

**COORDENADORIA DE PLANEJAMENTO DE SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE**

Deliberação CIB – 6, de 8-2-2012

Considerando a necessidade de desenvolver a regulação no Estado de São Paulo, para minimizar as dificuldades de acesso aos serviços de saúde no SUS-SP, consoante aos princípios orientadores estabelecidos no Pacto de Gestão e dispostos na Portaria GM/MS 1.559 de 2008;

Considerando a Deliberação CIB - 36 de 21/9/2011 que constituiu e aprovou as Redes Regionais de Atenção à Saúde-RRAS no Estado de São Paulo;

A Comissão Intergestora Bipartite, em reunião realizada em 08 de dezembro de 2011, aprova as Diretrizes para a Regulação da Assistência no Estado de São Paulo, conforme Anexo I.

Anexo I

Diretrizes para a Regulação da Assistência no Estado de São Paulo

I – Introdução

A regulação é função do Estado e parte integrante das funções de gestão dos sistemas de saúde em cada esfera de governo (federal, estadual e municipal).

Documentos mais recentes sobre o tema¹ apontam que o conceito de regulação pode envolver as seguintes dimensões:

A elaboração de regulamentos legais (leis, decretos, normas, portarias, resoluções ou outros atos legais), facilitadores ou limitadores da produção de bens e serviços de Saúde denominada Regulação Sobre Sistemas de Saúde;

O desenvolvimento de ações meio para o controle da produção dos bens e serviços de saúde, tais como a fiscalização, controle, avaliação e auditoria denominada de Regulação da Atenção à Saúde. Isto se traduz como o conjunto de ações de contratação, de controle assistencial, de regulação do acesso à assistência, de avaliação e monitoramento da qualidade da atenção à saúde e de auditoria assistencial, responsáveis por viabilizar a produção das ações finais de atenção em saúde, por meio dos serviços públicos ou privados.

A organização, controle, gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, denominada Regulação Assistencial ou de Acesso.

A Regulação no Sistema Único de Saúde surge como resposta ao avanço organizacional e conceitual dessas áreas e se estrutura em eixos fundamentais: fazer dos contratos de prestação de serviços pactos entre gestores e prestadores; qualificar as atividades de controle assistencial e da avaliação da Atenção à Saúde; implementar a regulação do acesso por meio dos complexos reguladores e capacitar os quadros estratégicos gerenciais do SUS.

No Estado de São Paulo o processo regulatório ocorre desde 1990, inicialmente nas áreas de urgência e emergência, com ampliação ainda incipiente para outras áreas da assistência.

Ressaltam-se dificuldades decorrentes da escassez de recursos, da necessidade de amadurecimento do processo regulatório, da dificuldade de incorporação tecnológica e a forte presença de acordos informais realizados por corporações. Essas dificuldades são mais evidentes em regiões que dispõem de serviços tanto sob gestão municipal como estadual indicando a necessidade da operacionalização da regulação do acesso em co-gestão entre as esferas de governo. Outro fator que deve ser levado em conta para equacionar o acesso no SUS/SP é o papel de referência nacional que muitos serviços de saúde paulistas apresentam propiciando a oferta de vagas a outros estados da federação.

Torna-se assim necessário o desenvolvimento da regulação no Estado, buscando minimizar as dificuldades de acesso aos serviços de saúde no SUS/SP, consoante aos princípios orientadores estabelecidos no Pacto de Gestão e dispostos na portaria GM/MS 1.559/2008

Neste documento será tratado especificamente da Regulação de Acesso ou Assistencial.

II – Regulação de Acesso ou Assistencial

A Portaria GM/MS - 399/2006, que estabeleceu as Diretrizes do Pacto pela Saúde, define regulação assistencial como o “conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a estes”.

Podemos entender este conceito como a adoção, pelos gestores do SUS, de medidas e ações que garantam o acesso e o atendimento integral da população aos serviços de saúde, o mais próximo de sua residência.

