

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

AMANDA RODRIGUES BAPTISTA

**MODELO DE REGULAÇÃO DO ACESSO A CONSULTAS
ESPECIALIZADAS NO RIO GRANDE DO SUL**

Porto Alegre
2024

Amanda Rodrigues Baptista

**MODELO DE REGULAÇÃO DO ACESSO
A CONSULTAS ESPECIALIZADAS NO RIO GRANDE DO SUL**

Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Pública – Faculdade de Medicina – da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Porto Alegre
2024

CIP - Catalogação na Publicação

Baptista, Amanda Rodrigues
MODELO DE REGULAÇÃO DO ACESSO A CONSULTAS
ESPECIALIZADAS NO RIO GRANDE DO SUL / Amanda Rodrigues
Baptista. -- 2024.
33 f.
Orientador: Ronaldo Bordin.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade
de Medicina, Curso de Especialização em Saúde Pública,
Porto Alegre, BR-RS, 2024.

1. Regulação em saúde. 2. SUS. 3. Modelo de
regulação do acesso. I. Bordin, Ronaldo, orient. II.
Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
CURSO DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

FOLHA DE APROVAÇÃO

Amanda Rodrigues Baptista

**MODELO DE REGULAÇÃO DO ACESSO
A CONSULTAS ESPECIALIZADAS NO RIO GRANDE DO SUL**

Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Pública – Faculdade de Medicina – da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública.

Aprovado em 11 de setembro de 2024.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Ronaldo Bordin - UFRGS

Prof. Dr. Rodrigo Caprio Leite de Castro - UFRGS

Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa - UFRGS

Dedico este trabalho a Deus, pela minha vida, e por me permitir ultrapassar todos os obstáculos encontrados ao longo da realização deste trabalho.

Ao meu companheiro Everton, por ter me acolhido com tanta compreensão e carinho durante esse tempo.

Ao meu avô, Bagé, que infelizmente Deus recolheu para junto Dele no ano de 2023, mas que sempre esteve ao meu lado incentivando meus estudos.

Aos meus amigos e colegas da Secretaria de Saúde de Taquara e do Hospital São Francisco de Assis de Parobé, que lutam diariamente ao meu lado por um SUS que funcione, minha gratidão...

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1 CONTEXTO DO ESTUDO.....	12
2 OBJETIVOS.....	15
2.1 Objetivo geral.....	15
2.2 Objetivos específicos.....	15
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	16
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	17
4.1 Legislação em Regulação e Acesso	17
4.2 Contexto de Implantação da Regulação Ambulatorial no Rio Grande do Sul	19
4.3 Discussão dos achados	22
5. CONCLUSÃO	23
REFERÊNCIAS CONSULTADAS.....	26
CURRÍCULO DO AUTOR.....	33

RESUMO

As ações da regulação do acesso no Sistema Único de saúde envolvem todos os níveis de atenção à saúde e, no Rio Grande do Sul o processo de autorização do acesso é realizado através da Central da Regulação Estadual que utiliza um sistema informatizado seguindo fluxos e protocolos pré estabelecidos. Para identificar o modelo de regulação do acesso às consultas especializadas empregado pela Central Estadual de Regulação do Rio Grande do Sul (RS) no ano de 2024 foram consultadas as normas e leis do Sistema Único de Saúde e resoluções da Comissão Intergestores Bipartite (CIB/RS), as quais descrevem o processo de regulação do acesso e sua evolução no escopo da Secretaria de Saúde do RS (SES/RS). Em 2024 o acesso à atenção especializada no RS ocorre através do modelo de acesso em fila única, com sistema informatizado denominado Gercon. O Telessaúders faz parte ativamente das ações estaduais de regulação, auxiliando na construção de protocolos de acesso. O projeto do TelessaúdeRS contribuiu com a resolutividade de 51% dos encaminhamentos, em um total de 93.3801 solicitações reguladas pelo projeto desde sua implantação em 2012 até o ano de 2024. Após a análise documental é possível inferir que a central de regulação estadual do RS aplica um modelo de regulação concentrador de cotas de consultas, com fila de espera única, por especialidade e subespecialidade.

Palavras-chave: *Acesso ao modelo de regulação; Assistência ambulatorial; Complexo regulador; Regulação em saúde; Telemedicina; Telerregulação.*

ABSTRACT

At SUS, one of the biggest challenges faced by managers since its implementation until today, is the development of actions and tools that guarantee universal, comprehensive and equitable access for users to all levels of health care. Access to specialized services in Rio Grande do Sul, as well as in other Brazilian states, still presents itself as a major obstacle, given the long waiting lines for procedures and elective consultations frequently highlighted by the media. Since the implementation of the regulatory policy in 2008 and the installation of the state regulatory complex in RS, several regulatory actions have been deliberated with the aim of combating hope lines, the deficit of specialized services and guaranteeing comprehensive care and of equitable access. Among the proposed actions, we highlight the availability of a single statewide computerized system with the possibility of organizing waiting lists and implementing access by clinical priority, in addition to adherence to the Regulasus program. This work is a documentary study, carried out using documents, resolutions and ordinances to identify the model for regulating access to specialized consultations sent by the State Center for Ambulatory Regulation of Rio Grande do Sul (RS) in the year 2024.

Keywords: *Access to the regulation model; Health regulation; Outpatient care; Regulatory complex; Telemedicine; Teleregulation.*

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

CIB – Comissão de Intergestores da Bipartite

CIT – Comissão Tripartite

CMCE – Central de Marcação de Consultas e Exames

CNS – Cartão Nacional do SUS

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CONASS – Conselhos Nacional de Secretários de Saúde Estaduais

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde.

GERCON – Sistema de Gerenciamento de Consultas

PNR – Política Nacional de Regulação

LILACS – Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

SES – Secretaria Estadual da Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

REGULASUS- Projeto da Secretaria de Saúde do RS e do TelessaúdeRS

TELESSAUDERS – Projeto de telemedicina implementado pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul que fornece ferramenta de suporte à atenção primária em saúde com serviços de consultoria e telemedicina.

INTRODUÇÃO

Desde sua implantação, o Sistema Único de Saúde (SUS) vem construindo ferramentas para qualificar sua gestão e, dentre os muitos desafios que envolvem sua consolidação, está a necessidade de estruturar as ações de regulação.

