



MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO MUNICÍPIO DE PARANAÍ/PR

Ref.: Inquérito Civil nº 1.25.011.000056/2017-67

RECOMENDAÇÃO Nº 01/2019/GAB/PRM/PVAI

O **MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL**, por intermédio do procurador da República signatário, vem, no exercício de suas atribuições constitucionais e legais, apresentar as seguintes considerações para, ao final, expedir recomendação.

CONSIDERANDO que o Ministério Público é instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais, conforme preceitua o art. 127 da Constituição.

CONSIDERANDO que, nos termos do art. 129, inciso II da Constituição, é função institucional do Ministério Público zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados, promovendo as medidas necessárias a sua garantia.

CONSIDERANDO que ao Ministério Público se atribui, nos termos do artigo 129, III, da Constituição da República, do artigo 6º, inciso VII, alínea “c”, da Lei Complementar n. 75/93, e do artigo 25, IV, a, da Lei n. 8.625/93, promover o inquérito civil e a ação civil pública, para a proteção do patrimônio público e social, do meio ambiente e de outros interesses difusos e coletivos.

CONSIDERANDO que ao Ministério Público se atribui, nos termos do artigo 6º, XX, da Lei Complementar n. 75/93, do artigo 27, parágrafo único, IV, Lei n. 8.625/93, e artigo 15, da Resolução n. 23/2007, do Conselho Nacional do Ministério Público, expedir recomendações, almejando a melhoria dos serviços públicos e de relevância pública, bem como ao respeito, aos interesses, direitos e bens cuja defesa lhe cabe promover, fixando prazo razoável

para a adoção das providências cabíveis.

CONSIDERANDO que, nos termos dos artigos 196 e seguintes da Constituição, a saúde, direito de todos e dever do Estado, é assegurada por meio de ações e serviços públicos que integram uma rede regionalizada e hierarquizada denominada Sistema Único de Saúde (SUS).

CONSIDERANDO que a Lei n. 8.080/90 dispõe, em seu artigo 6º, que estão incluídas no campo de atuação do SUS a assistência terapêutica integral, compreendida também a assistência farmacêutica.

CONSIDERANDO que, consoante a **Portaria/SAS/MS nº 356**, de 22 de setembro de 2000, *“O Complexo Regulador Assistencial ligado ao Sistema Único de Saúde compreende a concepção que institui ao poder público o desenvolvimento de sua capacidade sistemática em responder às demandas de saúde em seus diferentes níveis e etapas do processo de assistência, enquanto 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”*.

CONSIDERANDO a **Portaria nº 399/GM/MS**, de 22 de fevereiro de 2006, que aprova as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde – Consolidação do SUS com seus três componentes: Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, no seu componente de gestão (Anexo II dessa Portaria) define a **Regulação** como uma diretriz, 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.

Regulação da Atenção à Saúde e Regulação Assistencial

Para efeitos destas **diretrizes**, serão adotados os seguintes conceitos: [...]

Complexos Reguladores - uma das estratégias de Regulação Assistencial, consistindo na articulação e integração de Centrais de Atenção Pré-hospitalar e Urgências, Centrais de Internação, Centrais de Consultas e Exames, Protocolos Assistenciais com a contratação, controle assistencial e avaliação, assim como com outras funções da gestão como programação e regionalização. Os complexos reguladores podem ter abrangência intra-municipal, municipal, micro ou macro regional, estadual ou nacional, devendo esta abrangência e respectiva gestão, serem pactuadas em processo democrático e solidário, entre as três esferas de gestão do SUS.

[...]

Como **princípios orientadores do processo de regulação**, fica estabelecido que:

Cada prestador responde apenas a um gestor;

A regulação dos prestadores de serviços deve ser preferencialmente do município conforme desenho da rede da assistência pactuado na CIB, observado o Termo de Compromisso de Gestão do Pacto e os seguintes princípios:

- da descentralização, municipalização e comando único;
- da busca da escala adequada e da qualidade;
- considerar a complexidade da rede de serviços locais;
- considerar a efetiva capacidade de regulação;
- considerar o desenho da rede estadual da assistência;
- a primazia do interesse e da satisfação do usuário do SUS.

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;

A **operação dos complexos reguladores** no que se refere a referência intermunicipal deve ser pactuada na CIB, podendo ser operada nos seguintes **modos**:

Pelo gestor estadual que se relacionará com a central municipal que faz a gestão do prestador.

Pelo gestor estadual que se relacionará diretamente com o prestador quando este estiver sob gestão estadual.

Pelo gestor municipal com co-gestão do estado e representação dos municípios da região;

Modelos que diferem do item 'd' acima¹ devem ser pactuados pela CIB e homologados na CIT.

São **metas** para este Pacto, no prazo de um ano:

Contratualização de todos os prestadores de serviço;

Colocação de todos os leitos e serviços ambulatoriais contratualizados sob regulação;

Extinção do pagamento dos serviços dos profissionais médicos por meio do código 7.