No sentido expresso por este conceito, podemos, de forma resumida, apontar algumas justificativas da necessidade de intermediação (regulação) entre a demanda e a oferta:

A necessidade de viabilizar o acesso do usuário aos serviços de saúde de forma adequada à complexidade de seu problema;

A desigualdade na capacidade produtiva e resolutive de sistemas de saúde municipais, regionais e estaduais que exigem o atendimento de populações em regiões externas à sua área de residência (seja no âmbito municipal, regional ou estadual), por meio de referências pactuadas;

A organização das redes de serviços de saúde e o planejamento das ações em grande parte das regiões é insuficiente, fragmentada ou parcial, dificultando o acesso da população para determinadas ações de saúde;

A possibilidade de subsidiar o redimensionamento da oferta e da demanda contribuindo para a otimização da utilização dos recursos, não em uma lógica meramente financeira, mas de maneira a buscar a qualidade e a integralidade da ação.

Em todos estes casos, o objetivo central da regulação é tornar o acesso da população aos serviços de saúde, mais justo, equitativo e adequado às suas necessidades e ao potencial produtivo do sistema de saúde, garantindo presteza, qualidade e eficiência.

A organização da atenção básica com a ampliação da sua capacidade resolutive é fundamental para o processo regulatório.

O atendimento da demanda da rede básica, realizado por meio de uma escuta qualificada, propicia uma referência adequada para os serviços de maior densidade tecnológica.

As Unidades Básicas de Saúde são a principal origem das demandas que serão objeto das práticas regulatórias, pois realizam a gestão do cuidado de cada indivíduo no território sob sua responsabilidade, garantindo o acesso aos recursos de maior densidade tecnológica através de uma rede de referência e contra-referência regionalizada e hierarquizada.

De forma sintética podemos relacionar entre as possíveis ações da regulação assistencial:

Mapeamento dos recursos existentes identificando as unidades solicitantes e as executantes;

A pactuação de fluxos e protocolos, com priorização de riscos, a serem utilizados pela atenção básica para encaminhamento aos serviços de maior densidade tecnológica;

A regulação médica da atenção pré-hospitalar e inter hospitalar das urgências;

O controle e priorização dos leitos disponíveis, da agenda de consultas e exames especializados;

A padronização dos mecanismos e formas de solicitações de internações, consultas, exames e terapias especializadas, inclusive, quando necessário, por meio de protocolos assistenciais;

A organização de fluxos de referência e contra-referência entre unidades, municípios e regiões, conforme pactuações de protocolos assistenciais padronizados;

O fornecimento de subsídios para o planejamento com a explicitação de vazios assistenciais e escassez de oferta.

Organização e regulação do transporte sanitário

III – Complexo Regulador

Define-se como Complexo Regulador uma das estratégias de regulação do acesso, consistindo na articulação e na integração de centrais de urgências, centrais de internações, centrais de consultas e serviços de apoio diagnóstico terapêutico, implantadas sob a orientação de protocolos clínicos e linhas de cuidado previamente definidos. As Centrais de Regulação serão de abrangência municipal e/ou regional.

III. 1 – Central de Urgência.

A central reguladora de atenção às urgências deve prever o acesso pré-hospitalar e inter-hospitalar.

O acesso pré-hospitalar do usuário em situação de risco ou diante de um caso de urgência (em domicílio, local de trabalho ou via pública) deve ser feito por um número de acesso gratuito à Central de Urgências Pré - Hospitalar. Nesta central, com funcionamento 24 horas, o profissional médico regula e prioriza os chamados, encaminhando os recursos móveis mais adequados à situação. Na prática a ação regulatória da central de urgência pré – hospitalar é executada conforme disposto na Portaria GM/MS - 2048, de 5 de novembro de 2002, que regulamenta o atendimento das urgências e emergências e Portaria GM/MS - 1863 de 29 de setembro de 2003, atualizada pela Portaria GM/MS nº 1600 de 7 de julho de 2011, que instituem a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. O componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU- 192 , foi instituído pela Portaria GM/MS - 1864 de 29 de setembro de 2003 e as atribuições da central de regulação pré-hospitalar foram estabelecidas na Portaria GM/MS - 2657 de 16 de dezembro de 2004.

