

Adriano Mesquita Soares
(Organizador)

Tópicos Especiais em
CIÊNCIAS DA SAÚDE:
teoria, métodos e práticas

2



Direção Editorial

Prof.º Dr. Adriano Mesquita Soares

Organizador

Prof.º Dr. Adriano Mesquita Soares

Capa

AYA Editora

Revisão

Os Autores

Executiva de Negócios

Ana Lucia Ribeiro Soares

Produção Editorial

AYA Editora

Imagens de Capa

br.freepik.com

Área do Conhecimento

Ciências da Saúde

Conselho Editorial

Prof.º Dr. Aknaton Toczec Souza

Centro Universitário Santa Amélia

Prof.ª Dr.ª Andréa Haddad Barbosa

Universidade Estadual de Londrina

Prof.ª Dr.ª Andreia Antunes da Luz

Faculdade Sagrada Família

Prof.º Dr. Argemiro Midonês Bastos

Instituto Federal do Amapá

Prof.º Dr. Carlos López Noriega

Universidade São Judas Tadeu e Lab. Biomecatrônica - Poli - USP

Prof.º Me. Clécio Danilo Dias da Silva

Centro Universitário FACEX

Prof.ª Dr.ª Daiane Maria De Genaro Chirolí

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.ª Dr.ª Danyelle Andrade Mota

Universidade Federal de Sergipe

Prof.ª Dr.ª Déborah Aparecida Souza dos Reis

Universidade do Estado de Minas Gerais

Prof.ª Dr.ª Eliana Leal Ferreira Hellvig

Universidade Federal do Paraná

Prof.º Dr. Emerson Monteiro dos Santos

Universidade Federal do Amapá

Prof.º Dr. Fabio José Antonio da Silva

Universidade Estadual de Londrina

Prof.º Dr. Gilberto Zammar

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.ª Dr.ª Heloísa Thaís Rodrigues de Souza

Universidade Federal de Sergipe

Prof.ª Dr.ª Ingridi Vargas Bortolaso

Universidade de Santa Cruz do Sul

Prof.ª Ma. Jaqueline Fonseca Rodrigues

Faculdade Sagrada Família

Prof.º Dr. João Luiz Kovaleski

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.º Me. Jorge Soistak

Faculdade Sagrada Família

Prof.º Dr. José Enildo Elias Bezerra

Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia do Ceará, Campus Ubajara

Prof.º Me. José Henrique de Goes

Centro Universitário Santa Amélia

Prof.ª Dr.ª Leozenir Mendes Betim

Faculdade Sagrada Família e Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais

Prof.ª Ma. Lucimara Glap

Faculdade Santana

Prof.º Dr. Luiz Flávio Arreguy Maia-Filho

Universidade Federal Rural de Pernambuco

Prof.º Me. Luiz Henrique Domingues

Universidade Norte do Paraná

Prof.º Me. Milson dos Santos Barbosa

Instituto de Tecnologia e Pesquisa, ITP

Prof.º Me. Myller Augusto Santos Gomes

Universidade Estadual do Centro-Oeste

Prof.ª Dr.ª Pauline Balabuch

Faculdade Sagrada Família

Prof.º Me. Pedro Fauth Manhães Miranda

Centro Universitário Santa Amélia

Prof.^a Dr.^a Regina Negri Pagani

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.^o Dr. Ricardo dos Santos Pereira

Instituto Federal do Acre

Prof.^a Ma. Rosângela de França Bail

Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais

Prof.^o Dr. Rudy de Barros Ahrens

Faculdade Sagrada Família

Prof.^o Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares

Universidade Federal do Piauí

Prof.^a Ma. Silvia Aparecida Medeiros

Rodrigues

Faculdade Sagrada Família

Prof.^a Dr.^a Silvia Gaia

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.^a Dr.^a Sueli de Fátima de Oliveira Miranda

Santos

Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof.^a Dr.^a Thaisa Rodrigues

Instituto Federal de Santa Catarina

Prof.^o Dr. Valdoir Pedro Wathier

*Fundo Nacional de Desenvolvimento Educacional,
FNDE*

© 2021 - **AYA Editora** - O conteúdo deste Livro foi enviado pelos autores para publicação de acesso aberto, sob os termos e condições da Licença de Atribuição Creative Commons 4.0 Internacional (**CC BY 4.0**). As ilustrações e demais informações contidas desta obra são integralmente de responsabilidade de seus autores.

T757 Tópicos especiais em ciências da saúde: teoria, métodos e práticas 2 [recurso eletrônico]. / Adriano Mesquita Soares (organizador) -- Ponta Grossa: Aya, 2021. 173 p. – ISBN 978-65-88580-73-8

Inclui biografia'

Inclui índice

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader.

Modo de acesso: World Wide Web.