[...]

RESPONSABILIDADES NA REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA

[...]

– ESTADOS

Elaborar as normas técnicas complementares à da esfera federal, para o seu território;

Monitorar a aplicação dos **recursos financeiros** recebidos por meio de transferência regular e automática (fundo a fundo) e por convênios;

Monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros transferidos aos fundos municipais;

¹ Conforme p. 11 do **Volume 6 da Série Pactos pela Saúde: Diretrizes para a Implantação de Complexos Reguladores**, leia-se “*Modelos que diferem dos itens acima devem ser pactuados pela CIB e homologados na CIT.*”

Elaborar e pactuar protocolos clínicos e de **regulação de acesso**, no âmbito estadual, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais, apoiando os Municípios na implementação dos mesmos;

Controlar a referência a ser realizada em outros estados, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, procedendo a solicitação e/ou autorização prévia, quando couber;

Operar a central de regulação estadual, para as referências interestaduais pactuadas, em articulação com as centrais de regulação municipais;

Coordenar e apoiar a implementação da regulação da atenção pré-hospitalar às urgências de acordo com a regionalização e conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas;

Estimular e apoiar a implantação dos complexos reguladores municipais;

Participar da co-gestão dos complexos reguladores municipais, no que se refere às referências intermunicipais;

Operar os complexos reguladores no que se refere no que se refere à referência intermunicipal, conforme pactuação;

Monitorar a implementação e operacionalização das centrais de regulação;

Cooperar tecnicamente com os municípios para a qualificação das atividades de cadastramento, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços localizados no território municipal e vinculados ao SUS;

Monitorar e fiscalizar contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas;

Elaborar contratos com os prestadores de acordo com a política nacional de contratação de serviços de saúde, em conformidade com o planejamento e a programação da atenção;

Credenciar os serviços de acordo com as normas vigentes e com a regionalização e coordenar este processo em relação aos municípios;

Fiscalizar e monitorar o cumprimento, pelos municípios, das normas de solicitação e autorização das internações e dos procedimentos ambulatoriais especializados;

Estabelecer e monitorar a programação físico-financeira dos estabelecimentos de saúde sob sua gestão; **observar as normas vigentes de solicitação e autorização dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais, monitorando e fiscalizando a sua execução por meio de ações de controle, avaliação e auditoria;** processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios e contratados e realizar o pagamento dos prestadores de serviços;

Monitorar e avaliar o funcionamento dos Consórcios Intermunicipais de Saúde;

Monitorar e avaliar o desempenho das redes regionais hierarquizadas estaduais;

Implementar auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, pública e privada, sob sua gestão e em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial;

Realizar auditoria assistencial da produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão.

CONSIDERANDO que a **Portaria GM/MS nº 1.559**, de 1º de agosto de 2008, instituiu a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS, destacando-se o seguinte:

Art. 1º - Instituir a **Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde** -

SUS, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão, como instrumento que possibilite a plenitude das responsabilidades sanitárias assumidas pelas esferas de governo.

Art. 8º - As atribuições da **regulação do acesso** serão definidas em conformidade com sua organização e estruturação.

§ 1º São atribuições da regulação do acesso:

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

§2º - São atribuições do Complexo Regulador:

- I - fazer a **gestão da ocupação de leitos** e agendas das unidades de saúde;
- II - **absorver ou atuar de forma integrada aos processos autorizativos**;
- III - **efetivar o controle dos limites físicos e financeiros**;
- IV - **estabelecer e executar critérios de classificação de risco**; e
- V - **executar a regulação médica do processo assistencial**.

Art. 9º - O **Complexo Regulador é a estrutura que operacionaliza as ações da regulação do acesso**, podendo ter abrangência e estrutura pactuadas entre gestores, conforme os seguintes **modelos**:

I - Complexo Regulador Estadual: gestão e gerência da Secretaria de Estado da Saúde, regulando o acesso às unidades de saúde sob gestão estadual e a referência interestadual e intermediando o acesso da população referenciada às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito do Estado.

II - Complexo Regulador Regional:

a) gestão e gerência da Secretaria de Estado da Saúde, regulando o acesso às unidades de saúde sob gestão estadual e intermediando o acesso da população referenciada às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito da região, e a referência interregional, no âmbito do Estado;

b) gestão e gerência compartilhada entre a Secretaria de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde que compõem a região, regulando o acesso da população própria e referenciada às unidades de saúde sob gestão estadual e municipal, no âmbito da região, e a referência inter-regional, no âmbito do Estado; e

III - Complexo Regulador Municipal: gestão e gerência da Secretaria Municipal de Saúde, regulando o acesso da população própria às unidades de saúde sob gestão

municipal, no âmbito do Município, e garantindo o acesso da população referenciada, conforme pactuação.

