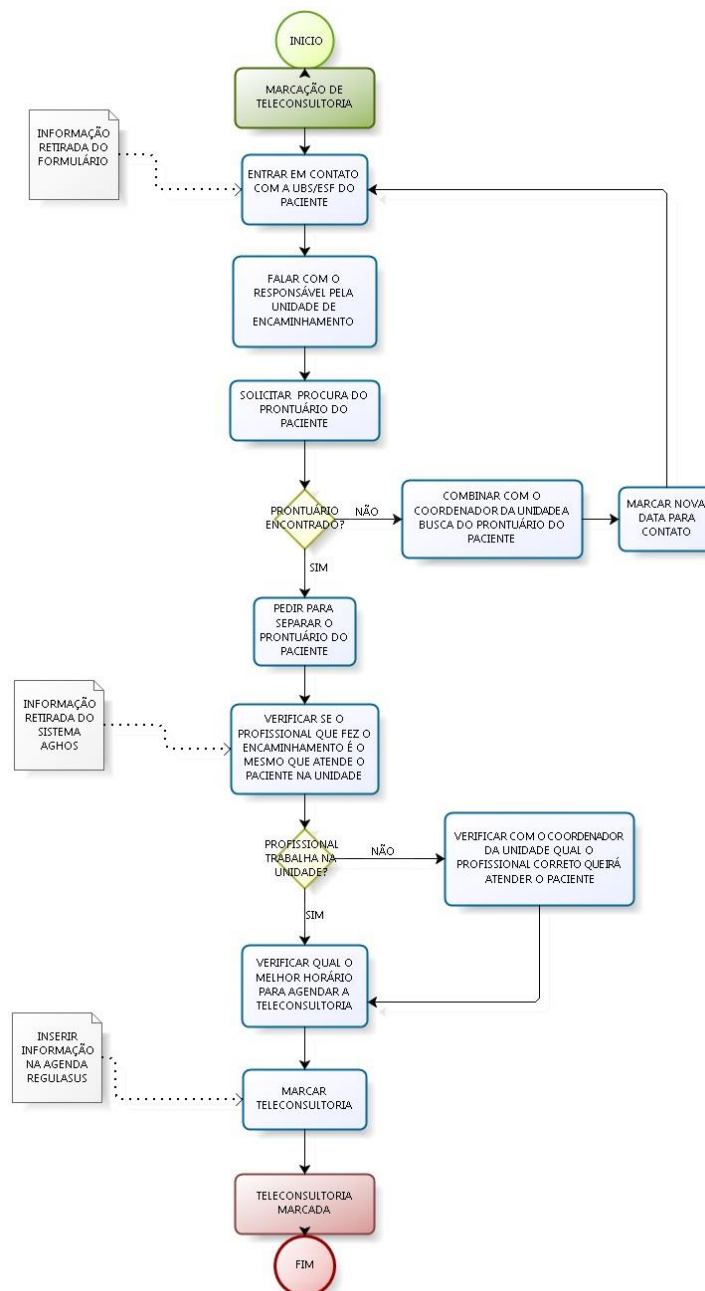
- Data de Nascimento;
- Cartão nacional do SUS;
- Unidade de Saúde no qual pertence;
- Médico que encaminhou a solicitação para o especialista;
- CPF;
- Descrição do motivo de encaminhamento;
- Endereço e telefone;
- CID;
- Data de entrada.

Estes dados são muito importantes para que seja localizada a Unidade de Saúde (US) no qual o paciente pertence para que, desta forma, se possa entrar em contato com o médico que realizou o encaminhamento do paciente, ou, em caso deste médico não pertencer mais à unidade de saúde, fazer contato com o médico clínico ou de saúde da família que assistirá ao caso. A localização da US dá-se por meio de contato direto com a Unidade que está no sistema informatizado de



regulação utilizado pela SES/RS ou em contato com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de cada município. Após o contato realizado com a US é agendado uma teleconsulta realizada pelo telefone entre médico da US e um médico teleconsultor do Telessaúde é repassado ao teleconsultor os dados do paciente e a ligação. Este fluxo de agendamento da teleconsulta do RegulaSUS está ilustrado na Figura 4.

Figura 4 - Fluxo de Marcação de Teleconsulta RegulaSUS



Em contato com o médico da US, o teleconsultor discute sobre os dados pendentes seguindo um roteiro de formulário de preenchimento para esclarecimentos dos dados faltantes nos protocolos de encaminhamento e, quando necessário, o médico teleconsultor solicita alguns exames que faltam para o preenchimento e remarca uma nova teleconsultoria. Um exemplo de Formulário de Preenchimento encontra-se no Anexo C.

Se o médico da US possui no prontuário os dados faltantes, o médico do paciente e o teleconsultor decidem concomitantemente se o paciente precisa manter o encaminhamento ao especialista proposto ou se ele poderá ser assistido pela Unidade de Saúde. No caso de manter o encaminhamento, o telerregulador do TelessaúdeRS/UFRGS irá alterar o encaminhamento no sistema informatizado de regulação utilizado pela SES/RS conforme a urgência de atendimento. Se o caso não mantiver o encaminhamento, o mesmo será cancelado via sistema informatizado de regulação da SES/RS pelo telerregulador.

Por fim, ao encerrar a discussão com o médico assistente e os devidos encaminhamentos serem atualizados no sistema informatizado de regulação da SES/RS, os médicos recebem um e-mail contendo um relatório a respeito do caso discutido, juntamente com um resumo e indicações sobre a doença discutida. Um exemplo de resumo clínico encontra-se no Anexo D.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Projeto RegulaSUS, uma das ações do TelessaúdeRS/UFRGS, buscou responder a necessidade de qualificação da regulação ambulatorial, da ampliação da resolutividade na atenção básica e da necessidade de produção do cuidado. Seu principal objetivo seria a redução das listas de encaminhamentos para serviços de saúde de atenção especializada da rede. Composto o Complexo Regulador Estadual do RS foi alvo das ações de estruturação de recursos humanos, estruturação de protocolos e de definição de fluxos e processos de microrregulação.

A proposta de incluir critérios de priorização do acesso às referências ambulatoriais para consultas especializadas, com a utilização de ferramentas de Telemedicina e Telessaúde, faz parte do escopo do Projeto RegulaSUS. A partir da discussão de casos clínicos, por meio de teleconsultorias realizadas por profissionais da saúde de diversas áreas, são definidas as prioridades nos encaminhamentos com vistas à qualificação da demanda e ao atendimento das diretrizes do SUS.

Ainda que o Projeto RegulaSUS tenha sido recentemente implantado, ele inova nas propostas de microrregulação do cuidado e na implantação de políticas de regulação do SUS no estado do RS. Partindo de uma experiência inicial positiva, o mesmo foi ampliado com o início da implantação do apoio à regulação ambulatorial de consultas na subespecialidade de Nefrologia Adulto, a qual foi descrita neste estudo.