DOI 10.47573/aya.88580.2.47

1. Ciências médicas. 2. Humanização dos serviços de saúde. 3. Trombose. 4. Saúde mental. 5. Fisioterapia. 6. Nutrição. 7. Drogas - Abuso. 8. Sistema Único de Saúde (Brasil). 9. Mulheres - Saúde e higiene. 10. Violência contra as mulheres. 11. Parto (Obstetrícia) - Aspectos psicológicos. 12. Psicanálise. 13. Autismo I. Soares, Adriano Mesquita. II. Título

CDD: 610

Ficha catalográfica elaborada pela bibliotecária Bruna Cristina Bonini - CRB 9/1347

International Scientific Journals Publicações de Periódicos e Editora EIRELI

AYA Editora©

CNPJ: 36.140.631/0001-53

Fone: +55 42 3086-3131

E-mail: contato@ayaeditora.com.br

Site: <https://ayaeditora.com.br>

Endereço: Rua João Rabello Coutinho, 557

Ponta Grossa - Paraná - Brasil

84.071-150

Núcleo interno de regulação: um determinante para a efetivação da gestão em saúde no âmbito hospitalar e seu papel na regulação assistencial na saúde pública

Elizabete Maria Ferreira

Pós-graduada em Gestão em Serviços de Saúde -UCDB, Graduada em Processos Gerenciais em Negócios – UNCISAL, Graduada em Serviço Social – UFAL, Assistente Administrativo do Setor de Regulação Assistencial do Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes – HUPPA-UFAL.

Maisa H. Pimenta

Mestre em Desenvolvimento Local pela UCDB. Coordenadora de Pós-Graduação na UCDB

Resumo

Este trabalho tem como objetivo apresentar e discutir a importância do Núcleo Interno de Regulação (NIR) como ferramenta de gestão da saúde pública e como se dá o seu processo na Regulação Assistencial. Sabe-se que existe uma demanda aos serviços hospitalares e, em muitos casos, o acesso a esses serviços são demorados e não chegam a resolver as necessidades do usuário não garantindo a integralidade da assistência em saúde. A metodologia tem como base as pesquisas bibliografias sobre a temática e tem como enfoque o debate sobre o papel do NIR como meio de equidade no atendimento à saúde. O trabalho está dividido em três partes. A primeira traz o conceito do Sistema Único de Saúde (SUS) no que tange os seus princípios e gestão. A segunda parte aborda o conceito de Regulação na saúde e sua organização. A terceira parte explana sobre o NIR e seu papel na gestão da saúde pública.

Palavras-chave: regulação assistencial. SUS. gestão em saúde.

INTRODUÇÃO

A fila de espera dos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) que necessitem de internações, cirurgias, tratamentos, consultas especializadas e apoio diagnóstico e terapêutico têm levado aos gestores buscar estratégias para garantir a fluidez nos atendimentos e uma forma de regular o acesso do paciente dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS), a fim de atender a demanda reprimida por procedimentos ofertados. Atualmente as análises de indicadores permitem ter uma visão de como está sendo gerenciado o parque tecnológico da saúde, mas se faz necessário um setor específico, com uma equipe multidisciplinar, que possa regular todo o processo desde o acolhimento dos usuários da rede, que foram referenciados, até a sua alta com o desmame dos pacientes com a realizar de contrarreferências para acompanhamento pela Atenção Básica.

Com um novo olhar sobre o funcionamento adequado e como os usuários serão atendidos dentro da Rede, cria-se a Regulação Assistencial em Saúde, que permite ter uma gestão clínica que possibilite mensurar os impactos dos custos operacionais e sociais. Para que seja efetivado o processo da Regulação de forma eficiente é preciso estruturar e interligar a RAS para que possa articular e mostrar resolubilidade das suas ações em saúde.

O Núcleo Interno de Regulação (NIR) permite um suporte dentro da rede para que os usuários sejam atendidos de forma equânime. O NIR faz parte da Regulação Assistencial e tem como foco ordenamento do acesso dos usuários ao serviço por meio de protocolos clínicos, com o intuito de garantir a entrada no serviço seguindo os critérios da Medicina Baseada em Evidências (BEM) e as linhas de cuidado determinados pelo Ministério da Saúde (MS). O conceito de Regulação tem sido aplicado nos hospitais a fim de regular os leitos e auxiliar no acompanhamento dos indicadores hospitalares. No SUS, o papel do NIR permite ser uma interface com os Complexos Reguladores dentro da RAS para efetivação do acesso.

Esse trabalho apresenta um referencial teórico que permite mostrar a importância NIR no âmbito hospitalar como forma de gestão da saúde pública, onde permite ao gestor ter uma otimização no fluxo dos usuários aos serviços, sendo um suporte a RAS, bem como permite gerenciar os indicadores hospitalares e realizar planejamentos estratégicos na saúde para ampliação da oferta assistencial.

Esse trabalho foi motivado para mostrar a importância do NIR dentro da Rede de Atenção em Saúde, pois nota-se que, por ser um conceito novo em gestão das demandas em saúde, existe ainda muita resistência para sua implantação e efetivação nas instituições de saúde pública. Essa resistência se deve por conta de inúmeros problemas: o conceito ainda enraizado no hospitalocêntrico e centrado no médico e não na equipe multidisciplinar, as dificuldades para criações e efetivações dos protocolos clínicos para organizar as prioridades e equidades de atendimento, recursos financeiros limitados, entre outros. Essas situações impactam na oferta dos serviços de forma negativa, onde os casos são atendidos sem critérios técnicos e sem um ordenamento efetivo, gerando uma demanda reprimida de usuários do serviço.