§ 1º O Complexo Regulador será organizado em:

I - Central de Regulação de Consultas e Exames: regula o acesso a todos os procedimentos ambulatoriais, incluindo terapias e cirurgias ambulatoriais;

II - Central de Regulação de Internações Hospitalares: regula o acesso aos leitos e aos procedimentos hospitalares eletivos e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência; e

III - Central de Regulação de Urgências: regula o atendimento pré-hospitalar de urgência e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência.

§ 2º A Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade - CERAC será integrada às centrais de regulação de consultas e exames e internações hospitalares.

§ 3º A operacionalização do Complexo Regulador será realizada em conformidade com o disposto no **Volume 6 da Série Pactos pela Saúde: Diretrizes para a Implantação de Complexos Reguladores**, acessível na íntegra na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

Art. 10. Cabe à União, aos **Estados**, aos Municípios e ao Distrito Federal exercer, em seu âmbito administrativo, as seguintes atividades:

I - executar a **regulação**, o controle, a avaliação e a auditoria da prestação de **serviços de saúde**;

II - definir, monitorar e avaliar a aplicação dos recursos financeiros;

III - elaborar estratégias para a contratualização de serviços de saúde;

IV - definir e implantar estratégias para cadastramento de usuários, profissionais e estabelecimentos de saúde;

V - capacitar de forma permanente as **equipes de regulação**, controle e avaliação; e

VI - **elaborar, pactuar e adotar protocolos clínicos e de regulação**.

§ 1º Cabe à União:

I - cooperar técnica e financeiramente com os Estados, os Municípios e o Distrito Federal para a qualificação das atividades de regulação, controle e avaliação;

II - elaborar e fomentar estratégias de cadastramento de usuários, profissionais e estabelecimentos de saúde;

III - definir e pactuar a política nacional de contratação de serviços de saúde;

IV - elaborar, pactuar e manter as tabelas de procedimentos;

V - apoiar tecnicamente os Estados, os Municípios e o Distrito Federal na implantação, implementação e na operacionalização dos complexos reguladores;

VI - operacionalizar a Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade - CNRAC;

VII - apoiar e monitorar a implementação e a operacionalização das Centrais Estaduais de Regulação da Alta Complexidade - CERAC;

VIII - disponibilizar e apoiar a implantação, em todos os níveis de gestão do SUS, de sistemas de informação que operacionalizem as ações de regulação, controle, avaliação, cadastramento e programação; e

IX - elaborar normas técnicas gerais e específicas, em âmbito nacional.

§ 2º Cabe aos Estados:

I - cooperar tecnicamente com os Municípios e regiões para a qualificação das atividades de regulação, controle e avaliação.

II - compor e avaliar o desempenho das redes regionais de atenção à saúde;

III - realizar e manter atualizado o Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde;

IV - coordenar a elaboração de protocolos clínicos e de **regulação**, em conformidade com os protocolos nacionais;

V - operacionalizar o Complexo Regulador em âmbito estadual e/ou regional;

VI - operacionalizar a Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade - CERAC;

VII - estabelecer de forma pactuada e regulada as referências entre Estados;

VIII - coordenar a elaboração e revisão periódica da programação pactuada e integrada intermunicipal e interestadual;

IX - avaliar as ações e os estabelecimentos de saúde, por meio de indicadores e padrões de conformidade, instituídos pelo Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde - PNASS;

X - processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios, contratados e conveniados;

XI - contratualizar os prestadores de serviços de saúde; e

XII - elaborar normas técnicas complementares às da esfera federal.

§ 3º Cabe aos Municípios:

I - operacionalizar o complexo regulador municipal e/ou **participar em co-gestão da operacionalização dos Complexos Reguladores Regionais;**

II - viabilizar o processo de regulação do acesso a partir da atenção básica, provendo capacitação, ordenação de fluxo, aplicação de protocolos e informatização;

III - coordenar a elaboração de protocolos clínicos e de regulação, em conformidade com os protocolos estaduais e nacionais;

IV - regular a referência a ser realizada em outros Municípios, de acordo com a programação pactuada e integrada, integrando-se aos fluxos regionais estabelecidos;

V - garantir o acesso adequado à população referenciada, de acordo com a programação pactuada e integrada;

VI - atuar de forma integrada à Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade - CERAC;

VII - operar o Centro Regulador de Alta Complexidade Municipal conforme pactuação e atuar de forma integrada à Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade - CERAC;

VIII - realizar e manter atualizado o cadastro de usuários;

IX - realizar e manter atualizado o cadastro de estabelecimentos e profissionais de saúde;

X - participar da elaboração e revisão periódica da programação pactuada e integrada intermunicipal e interestadual;

XI - avaliar as ações e os estabelecimentos de saúde, por meio de indicadores e padrões de conformidade, instituídos pelo Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde - PNASS;

XII - processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios, contratados e conveniados;

XIII - contratualizar os prestadores de serviços de saúde; e

XIV - elaborar normas técnicas complementares às das esferas estadual e federal.