A regulação do acesso à assistência (ou regulação assistencial) é definida como o conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam o acesso dos usuários a suas demandas por serviços de saúde (BRASIL, 2006). Apresenta como objetivo a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito de todas as instâncias administrativas do SUS, sendo estabelecida pelo Complexo Regulador e suas Unidades Operacionais.

O Complexo Regulador é a estrutura que operacionaliza as ações em regulação do acesso, podendo ter abrangência e estrutura pactuada entre gestores, atuando de acordo com o modelo adotado. O complexo regulador pode ser estadual, regional ou municipal. Dentro dos complexos reguladores, entre outros órgãos de regulação, estão lotadas as centrais de marcação de consultas e exames (BRASIL, 2018).

As Centrais de Marcação de Consultas e Exames (CMCE), estando inseridas no contexto da gestão estadual ou municipal, devem atuar para garantir o acesso dos cidadãos à rede de serviços públicos, operacionalizar a hierarquização da saúde em todo o estado, aperfeiçoar a utilização dos serviços de referência e contra referência nos espaços supramunicipais, observando os critérios de necessidade de saúde da população e oferecendo a melhor resposta assistencial disponível às demandas existentes (CONASS, 2007).

No Rio Grande do Sul (RS), a Central Estadual de Regulação Ambulatorial foi implantada em 2011, a partir da necessidade de garantir o acesso à atenção secundária e terciária ambulatorial. O primeiro modelo proposto pelo complexo regulador estadual utilizava um sistema de cotas definidas por município e organização de uma fila de espera, uma fila única municipal e emprego de um Sistema Informatizado de Regulação (CIB, 2011). Nesse modelo de regulação caberia aos municípios serem responsáveis pela gestão de sua demanda por assistência ambulatorial secundária, utilizar critérios de ordenamento da fila de espera e referências pactuadas, cadastrar no sistema informatizado de regulação estadual a totalidade de suas solicitações de acesso à atenção secundária e manter atualizados os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e do Cartão Nacional SUS (CNS) (CIB, 2011).

As centrais municipais de regulação, através das Centrais Municipais de Marcação de Consultas e Exames, não atuavam apenas como solicitantes de atenção secundária. Eram também responsáveis por cadastrar solicitações de consultas especializadas nos sistemas de regulação estadual e proceder aos agendamentos, empregando critérios próprios de escolha e respeitando as referências regionais pactuadas (CIB, 2011). Nesse contexto, as pessoas que nelas trabalhavam como cadastradores eram responsáveis pelas informações que direcionam a assistência aos usuários do SUS.

Dentre os objetivos anunciados pela Secretaria Estadual de Saúde (SES/RS) que justificaram a mudança do modelo de regulação compartilhado com as secretarias municipais de saúde para um modelo centralizador de cotas de agendamento estava o enfrentamento da escassa disponibilidade de oferta dos serviços especializados diante de uma crescente demanda, além de tentar adequar as diferentes estruturas das redes de atenção que disponibilizam distintos recursos nos municípios do RS (CIB, 2011).

Com a implantação de novos protocolos assistenciais de regulação de acesso e do Sistema de Gerenciamento de Consultas (GERCON), o complexo regulador estadual adotou um novo modelo de regulação, implantando o modelo centralizado, com critérios pré-estabelecidos de acesso, retirando as cotas municipais e centralizando todas as ações de agendamento sob a gerência do complexo regulador estadual.

Assim, o presente estudo objetiva caracterizar o modelo de regulação de acesso às consultas especializadas utilizado pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS) em 2024.

1. CONTEXTO DO ESTUDO

A Constituição brasileira de 1988, que trouxe embasamento à Lei Orgânica da Saúde, dois anos após, definiu em seu artigo 196 que ‘a saúde é direito de todos e dever do Estado, devendo ser garantida através do acesso universal e igualitário a toda a população brasileira’. Desde então, esse vem sendo um dos maiores desafios do Sistema Único de Saúde: materializar a garantia de um acesso universal, equânime e igualitário.

O SUS foi constituído baseado em princípios doutrinários e operacionais. São três os princípios doutrinários: a universalidade, a equidade e a integralidade, reforçando a constituição brasileira e inferindo que a toda a população teria acesso a saúde, de forma equânime, ou seja, baseada nas suas necessidades e complexidades e, de forma integral, promovendo todas as ações necessárias para isso como promoção à saúde, proteção à saúde e reabilitação.

Os princípios organizativos do SUS abrangem a regionalização, hierarquização, descentralização e participação social (posteriormente, controle social), ou seja, o sistema deve ser organizado de forma regionalizada considerando os níveis de complexidade tecnológica e a área geográfica delimitada com a população que será atendida, tendo como porta de acesso preferencialmente os serviços de atenção primária. As responsabilidades referentes às ações e serviços de saúde devem ser descentralizadas e distribuídas entre os vários níveis de governo. A população tem o direito, através das suas entidades representativas, de participar das ações e dos processos das políticas de saúde, bem como do seu controle e avaliação (BRASIL, 1990).

Como instrumento de regulação, a NOB 96 - Norma Operacional Básica (NOB) do Sistema Único de Saúde, incluiu orientações operacionais aos princípios e às diretrizes do Sistema Único de Saúde, dando início às mudanças dos modelos de atenção à saúde existentes no Brasil, organizando os papéis de cada esfera do governo a partir de instrumentos que efetivaram os municípios e estados como gestores do SUS, definindo campos de atenção à saúde e descrevendo o papel de cada gestor federado. A portaria que instituiu a NOB também instituiu a organização e definição dos serviços de média e alta complexidade (BRASIL, 1996).

No ano de 2006, a Portaria nº 399/GM (Pacto pela Saúde) reforçou as premissas de descentralização, garantindo às Comissões Intergestoras Bipartite e Tripartite o poder de pactuação e deliberação dos processos administrativos relativos à gestão do SUS, tendo como instrumento de regionalização o Plano Diretor e a Programação Pactuada Integrada da

Atenção à Saúde. Nesse contexto, a regionalização deveria garantir o acesso, resolutividade e qualidade das ações dos serviços de saúde, reduzindo as desigualdades sociais e territoriais, além de garantir a equidade, racionalizando os gastos e otimizando os recursos disponíveis nas regiões de saúde. No âmbito da regulação em saúde o Pacto pela Saúde ¹ definiu as responsabilidades dos municípios, estados e distrito federal (BRASIL, 2006).