O objetivo geral desse trabalho é discutir o papel do NIR como ferramenta de gestão no processo de Regulação Assistencial Hospitalar. Os objetivos específicos são o de entender como é estruturado a Regulação Assistencial, compreender o papel do NIR no processo de entrada do paciente no hospital e entender como as ações do NIR tem impactos diretos na gestão hospitalar.

A pesquisa tem características pertinentes a revisão bibliográfica para expor alguns conceitos sobre NIR e seu papel na Gestão em Saúde. A pesquisa tem como base as publicações sobre o tema em revistas eletrônicas e materiais da Política vigente, que regulamenta sobre a temática. O método utilizado é a pesquisa bibliográfica, que possa documentar conceitos sobre a temática, e permitir que o levantamento possa discutir o papel do NIR na assistência na saúde. O trabalho está dividido em três partes onde será explanado o conceito do SUS no que tange os seus princípios e gestão, o conceito de Regulação na saúde e sua organização e abordará sobre o NIR e seu papel na gestão da saúde pública.

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO

Para entender como é operacionalizado o NIR faz necessário entender toda organização do SUS. O acesso a saúde da população brasileira é constitucional e está expresso na CF/88. De acordo com o art. 196 a saúde é direito de todos e dever do Estado, sendo garantido o acesso por meio de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos.

O SUS, como política de Estado, é regulamentado pela Lei nº 8.080/90, onde dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Assim, o SUS assume, em todo o território nacional, os princípios da universalidade, igualdade, equidade e integralidade a fim de que suas ações e serviços possam garantir a promoção, proteção e recuperação da saúde.

O Decreto nº 7.508/11 regulamenta a Lei 8.080 e dispõe sobre como o SUS se organiza, o planejamento da saúde, a assistência e como se dá a articulação interfederativa. Entra a regulamentação dos processos de regionalização do SUS e com a Portaria nº 4.279/10 cria-se o conceito de Redes de Atenção em Saúde, como se estrutura e as responsabilidades de cada esfera de governo. A portaria trata as RAS como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS) com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência.

A organização e as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada que constituem um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes de descentralização, com direção única em cada esfera de governo, atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade. As NOB's, a NOAS 01/2002 e Pacto pela Saúde permite disciplinar o processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde na perspectiva da construção do Sistema Único de Saúde, e por ser um sistema complexo deve ter instâncias organizativas a fim de tornar mais efetiva as respostas por parte do Estado nas políticas em saúde. Para isso ocorrer há a necessidade elaborar normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão e das ações e serviços de saúde, definindo as competências de cada, permitindo a introdução de processos e instrumentos de gestão.

A implantação das Normas Operacionais Básicas do SUS, em especial as NOB 93 e 96, promoveu uma integração de ações entre as três esferas de governo e desencadeou um processo de descentralização intenso, transferindo para os estados e, principalmente,

para os municípios um conjunto de responsabilidades e recursos para a operacionalização do SUS, antes concentrados no governo federal (BRASIL, 2011, p. 27).

As RAS buscam ordenar o acesso do usuário ao serviço de saúde, definindo as portas de entrada e as linhas de cuidado por redes temáticas. Essas redes temáticas são baseadas no estudo epidemiológico da população. É a partir do perfil e as ações que os gestores irão tomar as decisões sobre as respostas as demandas dos usuários pelo perfil da saúde da população, definindo, assim, as linhas de cuidado que serão desenvolvidas. “Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde dos cidadãos e, como tal, devem operar em total coerência com a situação de saúde das pessoas usuárias” (MENDES, 2011, p. 18).

Pela organização do SUS, nas esferas governamentais, o município é a porta de entrada e o ordenador da rede. Esse papel se dá principalmente pela questão da regionalização e mapa de saúde. Quando mais perto do usuário for o sistema, mas ele saberá dá resolubilidade e integralidade na atenção por ter conhecimento do perfil e está inserido no contexto da realidade local. É por meio do município que se constitui e se operacionaliza a Regulação em Saúde. A interligação para referenciar e contrarreferências o usuário na rede se dá pelas portas de entrada no usuário na Atenção Básica e é o papel da Regulação garantir esses acessos de forma organizada de acordo com os protocolos assistências. Está definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) como deve ser organizado os fluxos assistenciais – por meio da regionalização. A Norma ainda cita que a efetivação da assistência ao cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada, se dá através dos complexos reguladores que possa reunir unidades de trabalho responsáveis pela regulação das urgências, leitos, consultas e outros (BRASIL, 2002).