Estas ações de teleconsultoria, na subespecialidade de Nefrologia, objetivam a qualificação da demanda e o fortalecimento da APS, de forma que permanecem na lista de encaminhamentos para agendamento com especialistas os casos que realmente necessitam. É necessário que seus resultados sejam monitorados para verificar o alcance dos seus objetivos e realização de possíveis adequações nos seus processos, uma vez que envolvem diferentes de atores de diferentes níveis da atenção.

Com base neste estudo, pode-se afirmar que a microrregulação pode ser aplicada como poderosa ferramenta de gestão e organização das práticas em saúde e, possibilita armazenamento de dados reais da demanda dos pacientes, efetividade e qualidade das ações a eles ofertados, fazendo uma tríade entre a gestão, usuários e trabalhadores em saúde. Esses processos podem influenciar na eficiência e

resolutividade a trajetória do paciente na rede especializada. Importante ressaltar que a atenção básica exerce o papel norteador deste processo.

Portanto, dentro do observado no desenvolvimento desta pesquisa, os princípios da integralidade, universalidade, equidade fazem parte das ações de apoio institucional do TelessaúdeRS/UFRGS o que contribui para a consolidação do SUS. A regulação em saúde deve ir além da adequação da demanda à oferta, deve adequar a oferta à demanda, de forma articulada, por classificação dos critérios clínicos e priorização dos casos, para assim otimizar esta oferta, tomando a saúde enquanto um bem inseparável da vida e um direito do cidadão. Também cabe trabalhar para que as demandas sejam efetivamente mais próximas das necessidades em saúde das pessoas que cuidamos.

Destaca-se que a implementação desse dispositivo de regulação inova em produzir o exercício de relação entre os profissionais de saúde. Trata-se de uma ferramenta com possibilidade de reforçar o vínculo, responsabilização e continuidade do cuidado das pessoas. A tradicional regulação por referência, encaminhar um documento, tende a constituir relações de desresponsabilização dos encaminhadores sobre a trajetória do cuidado das pessoas, uma vez que demandar atendimento especializado encerrava a responsabilidade do profissional da atenção básica sobre o cuidado. Esse novo dispositivo, as teleconsultorias, produzem a possibilidade dos profissionais da atenção básica, em relação com outros, retomarem a efetiva coordenação do cuidado.

Estima-se que, a partir de resultados positivos potenciais, a experiência possa ser ampliada para demais especialidades e replicada em diferentes realidades, sujeita a adequações conforme as especificidades de cada situação. Sugere-se, assim, a realização de estudos futuros para o acompanhamento da implementação de ações de microrregulação com a utilização de dispositivos de apoio de teleconsultoria, como o RegulaSUS e os seus resultados.

## REFERÊNCIAS

ANDRÉ, M. E. D. A. **Estudo de Caso em Pesquisa e avaliação educacional**. Brasília: Liberlivros, 2005.

BADUY, R. S. et al . A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 27, n. 2, Fev. 2011 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2011000200011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000200011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 01. Nov. 2014.

BRASIL. 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**, Brasília, DF, 20 set. 1990, p. 18055.

BRASIL. Portaria n.º 356, de 22 de setembro de 2000. Estabelece na forma do Anexo I a essa portaria, os recursos financeiros, por estado e Distrito Federal, destinados a implementação do componente II do Programa de Imunização no Pré-Natal e nascimento – Organização, Regulação e investimentos na assistência obstétrica e neonatal. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 25 set. 2000. Seção 1, p. 18.

BRASIL. Portaria n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2002). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 28 fev. 2002. Seção 1, p. 52.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Duas faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2005. 270 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Portaria nº. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 22 fev. 2006, Seção 1, p.43.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007. 291 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 1)

BRASIL. Portaria nº. 1.559, de 01 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 04 ago. 2008. Seção 1, p. 48.

BRASIL. Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jun. 2011, p.1.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, 2004, p. 41-65. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2014.

CECHINEL, C. **Regulação em Saúde: um diálogo com o princípio da equidade**. 2014. 230 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

ESCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 21, n. 2, 164-76, 2007. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892007000200011](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892007000200011)>. Acesso em: 01 nov. 2014.

FERREIRA, J. B. B. et al. O complexo regulador da assistência à saúde na perspectiva de seus sujeitos operadores. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 14, n. 33, jun. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832010000200009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000200009)>. Acesso em: 01 nov. 2014.

FEUERWERKER, L.C.M; MERHY, E.E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 24, p180-188, 2008. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892008000900004&script=sci\\_arttext](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892008000900004&script=sci_arttext)>. Acesso em: 01 nov. 2014.

FRATINI, J. R. G.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 7, n. 1, p. 65-72, jan./mar. 2008. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4908/0>>. Acesso em: 01 nov. 2014.

MELO, M.C.B; SILVA, E. M.S. Aspectos Conceituais em Telessaúde. In: SANTOS, A.F. et al. **Telessaúde um instrumento de suporte assistencial e educação permanente**. Minas Gerais: UFMG, 2006. p. 17-31.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (Orgs). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p.29-74.

NORRIS, A. C. **Essentials of Telemedicine and Telecare**. Baffins Lane - England: John Wiley & Sons, 177 p. 1998.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução n.º 237, de 20 de julho de 2011**. Rio Grande do Sul, 29 jul. 2011. Disponível em:

<[http://www.saude.rs.gov.br/upload/1338478573\\_CIB%20237%20Implantao%20Regulao%20Ambulatorial.pdf](http://www.saude.rs.gov.br/upload/1338478573_CIB%20237%20Implantao%20Regulao%20Ambulatorial.pdf)> Acesso em 9 nov. 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. **Regulação Ambulatorial Estadual**. Disponível em:

<[http://www.saude.rs.gov.br/lista/331/Como\\_funciona\\_a\\_regula%C3%A7%C3%A3o\\_ambulatorial%3F](http://www.saude.rs.gov.br/lista/331/Como_funciona_a_regula%C3%A7%C3%A3o_ambulatorial%3F)> Acesso em 9 nov. 2014.

SANTOS, F. P.; MERHY E. E. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.10, n.19, Jun. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832006000100003&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832006000100003&script=sci_abstract&lng=pt)>. Acesso em: 01 nov. 2014.

TELESSAUDERS. **RegulaSUS**. Disponível em:

<<http://www.ufrgs.br/telessauders/nossos-servicos/apoio-a-regulacao>>. Acesso em: 01 nov. 2014.

TELESSAUDESP. **Áreas de Atuação – Telemedicina**. Disponível em:

<<http://www.telessaudesp.org.br/telessaude/atuacoes.aspx>>. Acesso em: 15 nov. 2014.

THRALL, J. H.; BOLAND, G. **Telemedicine in Practice**. Seminars in Nuclear Medicine, New York, v. 28, n. 2, p. 145-157, April 1998.

TRIVINÕS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo, SP: Atlas, 1987.

UGÁ, M. A. D. Mecanismos de microrregulação aplicados por operadoras de planos de saúde sobre hospitais privados. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 5, 2009. p. 832-838. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102009000500012&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102009000500012&script=sci_abstract&lng=pt)>. Acesso em: 01 nov. 2014.

