

Dispositivos da Regulação Assistencial

Desafios para regulação produtora de cuidado.



ELAINE GIANNOTTI

Assessora Técnica COSEMS/SP



Dimensões da regulação

- **Regulação sobre sistemas**

“A regulação estatal sobre o Setor Saúde compreende tanto o ato de elaborar regulamentações sobre a produção de bens e serviços de Saúde, quanto às ações de fiscalização, controle, avaliação e auditoria que assegurem o seu cumprimento.

- **Regulação da Atenção**

“tem como objeto a produção de todas as ações diretas e finais de atenção à saúde, dirigida aos prestadores de serviços de saúde, públicos e privados.

- **Regulação do Acesso**

“conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a estes.”



PORTARIA No- 1.559, DE 1 DE AGOSTO DE 2008

As ações da política estão organizadas em três dimensões de atuação, integradas entre si.

- Entre as ações da **Regulação de Sistemas de Saúde** estão: vigilância sanitária e epidemiológica; e avaliação e incorporação de tecnologias em saúde.
- **Regulação da Atenção à Saúde** prevê, entre outras ações, o cadastramento de estabelecimentos profissionais de saúde no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); e supervisão e processamento da produção ambulatorial e hospitalar.
- **Regulação do Acesso à Assistência** : a regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências; e a padronização das solicitações de procedimentos por meio de protocolos assistenciais; entre outras ações.



REGULAÇÃO DO ACESSO

Regulação Operada nos Serviços de Saúde

- parte da escuta para as necessidades singulares captadas a partir do encontro dos profissionais com os usuários
- dimensão clínica para tomada de decisão.
- olhar do espaço da micropolítica e da singularidade dos sujeitos





REGULAÇÃO DO ACESSO

Regulação Operada nas Centrais de Regulação

- parte de uma análise das principais demandas e do perfil de morbimortalidade da população
- AB resolutiva e AE responsável para poder operar com olhar sobre uma dimensão macro territorial para tomada de decisão.





REGULAÇÃO DO ACESSO

Olhares complementares não devem se sobrepor

- Os serviços de saúde (e não a Central de Regulação), que, conhecendo o sujeito na sua singularidade e contexto, têm melhores condições de priorizar as situações de maior vulnerabilidade e risco.
- A Central de Regulação deve funcionar como o apoio para a Atenção Básica e para as portas de urgências. Equipes matriciadoras em relação às equipes de referência, promovendo discussão de casos, pactuação de protocolos e diretrizes clínicas.





REGULAÇÃO DO ACESSO

- Criação de “**espaços intercessores**” (Merhy, 2006) entre equipes de referencia e equipes de regulação, e de apoio matricial – um intervém sobre o outro
- Na regulação, por mais importantes que sejam os sistemas de informática ou as condições estruturais da rede de serviços, é imperioso o investimento nos trabalhadores.
- As Macropolíticas dão as condições para mudanças no nível micro mas as mudanças de fato só ocorrem com incorporação de **tecnologias leves**

Regulação também pode ser espaço de trabalho vivo em ato



REGIMES DE REGULAÇÃO

REGULAÇÃO
GOVERNAMENTAL

REGULAÇÃO
PROFISSIONAL

REGULAÇÃO
CLIENTELÍSTICA

REGULAÇÃO
LEIGA





MODALIDADES

REGULAÇÃO
AMBULATORIAL

REGULAÇÃO
DAS URGÊNCIAS

REGULAÇÃO
HOSPITALAR





AÇÕES DA REGULAÇÃO AMBULATORIAL

- Monitorar Absenteísmo e Perdas Primárias
- Participar de espaço de encontro , favorecer matriciamento
- Reduzir tempo de espera dos casos mais graves por meio do uso de protocolos de acesso
- Utilizar reservas técnicas quando necessário
- Monitorar o uso das vagas pelas unidades solicitantes
- Regular pensando a linha de cuidado
- Fazer gestão da fila de espera



AÇÕES DA REGULAÇÃO AMBULATORIAL

COMO AS FILAS
SÃO FORMADAS

POSSIBILIDADES
TERAPÊUTICAS PARA
QUEM ESTÁ NA FILA

MONITORAMENTO
DE QUEM ESTA NA
FILA

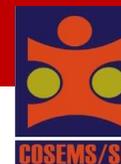
CRITÉRIOS PARA O
AGENDAMENTO -
transparência