Então o SUS tem como porta principal de acesso ao município, sendo esse o ordenador do fluxo do usuário dentro da RAS. A Atenção Básica é o ponto de comunicação dentro da rede que deve oferecer a oferta em saúde de acordo com o perfil de saúde da população. Quando ela não consegue resolver as demandas (necessita de outras tecnologias) faz a referência do usuário na rede para aquelas unidades que ofertam os serviços necessários. Essa ponte dentro da rede é feita pelos complexos reguladores, onde haverá articulação nos diferentes níveis de complexidade.

É preciso entender que a regulação atinge diferentes níveis nas esferas de governo. Todas as esferas atuam em uma forma de Regulação em Saúde. Mas o que seria Regulação em Saúde? Para entender esse fluxo do paciente é importante entender como funciona a Regulação Assistencial.

REGULAÇÃO ASSISTENCIAL EM SAÚDE

A Regulação em Saúde é um debate novo, no sentido de ampliação e efetivação. Vila-rins *et al.* (2012) explica que, no Brasil, os debates sobre o tema se deram a partir de 2001 com as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS). A regulação do Estado na saúde tem caráter de regulamentar e elaborar regras podendo ser considerado como um conjunto de ações mediatas que contrapõe a real necessidade de cada indivíduo.

De acordo com Baduy *et al.* (2011) a discussão sobre a regulação, no Brasil, tem pauta-do sobre a fragmentação do cuidado e sobre as dificuldades que o usuário tem no acesso aos

serviços e procedimentos. Para garantir a integralidade no cuidado se faz necessário arranjos que articulem a regulação e a rede, fazendo uso de instrumentos para garantir a articulação e coordenação do acesso.

Praticamente toda a ação do Estado envolve regulação e existem campos de intervenções estatais totalmente dedicados à função regulatória. Nesse sentido, os conceitos de regulação tangenciam os de intervenção estatal na economia e da atividade estatal mais ampla (BRASIL, 2011, p. 86).

Para Vilarins *et al.* (2012, p. 643):

A garantia do acesso da população aos serviços públicos de saúde a uma assistência qualificada, por meio de uma rede organizada de serviços, requer a atuação direta do estado [...] como efetivador das políticas públicas em saúde, o estado utiliza a regulação de acesso aos serviços públicos como um poderoso instrumento de gestão.

A Política Nacional de Regulação do SUS, instituída pela Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008, respeitando as competências das três esferas de gestão, é um instrumento que vem possibilitar que cada esfera de governo assumam responsabilidades sanitárias a fim de estruturar as ações de regulação, controle e avaliação no âmbito do SUS, com o aprimoramento dos processos de trabalho integrados, para garantir o fortalecimento dos instrumentos de gestão SUS e a organização das redes e fluxos assistenciais, provendo acesso equânime, integral e qualificado aos serviços de saúde bem como fortalecer o processo de regionalização, hierarquização e integração das ações e serviços de saúde. A Política Nacional de Regulação, sobre os aspectos regulatórios, busca definir os recursos financeiros, a operacionalização e como se dá a capacitação dos recursos humanos de forma permanente. De acordo com a Portaria, todas as ações que estão na Política Nacional de Regulação do SUS estão estruturadas em três dimensões de atuação que se integram entre si, a saber:

- Regulação de Sistemas de Saúde: tem como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macro diretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas;
- Regulação da Atenção à Saúde: exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde; tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo estratégias e macro diretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde, também denominada de Regulação Assistencial e controle da oferta de serviços executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS;
- Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.

Os objetivos da regulação não é somente questões de logística e recursos, mas o ganho social. De acordo com Vilarins *et al.* (2012) a regulação tem o papel de não somente cumprir as leis para a proteção do indivíduo e a sociedade onde ele está inserido, mas busca, também, controlar a qualidade dos serviços, otimizando-o, dando a resposta adequada aos problemas clínicos e a satisfação do usuário, isso tudo sendo aliado a uma assistência sem fragmentação.

Para Nascimento *et al.* (2009, p. 349) a regulação tem como função:

[...] estratégia em estreita interface com o planejamento, o controle, a avaliação e com os diversos níveis de complexidade da assistência, buscando garantir a assistência integral aos usuários do SUS.

Todo o processo de regulação busca articulações dentro da rede. Segundo Nascimento *et al.* (2009) a regulação tem caráter técnico, científico e político que intervém no sistema de saúde e integração dos sistemas municipais, as Centrais de Marcação, Internações, entre outros, para que possa organizar as ações para garantir a integralidade, qualidade e equidade, que depende da estruturação da rede assistencial.

A Regulação em Saúde é parte integrante do planejamento estratégico no SUS. Por meio da Regulação Assistencial que se define todas as ações, os contratos e convênios e os fluxos regulatórios da assistência – todo os serviços que serão prestados e como essas ofertas serão disponibilizadas e acompanhadas pelos gestores por meio de monitoramento e avaliações.

As contratualizações firmadas pelos Hospitais junto ao SUS, que é um dos eixos estruturantes da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) na sua Portaria nº 3.390/2013 estabelece as diretrizes para organização do componente hospitalar da RAS, permite definir as metas qualitativas e quantitativas. Cabe a Regulação atuar para que as metas destripuladas dentro do contato sejam cumpridos de forma eficiente por meio do ordenamento assistencial, viabilizando os protocolos clínicos, acompanhando os dados estatísticos e atuando nas avaliações dos resultados pactuados.