## ANEXOS

## Anexo A - Resolução n.º 237/2011 - CIB/RS



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DA SAÚDE

**RESOLUÇÃO Nº 237/11 – CIB / RS**

A **Comissão Intergestores Bipartite/RS**, no uso de suas atribuições legais, e considerando:

a necessidade de garantir o acesso à atenção secundária e terciária ambulatorial, a partir de cotas definidas e organização de fila única municipal, conforme pactuações estabelecidas até a conclusão da PPI;

a necessidade de conferir visibilidade ao processo de cadastro da demanda, cadastro da oferta e processo regulatório;

a necessidade de estabelecer relações de competências entre os municípios, o Complexo Regulador Estadual e os Complexos Reguladores Municipais;

a necessidade premente de dar início à regulação ambulatorial compartilhada com o município de Porto Alegre;

o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências;

a pactuação realizada na Reunião da CIB/RS, de 20/07/2011.

**RESOLVE:**

**Art. 1º** – Aprovar o cronograma e regras gerais de **implantação da regulação ambulatorial**, nos termos da Nota Técnica em Anexo.

**Parágrafo Único** – O processo de implementação da regulação ambulatorial será iniciado no município de Porto Alegre.

**Art. 2º** - Esta Resolução entrará em vigor a partir da data de sua publicação.

Porto Alegre, 29 de julho de 2011.

**CIRO SIMONI**  
Presidente da Comissão Intergestores Bipartite/RS





ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DA SAÚDE

**ANEXO - RESOLUÇÃO Nº 237/11 – CIB / RS**

**NOTA TÉCNICA PARA IMPLANTAÇÃO DA REGULAÇÃO AMBULATORIAL INFORMATIZADA**

**1. GESTÃO DA REGULAÇÃO**

**1.1.** A regulação geral dos serviços de saúde será realizada pela instância responsável pela gestão destes serviços, reforçando o comando único.

**1.2.** A regulação das referências intermunicipais será coordenada pelo gestor estadual, seguindo as pactuações vigentes na CIB/RS.

**1.3.** Caso o município não disponha de Central de Regulação de acordo com a Portaria GM 1.559/2008, a regulação do acesso para os municípios de referência ficará sob gerência da Central Estadual de Regulação Ambulatorial.

<b>Papel da SES/RS</b>	<b>Papel dos Municípios</b>
Intermediar o processo regulatório nas referências intermunicipais;	Ser o responsável pela gestão de sua demanda por assistência ambulatorial secundária, inclusive com preenchimento das agendas disponibilizadas via sistema;
Identificar desajustes entre a pactuação e as necessidades dos usuários;	Utilizar os critérios de ordenamento da fila de espera e referências pactuadas.
Disponibilizar ferramenta de informática para o gerenciamento das ações de regulação de acesso a atenção secundária e terciária;	Cadastrar a totalidade de suas solicitações de acesso à atenção secundária.

**2. ESCOPO DA REGULAÇÃO AMBULATORIAL**

**2.1.** A Regulação Ambulatorial abrangerá o seguinte escopo:

- Consultas e atendimentos ambulatoriais eletivos em atenção secundária e terciária, inclusive para a rede estadual de reabilitação.
- Exames de apoio diagnóstico e terapêutico.

**3. COTAS DE PROCEDIMENTOS**

**3.1. PARA A OFERTA SEDIADA NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE**

**3.1.1.** O número total de consultas especializadas sob regulação, atualmente, corresponde a 100% das primeiras consultas.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DA SAÚDE

**3.1.2.** O escopo será progressivamente ampliado com a inclusão das interconsultas (*Interconsulta: Termo criado por Isaac Luchina (psicanalista argentino) para diferenciar a costumeira consulta que um profissional faz a outro em busca de informações, ajuda em relação a algum item específico a ser avaliado, complementação diagnóstica etc., do encontro entre dois profissionais de diferentes áreas de conhecimentos, com diferentes enfoques quanto aos critérios de saúde, ideologias, linguagem técnica, modelos de ação, objetivos, enquadre, e com diferentes registros, priorizações e interpretações dos dados em relação ao mesmo fenômeno (estar doente e curar). A interconsulta é considerada apenas quando realizada dentro do próprio serviço*) no processo regulatório.

**3.1.3.** Do total da oferta de consultas especializadas em Porto Alegre, até a conclusão da PPI, 55% serão destinados à capital e 45% aos demais municípios do estado.



**3.1.4.** As cotas municipais serão definidas, até a conclusão da PPI, pelos percentuais estabelecidos na Resolução CIB/RS 353/2010:

- Quando a oferta total anual for superior a 1000 consultas:
  - G1 (1ª, 2ª e 18ªCRS) – 67% do total destinado às 19 CRS.
  - G2 (9ª, 11ª, 12ª, 14ª, 15ª, 17ª e 19ªCRS) – 5% do total destinado às 19 CRS;
  - G3 (3ª, 4ª, 5ª, 6ª e 13ªCRS) – 10% do total destinado às 19 CRS;
  - G4 (7ª, 8ª, 10ª e 16ªCRS) – 18% do total destinado às 19 CRS;
- Quando a oferta total anual for inferior a 1000 consultas, será alocada 100% para a macrorregião metropolitana (1ª, 2ª e 18ªCRS).

**3.1.5.** As cotas municipais fracionadas (menos de 1 consulta/mês) serão acumuladas por trimestre ou semestre, de forma que representem números inteiros de consultas e exames.

**3.1.6.** O GT - Grupo de Trabalho, composto por representantes da SES/RS e da ASSEDI-SA para planejamento e monitoramento da implantação do processo regulatório em saúde no estado, iniciará a revisão das cotas previstas na Resolução CIB 353/2010, com vistas à correção de distorções detectadas.





ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DA SAÚDE

### **3.2. PARA A OFERTA SEDIADA NOS DEMAIS MUNICÍPIOS DO ESTADO**

As cotas municipais nos serviços sediados nos demais municípios do estado serão as definidas pela PPI/RS, sendo destinado percentual de 5% para a reserva técnica estadual.

## **4. ETAPAS DO PROCESSO REGULATÓRIO**

### **4.1. Cadastro da demanda no Sistema Informatizado:**

**4.1.1.** A inserção da demanda será de responsabilidade da Gestão Municipal, compondo uma fila de espera por município segundo procedimento/ subespecialidade. A SES/RS acessará a fila de espera para todo o estado, com a finalidade de agendar situações com prioridade sinalizada pelos municípios, utilizando a cota destinada à reserva técnica. Para solicitação de acesso prioritário, os municípios solicitantes deverão considerar as seguintes situações:

- Situações em que o tempo de espera causa agravamento importante das condições clínicas ;
- Quando há necessidade de investigação de alteração sistêmica importante;
- Situações encaminhadas através do processo realizado pelo TELESSAÚDE;
- Outros critérios a serem definidos em protocolos clínicos.