§ 4º Cabe ao Distrito Federal executar as atividades contidas nos §§ 2º e 3º deste artigo, preservando suas especificidades políticas e administrativas.

CONSIDERANDO que o **Volume 6 da Série Pactos pela Saúde: Diretrizes para a Implantação de Complexos Reguladores²**, adotado pela **Portaria GM/MS nº 1.559** como parâmetro para a operacionalização do Complexo Regulador, assim orienta:

EIXO 2 - Instrumentos para operacionalização dos Complexos Reguladores

Para sua operacionalização, faz-se necessário que o gestor defina previamente a sua estratégia de regulação, que envolve:

- a abrangência da central: compreende a região geográfica de cobertura da central de regulação, que deve respeitar a composição da região de saúde, expressa no Plano Diretor de Regionalização – PDR, e sua identidade cultural, econômica e social, de redes de comunicação e infra-estrutura de transporte compartilhados;
- a esfera administrativa: refere-se à esfera responsável pela gestão dos recursos assistenciais vinculados à central de regulação. A abrangência e respectiva gestão devem ser pactuadas, em processo democrático e solidário, entre as esferas de gestão do SUS, podendo ser operada, no que se refere à referência intermunicipal, dos seguintes modos, conforme Portaria GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006:

Pelo gestor estadual que se relacionará com a central municipal que faz a gestão do prestador;

Pelo gestor estadual que se relacionará diretamente com o prestador quando este estiver sob gestão estadual;

Pelo gestor municipal com co-gestão do estado e representação dos municípios da região;

Modelos que diferem dos itens acima devem ser pactuados pela CIB e homologados na CIT.

- o escopo da Central de Regulação: definição de quais especialidades, procedimentos (internações, consultas e exames) serão regulados, e que profissionais de saúde estarão vinculados à central de regulação. Nesse escopo também são definidos os recursos físicos e financeiros alocados para atendimentos da população própria e referenciada.
- as Unidades Solicitantes: são instituições de saúde às quais é permitido solicitar atendimentos à central de regulação: unidades básicas de saúde, ambulatorios de especialidades, pronto-atendimentos, hospitais; secretarias municipais e coordenadorias regionais de saúde; centrais de regulação de outros municípios e

2 Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

regiões autorizados pelo gestor.

- as Unidades Executantes: estabelecimentos públicos e privados que, sob a concordância do gestor, ofertam sua capacidade física de atendimento, ou parte dela, para a central de regulação. Fazem parte da rede assistencial do SUS e são incorporados às centrais de regulação por meio do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES.

[...]

O Complexo Regulador é composto por uma ou mais estruturas denominadas Centrais de Regulação, que compreendem toda a ação meio do processo regulatório, isto é, recebem as solicitações de atendimento, processam e agendam.

As Centrais de Regulação atuam em áreas assistenciais inter-relacionadas como a assistência pré-hospitalar e inter-hospitalar de urgência, as internações, além das consultas e procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade e são classificadas em:

Central de Regulação de Urgência: sua ação é executada conforme disposto na Portaria n.º 2048/GM, de 5 de novembro de 2002. Regula o atendimento pré-hospitalar de urgência, que é realizado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU. A partir do momento em que o paciente necessita de uma internação será acionada a Central de Regulação de Internações.

Central de Regulação de Internações: é responsável pela regulação dos leitos hospitalares dos estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS, próprios, contratados ou conveniados. O escopo da central de internações hospitalares deve ser configurado com os leitos das diversas clínicas, de UTI e de retaguarda aos prontos-socorros.

Central de Regulação de Consultas e Exames: é responsável pela regulação do acesso dos pacientes às consultas especializadas, aos Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapia – SADT, bem como aos demais procedimentos ambulatoriais especializados ou não.

É importante frisar que as centrais de regulação são estruturas básicas que compõem o complexo regulador; contudo é possível trabalhar com centrais de regulação específicas que atuem em um universo menor de procedimentos, como por exemplo: terapia renal substitutiva, transplantes e os procedimentos contemplados na Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade – CNRAC e outros.

3.2. A AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS

O processo de autorização de procedimentos, realizado por meio da ação regulatória, é prévio, baseado nos protocolos clínicos e protocolos de regulação pré-estabelecidos. Nos casos de urgência, a autorização dar-se-á no menor espaço de tempo após a realização do procedimento, respeitando os prazos definidos. A autorização prévia de procedimentos está vinculada aos instrumentos denominados Autorização de Internação Hospitalar – AIH e Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo – APAC.