A Comissão de Intergestores da Bipartite (CIB) é composta de forma paritária por dirigentes da Secretaria de Saúde Estaduais (SES) e representantes do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), enquanto a Comissão Tripartite (CIT) é integrada paritariamente por representantes do Ministério da Saúde, representantes dos Conselhos Nacional de Secretários de Saúde Estaduais (CONASS) e Municipais (CONASEMS). As comissões são responsáveis por aprovar os pactos de organização e funcionamento das ações e serviços de saúde dentro de recortes territoriais, ou seja, essas comissões são responsáveis diretas por deliberar sobre os rumos de descentralização e operacionalização do SUS, dentro dos territórios de saúde. (JUNG, 2016)

A Política Nacional de Regulação (PNR) estruturou o processo de regulação considerando três eixos principais: regulação sobre os sistemas, regulação da atenção à saúde e regulação do acesso à saúde. Quais sejam (BRASIL, 2008):

- a) Regulação de Sistemas de Saúde: atua na definição de macrodiretrizes para regulação da atenção, a partir dos princípios e diretrizes do SUS;
- b) Regulação da Atenção à Saúde: abrange as secretarias municipais e estaduais e contempla a garantia da adequada prestação de serviços à população; e,
- c) Regulação do Acesso à Assistência ou regulação do acesso ou ainda regulação assistencial: atua diretamente no controle, no gerenciamento e na priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS e objetiva efetivar a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão.

As ações da regulação do acesso englobam a atenção básica, unidades especializadas, atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências; o controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados; a autorização dos procedimentos de alto custo/complexidade; a padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos de regulação do acesso; o estabelecimento de referências entre

¹ Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais do SUS estabelecido entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde. Também é responsável por redefinir as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social.

unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados (BRASIL, 2008).

Foi um marco importante para a evolução das ações em regulação nos estados brasileiros. Antes da PNR as ações de controle e avaliação no SUS eram centradas apenas na execução das ações diretas de saúde, como consultas e exames, tendo como foco a contabilidade financeira do pagamento da produção e/ou, nos processos de execução das ações, envolvendo apenas os prestadores de serviços (BRASIL, 2016).

Segundo a PNR, a regulação do acesso organiza-se por meio de complexos reguladores e centrais de regulação. Dentre as quais está a Central de Regulação Ambulatorial, responsável pela regulação de todos os procedimentos ambulatoriais disponíveis pelo SUS (BRASIL, 2008).

Ao longo da evolução do Sistema de Regulação, a regulação do acesso na saúde demandou a necessidade de corrigir e/ou atenuar as falhas de mercado na produção e distribuição de bens e serviços, preocupando-se em desenvolver um modelo de atenção à saúde que fosse mais eficiente e resolutivo (FIGUEIREDO et al., 2019).

O déficit de oferta nos serviços é um dos grandes desafios do SUS para garantir o acesso à população que, por vezes, não consegue cumprir os princípios legais de universalidade e integralidade da atenção. Diante disso, a organização da demanda de usuários por serviços necessita principalmente da estruturação de filas de espera (FRAGA et al., 2018).

Assim, é objetivo deste estudo identificar o modelo de regulação do acesso às consultas especializadas empregado pela Central Estadual de Regulação do Rio Grande do Sul (RS) em 2024.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Identificar o modelo de regulação do acesso às consultas especializadas empregado pela Central Estadual de Regulação do Rio Grande do Sul (RS) em 2024.

2.2 Objetivos específicos

- a) Contextualizar a utilização do modelo centralizado de cotas pelo Complexo Regulador Estadual e o uso de protocolos no acesso à atenção especializada no RS;
- b) Sistematizar as portarias, normas, políticas e outros documentos referentes ao tema “regulação do acesso à atenção especializada” no Rio Grande do Sul (RS).

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O trabalho de conclusão de curso se configura como uma pesquisa documental de abordagem informativa, com objetivo de descrever o modelo de regulação do acesso às consultas especializadas no estado do Rio Grande do Sul (RS), em 2024.

Foram consultadas as normas e leis do Sistema Único de Saúde e resoluções da Comissão Intergestores da Bipartite (CIB/RS), as quais descrevem o processo de regulação do acesso e sua evolução no escopo da Secretaria de Saúde do RS (SES/RS).

Foram empreendidas estratégias de busca nas bases da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) – Medline (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*) e Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) - empregando os descritores “regulação em saúde”, “telemedicina”, “telerregulação”, “assistência ambulatorial” e “complexo regulador”, nos idiomas português, espanhol e inglês, filtro Brasil, iniciando no ano de 2008.

Produzida pela US National Library of Medicine, a Medline é uma base de dados que cobre a literatura internacional nas áreas de medicina, odontologia, enfermagem, ciências biológicas e outras afins à área da saúde. São indexados nesta base aproximadamente 5.400 periódicos dos Estados Unidos da América e de mais 80 países. Já a plataforma LILACS é a mais importante base de dados especializada na área da saúde, com literatura científica e técnica de 26 países da América Latina e do Caribe com acesso livre e gratuito.

A sintaxe retornou um total de 22 artigos, considerados na qualificação do referencial teórico do estudo e na discussão dos resultados. A sintaxe e todos os descritores empregados se encontram em anexo.

Por se tratar de estudo que emprega bases de referências em plataformas de acesso público, não houve necessidade de encaminhamento a comitê de ética em pesquisa.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Legislação em Regulação e Acesso

Para caracterizar o modelo de regulação de acesso às consultas especializadas utilizado no RS no ano de 2024 foram selecionados documentos que abrangem conteúdos relacionados tanto à legislação quanto ao caráter técnico- operacional e informativo. Desta forma, foi necessário trazer a este estudo textos, publicações e resoluções que demonstram como o processo de regulação é realizado e como se aplica no ano de 2024.