**4.1.2.** Para cadastro da demanda, deverão ser registrados dados mínimos do usuário, do Serviço de Saúde e Profissional Solicitante:

- Dados do Usuário: Nome, Cartão Nacional de Saúde, Data de nascimento, nome da mãe, endereço e telefone.
- Procedimento Solicitado.
- Justificativa da Solicitação: CID da hipótese diagnóstica e descrição clínica.
- Dados da Unidade Solicitante: CNES e município.
- Dados do Profissional Solicitante: Nome e Registro no Conselho Profissional. Este profissional deverá estar cadastrado no CNES da Unidade Solicitante.

**4.1.3.** No prazo de 90 dias do início desta rotina, serão aceitos cadastros de demandas no sistema com dados incompletos, desde que não fiquem inviabilizadas a identificação e localização do usuário.

**4.1.4.** Após o prazo citado no item anterior, a data de entrada na fila de espera será a data da digitação do cadastro completo;

**4.1.5.** Em caso de mudança de município de residência do paciente, a alteração de endereço deverá ser providenciada pelo município onde consta o cadastro e validada pelo município de destino, ou vice-versa, preservando os demais dados. Este paciente passará a compor a lista de espera do novo município de residência.

### **4.2. Inserção das agendas no Sistema Informatizado:**

**4.2.1.** As agendas serão inseridas no sistema pelos próprios prestadores, mediante validação pelas Centrais de Regulação ou inseridas pelas próprias;

**4.2.2.** Somente poderão ser canceladas ou bloqueadas mediante regulação, considerando o tempo hábil para comunicação e regras contratuais.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DA SAÚDE

**4.2.3.** Inicialmente, as agendas inseridas serão as que se referem às primeiras consultas e, a seguir, serão inseridas as agendas de retornos e interconsultas, conforme a implementação do processo de regulação.

**4.3. Agendamento das consultas:**

**4.3.1. Agendamento das cotas municipais:**

**4.3.1.1.** As consultas serão agendadas no sistema pelos próprios municípios, de acordo com a prioridade definida pelos mesmos.

**4.3.1.2.** Se a cota municipal for inferior a 1 consulta/mês, ela será agrupada por trimestre, semestre ou ano até que representem números inteiros.

**4.3.1.3.** A exceção para a regra citada no item 4.3.1.2 são as subespecialidades com oferta muito reduzida, cujas cotas serão acumuladas e agendadas pela Central Estadual de Regulação Ambulatorial, respeitando os direitos dos municípios à sua cota.

**4.3.2. Agendamento da reserva técnica (5%):** esta rotina será realizada pela Central Estadual de Regulação Ambulatorial e será destinada às situações relacionadas nas filas de espera com solicitação de prioridade.



As etapas de ordenamento da fila da espera de acordo com critérios estabelecidos e de cruzamento da oferta declarada com a oferta contratualizada serão implantadas posteriormente.

**5. SISTEMA INFORMATIZADO DE REGULAÇÃO**

**5.1.** O acesso à atenção secundária e terciária ambulatorial deverá ser regulado por central de regulação municipal ou estadual, organizada de acordo com a Portaria GM 1.559/2008, através de sistema informatizado.





ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DA SAÚDE

**5.2.** A Secretaria Estadual de Saúde disponibilizará ferramenta de informação e informática para as centrais de regulação. A disponibilização deste sistema não terá custo financeiro aos municípios que aderirem, com exceção de disponibilidade de equipamentos e materiais permanentes e acesso à internet.

**5.3.** Caso o município optar por outro sistema informatizado de regulação, deverão ser adotadas medidas que permitam a interoperabilidade dos sistemas. Neste caso, o município será responsável pelo custeio da implementação e da integração do sistema diverso ao estadual.

**5.4.** As bases de dados municipais de regulação, com informações de filas de espera e agendamento, deverão ser compartilhadas com o estado.

## **6. CONTROLE E AVALIAÇÃO**

**6.1.** Será de responsabilidade dos municípios a atualização constante no CNES de seus estabelecimentos e profissionais, com vistas à compatibilidade com o Sistema Informatizado de Regulação.

**6.2.** Após o agendamento no Sistema Informatizado de Regulação, será gerado código de acesso com previsão de exportação para o SIA/SUS, possibilitando o cruzamento com faturamento e cumprimento dos contratos.

**6.3.** O monitoramento de eventuais ociosidade na utilização da oferta e absenteísmo será objeto de avaliação da pertinência de novas regras, tais como: definição de prazos para ocupação da agenda e rotina de preenchimento de vagas a curto prazo, sem cotas definidas.

**6.4.** O monitoramento citado no item 6.3 e a avaliação da utilização da capacidade instalada das redes de atenção do estado serão realizados continuamente e com geração trimestral de relatórios.

## **7. CAPACITAÇÃO DOS MUNICÍPIOS**

**7.1.** As capacitações dos municípios para acesso ao Sistema Informatizado de Regulação serão realizadas conforme cronograma descrito no anexo 2 desta resolução. Estas capacitações serão mantidas regularmente sob responsabilidade da SES/RS.

**7.2.** Até a capacitação, os municípios continuarão fazendo suas solicitações por telefone à CMCE – Central de Marcação de Consultas e Exames de Porto Alegre e a equipe desta central inserirá o cadastro no Sistema Informatizado de Regulação. Os dias e horários para a inserção das informações pela Central de Regulação Porto Alegre serão os mesmos já utilizados atualmente.

## **8. DISPOSIÇÕES FINAIS**

**8.1.** Para garantia da continuidade do cuidado em saúde, de que trata o Decreto 7.508, o Sistema de Contra-Referência deve ser mantido, através da informação, pelo prestador, sobre a consulta realizada e os encaminhamentos necessários, via Sistema Informatizado de Regulação.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DA SAÚDE

**CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO**

Item	Ação	Fev/11	Mar/11	Abr/11	Mai/11	Jun/11	Jul/11	Ago/11	Set/11	Out/11	Nov/11	Dez/11	Jan/12	Fev/12	Mar/12	Abr/12
1	Organização final da estrutura da Central Estadual de Regulação Ambulatorial (equipamentos e RH).	2	2													
2	Definição dos procedimentos a serem inicialmente regulados através do Sistema Informatizado de Regulação: Oferta de consultas especializadas de Porto Alegre utilizada pelos demais municípios do estado (48%).		2													
3	Definição da macrorregião para início de implantação do processo: <b>Metropolitana</b> .	2														
4	Criação de GT – Grupo de Trabalho entre a SES/RS e ASSEDISA para organização do processo de regulação compartilhada.		2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5	Factuação do projeto e respectivo cronograma com a ASSEDISA.				1	1	2									
6	Redefinição, em conjunto com a SMS de Porto Alegre e prestadores, da lista de subespecialidades de consultas na capital.			2	2											
7	Configuração inicial do sistema informatizado de regulação, permitindo a implantação de regulação de consultas especializadas ofertadas em Porto Alegre.							1								
8	Inserção da agenda pelos prestadores							1								
9	Reunião de apresentação do projeto de regulação ambulatorial para as dezenove CRSs				2			1								
10	Capacitação de equipe da Central Estadual de Regulação Ambulatorial.				2			1								
11	Capacitação dos municípios da macrorregião metropolitana e das equipes das 19 CRS.							1								
12	Início do agendamento via sistema para os municípios da macrorregião metropolitana.								1							
13	Início do agendamento de reserva técnica a ser regulada na Central Estadual de Regulação.								1							
14	Capacitação dos demais municípios do estado.								1							
15	Início do agendamento via sistema para os demais municípios do estado.									1						
16	Definição dos critérios para ordenamento da fila de espera e sistema de classificação de risco/necessidades clínicas.											1				
17	Configuração do Sistema Informatizado de Regulação para implantação do ordenamento da fila de espera de acordo com os critérios estabelecidos.												1			
18	Implantação do ordenamento da fila de espera de acordo com os critérios estabelecidos.													1		
19	Definição de protocolos, em conjunto com a SMS de Porto Alegre, de regulação ambulatorial que contemplem os exames e informações clínicas necessárias para acesso a consultas especializadas e exames.														1	
20	Configuração do Sistema Informatizado para implantação dos protocolos operacionais de regulação do acesso.															1
21	Extensão da Regulação Ambulatorial aos demais prestadores sob gestão estadual															1

1 Ação programada  
2 Ação programada e executada



## Anexo B - Resolução n.º 170/2014 - CIB/RS



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DA SAÚDE

### RESOLUÇÃO Nº 170/14 – CIB/RS

A **Comissão Intergestores Bipartite/RS**, no uso de suas atribuições legais, e considerando:

o trabalho de educação permanente e suporte assistencial desenvolvido pela equipe do Núcleo de Telessaúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (TelessaúdeRS - UFRGS) integrante do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes do Ministério da Saúde;

os convênios do TelessaúdeRS/UFRGS com a Secretaria Estadual de Saúde (SES-RS), sobre expansão, manutenção do projeto e novas ações de suporte assistencial para todos os municípios do RS com equipes da ESF, representando a contrapartida financeira da SES-RS;

a Portaria GM/MS nº 2.488/2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, que define como atribuição conjunta das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e da SES a educação permanente para os profissionais da atenção básica;

a Resolução nº 237/11 – CIB/RS sobre a regulação ambulatorial, que inclui entre os critérios de priorização do acesso a qualificação das referências ambulatoriais para consultas médicas em serviços de nível secundário e terciário por meio da realização prévia de teleconsultorias proporcionada pela equipe do TelessaúdeRS via Complexo Regulador do Rio Grande do Sul;

a necessidade de qualificar e reduzir as listas de encaminhamentos (referências) para outros profissionais médicos via Complexo Regulador do Rio Grande do Sul com o suporte da equipe de Teleconsultores do TelessaúdeRS - UFRGS, além de aproveitar o momento oportuno para promover uma ação de Educação Permanente em Saúde;

a Portaria GM/MS nº 2.546/11, que redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes);

a Portaria GM/MS nº 2.554/11, que institui, no Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, o Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, integrado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes;

a Resolução nº 208/11 - CIB/RS, que aprovou a ampliação do Projeto de Telemática e Telemedicina em Apoio à Atenção Primária à Saúde no Brasil: Núcleo Rio Grande do Sul para todos os municípios com ESF do estado e que aceitarem participar do projeto;

a Resolução nº 399/11 - CIB/RS, que resolveu que os municípios do Rio Grande do Sul (RS) apresentariam um projeto único em relação a Portaria supra citada e que, para os municípios que aderirem ao projeto único, os recursos disponibilizados pelo MS/DAB corresponderão à parte da contrapartida dos municípios (aquisição de equipamentos de informática e manutenção da conexão de Internet nas unidades básicas de saúde) para a expansão do Telessaúde Brasil Redes para todo o território do Rio Grande do



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DA SAÚDE

Sul e considerou um futuro convênio com a SES/RS para a disponibilização de telediagnóstico em espirometria para Asma e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, com contrapartida de capital (07 espirômetros) pela UFRGS e contrapartida de custeio compartilhada entre SES-RS e municípios;

a Portaria GM/MS nº 2.815/11, que aprova o projeto único, que possibilitará a compra de Unidades Mínimas de Conexão para as 1.227 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) do RS, além de periféricos e contratação de serviços de Internet para 421 municípios, que constituirão parte da contrapartida municipal para a expansão do TelessaúdeRS;

a Portaria GM/MS nº 3.127/12, que altera dispositivos da Portaria GM/MS nº 2.554, de 28 de outubro de 2011, que institui, no Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, o Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, integrado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes;

a Nota Técnica nº 083/2013 - DEGES/SGTES/MS, que divulga as diretrizes para financiamento de projetos novos e de manutenção, conforme Portaria GM/MS nº 2.546/11 de 27 de outubro de 2011;

a Resolução nº 433/13 - CIB/RS, que aprovou as novas ações ofertadas pelo TelessaúdeRS - UFRGS de Telediagnóstico em Doenças Respiratórias Crônicas - Asma e DPOC (Tele-espirometria/RespiraNet) e a intervenção das teleconsultorias e da protocolização da regulação das consultas ambulatoriais junto ao Complexo Regulador do RS;

a Resolução nº 510/13 - CIB/RS, que aprovou o projeto de Intervenção das Teleconsultorias na regulação das consultas ambulatoriais junto ao Complexo Regulador Estadual, iniciando com a especialidade Endocrinologia.

**RESOLVE:**

**Art. 1º** - Aprovar os encaminhamentos para o projeto "Intervenção das Teleconsultorias" na regulação das consultas ambulatoriais na especialidade Nefrologia:

- a) A subespecialidade escolhida é "Nefrologia Adulto";
- b) A aprovação do protocolo de encaminhamento para Doença Renal Crônica, Infecção Urinária de Repetição, Litíase Renal, Hipertensão Arterial Sistêmica, Cistos/Doença Policística Renal e Diabetes Mellitus (Anexo I);
- c) Os casos em que os encaminhamentos não preencham os critérios de encaminhamento presentes nos protocolos serão submetidos à teleconsultoria e terão os casos discutidos com equipe do Teleconsultores do TelessaúdeRS - UFRGS como suporte assistencial no processo de referência e contrarreferência;
- d) Todos os municípios integrantes do Complexo Regulador do RS participarão do projeto, atrelado às especialidades aprovadas pela CIB/RS e receberão os protocolos de encaminhamentos das especialidades;





ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DA SAÚDE

e) Esses protocolos serão utilizados para regulação de acesso às consultas médicas ofertadas em Porto Alegre e poderão ser expandidos para a oferta em serviços sediados em outros municípios do estado.

f) Após o término do estudo pela equipe do TelessaúdeRS-UFRGS, SES/RS e COSEMS/RS, os resultados da avaliação do mesmo serão apresentados nas próximas reuniões da CIB/RS para definir sobre expansão da estratégia para outras especialidades médicas, prioritariamente pneumologia, cardiologia, neurologia e urologia;

g) Para as solicitações com prioridade já inseridas no sistema informatizado de regulação, os municípios terão um prazo de 90 dias para adequação do encaminhamento, com preenchimento dos dados;

h) Para as solicitações sem prioridade, o prazo será de 120 dias.;

i) Para as novas solicitações, os protocolos tem validade imediata.

j) Na ausência de informações suficientes para definição do encaminhamento, o Complexo Regulador Estadual pode exigir as informações presentes no protocolo mesmo antes dos prazos constantes no parágrafo anterior.