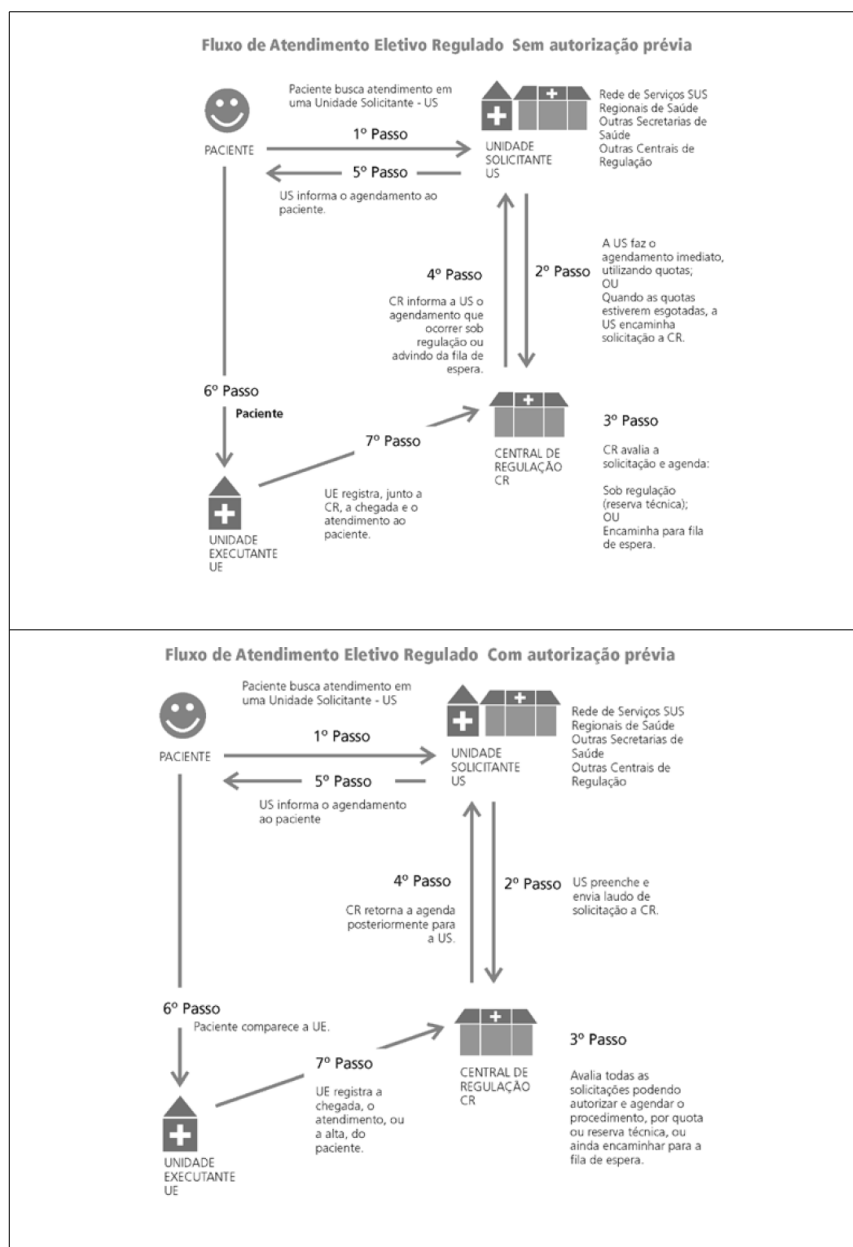
A Central de Regulação autoriza, previamente, os procedimentos, concomitante aos agendamentos solicitados, utilizando o mecanismo de cotização da oferta dos serviços de saúde disponibilizada para as unidades solicitantes e executantes da central.

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

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

O Sistema de Autorização de Procedimentos Especializados – Módulo Autorizador, é um aplicativo que registra a autorização dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade do SUS, podendo ser instalado na base municipal, permitindo maior qualidade e controle da emissão das informações das autorizações (APAC e SIH), além de permitir a comparação entre o autorizado e o pago. Sua utilização elimina a necessidade de impressão dos formulários APAC e SIH. Ele pode ser integrado ao Sistema de Regulação, a fim de identificar as solicitações formuladas pelos municípios integrantes do processo de pactuação das centrais ou complexos reguladores.

A seguir, quadros que exemplificam os fluxos de solicitação, agendamento e execução de procedimentos sob regulação.



3.5.SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DA REGULAÇÃO DO ACESSO

A gestão local deve definir a estratégia de implementação de informação e informática para as centrais de regulação. Contudo, a opção por utilizar um fluxo informatizado requer atenção especial para o sistema de informações que irá operacionalizar este fluxo. O sistema informatizado deve ser compatível e estar em consonância com a Política Nacional de Informação em Saúde, com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, com a Programação Pactuada e Integrada – PPI, com o Cartão Nacional de Saúde – CNS, com o Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA e com o Sistema de Informações Hospitalares - SIH, além de permitir todos os tipos de consultas e relatórios possíveis e necessários para o gerenciamento dos Complexos Reguladores.