O quadro a seguir sintetiza as principais propostas referentes às normas e resoluções federais e estaduais publicadas que regulamentaram o processo de regulação no SUS e influenciaram o modelo de regulação adotado pelo estado do Rio Grande do Sul no ano de 2024.

Quadro 1 – Lista cronológica de documentos referentes à regulação da assistência à saúde no Brasil e no estado do Rio Grande do Sul, 1988-2017.

Ano de Publicação	Documento	Conteúdo Relacionado
1988	Constituição da República Federativa do Brasil	Traz a saúde como um direito de todos e dever do Estado, assim como acesso universal e igualitário às ações e serviços.
1990	Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990	Estabelece a universalidade ao acesso, a integralidade da assistência, direito à informação e a regionalização e hierarquização.
2002	Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002	Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS - NOAS-SUS 01/02 - Estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade.
2006	Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006	Pacto pela Saúde - termo de compromisso entre as três esferas de gestão do SUS que orienta o processo de hierarquização e regionalização e redefine responsabilidades coletivas.
2008	Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008	Institui a política nacional de regulação no SUS e organiza suas dimensões de atuação.
2011	Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011	Regulamenta o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Institui as comissões

		intergestores, o Mapa da Saúde, os serviços especiais e acesso e os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, entre outros.
2011	Portaria nº 2.554, de 28 de outubro de 2011	Institui, no Programa de Qualificação de Unidades Básicas de Saúde, o Componente de Informatização e Telessaúde Brasil redes na Atenção Básica, integrado ao programa Nacional Telessaúde Brasil Redes.
2011	Resolução nº 237/11 – CIB / RS	Aprova as regras gerais de implantação da Regulação Ambulatorial no Rio Grande do Sul.
2012	Portaria GM MS nº 1792/2012	Institui o incentivo financeiro de custeio para a Centrais de Regulação de Consultas e Exames e Centrais de Regulação de Internações Hospitalares.
2014	Resolução nº 170/14 – CIB/RS	Aprova os encaminhamentos para o projeto “Intervenção das Teleconsultorias” na regulação das consultas ambulatoriais na especialidade Nefrologia.
2014	Resolução nº 764/14 - CIB/RS	Referenda a expansão do projeto Intervenção das Teleconsultorias na regulação das consultas ambulatoriais junto ao Complexo Regulador do RS.
2014	Resolução nº 454/14 - CIB/RS	Revisa o modelo de distribuição de cotas de procedimentos ambulatoriais em função da aprovação de protocolos de encaminhamento e aprova o modelo de concentração de cotas.
2015	Resolução nº 430/15 - CIB/RS	Altera a Resolução nº 218/12 CIB/RS, aprovando o cancelamento automático das solicitações quando do não comparecimento do paciente à consulta agendada.
2016	Resolução nº 228/16 - CIB/RS	Pactua o novo sistema de Regulação Gercon.
2017	Portaria GM/MS nº 4.434, de 28 de junho de 2017	Consolida as normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.
2017	Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017	Política Nacional de Atenção Básica. Estabelece a Atenção Básica como a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede. Recomenda a articulação e implementação de processos que aumentem a capacidade clínica das equipes, que fortaleçam práticas de microrregulação nas Unidades

		Básicas de Saúde, tais como gestão de filas próprias da UBS e dos exames e consultas descentralizados/ programados para cada UBS, que propiciem a comunicação entre UBS, centrais de regulação e serviços especializados, com pactuação de fluxos e protocolos, apoio matricial presencial e/ou a distância, entre outros.
2017	Resolução CIB nº 132/2017	Aprova a solicitação da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre para habilitação ao recebimento do Incentivo Federal referente ao custeio da Central de Marcação de Consultas e Exames-CMCE de acordo com a Portaria GM/MS nº 1.792/12.

4.2 Contexto de Implantação da Regulação Ambulatorial no Rio Grande do Sul

No Rio Grande do Sul, através da Resolução CIB nº 237/2011, foram iniciadas as ações de Regulação Ambulatorial no âmbito da gestão estadual, operacionalizando o acesso às consultas de não residentes de Porto Alegre aos serviços especializados.

Entre os “considerandos” da Resolução se encontravam:

“(...) 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; (...)” (CIB 237/2011).

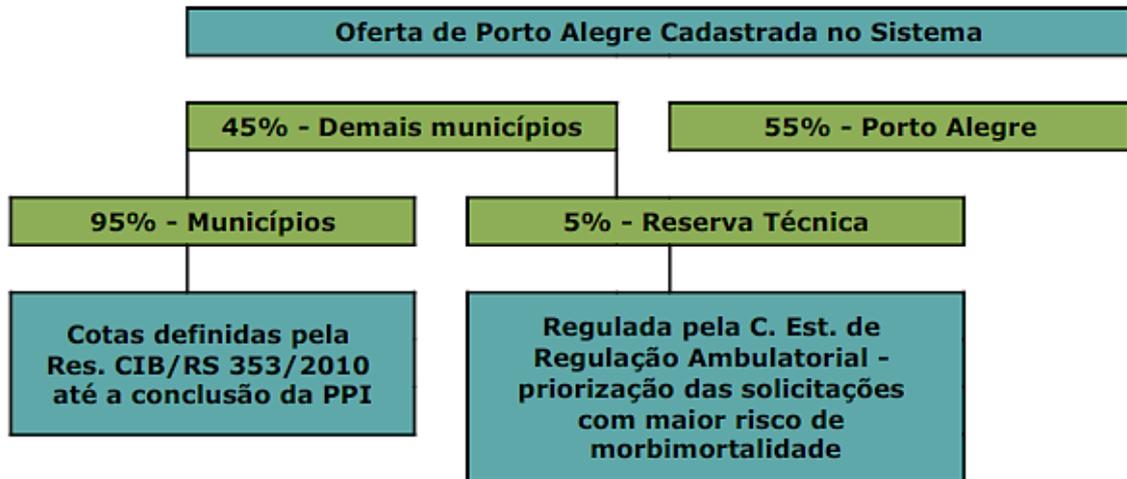
A Resolução CIB nº 237/2011 aprovava o cronograma e as regras gerais da implantação da regulação ambulatorial (artigo 1º), definindo que o processo de implantação iniciaria pelo município de Porto Alegre, capital do estado do Rio Grande do Sul.

