

Regulação em Saúde

Este TBL foi utilizado no curso de Especialização em Regulação em Saúde no SUS, pelo Hospital Sirio Libanês, em projeto em parceria com o Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS.

Sistema de Saúde de Pólis

Pólis é um município de cerca de um milhão de habitantes, pólo de uma região com outros 19 municípios com mais dois milhões de habitantes. Sua rede SUS conta com 50 UBS tradicionais e 30 com ESF, sete UPAS, três policlínicas de especialidades, cinco hospitais públicos e nove privados contratados. Conta ainda com um serviço de atenção domiciliar, três centros de especialidades odontológicas, seis CAPS, um laboratório público de análises clínicas, e serviços nas áreas de sangue e hemoderivados, medicamentos e insumos, vigilâncias sanitária e epidemiológica, entre outros.

Em Pólis está instalado o SAMU Regional, que conta com nove Unidades de Suporte Avançado - USA terrestres, 25 Unidades de Suporte Básico - USB e um helicóptero da Polícia Militar com convênio para atendimento aero médico. Cinco USA estão no município sede e as outras quatro em bases em posições estratégicas para um bom tempo resposta. Todos os municípios da região tem base descentralizada de USB.

POLIS tem responsabilidade pela gestão de todos os serviços do SUS no município, exceto o Hospital Universitário. Em alguns serviços existe duplicidade de comando com o governo do estado, com paralelismo na regulação de algumas situações, especialmente aquelas para as quais o acesso é mais difícil, como urgência/emergência e especialidades ambulatoriais que envolvem alta densidade tecnológica.

Entre as dificuldades enfrentadas na regulação assistencial destacam-se cadastros desatualizados, fragilidade do sistema de informações gerenciais e incipiência de regras e protocolos que orientem o acesso e fluxo dos usuários, além, é claro, de incompatibilidade entre oferta e demanda em diversas áreas. Desde 2005 está implantado o complexo regulador, que teve como prioridades o controle da utilização de leitos, em especial os de emergência e de terapia intensiva, as consultas especializadas e a diagnose-terapia de maior densidade tecnológica e de alto custo. Os pactos com os profissionais de saúde e os prestadores de serviço não são integralmente cumpridos, gerando conflitos frequentes nos processos de gestão e dificuldades na governança da rede regional, e, por vezes, uma sensação de impotência da equipe responsável pela regulação.

Na *urgências* a estrutura do SAMU tem permitido um razoável tempo-resposta, mas boa parte dos pacientes atendidos, mesmo com convênio, são encaminhados para uma emergência publica pela insuficiência da rede conveniada nesse tipo de assistência. Duas rodovias que ligam alguns municípios foram privatizadas e montaram o serviço de atendimento médico nas estradas, com uma central para acionamento e encaminhamento das vítimas atendidas, mas que não faz nenhum contato com a Central de Regulação das Urgências, encaminhando os pacientes diretamente para as portas de entrada do município polo.

Considerando apenas os habitantes de PÓLIS, o número de leitos de cirurgia e de terapia intensiva está coerente com as normas técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, mas é insuficiente para a região referenciada. Não existem leitos específicos de UCO ou UAVC nos hospitais. O hospital estadual é a única referência de emergência para especialidades como ortotrauma, cardio e neuro, para toda a região. Os protocolos da linha de cuidado do IAM e do AVC não estão implantados. A indicação de uso de trombolítico é sempre decidida na urgência, uma vez que essa medicação somente é aplicada na emergência hospitalar, por falta de protocolo.