AÇÕES DA REGULAÇÃO DE URGÊNCIA

- Disponibilidade do recurso necessário ao usuário
- Grade de referência pactuada em CIR e atualizada
- Monitoramento da saturação das portas de entrada de urgência
- Critérios para vaga zero e protocolos de classificação de risco
- Organizar processos de trabalho para organizar a regulação das Urgências Absolutas e Relativas
- Fóruns de Regulação de Urgências
- Atuar na auto regulação das urgências interhospitares





CROSS

- Regulação médica das Urgências Absolutas/Relativas (busca por recurso);
- Regulação de urgência em Saúde Mental (leitos);
- Acompanhamento da regulação de urgência das regiões;
- Regulação ambulatorial de oncologia;
- Regulação ambulatorial da Rede Lucy Montoro
- Desenvolvimento e manutenção do portal CROSS

AÇÕES DA REGULAÇÃO HOSPITALAR



ATRIBUIÇÕES DO NIR

- Aprimorar a **interface entre a gestão interna** hospitalar e a **regulação de acesso** hospitalar.
- **Monitorar** recepção, admissão, transferências, alta e continuidade do cuidado, apoiando as equipes na definição de **critérios para internação** e instituição de **alta hospitalar responsável**.
- **Otimizar a gestão dos leitos** acompanhando as TOH e o TMP
- Estabelecer mecanismos de **apoio para redução do tempo de espera** entre a indicação cirúrgica e a realização do procedimento.
- Monitorar e implantar estratégias para **redução do absenteísmo**, **perdas primárias** e cancelamento de procedimentos eletivos

ATRIBUIÇÕES DO NIR

- Elaborar **relatórios** mensais e subsidiar discussões para o planejamento da ampliação e/ou readequação do perfil dos leitos ofertados, participando na comissão de contratualização do hospital e dos fóruns regionais de regulação
- Qualificar os **fluxos de acesso** aos serviços
- Induzir a implantação dos mecanismos de **gestão da clínica** tais como Kanban, Projeto Terapêutico Singular e Gestão da Fila de consultas e exames.
- Colaborar tecnicamente, com dados de monitoramento, na proposição e atualização de **protocolos/diretrizes** clínicas e terapêuticas e protocolos administrativos.





PROTOSCOLOS DE ACESSO

- Fornece diretrizes para **uso racional das tecnologias** de apoio diagnóstico e terapêutico;
- Parte das evidências dos protocolos clínicos mas deve ser **adaptável** às realidades dos territórios
- Estabelece **fluxos de encaminhamentos** entre diferentes âmbitos da atenção, orientando os atos profissionais a partir dos protocolos clínicos;
- Busca superar a **ordem de chegada** como critério organizador do acesso, qualificando a ação regulatória
- **Despersonaliza** a ação regulatória e dá transparência para tomada de decisão;
- Coordena e integra os processos de trabalho entre os níveis de assistenciais;



CONSTRUÇÃO DOS PROTOCOLOS DE ACESSO

- Os profissionais que utilizarão os protocolos tem que ser participantes ativos de sua construção
- Ter a convicção de que aquele instrumento servirá para ajudá-los no exercício da clínica e não para cercear sua prática
- Gestores com predisposição para construir um processo participativo e análise das olhar de cada parte para se pensar em estratégias mais eficazes.



CONSTRUÇÃO DOS PROTOCOLOS DE ACESSO

- Protocolos baseados em médias e medianas (evidencias). E o que foge da regra ?
- a equipe de regulação tem que estar aberta para escuta do que a equipe de referência encontra e esta também tem que estar aberta à escuta do usuário.
- O uso de um protocolo não pode limitar o ato clínico. Serve para orientar a prática dos profissionais.
- Informações na ficha de encaminhamento que permitam a classificação do risco e definição de prioridade

PROTOSCOLOS DE ACESSO - EXEMPLOS



- Acolhimento e Classificação de Risco nas UBS e Pronto Atendimentos
- Acesso a exames, terapias e consultas especializadas
- Transferência inter-hospitalar de Urgência e Emergência



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA AB

Situação aguda ou crônica agudizada

Condutas possíveis:

- **Atendimento imediato (alto risco de vida):** necessita de intervenção da equipe no mesmo momento, obrigatoriamente com a presença do médico. Ex.: Parada cardiorrespiratória, dificuldade respiratória grave, convulsão, rebaixamento do nível de consciência, dor severa.
- **Atendimento prioritário (risco moderado):** necessita de intervenção breve da equipe, podendo ser ofertada inicialmente medidas de conforto pela enfermagem até a nova avaliação do profissional mais indicado para o caso. Influencia na ordem de atendimento. Ex.: Crise asmática leve e moderada, febre sem complicação, gestante com dor abdominal, usuários com suspeita de doenças transmissíveis, pessoas com ansiedade significativa, infecções orofaciais disseminadas, hemorragias bucais espontâneas ou decorrentes de trauma, suspeita de violência.
- **Atendimento no dia (risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante):** situação que precisa ser manejada no mesmo dia pela equipe levando em conta a estratificação de risco biológico e a vulnerabilidade psicossocial. O manejo poderá ser feito pelo enfermeiro e/ou médico e/ou odontólogo ou profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) dependendo da situação e dos protocolos locais. Ex.: disúria, tosse sem sinais de risco, dor lombar leve, renovação de medicamento de uso contínuo, conflito familiar, usuário que não conseguirá acessar o serviço em outro momento.



PROTOCOLO DE MANCHESTER PARA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

- avaliação individual rápida e aplicável às mais diversas situações, desde o atendimento após um desastre até a organização de prontos-socorros.
- gerenciamento do risco clínico e do fluxo do paciente dentro das unidades de saúde.
 - Nível 1, vermelho - emergente: socorro imediato
 - Nível 2, laranja – muito urgente: 10 minutos
 - Nível 3, amarelo - urgente: 60 minutos
 - Nível 4, verde – pouco urgente: 120 minutos
 - Nível 5, azul – não urgente : 240 minutos.



PROTOCOLO PARA CONSULTA CARDIOLOGISTA

Motivos do encaminhamento

Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) de difícil controle.

Avaliação cardiológica - acima de 45 anos

Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC).

Insuficiência Coronariana.

Dor Torácica / Precordialgia.

Sopros / Valvulopatias estabelecidas.

Parecer Cardiológico – Pré-operatório.

Miocardopatias.

Avaliação para atividade física.

Arritmias

HAS

HD - HAS moderada ou severa, sem controle clínico, associado com a presença de alterações em órgão-alvo ou aqueles com comorbidades, devendo o médico que solicitar a avaliação, justificar com clareza o que deseja do encaminhamento.

Exame Físico - Medida da pressão arterial + relatos importantes (descrever as alterações de ausculta cardíaca e respiratória, edema e visceromegalias, etc.)

Exames necessários – hemograma com plaquetas, glicemia, colesterol, triglicerídeos, creatinina, ácido úrico, sumário de urina, uréia, sódio, potássio, ECG e RX de tórax

Prioridade para a Regulação - HAS severa com sinais de doenças associadas descompensada (ICC, DM), doenças vascular periférica, doenças cérebro vascular (acidente isquêmico e hemorrágico), coronariopatas (pós-cirurgia cardíaca), Insuficiência Renal Crônica).

Critério – P1 para a 1ª consulta P2 para o retorno.

Contra referência – Permanecer no nível secundário

PROTOCOLO PARA CONSULTA CARDIOLOGISTA

22.0 PROTOCOLO DE REGULAÇÃO DO ACESSO HIPERTENSÃO ARTERIAL

Cardiologia

- Dados relevantes da história clínica
- Dados discriminadores do exame físico
- Ausência de melhora com tratamento após associação de 3 fármacos (**especificar tratamento realizado**)
- Presença de lesão em órgão- alvo
- Escore de Framingham > 20% (alto risco)

Exames subsidiários prévios:

- Glicemia de jejum
- Colesterol total e frações
- Triglicérides
- Urina I
- Potássio sérico
- Creatinina sérica
- Eletrocardiograma
- Raio X de tórax (com repercussão cardíaca intensa)