**Art. 2º** - Esta Resolução entrará em vigor a partir da data de sua publicação.

Porto Alegre, 07 de abril de 2014.

SANDRA FAGUNDES  
Presidente da Comissão Intergestores Bipartite/RS



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DA SAÚDE

## ANEXO I – RESOLUÇÃO Nº 170/14 – CIB/RS

### PROTOCOLO para encaminhamento para a especialidade “Nefrologia Adulto”

#### Protocolo 1 – Doença Renal Crônica

1. Taxa de Filtração Glomerular < 30 mL/min/1,73m<sup>2</sup> (Estágio 4 e 5).
2. Proteinúria.
3. Hematúria persistente.
4. Alterações anatômicas que justifiquem a perda de função renal.
5. Perda rápida da função renal (>5 mL/min/ano ou >10 mL/min/ano em 5 anos).
6. Presença de cilindros com potencial patológico (côneos, largos, graxos, epiteliais, hemáticos ou leucocitários).

#### Informações Mínimas:

- Resultado de exame de creatinina sérica, com data (se suspeita de perda rápida de função renal, colocar dois resultados da creatinina sérica com no mínimo 12 meses de diferença entre eles);
- Cor de pele (negra ou não), idade e sexo;
- Resultado microalbuminúria em amostra, Albuminúria em 24 horas ou Relação Albuminúria/Creatinúria, com indicação do tipo de exame e data;
- Resultado EQU (quando alterado, 2 exames, com 8 semanas de diferença entre eles) e pesquisa hemácias dismórficas, com data, quando realizado (para investigação de hematúria);
- Resultado ecografia de vias urinárias, quando realizada;

#### Protocolo 2 – Infecção Urinária de Repetição

1. Para nefrologia: ITU recorrente mesmo com profilaxia adequada.
2. Para urologia: Alteração anatômica trato urinário.
3. Para ginecologia: Alteração anatômica ginecológica.

#### Informações mínimas:

- Número de infecções urinárias nos últimos 12 meses;
- Resultado de exame de creatinina sérica, com data (se suspeita de perda rápida de função renal, colocar dois resultados da creatinina sérica com no mínimo 12 meses de diferença entre eles);
- Cor de pele (negra ou não), idade e sexo;
- Resultado ecografia das vias urinárias, com data;
- Descrever se foi realizado profilaxia para infecção urinária recorrente, e como foi feita;
- Em mulheres, descrever se há alterações anatômicas como cistocele, retoccele ou prolapso uterino.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DA SAÚDE

**Protocolo 3 – Litíase Renal**

1. Para nefrologia: somente se impossibilidade de investigar etiologia dos cálculos com exame de eletrólitos na urina de 24 horas.

2. Para urologia: cálculos maiores que 10 mm; cálculos maiores de 4 mm que não foram eliminados após 6 semanas de tratamento; cálculo vesical.

Informações mínimas:

- Resultado ecografia urinária ou raió-x, com data (para cálculos menores que 10 mm são necessários dois exames, com no mínimo 6 semanas de diferença entre eles);
- Resultado de exame de creatinina sérica, com data (se suspeita de perda rápida de função renal, colocar dois resultados da creatinina sérica com no mínimo 12 meses de diferença entre eles);
- Cor de pele (negra ou não), idade e sexo;
- Tratamentos em uso ou já realizado para litíase renal;
- Investigação de causas tratáveis de litíase renal (sim ou não). Se sim, descrever achados no exame de eletrólitos da urina de 24 horas.

**Protocolo 4 – Hipertensão Arterial Sistêmica**

1. Para nefrologia ou cardiologia:

1.a) Suspeita de hipertensão secundária.

1.b) Falta de controle da pressão com no mínimo três medicações anti-hipertensivas em dose plena, após avaliação da adesão.

Informações mínimas:

- Medicações em uso, com posologia;
- Duas medidas de pressão arterial, em dias diferentes;
- Sinais e sintomas;
- Alterações em exames laboratoriais ou de imagem, se presentes;

**Protocolo 5 – Cistos/Doença Policística Renal**

1. Para urologia:

1.a) Cistos com alterações sugestivas de malignidade.

1.b) Cistos de grande volume (> 35cm).

2. Para nefrologia:

2.a) Suspeita de doença policística renal.

Informações mínimas:

- Resultado de exame de imagem (ecografia ou tomografia) com data. Descrever o tamanho dos cistos, número e localização;



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DA SAÚDE

- Resultado de exame de creatinina sérica, com data (se suspeita de perda rápida de função renal, colocar dois resultados da creatinina sérica com no mínimo 12 meses de diferença entre eles);
- Cor de pele (negra ou não), idade e sexo;
- Resultado EQU com data (quando alterado, 2 exames com 8 semanas de diferença entre eles).
- Presença de história familiar para doença policística renal (sim ou não), e parentesco com o paciente.









**Protocolo 6 – Diabetes Mellitus**

1. Taxa de Filtração Glomerular < 30 ml/min/1,73m<sup>2</sup> (Estágio 4 e 5).
2. Proteinúria.
3. Perda rápida da função renal (>5 mL/min/ano ou >10 mL/min/ano em 5 anos).
4. Suspeita de nefropatia por outras causas.

Informações mínimas:

- Resultado de exame de creatinina sérica, com data (se suspeita de perda rápida de função renal, colocar dois resultados da creatinina sérica com no mínimo 12 meses de diferença entre eles);
- Cor de pele (negra ou não), idade e sexo;
- Resultado microalbuminúria em amostra, Albuminúria em 24 horas ou Relação Albuminúria/Creatinúria, com indicação do tipo de exame e data;
- Alterações em exames laboratoriais ou de imagem, se presentes.