A PNHOSP define:

Parágrafo único. A contratualização é a formalização da relação entre o gestor público de saúde e os hospitais integrantes do SUS, públicos e privados, com ou sem fins lucrativos, sob sua gestão, por meio de instrumento formal de contratualização. Art. 30. A contratualização tem como finalidade a formalização da relação entre gestores de saúde e hospitais integrantes do SUS por meio do estabelecimento de compromissos entre as partes, promovendo a qualificação da assistência, da gestão hospitalar e do ensino/pesquisa, de acordo com as seguintes diretrizes: I - adequação das ações e serviços contratualizadas às necessidades locais e regionais pactuadas na CIB ou na CIR¹, quando houver; II - definição das ações e serviços de saúde e atividades de ensino e pesquisa que serão disponibilizadas para o gestor; III - estabelecimento de valores e formas de repasse dos recursos financeiros condicionados ao cumprimento e monitoramento de metas quali-quantitativas; IV - aprimoramento dos processos de avaliação, controle e regulação dos serviços assis-

¹ A Lei 8.080/90, no seu Art. 12 cita sobre a criação das comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

No Decreto 7.508/2011 especifica sobre as Comissões Intergestores em seu art. 30. Seu papel está na pactuar a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde, sendo: I - a CIT, no âmbito da União, vinculada ao Ministério da Saúde para efeitos administrativos e operacionais; II - a CIB, no âmbito do Estado, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais; e III - a Comissão Intergestores Regional - CIR, no âmbito regional, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da CIB.

Nas Comissões Intergestores, os gestores públicos de saúde poderão ser representados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS e pelo Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde - COSEMS.

tenciais; e V - efetivação do controle social e garantia de transparência.

Para que as metas estipuladas tenham efetividade se faz necessário coordenar, controlar, regular e avaliar todo o sistema de saúde. A mensuração das metas permite visualizar o andamento do serviço ofertado, os recursos utilizados, dimensionar os serviços e a capacidade instalada, permitindo também a análise pelo planejamento institucional a fim tomadas de decisão a nível gerencial.

As metas estipuladas as instituições de saúde, que tenham contratos com gestores do SUS, fazem parte as estratégias de funcionamento do SUS e tem como base o Programa de Saúde (PS) e Programação Anual de Saúde (PAS) de acordo com a Portaria Nº 2.135, de 25 de setembro de 2013. O PS norteia a elaboração do planejamento e orçamento do governo no tocante a saúde e configura-se como base para a execução, o acompanhamento, a avaliação da gestão do sistema de saúde e contempla todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade dessa atenção e sua elaboração tem que pautada, entre outras, na RAS, no fluxo do acesso (observando o Mapa de Saúde) e na definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores bem como no processo de monitoramento e avaliação. A PAS irá operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde visando anualizar as metas do Plano de Saúde e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados. A nível Estadual e Municipal a PAS precisa definir as ações que, no ano específico, garantirão o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde, identificar os indicadores que serão utilizados para o monitoramento da PAS e qual será a previsão da alocação dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da PAS. Todos os orçamentos, recursos e alocações dependerá da articulação dentro da RAS, como se dará as responsabilidades de cada ente e que fluxos serão tomados para que o funcionamento do SUS tenha o alcance desejado.

A Portaria Nº 1.559/2008, determina que as esferas de governo criem ordenamento para o fluxo da assistência ao paciente no SUS. Esse ordenamento permiti que os gestores elaborem os recursos necessários para atenção em saúde. Nos hospitais essa ponte de interligação pode ser feita por meio pelos Núcleo Interno de Regulação (NIR), onde as demandas são interligadas e direcionadas por meio de fluxos assistenciais e protocolos clínicos definidos. Para entender sobre o NIR é preciso entender como é estruturado esse aporte dentro da assistência.

NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO

Os Núcleos Internos de Regulação têm um papel importante para gerenciar as demandas hospitalares da RAS. De acordo com a Portaria nº 3. 390/2013, que institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS), os hospitais são definidos como instituições que possuem graus de complexidade e aporte tecnológico de densidade específica, que tem uma equipe multiprofissional e interdisciplinar responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas e que necessitam de assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação, sendo ponto de atenção dentro da rede, de forma articulada, tendo missão e perfil assistencial definidos conforme o perfil demográfico e epidemiológico da população e de acordo com o desenho da RAS loco-regional, vinculados a uma população de referência com base territorial definida, com acesso regulado e

atendimento por demanda referenciada e/ou espontânea.

Na Portaria 3.390/2012 considera o NIR como:

[...] a interface com as Centrais de Regulação para delinear o perfil de complexidade da assistência que sua instituição representa no âmbito do SUS e disponibilizar consultas ambulatoriais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, além dos leitos de internação, segundo critérios pré-estabelecidos para o atendimento, além de buscar vagas de internação e apoio diagnóstico e terapêutico fora do hospital para os pacientes internados, quando necessário.