As referências intermunicipais eram coordenadas pelo gestor estadual seguindo as pactuações vigentes da Comissão Intergestores da Bipartite (CIB/RS). Apresentava como escopo a regulação de consultas e atendimentos ambulatoriais eletivos em atenção secundária e terciária, inclusive para a rede estadual de reabilitação, assim como exames de apoio e diagnóstico terapêutico.

Abrangia a totalidade das primeiras consultas especializadas dos serviços sediados no município de Porto Alegre, almejando ser ampliado com a inclusão das interconsultas. Do total da oferta de consultas especializadas naquele momento, 55% foram destinados à capital estadual e 45% aos demais municípios; e, deste montante, 5% ficariam sob gestão da Regulação Ambulatorial estadual e 95% divididos entre as demais regiões do RS, conforme percentuais previamente estabelecidos (Figura 1).

Neste modelo o agendamento das consultas e a prioridade dos casos era definida pelos próprios municípios, que detinham a gerência sobre as suas filas de espera, podendo definir qual usuário acessava primeiro o serviço de saúde. Os 5% do total da oferta estadual eram utilizados através de regulação médica e definição dos casos de prioridade. Para identificação dos casos prioritários que deveriam ser agendados dentro dos 5% da oferta estadual, a SES RS definiu que seriam os casos das situações em que o tempo de espera causaria agravamento importante das condições clínicas, quando houvesse a necessidade de investigação de alteração sistema importante, quando a situação fosse encaminhada através do processo do telessaúde ou a situação estivesse contemplada dentro de algum critério clínico. (CIB/RS, 2011).

Figura 1 - Modelo de divisão de cotas.



Fonte: Resolução CIB nº 237 (2011, p.3).

Analisando a Resolução CIB nº 237/2011, o complexo regulador do Rio Grande do Sul foi instituído obedecendo as diretrizes da Política Nacional de Regulação (PNR), através de um modelo de cotas de consultas, compartilhado com os gestores municipais via centrais de marcação de consultas e exames de esfera municipal. Ou seja, o primeiro modelo de

regulação, em 2011, foi definido com a utilização do sistema de regulação informatizado, parametrizado com cotas definidas e organização de fila única municipal. (CIB/RS, 2011).

Saliente-se que, inicialmente, as agendas inseridas deveriam ser referentes às primeiras consultas e, após a implementação do processo, deveriam ser informadas as agendas dos retornos e interconsultas. As etapas de ordenamento da fila de espera seriam definidas em ajuste com os critérios estabelecidos de cruzamento da oferta declarada com a oferta contratualizada, que seriam implantadas posteriormente.

Em 2012, as ações de telerregulação foram estruturadas através de um projeto de aproximação entre a academia e a gestão pública, chamado ‘RegulaSUS’. Dois anos após, na tentativa de minimizar o impacto da alta demanda por serviços especializados diante a oferta limitada dos serviços de saúde contratualizados pelo gestor estadual, houve a edição da Resolução CIB nº 454/2014, sendo reconhecida a necessidade de revisar constantemente os modelos matemáticos aprovados através da Resolução nº 237/2011 - CIB/RS, de distribuição de cotas de procedimentos ambulatoriais, inicialmente pactuados para oferta de Porto Alegre, em função da aprovação da implantação de protocolos de encaminhamentos.

Com esta nova Resolução, o complexo regulador estadual definiu o uso de um sistema informatizado com gerenciamento de filas únicas por especialidade e subespecialidade, além do emprego de critérios técnicos de classificação de risco no processo de regulação impondo aos municípios o modelo de concentração de cotas e colocando o complexo regulador estadual como único Autorizador do acesso às consultas especializadas. (CIB/RS, 2014).

O modelo de concentração de cotas de consultas proposto pela Resolução CIB nº 454/2014 iniciou pelas ofertas sediadas em Porto Alegre. A meta era que, conforme a capacidade local, as demais ofertas de consultas nas diferentes regiões do estado deveriam ser expandidas, até abranger sua totalidade. Também foram pactuados o uso de protocolos de encaminhamento, com a finalidade de garantir o acesso mediante a submissão a critérios pré-estabelecidos e descritos em protocolos. Essa etapa reforçou a figura do médico regulador como responsável direto pela garantia do acesso (CIB/RS, 2014).

O emprego de critérios técnicos de classificação de risco, através do uso de protocolos estaduais e pactuações estabelecidas, fomenta a necessidade de integração/unificação dos sistemas utilizados para internações/consultas/exames no estado, visando maior agilidade e transparência nos processos internos, respeitando² as normativas

² Protocolo de Regulação do acesso: conjunto de diretrizes destinado a subsidiar a organização do processo de regulação, promovendo a utilização adequada e racional das ações e serviços de saúde, nos diversos níveis de

definidas e favorecendo a obtenção de dados e atualização dinâmica das informações. (CIB/RS, 2014).

Em 2016, a Resolução CIB nº 228/2016 aprovou pactuações referentes à utilização do sistema de regulação do acesso às consultas especializadas de Porto Alegre, com o objetivo de dar maior transparência, equidade e eficiência ao Sistema Único de Saúde.

Neste novo sistema, a lista de espera deveria ser cadastrada mediante a obrigatoriedade da informação dos dados contidos na base do cartão nacional de saúde (CNS). Este recadastramento deveria abranger antecipadamente a reavaliação da necessidade do usuário ao acesso, com a informação de campos obrigatórios e critérios de prioridade pré-definidos.

A Resolução ainda apontou a necessidade de reavaliação das necessidades do acesso dentro do prazo máximo de um ano, sem tal reavaliação no prazo estabelecido, a solicitação seria automaticamente cancelada pelo sistema. Igualmente seriam canceladas as solicitações em caso de não comparecimento do usuário ao procedimento agendado. As unidades solicitantes ficaram responsáveis pelo aviso da consulta ao usuário pela garantia do transporte até o local de atendimento, devendo a consulta ser confirmada com quatro dias de antecedência, conforme rotina estabelecida pela Central de Regulação do Estado. O cancelamento automático e a rotina de confirmação de consulta demonstraram especial preocupação em reduzir as taxas de absenteísmo registradas pelos sistemas hospitalares na época.