### Anexo C - Exemplo de Formulário de Preenchimento

HIPERTENSÃO (CIAP K86)	
Dados provenientes do sistema informatizado de regulação	
Caso:	
Estado da Teleconsulta:	Regulado 
Especialidade Médica:	
Nome completo do paciente:	
Identificação do atendimento:	
CNES AGHOS:	
Profissional solicitante no encaminhamento:	
CID:	
Prioridade:	
Município:	
CPF:	
Sexo:	
Cartão SUS:	
Data de nascimento:	
Data de entrada:	
Endereço do paciente:	
Telefone(s) do paciente:	
Dados Clínicos (via solicitante):	

Informações preenchidas pelo(a) TELERREGULADOR(A)	
Nome do regulador(a):	<input type="text"/>
Data da regulação:	<input type="text"/>
Motivo da Teleconsulta:	<input type="text"/>
Classificação do Encaminhamento:	<input type="text"/>
Encaminhamento para Teleconsulta:	<input type="text"/>
Motivo para não encaminhar p/ Teleconsulta:	<input type="text"/>
Se outro, qual motivo de não encaminhar:	<input type="text"/>
Orientações do Regulador:	<input type="text"/>
Uso de medicações no encaminhamento	<input type="text"/>
Duas medidas de pressão arterial no encaminhamento	<input type="text"/>
Sinais e sintomas no encaminhamento	<input type="text"/>
Alterações em exames laboratoriais ou de imagem no encaminhamento	<input type="text"/>
Avaliação adesão no encaminhamento	<input type="text"/>
Informações preenchidas pelo(a) MONITOR(A) RegulaSUS	
Monitor(es) RegulaSUS:	<input type="text"/>
Lembretes:	<input type="text"/>
Histórico do Caso:	<input type="text"/>
Nome da unidade de saúde:	<input type="text"/>
Nome completo do profissional:	<input type="text"/>

**Parágrafo de apresentação**

" Olá. Meu nome é ....., e sou médico. O TelessaúdeRS, vinculado à UFRGS, e o Complexo Regulador Estadual estabeleceram um convênio para qualificar a fila de encaminhamento de pacientes esperando marcação de consulta. Esse projeto foi aprovado pelo secretário estadual e os secretários municipais de saúde. Caso você não queira participar, o encaminhamento de seu paciente será avaliado conforme regulação usual, por meio eletrônico. Mas mesmo assim as informações constantes no protocolo de encaminhamento serão exigidas. "

Se o médico tiver alguma restrição, ou reclamação, você pode fornecer o número do TelessaúdeRS (51 3308 5748) ou o número do responsável pelo projeto (Natan Katz – 51 9400 8693).

**Essa parte é para preenchimento do(a) TELECONSULTOR(A)**

Os dados seguintes são informações clínicas do paciente. Sugira que o(a) médico(a) assistente tenha o prontuário em mãos. Leia as informações clínicas e as observações realizadas pelo médico regulador.

Pressão Arterial Sistólica 1	
Pressão Arterial Diastólica 1	
Pressão Arterial Sistólica 2	
Pressão Arterial Diastólica 2	
Anti-hipertensivo 1	▼
Dose anti-hipertensivo 1	
Anti-hipertensivo 2	▼
Dose anti-hipertensivo 2	
Anti-hipertensivo 3	▼
Dose anti-hipertensivo 3	
Anti-hipertensivo 4	▼
Dose anti-hipertensivo 4	



Anti-hipertensivo 5	<input type="text"/>
Dose anti-hipertensivo 5	<input type="text"/>
Anti-hipertensivo 6	<input type="text"/>
Dose anti-hipertensivo 6	<input type="text"/>
Verificou a adesão ao tratamento	<input type="text"/>
Se sim, como?	<input type="text"/>
Suspeita de Hipertensão secundária	<input type="text"/>
Se sim, quais são os sinais e sintomas ou alterações em exames complementares que justificam a suspeita:	<input type="text"/>
Qual suspeita secundária:	<input type="text"/>
Se outra suspeita secundária, qual?	<input type="text"/>
Medicamentos em uso	<input type="text"/>
Outras doenças	<input type="text"/>

Agora você, teleconsultor(a), irá perguntar dados sobre o médico assistente para constar em nosso cadastro.

Nome do Profissional Completo:	<input type="text"/>
--------------------------------	----------------------

Nesse momento, você, teleconsultor(a), faz a proposição de tratamento e encaminhamento.

Seja assertivo(a), como em uma teleconsultoria usual. Revise os pontos discutidos anteriormente. Por fim, pergunte a/o médico(a) assistente se ele/ela acha necessário manter o encaminhamento. Se existir divergência na decisão do encaminhamento entre você e o(a) médico(a) assistente, ele/ela tem a palavra final, mas você pode argumentar, ou encaminhar para avaliação do telerregulador. Se apresentar algum problema na condução da discussão, ou dúvida sobre a conduta, esse caso pode ser discutido com o telerregulador.

Caso seja necessário um novo contato, pergunte ao médico(a) assistente o tempo para reavaliação. Pergunte também melhor(es) turno(s) e horário(s) para um novo contato. Oriente sobre exames necessários.

Aproveite o fim da discussão para comentar sobre o Telessaúde e o serviço 0800. Explique que enviaremos para ele as informações abordadas na teleconsultoria, e um material de apoio sobre o assunto discutido na teleconsultoria. Fale sobre os protocolos de encaminhamento criados para a especialidade endocrinologia (protocolos também serão encaminhados para médico assistente).



## **Anexo D - Exemplo de Resumo Clínico**

### **Hipertensão Resistente**

#### **Introdução**

Hipertensão resistente é definida como valores pressóricos acima das metas desejáveis com o uso adequado de três anti-hipertensivos de classes diferentes. Esses pacientes tem maior chance de eventos cardiovasculares e de apresentarem causa secundária para hipertensão. Pacientes cuja pressão é controlada com mais de quatro anti-hipertensivos também são classificados com hipertensão resistente. Algumas características predizem pior controle pressórico, como: hipertrofia de ventrículo esquerdo, idosos, obesidade, etnia afro-americana, presença de comorbidades como doença renal crônica e diabetes. A hipertensão resistente não deve ser confundida com hipertensão não controlada, pois muitas pessoas estão fora do alvo pressórico por má adesão ao tratamento ou uso de subdoses de anti-hipertensivos.

#### **Diagnóstico**

O diagnóstico de hipertensão resistente depende da medida correta da pressão arterial, devendo avaliar se a técnica está correta e o manguito adequado para o tamanho do braço do paciente. A meta pressórica recomendada para adultos hipertensos é manter valores menores que 140/90 e quando apresentam outras comorbidades (diabetes, doença renal crônica, doença aterosclerótica) a meta desejável é menor que 130/80.

A primeira medida é investigar fatores potencialmente reversíveis que contribuem para o descontrole da pressão como: má adesão ao tratamento, dose inadequada dos anti-hipertensivos, uso de medicamentos que elevam a pressão (ex: anti-inflamatório não esteroide, descongestionantes nasais, corticoide, anticoncepcional com estrogênio e antidepressivos tricíclicos e inibidores da monoaminoxidase), obesidade, estilo de vida sedentário e dieta inadequada (rica em sal e consumo excessivo de bebida alcoólica). Quando esses fatores não são identificáveis, e não há lesão em órgão alvo, deve-se suspeitar de efeito do avental branco.