Os pacientes com afecções cardiovasculares atendidos na emergência, são direcionados para os leitos de terapia intensiva. Esses mesmos leitos também são destinados para casos de trauma cirúrgico. Os pacientes mais graves atendidos nas UPAs e nos hospitais da região, depois de estabilizados, são transferidos para os hospitais de referência, em média entre 24 e 48 horas. A transferência é feita pelas ambulâncias do SAMU e regulada pela Central de Regulação das Urgências. O SAMU relata dificuldades na interface com a Central de Regulação de Leitos e os municípios da região também referem que a Central de Regulação das Urgências demora muito para dar resposta. A Central, por sua vez, informa que a utilização de ambulâncias do SAMU para o transporte inter-hospitalar ou intermunicipal contribui para retardar o atendimento. Os pacientes transferidos pelo SAMU, mesmo depois de estabilizados pelos serviços de emergência dos hospitais de referência, demoram para serem encaminhados ao centro cirúrgico ou aos leitos de enfermaria ou terapia intensiva, ficando na emergência e contribuindo para a superlotação dessas unidades.

A central de *regulação de leitos* funciona em parceria com o SAMU municipal, mas essa integração é parcial e isso se expressa pelas seguintes dificuldades: duplicidade de comando; falta de protocolos de fluxos e de prioridades pactuadas; sistema de informação inadequado; ausência de controle e acompanhamento dos leitos de retaguarda; e defasagem entre demanda e oferta em algumas especialidades

Um dos principais problemas de acesso às internações é a retaguarda de ortopedia, para a realização de procedimentos de segundo tempo do trauma e cirurgia cardíaca. Faltam definições de fluxo para doenças de grande prevalência como as síndromes coronarianas agudas e acidentes vasculares cerebrais. Há um expressivo número de pacientes sequelados e crônicos que ocupam os leitos dos grandes hospitais.

O gestor municipal tem sido frequentemente acionado para autorizar a utilização de terapia intensiva, colocação de órteses e próteses e outras terapias de alto custo em pacientes internados por planos de saúde com insuficiente cobertura de procedimentos e serviços. Ações judiciais decorrentes de recusas ou impossibilidade dos gestores do SUS também são frequentes, especialmente na assistência farmacêutica.

Os principais problemas para a *regulação ambulatorial* decorrem de uma capacidade instalada insuficiente e não otimizada na área especializada e de fluxos assistenciais não claramente estabelecidos pelos protocolos existentes. As informações gerenciais sobre oferta e utilização não são confiáveis.

Os serviços de atenção básica, tanto em POLIS como na região, mostram baixa resolubilidade e pouca influência na regulação do acesso aos outros níveis de atenção. Há falta e alta rotatividade dos profissionais médicos nesses serviços, dificuldades de agendamento de consultas eletivas nas UBS e um elevado número de encaminhamentos aguardando agendamento para atenção ambulatorial especializada. O sistema de agendamento é informatizado e a programação da oferta é regulada pela diretoria de avaliação e controle - DAC. Como o agendamento é concentrado nos primeiros dias do mês, quando as UBS abrem a agenda dos especialistas para marcação, formam-se longas filas, com disputa de vagas. Em algumas áreas de especialidade, como a cardíaca e a ortopédica de alto custo, há oferta acima da necessidade, ao passo que em outras, como dermatologia e otorrino, observa-se importante restrição.

Mesmo que se obtenha acesso à consulta isso não garante a realização do procedimento diagnóstico ou terapêutico. Recente levantamento mostrou que o número de usuários que aguarda consultas/procedimentos se conta aos milhares e o tempo de espera varia, a depender da especialidade, entre seis e 26 meses.

O secretário interrompe o relato:

Somando-se a essas dificuldades, e mesmo investindo 26% de nossa receita em saúde, somos acusados por representantes da secretaria estadual de saúde e de alguns gestores da região, como aconteceu na última reunião da CIR, de restringir indevidamente o acesso aos usuários da região, não cumprindo a Programação Pactuada e Integrada – PPI. Nessa reunião, os representantes dos municípios da região relataram que, pressionados pelas situações decorrentes de demandas reprimidas, precisam fazer contratos *extras* – ‘fora do SUS’ - com prestadores para atender demandas específicas, como exames e procedimentos ambulatoriais especializados.