[...]

Para possibilitar ações regulatórias para consultas, exames e internações o sistema deverá:

- gerar agenda por especialidade, sub-especialidade, profissional e período de validade da mesma;
- distribuir cotas por Unidade Solicitante e tipos de consultas/procedimentos: 1ª consulta e retorno;
- possibilitar o **gerenciamento da fila de espera por prioridade, procedimento e diagnóstico**;
- configurar impedimentos por estabelecimento e profissional;
- gerar mapa de leitos com atualização dinâmica;
- **autorizar e encaminhar pacientes** com a configuração da grade de referência, indicação de prioridades, geração de AIH's, APAC's;
- acompanhar a **alocação de leitos de urgência e eletivos** por clínica e prestador;
- controlar o fluxo dos pacientes nas unidades hospitalares (admissão, acompanhamento da internação e alta) e ambulatoriais (solicitação, agendamento e atendimento);
- acompanhar a evolução dos atendimentos e internações agendadas;
- visualizar a ocorrência de cancelamentos de internações e a não execução de consultas e exames por motivo definido e impedimentos de agendas;
- subsidiar os setores de Controle, Avaliação e Auditoria no que se refere ao faturamento em alta e média complexidade ambulatorial e hospitalar e a qualidade da assistência.

CONSIDERANDO que a Comissão Intergestores Bipartite – CIB deverá encaminhar resolução de aprovação dos projetos de implantação de Complexos Reguladores para homologação pelo Ministério da Saúde (art. 4º da **Portaria nº 1.571 do Ministério da Saúde**, de 29 de junho de 2007, que estabelece incentivo financeiro para implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores).

CONSIDERANDO que as instituições privadas de assistência à saúde

contratadas ou conveniadas com o SUS devem se submeter à regulação instituída pelo gestor (art. 8º, III da **Portaria nº 1.034, do Ministério da Saúde**, de 5 de maio de 2010, que dispõe sobre a participação complementar das instituições privadas com ou sem fins lucrativos de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde).

CONSIDERANDO que a **Resolução SESA nº 0172/2011**³ instituiu o Programa de Apoio e Qualificação de Hospitais Públicos e Filantrópicos do Sistema Único de Saúde do Paraná - HOSPSUS e que, dentre os compromissos assumidos pelos Hospitais Públicos e Filantrópicos no âmbito do HOSPSUS, há o de disponibilizar integralmente leitos SUS gerais e leitos de UTI para a Central de Regulação de Leitos municipal/estadual.

CONSIDERANDO que a **Resolução SESA nº 026/2013**⁴ aprovou a implementação dos parâmetros e indicadores de Monitoramento e Avaliação do Programa de Apoio e Qualificação de Hospitais Públicos e Filantrópicos do Sistema Único de Saúde do Paraná – HOSPSUS, a partir do exercício de 2013.

CONSIDERANDO que a **SANTA CASA DE PARANAÍ** é pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, de caráter filantrópico e beneficente de assistência social e de saúde.

CONSIDERANDO que o contrato nº **0306.1066/2017**, celebrado entre o **ESTADO DO PARANÁ**, por meio da **SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE**, e a **SANTA CASA DE PARANAÍ**, com duração de 60 (sessenta) meses, conforme sua cláusula sexta, foi publicado no Diário Oficial do Estado em 13/09/2017.

CONSIDERANDO que o contrato nº **0306.1066/2017** prevê valor mensal de execução de até R\$ 2.633.082,03, sendo que **R\$2.087.207,28** são destinados para o Bloco de Média e Alta Complexidade do Sistema de Saúde e seus recursos são oriundos da UNIÃO (Cláusula Sexta e seu parágrafo primeiro), enquanto que R\$545.874,75 provêm do **ESTADO DO PARANÁ**.

CONSIDERANDO que, conforme o art. 7º da **Portaria nº 1.034/2010**,

3 Disponível no link <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/RESOLUCAO1722011.pdf>

4 Disponível no link <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/RESOLUCOES2012/Resolucao0262013.pdf>

o **Plano Operativo** é um instrumento que integrará todos os ajustes entre o ente público e a instituição privada, devendo conter elementos que demonstrem a utilização da capacidade instalada necessária ao cumprimento do objeto do contrato, à caracterização da instituição, sua missão na rede, a definição de oferta e fluxo de serviços, a definição de oferta, fluxo de serviços e pactuação de metas.

CONSIDERANDO que o **Plano Operativo Assistencial (POA) 2017/2019**, relacionado ao Contrato de Gestão nº **0306.1066/2017**, celebrado entre o **ESTADO DO PARANÁ**, por meio da **SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE**, e a **SANTA CASA DE PARANAÍ** (CNES 2754738), tem duração de 2 anos, contados da sua publicação no Diário Oficial do Estado, em 13/09/2017.