O acesso inter-hospitalar deve ser garantido toda vez que a complexidade do serviço prestador da assistência de urgência não for compatível com o quadro clínico do paciente, necessitando de recursos especializados (por exemplo Unidades de Terapia Intensiva - UTI, neurocirurgia, tomografia, hemodiálise etc). Tal situação pode ocorrer envolvendo serviços de saúde de diferentes municípios ou regiões de saúde onde houver disponibilidade do recurso. O encaminhamento deve ser estabelecido mediante pactuações prévias, de acordo com a complexidade e hierarquização da rede.

A Central deve dispor das informações sobre as referências de recursos especializados (grade) pactuados regionalmente e com atualização sistemática. Estas informações permitem, em situações críticas, a aplicação do recurso vaga-zero sob responsabilidade do médico regulador de plantão.

III. 2 – Central de Internações.

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 abranger a totalidade dos leitos das diferentes clínicas, incluindo os de retaguarda aos pronto-socorros e os de terapia intensiva.

O funcionamento desta Central pode ser restrito ao período diurno, com a presença de médicos reguladores com a função de qualificar e ordenar, com equidade, as solicitações de internação eletivas e controlar a ocupação dos leitos. Nos demais períodos a regulação poderá ser exercida pela Central de Urgência.

III. 3 – Central de Consultas e Serviços de Apoio diagnóstico e terapêutico

Responsável pela regulação do acesso dos pacientes às consultas especializadas e aos Serviços de Apoio à Diagnóstico e Terapia – SADT, norteados pela organização das Redes Regionais de Atenção à Saúde – RRAS.

Esta Central pode funcionar no período diurno sem a presença de médico regulador, sendo necessária, entretanto, a definição de profissional médico para consultas técnicas e priorização de riscos e ordenação de agenda.

Os Complexos reguladores podem compor, de acordo com a necessidade do município ou região, com outras centrais específicas de regulação que atuem com um universo menor de procedimentos, como central de Regulação de Terapia Renal Substitutiva, de Psiquiatria, de Oncologia, de Leitos de Retaguarda, dentre outras, a critério do gestor e do volume de recursos a ser regulado.

IV – Regulação dos Serviços de Saúde nas RRAS.

As RRAS são compostas por várias Redes Temáticas (por ex: urgência e emergência, materno infantil, oncologia, traumatologia, dentre outras), por sua vez constituídas por serviços de várias densidades tecnológicas, articulados entre si.

A organização das ações de regulação, no âmbito das RRAS, favorecerá as atividades de planejamento apontando a necessidade de ampliação de novos serviços no território com o objetivo de promover a integralidade do cuidado.

Os gestores municipais e estadual devem se organizar de maneira a ofertar a totalidade dos serviços, tanto aqueles financiados com recursos federais previstos Programação Pactuada e Integrada – PPI, quanto aqueles financiados com recursos próprios municipais e estadual, de acordo com os protocolos estabelecidos, além de realizar o referenciamento para outras RRAS, esgotada a capacidade da própria e devidamente pactuada, bem como efetuar a contra-referência para que o município de origem possa dar continuidade ao cuidado prestado.

Cada RRAS deverá implantar um Complexo Regulador integrado por Centrais de abrangência municipal ou regional. Todo município, independente de seu porte populacional ou capacidade de oferta de serviços, deve desenvolver ações reguladoras em seu território, objetivando:

Melhorar o acesso de sua população aos serviços de saúde locais;

Realizar o acompanhamento do cuidado prestado aos usuários;

Melhorar a qualidade, racionalizar e tornar mais eficiente o uso dos recursos de saúde existentes;

Qualificar os encaminhamentos de sua população para recursos de saúde externos.

Compete ao Estado apoiar os municípios no desenvolvimento de sua capacidade de regulação.

A regulação deve ser realizada por meio de co-gestão da central municipal (se existir) e do Complexo Regulador da RRAS correspondente, podendo existir diferentes modalidades de articulação, conforme pactuação prévia entre os gestores envolvidos.