A má adesão é a principal causa de hipertensão resistente. Algumas perguntas são úteis para uma avaliação mais objetiva da adesão:

- 1) Quais são as medicações que o senhor(a) está usando? (confira medicações, doses e horários)
- 2) O senhor(a) esqueceu de tomar alguma medicação na última semana? Se sim, quantas vezes? E em quais horários?
- 3) Alguma medicação o senhor(a) acha que não funciona?
- 4) Alguma medicação que o senhor(a) toma não faz bem ou causa algum efeito adverso?
- 5) Está com dificuldade de conseguir alguma das medicações que foram prescritas?

Geralmente, um caso verdadeiro de hipertensão resistente é evidenciado em pessoas com hipertrofia de ventrículo esquerdo e pressão sistólica sustentadamente  $\geq 180$  mmHg.

### **Hipertensão Secundária**

Pacientes com hipertensão resistente tem maior chance de apresentarem hipertensão secundária e as causas mais comuns são: hiperaldosteronismo primário, estenose de artéria renal, doença renal crônica e apneia obstrutiva do sono. Causas menos comuns são: feocromocitoma, síndrome de cushing, coarctação aórtica, hiperparatireoidismo, hipertireoidismo e acromegalia.

Algumas características são sugestivas de hipertensão secundária e de sua causa mais provável, como:

- Início súbito antes dos 30 anos ou após os 50 anos;
- Hipocalcemia não causada por medicamentos ( $K^+ < 3,0$  meq/L) (Hiperaldosteronismo primário)
- Sopros abdominais ou femorais (Estenose de artéria renal);
- Elevação da creatinina, proteinúria acentuada e hematuria (Doença Renal Parenquimatosa);
- Obesidade, sonolência diurna e roncos (Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono)
- Palpitação, sudorese e cefaleia em crise (Feocromocitoma);
- Ganho de peso, hirsutismo, edema e fácies típica (Síndrome de Cushing);
- Diminuição ou retardo de amplitude do pulso femoral e pressão mais baixa em membros inferiores (Coarctação da Aorta).

Avaliação laboratorial inicial para investigação de HAS resistente inclui: potássio sérico, glicemia, creatinina, TSH, proteinúria (microalbuminúria em amostra ou relação albuminúria creatinúria em amostra ou proteinúria de 24hs). Além disso, deve-se solicitar ecografia de rins e vias urinárias para avaliar estenose de artéria renal.

A realização de outros exames (como metanefrinas e catecolaminas séricas e urinárias, aldosterona sérica, polissonografia, etc), dependerá da hipótese diagnóstica e da possibilidade do exame na Atenção Primária a Saúde. Na impossibilidade de seguir investigação, deve-se encaminhar paciente para o serviço especializado conforme a suspeita.

### **Tratamento**

#### *Não Farmacológico*

- Incentivar perda de peso em pacientes com sobrepeso e obesidade. Orientações nutricionais para dieta pobre em sal e uso de álcool moderadamente. Identificar uso de substâncias (cafeína, tabaco, estimulantes e medicamentos) que influenciem no aumento da pressão.
- Avaliar efeito do avental branco monitorando pressão fora do ambulatório (orientar Monitorização Residencial da Pressão Arterial ou, se disponível, solicitar Monitorização ambulatorial da pressão arterial em 24horas – MAPA). Estudos identificaram que o efeito do avental branco é menor quando a pressão ambulatorial é medida pelo enfermeiro ou técnico de enfermagem.

#### *Farmacológico*

O alvo do tratamento de pacientes com hipertensão resistente é atingir um valor pressórico médio abaixo de 140/90. O tratamento da hipertensão resistente consiste na combinação de três ou mais anti-hipertensivos em doses máximas toleradas. Na decisão da escolha da medicação, considerar outras indicações (B-bloqueador para prevenção enxaqueca ou palpitações, por exemplo), contra-indicações (evitar usar diurético em pacientes com incontinência urinária) e facilidade de uso (utilizar medicações com menor quantidade de comprimidos e tomadas diárias). Se não há uma indicação específica para a escolha do anti-hipertensivo, as três primeiras classes sugeridas são: inibidor da enzima conversora de angiotensina (IECA) ou Bloqueador de Receptor de Angiotensina (BRA) + Bloqueador do Canal de Cálcio + Diurético Tiazídico. Se o paciente está utilizando algum anti-hipertensivo diferente

das três classes preferidas (ex: betabloqueador indicado para paciente pós infarto, ou fibrilação atrial), mantém-se o medicamento e inicia-se a classe que estava faltando. Em pacientes com taxa de filtração glomerular inferior a 30 mL/min/m<sup>2</sup>, geralmente é necessário um diurético de alça (furosemida) para controle de volume. Pacientes que persistem com hipertensão não controlada, após instituição das 3 classes principais, adiciona-se espironolactona e monitora-se o nível de potássio.

Representantes das classes de anti-hipertensivos preferidas para tratamento de Hipertensão Resistente.		
REPRESENTANTE	DOSE DIÁRIA (MG)	INTERVALO DE DOSE (HORAS)
Diurético Tiazídico		
Hidroclorotiazida	12,5 – 25	24
Clortalidona	12,5 – 25	24
Diurético de Alça	20 - **	12 a 24
Furosemida	12,5 – 50 **	12 a 24
Poupador de potássio		
Espironolactona		
IECA		
Captopril	25 a 150	8 a 12
Enalapril	5 a 40	12 a 24
BRA		
Losartana	25 a 100	24
Bloqueador de Canal de Cálcio		
Anlodipino	2,5 a 10	24

\*\* Dose máxima variável de acordo com indicação.

Se a pressão mantém-se descontrolada após manejo otimizado do tratamento por seis meses, excluindo não adesão medicamentosa e a presença de outros medicamentos que aumentam a pressão, sugere-se encaminhar para o especialista focal. Em caso de hipertensão secundária, o tratamento da causa base será o componente essencial para tratar a hipertensão.

### **Encaminhamento**

Para o Nefrologista ou Cardiologista:

- ➔ Suspeita de Hipertensão Secundária
- ➔ Hipertensão resistente com no mínimo 3 medicações anti-hipertensivas em dose máxima tolerável, após avaliar adesão.

Para Endocrinologista:

- ➔ Suspeita de Hipertensão Secundária de causa endocrinológica: Hiperaldosteronismo primário, hipertireoidismo, síndrome de cushing, acromegalia, hiperparatireoidismo, feocromocitoma.

### REFERÊNCIA

1. Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, Duncan MS, Giugliani C. Medicina Ambulatorial – Conduas de atenção primária baseadas em evidências. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2013.
2. Gusso G, Lopes JMC (Org). Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre: Artmed; 2012.
3. Calhoun, DA, Kaplan NM. Definition, risk factors, and evaluation of resistant hypertension. [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2014. [atualizada em mai 2014; acesso em 12 jun 2014].
4. Kaplan NM, Calhoun, DA. Treatment of resistant hypertension. [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, Inc., 2014. [atualizada em abr 2014; acesso em 12 jun 2014].
5. Ministério da Saúde (Brasil). Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica. Cadernos de Atenção Básica, nº 37. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
6. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol 2010; 95 (1 supl.1): 1-51