Outra atribuição no NIR é o de gerenciador dos leitos hospitalares por meio da perspectiva da integração da prática clínica no processo de internação e de alta, objetivando o aumento da ocupação de leitos e sua otimização, utilizando sua real capacidade instalada a fim de melhorar o atendimento ao usuário.

O caráter subjetivo, centrado em critérios pessoais ou mesmo unilateral passa a ser regido por protocolos clínicos formados por uma equipe multidisciplinar com embasamentos na Medicina Baseada em Evidências (MBE).

O NIR é um órgão colegiado ligado hierarquicamente à direção das Unidades Hospitalares Públicas e conveniadas ao SUS podendo ser composto por representantes do corpo clínico, setores ligados a admissão e alta, informações, faturamento, coordenadores ou chefias das áreas: clínica, cirúrgica, de emergência, bem como de outros setores julgados como necessários pela direção do estabelecimento de saúde hospitalar (GOV. AMAZONAS, 2013, p. 11).

O NIR como ferramenta de gestão permite que regular a entrada do paciente por fluxos assistenciais com base em protocolos, onde os usuários entram no sistema de forma mais criteriosa e equânime. Outro ponto do NIR é o acompanhamento da permanência do usuário, observando o tempo médio de permanência que cada procedimento determina, intervir nos casos onde a demora é por fechamento de diagnóstico (pendências de exames, por exemplo), alta social, ordenamento de contrarreferências, entre outros.

Ao analisarmos documentos que instituem os NIR's no Brasil observa-se as características e as atribuições em comum. Tomamos como exemplo o Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Além da regulação no que tange o ordenamento do paciente, os NIR's têm os seguintes papéis na gestão da saúde, a saber:

- Apoiar as equipes das unidades no correto fluxo do paciente no complexo hospitalar;
- Conferir as etapas do tratamento para que o paciente receba cuidado integral às suas necessidades de saúde durante o processo terapêutico;
- Auditar a regulação de leitos das unidades de internação, seguindo a lógica das necessidades sazonais e epidemiológicas próprias da população atendida;
- Auditar a regulação de consultas e procedimentos de todas as unidades, seguindo a lógica das necessidades sazonais e epidemiológicas próprias da população atendida e a contratualização estabelecida;
- Acompanhar a efetividade clínica e, em caso de desequilíbrio entre a demanda e a oferta de leitos, utilizar critério de admissão por risco;
- Discutir com as equipes a ampliação da efetividade clínica para melhor aproveitamento de recursos;

- Participar da criação e implementação de protocolos clínicos baseados no perfil de morbimortalidade hospitalar, na Medicina Baseada em Evidência, na Enfermagem Baseada em Evidência e na Saúde Pública Baseada em Evidência, com foco nas Linhas de Cuidado;
- Atuar como facilitador na implantação do Projeto Terapêutico Singular (PTS), especialmente para os pacientes de longa permanência;
- Monitorar o Tempo Médio de Permanência (TMP) das internações e identificar possíveis inconsistências e suas causas;
- Monitorar o Tempo de Espera de Cirurgia e identificar possíveis inconsistências e suas causas;
- Monitorar a taxa de reinternação hospitalar e identificar possíveis inconsistências e suas causas;
- Participar da criação e implementação do Plano de Alta Hospitalar baseado no perfil de morbimortalidade hospitalar, na Medicina Baseada em Evidência, na Enfermagem Baseada em Evidência e na Saúde Pública Baseada em Evidência, com foco nas Linhas de Cuidado;
- Realizar o monitoramento contínuo do Plano Diretor de Regionalização, juntamente com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), sede da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e municípios da região ampliada, alta e média complexidade, através do acompanhamento das cotas de procedimentos por município, previstas na Programação Pactuada Integrada (PPI);
- Integrar o serviço aos outros hospitais da rede assistencial local e fora da macrorregião para o remanejamento de pacientes, quando as condições clínicas permitirem, para realização de procedimentos de apoio diagnóstico e terapêutico não disponíveis no serviço, com vistas à diminuição das taxas de permanência e aumento das taxas de ocupação e rodízio da Instituição.

As decisões, os acompanhamentos e monitoramentos da equipe do NIR permite ao gestor identificar como anda os indicadores hospitalares (taxa de ocupação, tempo médio de permanência, entre outros). Isso faz com que o gestor tenha como definir estratégias para efetivar o atendimento, gerar menor custos operacionais, fazer com que exista rotatividade dos leitos e alocar recurso para áreas por meio das demandas identificadas e os perfis epidemiológicos nos usuários, podendo definir juntamente com o município estratégias em saúde para garantir a integralidade do cuidado.