O novo sistema Informatizado de regulação, denominado Gercon, trouxe avanços nos processos regulatórios da capital gaúcha, com a qualificação da demanda focando na necessidade dos pacientes e na priorização dos casos mais urgentes (equidade), com a melhoria no controle da oferta contratada junto aos prestadores e com a qualificação e transparência das informações, sendo eleito em pactuação como sistema informatizado de regulação oficial do Rio Grande do Sul. (CIB/RS, 2016).

4.3 Discussão dos achados

Os processos de regulação no SUS instituídos no Rio Grande do Sul a partir da resolução CIB nº 237/2011 foram fundamentados nos princípios constitucionais que definem

atenção, sendo composto por critérios de encaminhamento, classificação de risco, fluxo de acesso e outros instrumentos, de acordo com a necessidade local.

Oferta: quantidade de ações e serviços de saúde disponíveis no território, em determinado espaço de tempo.

sua estrutura e dinâmica institucional. A Regulação foi compreendida como o conjunto de atividades políticas, jurídicas, administrativas e técnico gerenciais que, além de simples atividade normativa e burocrática, se constituiu em uma ação permanente do Estado, tendo a regulação do acesso, por objetivos, a organização, do controle, do gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais, sendo efetivada pela figura do profissional regulador. Para Alves (2010) a garantia do direito à saúde deve iniciar com a programação da oferta segundo as necessidades epidemiologicamente definidas e através de evidências disponíveis da relação custo/efetividade das tecnologias em saúde.

O Rio Grande do Sul, com a implementação do complexo regulador estadual, iniciou um processo de melhorias na regulação do acesso. Em um primeiro momento adotando um modelo compartilhado de regulação, com distribuição de cotas entre os municípios, sendo as centrais municipais norteadoras da assistência, direcionando o usuário ao serviço especializado conforme critérios próprios. Durante o uso desse modelo, a principal dificuldade encontrada pela Central Estadual foi referente à escassez de oferta de serviços e à crescente demanda. Assim, a central estadual de regulação migrou para um modelo centralizador de cotas, utilizando a figura do médico regulador como autorizador de todos os processos e ampliando o uso de protocolos clínicos.

O uso do programa informatizado ‘Gercon’ trouxe avanços importantes a regulação estadual ano de 2024, como a possibilidade do gerenciamento de fila de espera única por especialidade e subespecialidade, a possibilidade de regulação através de classificação clínica em níveis de prioridade e a possibilidade de elaboração novas medidas que contribuíram para diminuição do absenteísmo como a cancelamento automático e a rotina de confirmação de consulta.

Andrade (2013) infere que regulação do acesso visa a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS e, se estabelece pela disponibilização do serviço assistencial mais adequado, utilizando as ações de regulação médica por meio de protocolos assistenciais e estabelecendo referência de atendimento entre as unidades de diferentes níveis de complexidade.

Apesar de não serem encontrados registros públicos de dados referentes ao total das filas de espera do estado, considerando apenas a capital gaúcha, dados descritos em reportagens jornalísticas demonstram 159.000 pedidos por consultas em fila no mês de dezembro do ano de 2023.

O déficit de oferta e a alta demanda por serviços especializados existentes nos serviços do SUS prejudica a garantia do acesso da população e, se torna um desafio aos

gestores, ocasionando o não cumprimento dos princípios de universalidade e integralidade. (FRAGA et al., 2018).

A figura do profissional regulador se fortaleceu no decorrer do processo, tornando o médico regulador o único responsável por direcionar o acesso ao usuário. Uma das dificuldades encontradas pelo regulador para definir as condutas de regulação, conforme traz Katz e colaboradores (2020), é que os encaminhamentos realizados pelos municípios ainda ocorrem de forma não estruturada (texto livre), cabendo ao regulador autorizar o encaminhamento, solicitar novas informações ou indicar uma teleconsultoria.

Na ação regulatória são observadas, além das questões clínicas, o cumprimento dos protocolos estabelecidos para garantir a disponibilidade da ação assistencial mais adequada a cada caso, promovendo em conjunto com as redes de serviços de saúde a equidade de acesso e colaborando para a eficiência dos serviços. (ANDRADE et al., 2013).

O uso de protocolos de regulação do acesso alavancou as ações de regulação, possibilitando um gerenciamento mais apurado das filas de consultas e garantindo maior equidade. Os protocolos de regulação do acesso abrangem um conjunto de informações clínicas necessárias para o encaminhamento do usuário para atenção especializada, contendo informações objetivas necessárias para a tomada de decisão do profissional regulador/autorizador, como dados da história clínica, exame físico e exames complementares disponíveis na APS (KATZ et al., 2020).

As ações de Telerregulação e o projeto do TelessaúdeRS iniciadas no ano de 2012, e estabelecidas no ano de 2024 no Rio Grande do Sul, além de contribuir para construção e definição dos protocolos, atuou auxiliando a tomada de decisão dos médicos reguladores e contribuiu com o fortalecimento da atenção básica do Rio Grande do Sul, auxiliando os profissionais da estratégia de família para realização de diagnósticos e tratamentos dentro do próprio território, sem a necessidade de deslocamento do usuário para o acesso a outro nível de atenção.

Os resultados demonstrados pelo Projeto RegulaSUS contribuem para redução das filas de espera para o acesso à atenção especializada. Foram 933.801 solicitações reguladas pelo projeto, com mais de 51% dos atendimentos resolvidos sem a necessidade de consulta presencial, segundo dados referendados pela plataforma do próprio programa.

A Central Estadual, no ano de 2024, preconiza o uso do sistema único e centralizado de regulação denominado Gercon e respalda a implementação de um modelo de regulação de acordo com a legislação presente. Suas ações visam fortalecer a organização das redes e fluxos assistenciais, promovendo um acesso equânime, integral e qualificado aos serviços de

saúde, sendo estes estruturados em ações de regulação, controle e avaliação que visam o aprimoramento e a integração dos processos de trabalho.