Prioridade de Encaminhamento em Cardiologia

- < 40 anos
- soropositivos para HIV
- dislipidemia familiar





PROTOCOLO PARA TOMOGRAFIA DE TÓRAX

INDICAÇÕES

- Traumatismo,
- Sangramentos (vias aéreas),
- Tumores (diagnóstico e estadiamento),
- Metástases (detecção e acompanhamento),
- Nódulos não-neoplásicos (avaliação e acompanhamento),
- Pneumopatias Intersticiais,
- Mediastino, Hilos, Pleura (avaliação),
- Bronquiectasias (acompanhamento),
- Síndrome de compressão da veia cava superior.
- Doenças da aorta (aneurisma/dissecção)
- Tromboembolismo pulmonar
- Investigar comprometimento de órgãos devido: micoses sistêmicas, colagenosas e sarcoidoses.
- Fraturas de costelas com lesão pulmonar ou pleural

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- RX do tórax PA/Perfil (com laudo).

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Pneumo, Onco, Cirurgião Geral, Cirurgião torácico, Cardio, Cirurgião cardíaco, Dermato e o Ortopedista

PRIORIDADES:

- Traumatismo
- Sangramento (vias aéreas)



PROTOCOLO PARA ANGIOTOMOGRAFIA

INDICAÇÕES:

- Trombose Pulmonar (suspeita),
- Dilatação, dissecação, fístulas e sub oclusão de Aorta, Ilíacas, Carótidas e Vasos
- Supra-Aórticos
- Doenças da Aorta

PRÉ-REQUISITOS:

- História Clínica,
- Exame Físico,
- RX (Patologias pulmonares),
- DOPPLER do Vaso (se houver)

PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

Cardiologista, Pneumologista,
Angiologista e o Cirurgião Vascular.

PRIORIDADES:

Pacientes internados em unidades
em Unidades Hospitalares
Pacientes acima de 60 anos



PROTOCOLO PARA URGÊNCIA COVID-19

Complexidade do Solicitante	Baixa	05 pontos
	Média	03 pontos
	Alta	01 ponto
Conta com recurso de ventilação mecânica no local	Sim	01 ponto
	Não	05 pontos
Saturação de O2	=Sat O2 >93%	01 ponto
	=Sat O2 de 80 a 92%	03 pontos
	=Sat O2 < 80%	05 pontos
Intubação orotraqueal	Sim	05 pontos
	Não	01 ponto
Drogas vasoativas	Sim	05 pontos
	Não	01 ponto
Insuficiência renal	Sim	05 pontos
	Não	01 ponto
Miocardite	Sim	05 pontos
	Não	01 ponto
Abdome agudo	Sim	05 pontos
	Não	01 ponto
Tromboembolismo	Sim	05 pontos
	Não	01 ponto
Tempo de permanência na regulação		
06 horas		01 ponto
12 horas		03 pontos
24 horas		05 pontos

Com a somatória do quadro de risco, classificamos os pacientes em três níveis:

Vermelho	35 a 50 pontos
Laranja	20 a 34 pontos
Amarelo	10 a 19 pontos

Os pacientes com maiores *scores* devem ser transferidos com maior celeridade.

Pacientes com comorbidades complexas (ex.: oncológicos, com patologias hematológicas, transplantados, etc...) devem ser encaminhados preferencialmente para os hospitais universitários.

Encaminhar paciente de solicitação de COVID-19, preferencialmente com resultado de tomografia de tórax ou teste rápido ou resultado de *swab*.



PRINCIPAIS MARCOS REGULATÓRIOS

- **Portaria GM/MS 1.559/2008** – institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde
- **Portaria nº 1.010/2012** - redefine as diretrizes para a implantação do SAMU e sua Central de Regulação das Urgências,
- **Portaria de Consolidação n.º 2/2017** - institui a PNHOSP, e define e recomenda a criação do NIR nos hospitais;
- **Decreto nº 56.061 de 02/08/2010** - cria a Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde – CROSS
- **Deliberação CIB nº 06 de 08/02/2012** – diretrizes para a Regulação da Assistência no Estado de São Paulo
- **Deliberação CIB nº 58 de 19/08/2018** - diretrizes para regulação do acesso aos serviços de referencia em Oncologia,
- **Deliberação CIB nº 35 de 18/04/22** - Diretrizes para implantação da Auto Regulação Regional Interhospitalar, das Urgências e Emergências