NIR como ferramenta de Gestão em Saúde

A regulação sobre sistemas de saúde tem como principais funções a definição de normas, monitoramento, fiscalização, controle e avaliação dos serviços de saúde. Em muitos casos, sem o controle de um setor que visa observar todos os protocolos e organização dos serviços ofertados, pode gerar dissonância institucional pois cada profissional usaria critérios meramente subjetivos para o atendimento e conseqüentemente poderia não priorizar as demandas que de fato precisaria de uma atenção e resolução. Sem um fluxo definido e aceito por todos, como Norma Operacional, o serviço de saúde pode não observar o critério de equidade da assistência e, conseqüentemente, comprometer o seu ganho social.

Por ter o caráter articulador o NIR avalia e monitora as ações em saúde. Possui um caráter de gestão e, em algumas regiões, esse papel é determinado por meio de publicações que estabelece e define essa característica. Podemos exemplificar com a Portaria de nº 457/2016-AHM.G da Cidade de São Paulo, onde em seu art. 6º fala que a regulação e o gerenciamento das ofertas hospitalares atribuídas ao NIR conferem a esse núcleo o status de gestor de fluxos, permitindo autonomia gerencial interna para propor novos fluxos, modificar mecanismos de coleta de dados e ser uma interlocução técnica para o uso de sistemas de informação, podendo solicitar informações às áreas, bem como realizar ou propor quaisquer ações no sentido da ótima execução de suas atribuições. A Portaria explica que o papel do NIR, e sua atuação, permite que ações gerenciais, a saber:

- Controle da demanda por recursos tecnológicos;
- Otimização das ocupações de salas de cirurgias e monitora a fim de reduzir o número de procedimentos eletivos cancelados/suspensos;
- Ponte de apoio na redução do tempo de espera entre a indicação de terapia cirúrgica e a realização do procedimento;
- Faz o monitoramento da Taxa de Ocupação Hospitalar e a Média de Permanência por especialidade;
- Busca a redução sistemática da permanência do paciente em regime de internação com utilização de ferramentas de gestão da clínica e de gestão do cuidado pactuadas;
- Pauta sobre o padrão de utilização das ofertas para tomada de decisão estratégica;
- Entre outras ações.

Em um hospital onde os leitos são ocupados de forma desordenadas, sem critérios clínicos, com longas permanências de pacientes que poderiam ter alta e não ocorreu por falta de monitoramento, entre outros pontos, fazem com que os custos operacionais sejam elevados e dispendiosos, ocupa as vagas que poderiam ser destinados a outros usuários que estejam em filas de espera e impacta de forma negativa para o próprio paciente que se encontra em leitos hospitalares onde poderia ter tido alta ou encaminhado a outros tratamentos definidos em protocolos, garantindo a continuidade do tratamento.

Os custos originados pela demanda reprimida, pelos altos índices de permanência do paciente no leito (sem a real necessidade), os altos índices de cancelamentos cirúrgicos por falta de leito e salas de cirurgias tem impactos negativos na gestão hospitalar e ocasiona não cumprimentos de metas estabelecidas com contratos com o SUS.

É necessário assinalar que a falta ou a dificuldade de acesso à assistência nos serviços de atenção primária, a baixa resolubilidade desse nível assistencial e a não viabilidade da contrarreferências do paciente para o acompanhamento ambulatorial induzem os usuários com queixas crônicas e sociais a procurar os serviços de urgência como porta de entrada do sistema de saúde. Soma-se a isso a insuficiente oferta de leitos hospitalares nos serviços da rede assistencial, que prolonga a permanência dos pacientes em espera do leito apropriado para continuidade da assistência. De maneira geral, os leitos hospitalares de urgência disponíveis nos municípios-polo regionais não servem à assistência exclusiva dos seus municípios. Oriundos de outros municípios e estados, pacientes chegam às unidades hospitalares de referência no atendimento às urgências, ora por livre demanda, ora encaminhados por mecanismos de pactuação entre municípios (BARBOSA *et al.*, 2016, p. 2).

O NIR, por meio de acompanhamento dos dados estatísticos e a tomada de decisões

assistências, auxiliam os gestores no processo sistemático da saúde hospitalar. Os indicadores de saúde são reflexo das ações da regulação assistencial.

De acordo com Bittar (2001) Indicador permite ser um guia para monitorar e avaliar a qualidade no cuidado os usuários pois permitem, de forma indireta, mensurar como o serviço atende os resultados específicos dentro de uma organização de saúde para saber se estão conformes ou não. Na gestão pela qualidade total, indicadores também são chamados de itens de controle. Os indicadores permitem que haja mensuração dos aspectos qualitativos e/ou quantitativos relativos ao meio ambiente, à estrutura, aos processos e aos resultados. Os resultados obtidos da mensuração qualitativa e quantitativa é de grande importância para realizar qualquer função administrativa na saúde e os reflexos dessa no sistema, sendo as comparações entre metas, fatos, dados, informações, a criação de parâmetros, internos e externos, são peças fundamentais para o conhecimento das mudanças ocorridas em uma instituição.