5. CONCLUSÃO

Após a análise documental é possível inferir que a central de regulação estadual do RS operacionaliza suas ações utilizando um sistema informatizado de regulação de consultas denominado Gercon que em conjunto com as ações de teleconsultoria do programa TelessaúdeRS, aplica um modelo concentrador de cotas de consultas. Tal modelo, através da figura do médico regulador, autoriza o acesso do cidadão a atenção especializada atendendo a solicitação de consulta realizada pelo médico da atenção primária. Essa solicitação de consulta deve ser operacionalizada pelas centrais de marcação de consultas e exames municipais ou, preferencialmente, pela atenção primária em saúde e é organizada pela central de regulação ambulatorial estadual, com filas de espera únicas por especialidades e subespecialidades. O agendamento é efetuado apenas após a autorização do profissional regulador da esfera estadual mediante o cumprimento de critérios clínicos descritos em protocolos assistências pré-definidos.

O projeto RegulaSUS, através do TelessaúdeRS é uma importante ferramenta na ampliação e no desenvolvimento da regulação estadual, trazendo o projeto da telemedicina e atuando no enfrentamento das filas de acesso à atenção especializada no RS, bem como atua como ferramenta de apoio à atenção primária, qualificando os profissionais médicos da rede.

Constatou-se que, no ano de 2024, a regulação do acesso no Rio Grande do Sul, assim como suas ferramentas, ainda se encontram em processo de desenvolvimento. Ainda que o sistema de regulação utilizado admita diversos mecanismos importantes como o estabelecimento de fila única estadual e prioridades no acesso, não conseguiu atuar na garantia da transparência das informações, uma vez que existe um vazio quanto ao quantitativo de usuários que aguardam acesso à atenção especializada cadastrados nas filas de espera do RS.

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

ALBIERI, Flavius Augusto Olivetti; CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. De frente com os médicos: uma estratégia comunicativa de gestão para qualificar a regulação do acesso ambulatorial. *Saúde em Debate*, v. 39, n. especial, p. 184–195, dez. 2015.

ALBUQUERQUE, Neide. Avaliação do acesso a leitos de UTI através da Central de Regulação Hospitalar do SUS em PE no ano de 2009. Recife, 2009. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

ALVES, Marcio José Martins; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, Maria Teresa; FERREIRA, Renata de Paula; OLIVEIRA, Cristiane Mota; AZEVEDO, Carolina Bassoli; SOUZA, Auta Iselina Stephan. A regionalização e a organização das redes de assistência na macrorregião sudeste de Minas Gerais: limites e desafios na programação dos serviços para a assistência ao câncer de mama. *Revista APS*. Juiz de Fora, v. 13, 2010. Supl. 1. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14677/7855>. Acesso em 17 fev. 2024.

ANDRADE, Maria do Carmo Ferreira. A política de regulação assistencial no município de Caruaru. 2013. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Departamento de Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2013.

ARAÚJO, Michelle da Silva de; ALBUQUERQUE, Ana Coelho de; FELISBERTO, Eronildo; SAMICO, Isabella; RODRIGUES, Átila Szczecinski. Avaliação da implantação de um projeto de telerregulação assistencial em uma capital brasileira. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 37, n. 7, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/T5jqpwGQk8xYfs4BnQc3vvd/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em 17 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - SUS. Publicada no D.O.U.de 6/11/1996. Disponível em:

<https://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm#3>. Acesso em: 01 abril. 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Regulação em Saúde. Brasília: Conass, 2007, 20. ed. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf. Acesso em 17 fev. 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Regulação em saúde. Brasília, 2011, 1. ed. Disponível em: https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_10.pdf. Acesso em 17 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para implantação de complexos reguladores. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DiretrizesImplantComplexosReg2811.pdf>. Acesso em 17 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM Nº 1559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html. Acesso em: 17 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM Nº 2554, de 28 de Outubro de 2011. Institui, no Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, o Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Re-des na Atenção Básica, integrado ao Pro-grama Nacional Telessaúde Brasil Redes. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2554_28_10_2011.html Acesso em: 22 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Define o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <https://site.mppr.mp.br/saude/Pagina/Portaria-No-399-de-22-de-fevereiro-de-2006#:~:text=O%20Pacto%20pela%20Vida%20%C3%A9,%20estaduais%20regionais%20ou%20municipais.> Acesso em: 17 fev. 2024.

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Resolução RE nº 237/11, de 29 de julho de 2011. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170219/23101904-1339534073-cibr237-11.pdf> f. Acesso em: 17 fev. 2024.

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Resolução RE nº 454/14, de 12 de agosto de 2014. Disponível em:

<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170205/23110526-1410289291-cibr454-14.pdf>
f. Acesso em: 17 fev. 2024.

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Resolução RE nº 228/16, de 24 de junho de 2016. Disponível em:

<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170219/23111910-1468006415-cibr228-16.pdf>
. Acesso em: 17 fev. 2024.

FARIAS, Sidney Feitoza. Interesse estruturais na regulação da assistência médico-hospitalar do SUS. 2009. Tese (Doutorado em Saúde Pública.) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

FERREIRA, Janise Braga Barros; CALDAS, Daniela Cacilda; SANTOS, Luciane Loures dos; RIBEIRO, Luciana Cisoto; CHAVES, Lucieli Dias Pedreschi. Aspectos da regulação em saúde na visão de equipes de saúde da família de um município de pequeno porte. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 11, n. 38, p. 1-12, jan./dez. 2016.

FIGUEIREDO, Tânia Maria; ANGULO-TUESTA, Antonia; HARTZ, Zulmira.

Avaliabilidade da Política Nacional de Regulação no SUS: uma proposta preliminar. *Revista Physis*, v. 29, p. 1-26, n. 2, 2019.

FRAGA, Letícia de Oliveira; LIRA, Antonio Carlos Onofre. Transparência no Sistema Único de Saúde: iniciativas e desafios na divulgação eletrônica das listas de espera. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*. Brasília, v. 7, n. 2, 2018. Disponível em:

<https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/491/541>. Acesso em 17 fev. 2024.

GAMARRA, Tatiana Pereira das Neves. Contribuições epistemológicas da ergologia para a regulação em saúde. *Revista Trabalho, Educação e Saúde*. Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, 2014

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/Mrc7cmTLsZW5McsVCw8Sp4N/?lang=pt>.