V– Estrutura e Funcionalidade dos Complexos Reguladores das RRAS

Serão estruturados um Complexo Regulador Estadual e onze Complexos Reguladores Regionais de acordo com o seguinte desenho:

1 - O Complexo Regulador Metropolitano - compreende as RRAS 01, 02, 03, 04, 05, 06 (DRS Grande São Paulo);
O Complexo Regulador Estadual constará da mesma estrutura do Complexo Regulador Metropolitano, porém com o seu papel distinto no Sistema de Regulação.

2 - Complexo Regulador da RRAS 7 (DRS Baixada Santista/DRS Registro)

3 - Complexo Regulador da RRAS 8 (DRS Sorocaba);

4 - Complexo Regulador RRAS 9 (DRS Bauru);

5 - Complexo Regulador RRAS 10(DRS Marília);

6 - Complexo Regulador 11(DRS Presidente Prudente);

7 - Complexo Regulador da RRAS 12 (DRS São José do Rio Preto e DRS Araçatuba);

8 - Complexo Regulador RRAS 13 (DRS Ribeirão Preto, DRS Araraquara, DRS Barretos e DRS Franca);

9 - Complexo Regulador da RRAS 14 (DRS Piracicaba);

10 - Complexo Regulador - compreendendo as RRAS 15 e RRAS 16 (DRS Campinas e DRS São João da Boa Vista);

11 - Complexo Regulador da RRAS 17 (DRS Taubaté)

O Complexo Regulador Estadual fará a articulação das solicitações oriundas dos Complexos Reguladores Regionais e de outros estados.

Cada Complexo Regulador Regional de acordo com perfil dos municípios e DRS que o compõe poderão se organizar para implantação uma ou mais centrais de regulação, conforme complexidade, necessidade e pactuação nos CGredes. O Complexo Regulador Estadual terá como atribuições:

- 1- Operar na mesma estrutura do Complexo Regulador Metropolitano (como unidade do Complexo Regulador Estadual, que trabalhará) integrado com os Complexos Reguladores Regionais e Municipais;
- 2- Intermediar as demandas não resolvidas nos Complexos Reguladores Regionais;
- 3- Atender as demandas eletivas de outros estados nas especialidades de neurocirurgia, cardiologia, ortopedia, oncologia e epilepsia por meio da Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade - CERAC-SP, articulada com a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade – CNRAC;
- 4 – Regular o acesso aos serviços estratégicos e de escala reduzida como Cirurgia Cardiológica Infantil, leitos referenciados para Tuberculose e Hanseníase e outros a serem definidos pela Comissão Intergestores Bipartite – CIB;
- 5 – Coordenar a Unidade de Desenvolvimento e Acompanhamento do Sistema de Informação Estadual Portal CROSS nas diferentes modalidades: Modulo pré hospitalar, Modulo leitos de apoio, Modulo Urgência inter hospitalar, Modulo ambulatorial;
- 6 – Promover a inclusão imediata da oferta de todos os serviços sob gestão estadual no atual sistema de informação – Portal CROSS, na perspectiva de articulação e interface com demais sistemas de informação já existentes (SISREG/SIGA e outros);
- 7 – Estruturar unidade de monitoramento dos planos operativos dos contratos dos prestadores.

O Complexo Regulador Regional terá como atribuições:

- 1- Definir as Redes temáticas prioritárias que serão escopo da Central;
- 2- Mapear todos os recursos de saúde sob gestão estadual e municipal das Redes Temáticas definidas;
- 3- Pactuar fluxos e protocolos destas redes;
- 4- Mapear as portas hospitalares estratégicas para urgência dos hospitais sob gestão estadual e municipal com abrangência regional, que deverão disponibilizar sua oferta ao Complexo Regional;
- 5- Promover a inclusão da oferta de todos os serviços sob gestão estadual no atual sistema de informação- Portal CROSS, na perspectiva de articulação e interface com os demais sistemas de informação já existente(SISREG/SIGA e outros);
- 6- Operacionalizar os recursos da região por intermédio de sistema de informação;
- 7- Analisar regularmente todos os dados compilados e compartilhá-los de maneira que se possa programar ações e corrigir distorções;
- 8- Operar em co-gestão com os Complexos Reguladores Municipais
- 9- Acionar o Complexo regulador estadual quando esgotada capacidade de resolução das demandas no âmbito das RRAS.