Os Indicadores de saúde permitem que o gestor do SUS elabore o Relatório de Gestão. De acordo com Portaria 2.135/2013 é por meio desse relatório que irá permitir ao gestor apresentar os resultados alcançados com a execução da PAS e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde. Os impactos dos indicadores estão diretamente ligados a recursos orçamentários. Nesse ponto o NIR, com todo processo de acompanhamentos dos indicadores e sendo o ordenador do fluxo dos usuários dentro da instituição, tem papel fundamental, nos resultados mensurados, para garantir não somente dados epidemiológicos, mas também recursos orçamentários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O papel do NIR permite efetivar a capacidade instalada da instituição, utilizando os protocolos clínicos, as taxas de ocupação, média de permanência, entre outros parâmetros, para que o acesso a população a saúde seja garantido, visando atender as demandas da população e dos gestores públicos à saúde. O SUS é um sistema complexo e seu ordenamento deve ser pautado em regulação que permita priorizar as demandas existentes para garantir a equidade do acesso. O acompanhamento por uma equipe que permita definir os parâmetros da gestão hospitalar e acompanhar os indicadores é fundamental para que os recursos sejam alocados de forma eficiente.

Existe muita resistência institucional a implantação do NIR, pois as decisões deixa de ser fragmentada e subjetiva e passa a ser estruturada de forma ordenada, qualificada, objetiva e oportuna – não existe exclusividade de uma equipe, de um médico - permitindo um controle amplo das etapas do processo assistencial, desde a entrada do usuário ao sistema, passando pela real necessidade de permanência (com observância de pendências de exames, por exemplo), a continuidade do tratamento e sua alta por meio de contrarreferências. Cabe as instituições colocar os componentes de regulação à saúde como prática assistencial para atingir a efetividade a que foi destinada.

REFERÊNCIAS

- BADUY, Rossana Staevie; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; ZUCOLI, Marlene; BORIAN, Joelma Teixeira. A regulação assistencial e a produção de cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 27(2): 295-304, fev., 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000200011>. Acessado em 30/06/2017.
- BARBOSA, Dayse Vieira Santos; BARBOSA, Nelson Bezerra; NAJBERG, Estela. Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. *Cad. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/2016nahead/1414-462X-cadsc-1414-462X201600010106.pdf>>. Acessado em 27/09/2017.
- BITTAR, Olímpio J. Nogueira V.. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. *RAS_ Vol. 3, Nº 12 – Jul-Set, 2001*. Disponível em: <<http://sistema4.saude.sp.gov.br/sahe/documento/indicadorQualidadel.pdf>>. Acessado em 30 de novembro de 2017.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Curso básico de regulação, controle, avaliação e auditoria no SUS. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento Nacional de Auditoria do SUS – 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. DECRETO Nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Brasília, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei 8080. Lei Orgânica da Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB - SUS 93. Brasília, 1993a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.559, de 1º de agosto de 2008 - Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 234, de 07 de fevereiro de 1992. Edição da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde para 1992 (NOB-SUS/92). Brasília, 1992.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013 - Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 373, DE 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS/2002). Brasília, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 - Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.135, de 25 de setembro de 2013 - Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Brasília, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acessado em 12/06/2017.

GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS. Regulamento operacional da central de regulação de internações hospitalares do Amazonas. Jul./2013. Disponível em< <http://docplayer.com.br/2826271-Regulamento-operacional-da-central-de-regulacao-de-internacoes-hospitalares-do-amazonas.html>>. Acessado em 21/07/2017.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. O Núcleo Interno de Regulação - NIR - do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. EBSEH: Boletim de Serviço HC-UFTM/Filial EBSEH n.º 56, de 26 de agosto de 2015, p. 25-34. Disponível em:< <http://www.ebserh.gov.br/web/hc-uftrm/regimento1>>. Acessado em 21 de julho de 2017.

NASCIMENTO, Adail Afrânio Marcelino; DAMASCENO, Ana Kelve; SILVA, Maria Josefina da; SILVA, Maria Veronica Sales de; FEITOZA, Aline Rodrigues. Regulação em saúde: aplicabilidade para concretização do Pacto de Gestão do SUS. Cogitare Enferm abr./jun. 2009; 14(2): 346-52. Disponível em< <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/15628/10399>>. Acessado em 30/07/2017.

GOVERNO DE SÃO PAULO. PORTARIA Nº 457/2016-AHM.G: Instituir Núcleo Interno de Regulação (NIR) em cada unidade hospitalar municipal sob gestão da Autarquia Hospitalar Municipal. Diário Oficial Cidade de São Paulo, Nº 245 - DOM de 30/12/2016 p.27. Disponível em:<ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssp/bibliote/informe_eletronico/2016/lcls.dez.16/lcls245/M_PT-AHM-457_2016.pdf>. Acessado em 15/10/2017.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. UNA-SUS/UFMA. Redes de atenção à saúde: a atenção à saúde organizada em redes/Nerícia Regina de Carvalho Oliveira (Org.). - São Luís, 2015.

VILARINS, Geisa Cristina; SHIMIZU, Helena Eri; GUIERREZ, Maria Margarita Urdaneta. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v. 36, nº 95, p. 640-647, out/dez 2012. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042012000400016>. Acessado em 28/05/2017.