Acesso em 17 fev. 2024.

GAWRYSZEWSKI, Ana Raquel Bonder; OLIVEIRA, Denize Cristina; GOMES, Antonio Marcos Tosoli. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas

centrais de regulação. *Revista Physis*. Rio de Janeiro, v. 22, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/d5ykYSZ9c8gscXnbMg5yTpz/>. Acesso em 17 fev. 2024.

GERSCHMAN, Silvia; UGÁ, Maria Alicia D; PORTELA, Margareth; LIMA, Sheyla Maria Lemos. O papel necessário da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação das relações entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços. *Revista Physis*, Rio de Janeiro, v. 22, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/5tzSsKvNStS5RHNKSmhnrFM/>. Acesso em 17 fev. 2024.

JUNG, Gladis (Org.). *Regulação do Acesso e da atenção à saúde nos serviços públicos: conceitos, metodologias, indicadores e aplicações*. Porto Alegre: Moriá, 2016.

KATZ, Natan; ROMAN, Rudi; RADOS, Dimitris Varvaki; OLIVEIRA, Elise Botteselle de; SCHMITZ, Carlos André Aita; GONÇALVES, Marcelo Rodrigues; MENGUE, Sotero Serrate; UMPIERRE, Roberto Nunes. Acesso e regulação ao cuidado especializado no Rio Grande do Sul: a estratégia RegulaSUS do TelessaúdeRS-UFRGS. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1389-1399, 2020.

LIMA, Márcio Roney Mota; SILVA, Maria Verônica Sales da; CLARES, Jorge Wilker Bezerra; SILVA, Lucilane Maria Sales da; DOURADO, Hanna Helen Matos; SILVA, Adna de Araújo. *Regulação em saúde: conhecimento dos profissionais da estratégia saúde da família*. *Revista Rene*, Ceará, v. 14, n. 1, p. 23-31, 2013.

NETO, Alberi. Fila do SUS de Porto Alegre é a maior em sete anos. *In: GHZ Porto Alegre*. Porto Alegre, 09 fev. 2024. Disponível em: <https://gauchazh.clicrbs.com.br/porto-alegre/noticia/2024/02/fila-do-sus-de-porto-alegre-e-a-maior-em-sete-anos-clsdnd94v007q01964ktixews.html>. Acesso em 17 fev. 2024.

PEREIRA, Claudemir. Audiência pública revela mais de 550 mil pessoas na fila de espera do SUS no Estado do RS. *In: Claudemir Pereira*. [S.l.], 05 set. 2023. Disponível em: <https://claudemirpereira.com.br/2023/09/saude-audiencia-publica-revela-mais-de-550-mil-pessoas-na-fila-de-espera-do-sus-no-estado-do-rs/>. Acesso em 17 fev. 2024.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. *Minhas consultas e exames no SUS*. Porto Alegre, Prefeitura Municipal, [s.d.]. Disponível em: <https://saude.procempa.com.br/cidadao/#!/>. Acesso em 17 fev. 2024.

RIO GRANDE DO SUL. Consolidado de Informes da Regulação Ambulatorial Informatizada. Porto Alegre: Palácio Piratini, 2011. Disponível em: <http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1321642380355CONSOLIDADO%20DOS%20INFORMES%20REGULACAO%20AMBULATORIAL%20-%202017-11-11.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2024.

ROCHA, Angélica Pereira da. Regulação assistencial ambulatorial no Município município do Rio de Janeiro, RJ: efeitos da inserção da APS na regulação. 2015. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.

RODRIGUES, Luciane Cristine Ribeiro. A regulação no contexto hospitalar enquanto ferramenta gerencial: a compreensão dos profissionais envolvidos. 2013. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2013.

SÁ, Maria Verônica Herculino Martins. Plano de intervenção para reduzir as faltas dos usuários ao atendimento especializado. 2012. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

SILVA, Luzicléia Carolina de Moura e. Implantação de complexos reguladores no Estado de Pernambuco: uma avaliação a partir dos gestores da saúde. 2010. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

VARGENS, José Muniz da Costa. Uma abordagem sociotécnica para design e desenvolvimento de sistemas de informação em saúde no âmbito do SUS. 2014. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública.) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

VILARINS, Geisa Cristina Modesto. Regulação do Acesso à Assistência: conceitos e desafios. Revista Comunicação em Ciências da Saúde, Brasília, v. 21, n. 1, jan.-mar. 2010. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/ccs_artigos/2010Vol21_1art10regulacao.pdf.
Acesso em 17 fev. 2024.

TELESSAUDERS. Projeto Regulasus. Cuidado Especializado Médico para todo RS ao alcance de uma ligação. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/regulasus/#sobre>
Acesso em: 16 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1792, de 22 de agosto de 2012. Institui incentivo financeiro de custeio destinado às Centrais de Regulação organizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1792_22_08_2012.html Acesso em: 16 jun. 2024.

CURRÍCULO DO AUTOR

Amanda Rodrigues Baptista é enfermeira na Secretaria de Saúde de Taquara, onde atua desde o ano de 2022 como enfermeira, auxiliando nos processos de central municipal de marcação de consultas e exames. De maneira simultânea, atua na coordenação do núcleo interno de regulação do Hospital São Francisco de Assis de Parobé, referência em média e alta complexidade no SUS.

É formada em Bacharel de enfermagem pela Universidade Luterana do Brasil ULBRA/Canoas em 2018, pós-graduada em MBA em Administração hospitalar e Auditoria em Saúde pela Universidade Anhanguera UNIDERP. Já atuou como Analista de Suporte da Secretária de Saúde do Rio Grande do Sul entre os anos de 2009 a 2018, prestando suporte e capacitação às Secretarias Municipais de Saúde nos sistemas *med software* Aghos, Gercon e Gerint.

Como enfermeira assistencial, trabalhou como emergencista nos Hospitais de Taquara, Gramado e Parobé, atuou com resgate em rodovias na Empresa Transul- Suporte básico e avançado, e na pandemia de Covid, como enfermeira do Centro de testagem de Covid-19 na Secretaria de Saúde do município de Canela, RS.

Curriculo Lattes: <https://lattes.cnpq.br/3998732092378459>