CONSIDERANDO que **Portaria 3.410, de 30/12/2013 do Ministério da Saúde**, estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar, destacando-se as seguintes obrigações do ente federativo contratante e do contratado:

Portaria 3.410, de 30/12/2013 do Ministério da Saúde

CAPITULO II

DAS RESPONSABILIDADES DAS ESFERAS DE GESTÃO

[...]

Art. 5º Compete aos entes federativos contratantes:

[...]

VI - realizar a **regulação das ações e serviços de saúde contratualizados**, por meio de:

a) estabelecimento de fluxos de referência e contra referência de abrangência municipal, regional, estadual e do Distrito Federal, de acordo com o pactuado na CIB e/ou CIR;

b) implementação de protocolos para a regulação de acesso às ações e serviços hospitalares e definição dos pontos de atenção, bem como suas atribuições na RAS para a continuidade do cuidado após alta hospitalar; e

c) regulação do acesso às ações e serviços de saúde, por meio de centrais de regulação, de acordo com o estabelecido na Política Nacional de Regulação;

Seção II

Do Eixo de Gestão

Art. 8º Quanto ao eixo de gestão, compete aos hospitais:

I - prestar as ações e serviços de saúde, de ensino e pesquisa pactuados e estabelecidos no instrumento formal de contratualização, **colocando à disposição do gestor público de saúde a totalidade da capacidade instalada contratualizada;**

IV - disponibilizar a totalidade das ações e serviços de saúde contratualizados para a regulação do gestor;

CLÁUSULA SÉTIMA

DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO

A Comissão de Acompanhamento do Contrato e Plano Operativo, reunir-se-á mensalmente para proceder a análise das metas quantitativas e qualitativas e avaliação de qualidade da atenção à saúde dos usuários realizadas pelo CONTRATADO

PARÁGRAFO ÚNICO. A existência da Comissão não impede nem substitui as atividades próprias do Sistema Nacional de Auditoria (Federal, Estadual e Municipal)

CLÁUSULA OITAVA

As metas relativas à Adesão ao Programa de Apoio e Qualificação de Hospitais públicos e Filantrópicos do Sistema Único de Saúde do Paraná – **HOSPSUS** serão avaliadas de forma específica, quadrimestralmente pela **Comissão Regional e Estadual instituídas por Resolução SESA**.

CONSIDERANDO que a Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Paraná (CIB/PR), via **Deliberação CIB/PR nº 363/2013**, aprovou a Norma Operacional de Regulação Médica, que institui o Complexo Regulador do Estado do Paraná e estabelece seus parâmetros de organização e operação, em especial na interface obrigatória e contínua da regulação de urgência e de leitos especializados.

CONSIDERANDO que o Anexo I da **Deliberação CIB/PR nº 363/2013** conceitua **regulação médica** como “*ato médico de identificar e controlar o acesso dos usuários aos diferentes serviços de saúde, tanto em caráter de urgência quanto eletivo*”, conceitua **situação eletiva** como “*condição em que o paciente, mesmo portador de moléstia grave, não apresenta risco elevado de desenvolvimento de quadro de urgência em decorrência da doença-base*” e dispõe, *in verbis*:

A **regulação médica** do acesso dos pacientes aos diferentes pontos do Sistema de Saúde é um instrumento de gestão essencial para a garantia de assistência qualificada e resolutiva a ser disponibilizada para toda a população. Esta atividade médica cumpre papel preponderante na organização da Rede de Assistência, visando à eficiência e eficácia do cuidado, desde a determinação do diagnóstico correto, até o tratamento do quadro clínico, em tempo oportuno, contribuindo para a racionalização do fluxo assistencial e garantindo a qualificação do processo assistencial com economia de escala e otimização da capacidade instalada.

[...]

A REGULAÇÃO MÉDICA E O COMPLEXO REGULADOR DA ASSISTÊNCIA

O controle de acesso do paciente ao Sistema de Saúde deve garantir a equidade na alocação de recursos, além de priorizar os casos mais graves em que o tempo-resposta do atendimento deve ser mais curto. A simples existência de Centrais de Regulação de Emergência do SIATE e do SAMU, e das **Centrais de Leitos Macrorregionais e**

Estadual, não garante a necessária continuidade do cuidado aos pacientes, notadamente quando há concorrência das demandas de emergência, urgência e eletivas pelo mesmo leito. Os atuais sistemas operacionais, bem como fluxos de trabalho não interconectados, permitem a gestão parcial de pequena porção da demanda, o que por si só inviabiliza o controle de fluxo e a adoção de medidas assistenciais oportunas. Desta forma, a implantação de um **Complexo Regulador da Assistência**, criando as necessárias interfaces entre os diferentes níveis de gestão e controle, permitirá implemento significativo no processo de assistência qualificada às demandas da população.