Tenho tido também frequentes solicitações de vereadores e conselheiros de saúde pedindo guias de consultas, vagas em hospitais, exames ... A maioria dos nossos protocolos não são seguidos. Percebo que existem muitos “atravessamentos”, “jeitinhos” que dificultam nossa regulação. Os médicos mesmo, como vocês sabem, burlam as regras, usam relações pessoais para encaminhar pacientes pela rede sem passar pela Central de Regulação ...

QUESTÕES

1. A regionalização da saúde e conformação de Redes de Atenção à Saúde – RAS é uma condição necessária para a integralidade no cuidado à saúde. De que forma a Regulação da atenção pode contribuir mais efetivamente com este objetivo?
 - a) Oferecendo subsídio técnico para o processo decisório e participando do gerenciamento das RAS, visando assegurar que os pactos e responsabilidades sejam cumpridos
 - b) Propondo intervenções que considerem demandas, necessidades e o perfil de morbimortalidade
 - c) Adotando normas e protocolos que orientem o acesso, assegurem o cumprimento das responsabilidades e contribuam para o processo decisório
 - d) Reconhecendo as potencialidades e limites dos mecanismos de regulação governamental e estabelecendo pactos e acordos que envolvam os demais atores, inclusive os usuários
2. Entre os problemas abaixo qual você considera o mais importante a ser enfrentado pelo setor de Regulação da assistência à saúde em Pólis?
 - a) Desarticulação entre os níveis de atenção em um modelo orientado, especialmente, pela demanda espontânea
 - b) Predomínio de um modelo de gestão tradicional, pouco permeável à capacidade de aprendizagem e de adaptação à dinamicidade dos contextos, e, conseqüentemente, de responder às necessidades dos usuários
 - c) Fragilidade da atenção básica para exercer o papel de coordenadora do cuidado integral e ordenadora da rede de atenção
 - d) Desarticulação entre as ações de regulação assistencial e a construção da integralidade/ produção do cuidado em redes
3. A Política Nacional de Regulação define regulação assistencial “(...) disponibilização da alternativa assistencial mais adequada às necessidades do cidadão (...)”. Regular pressupõe, portanto, esforços que visem assegurar a integralidade da atenção. Entre as alternativas, escolha aquela em que a Regulação pode contribuir mais para isso:
 - a) Construindo protocolos assistenciais e promovendo a gestão dos processos de trabalho de forma coordenada à produção do cuidado
 - b) Criando espaços de diálogo com as equipes de saúde e valorizando singularidades captadas entre profissionais e usuário
 - c) Orientando os fluxos assistenciais a partir da atenção básica, empoderando-a para que possa efetivamente regular os demais níveis de atenção
 - d) Articulando as ações nas dimensões macro e microregulatória, criando espaços de diálogo que atendam aos princípios do SUS e o interesse público e atuando simultaneamente nos processos de trabalho e cuidado em saúde
4. Entre os desempenhos esperados pelos técnicos e gestores responsáveis pela Regulação da Saúde em Pólis, qual você considera mais importante?
 - a) Identifica conflitos de interesse e suas implicações para as funções regulatórias e dissemina processos de negociação, colaboração e controle que promovam o acesso oportuno e qualificado aos serviços de saúde
 - b) Utiliza dispositivos, ferramentas e instrumentos que viabilizem o acesso, com equidade, visando à efetivação de uma regulação assistencial orientada pelo diálogo entre necessidades e recursos disponíveis
 - c) Analisa o perfil de morbimortalidade, identificando riscos e vulnerabilidades das populações, e os cenários interno e externo das organizações de saúde visando atendimento das necessidades e construção de redes
 - d) Identifica necessidades e oportunidades de aprendizagens utilizando a realidade do trabalho para disparar processos de aprendizagem, respeitando o conhecimento prévio de cada um e o respectivo contexto sociocultural