2. A GESTÃO DE LEITOS ESPECIALIZADOS

A regulação do acesso eletivo ao leito especializado, por sua vez, deve ser realizada através do mesmo sistema operacional, para garantir a gestão integral do processo, porém sem a necessidade do provimento da assistência emergencial prévia para o paciente. Desta forma, não há necessidade de execução da atividade em uma Central de Regulação com funcionamento ininterrupto, podendo ser exercida em ambiente diverso, de caráter administrativo. No entanto, é necessário estabelecer o critério de ocupação preferencial dos **leitos disponíveis para o atendimento eletivo**, em face da necessidade da assistência emergencial.

(grifou-se)

CONSIDERANDO que a **Deliberação CIB/PR nº 222/2018**, de 18/06/2018, aprovou as Diretrizes Gerais do **Complexo Regulador Macrorregional**, de acordo com o estabelecido pela Norma Operacional de Regulação do Paraná (CIB 363/13)

CONSIDERANDO que a **Resolução nº 501/2018** da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná⁵ aprovou a Implantação do Complexo Regulador Macrorregional do Estado, instituiu as Cláusulas de Adesão e Incentivo Financeiro e alterou a Redação do art. 3º da Resolução 965/2017:

Art.3º

§ 1º O Complexo Regulador Macrorregional desenvolverá ações de **Regulação de Urgência e de Leitos Especializados**, além de atividades de acionamento e controle de frota terrestre e aérea de emergência vinculada aos SAMUs Regionais;

CONSIDERANDO que, em todos os atos normativos mencionados, não é a própria unidade executante que regula as consultas/procedimentos/cirurgias eletivas que serão eventualmente por ela executados.

CONSIDERANDO que a **SANTA CASA DE PARANAÍ** via Sistema de Agendamento de Cirurgias Eletivas - SACE está “regulando” autonomamente os

⁵ Disponível no link http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/---_Resolucoes2018/501_18.PDF

agendamentos das cirurgias eletivas a serem por ela realizadas, **nela se confundindo as figuras de unidade solicitante, central de regulação e unidade executante.**

CONSIDERANDO que o **ESTADO DO PARANÁ** já possui Centrais de Regulação, dentre elas, a Central de Regulação da Macrorregião Noroeste, que se valem do recurso informatizado, via sistema MV, para regular cirurgias eletivas, observando os procedimentos contidos em manuais divulgados no próprio site da Secretaria de Saúde do Paraná.

CONSIDERANDO que a **SANTA CASA DE PARANAÍ** já utiliza do sistema MV para regular o acesso aos serviços de urgência e emergência a pacientes oriundos de atendimento pelo SAMU (Serviço de Atendimento Médico de Urgência), SIATE (Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência) e Central de Leitos.

CONSIDERANDO a necessidade de adequação da atuação da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná em relação à contratação da **SANTA CASA DE SAÚDE DE PARANAÍ**, a fim de garantir a transparente, imparcial, eficiente e adequada regulação dos pacientes com indicação de se submeterem a cirurgias eletivas.

CONSIDERANDO que a **SANTA CASA DE PARANAÍ** informou que nem todas as ações e serviços de saúde contratados são disponibilizados aos municípios pelo Sistema MV.

CONSIDERANDO a imprescindibilidade de se obstar que situações de concentração de regulação venham a se repetir.

O MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL expede recomendação à Secretaria Estadual de Saúde do Paraná, para que:

a) Por intermédio de Central de Regulação dotada de sistema de informação de regulação do acesso, realize, na linha da **Portaria GM/MS nº 1.559**, de 1º de agosto de 2008, a integral regulação de acesso às cirurgias eletivas e outros tratamentos de saúde que tenham como unidade solicitante e/ou unidade executante a **SANTA CASA DE SAÚDE DE PARANAÍ**, inclusive efetuando a gestão de leitos especializados, a fim de assegurar o acesso

aos serviços de saúde contratados de maneira equânime.

b) Imediatamente após a operacionalização do sistema MV, ou outro sistema de informação de regulação do acesso que vier a substituí-lo, seja interrompida a concentração de atividades de regulação via Sistema de Agendamento de Cirurgias Eletivas – SACE.

c) Não celebre outros contratos de gestão ou contratos equivalentes que, diretamente ou por intermédio de plano operativo assistencial ou instrumento que o valha, transfira para a unidade de saúde contratada qualquer atribuição do Complexo Regulador previsto na **Portaria GM/MS nº 1.559** ou instrumento normativo que venha a lhe suceder.

Requisita-se, no **prazo de 30 (trinta) dias**, a confirmação de ciência e atendimento a presente recomendação.

Cópia desta recomendação será remetida para a Santa Casa de Paranavaí, para ciência.

Paranavaí/PR, 2 de maio de 2019

HENRIQUE GENTIL OLIVEIRA
PROCURADOR DA REPÚBLICA