O Complexo Regulador Municipal terá como atribuições:

- 1-Definir as Redes temáticas prioritárias que serão escopo da Central;
- 2-Mapear os recursos de saúde existentes no município definindo as unidades executantes e solicitantes;
- 3-Pactuar fluxos e protocolos com as unidades executantes e solicitantes do seu território e regionalmente;
- 4-Mapear as portas hospitalares estratégicas para urgência dos hospitais existentes no município;
- 5-Operacionalizar os recursos do município por intermédio de sistema de informação;
- 6-Analisar regularmente todos os dados compilados e compartilhá-los de maneira que se possa programar ações e corrigir distorções, especialmente no Colegiado de Gestão Regional - CGR;
- 7- Operar em co-gestão com o Complexo Regulador Regional.

VI – Monitoramento

Atualmente não se tem dúvidas de que a estrutura organizacional do complexo regulador e o processo regulatório devem ser monitorados periodicamente de modo a subsidiar as ações de regulação, planejamento, controle, avaliação e auditoria do SUS.

Cada gestor deve definir a estratégia para o monitoramento e avaliação, definir os instrumentos de coletas de dados bem como as ferramentas para análise.

A opção por utilizar um fluxo informatizado requer atenção especial para o sistema de informação que irá operacionalizar esse fluxo. O sistema informatizado deve ser compatível e estar em consonância com os Sistemas Nacionais de Informação do SUS: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Programação Pactuada e Integrada (PPI), Cartão Nacional de Saúde (CNS), Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e o Sistema de Informações Hospitalares (SIH), além de permitir todos os tipos de consultas e relatórios possíveis e necessários.

O Sistema de Informação deve estar estruturado para coletar informações qualificadas que permitam detectar as reais situações problemas e possam apontar soluções, sempre no sentido de melhorar o acesso da população aos serviços de saúde.

A disponibilidade de informação apoiada em dados, válidos e confiáveis é condição essencial para a análise objetiva da situação de saúde da população, bem como para a tomada de decisões baseadas em evidências e para a programação de ações de saúde.

Itens sugeridos para monitoramento:

A) Estrutura Organizacional

1. Tipo de Centrais em funcionamento;
2. No. de atendimento hora, por dia, por mês;

3. No de reguladores

B) Processo Regulatório

1. Monitorar o cumprimento das programações físico x orçamentária por unidade de saúde (oferta em relação ao programado/orçado x disponível);
2. Monitorar o cumprimento dos fluxos pactuados para garantir o acesso dos usuários aos vários níveis de complexidade do sistema;
3. Monitorar os procedimentos realizados x programado para cada usuário segundo município de residência, município de ocorrência e por executante;
4. Monitorar o cumprimento dos protocolos de acesso;
5. Monitorar o Tempo de Espera para atendimento em relação à região de ocorrência, quantidade, tipo (internação, ambulatório) e nível de complexidade;
6. Monitorar as necessidades populacionais x ofertado x realizado em relação a região de ocorrência, quantidade, tipo e nível de complexidade
7. Monitorar a oferta em relação ao disponível x efetivamente disponibilizado
8. Monitorar a oferta em relação ao efetivamente disponibilizado x agendado
9. Monitorar a oferta em relação ao agendado x efetivamente utilizado
10. Média do tempo de atendimento ocorrido entre cada serviço de saúde programado nas linhas de cuidado.

VIII. Capacitação

Para qualificar a gestão e transformar as práticas nessa área de conhecimento, incorporando saberes e adequando-os às atuais necessidades da gestão do SUS, é necessário desenvolver projetos de capacitação e educação permanente das equipes gestoras estaduais e municipais, bem como dos demais entes envolvidos no processo.

Neste sentido será multiplicado em larga escala em todo estado o Curso Básico de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria do SUS, proposto pelo Ministério da Saúde, para consolidação, aprimoramento e qualificação do processo regulador.

IX. Sistema Informatizado

Para gerenciar e operacionalizar os Complexos Reguladores é imprescindível o desenvolvimento de sistema informatizado que permita atingir os seguintes objetivos:

1. Distribuir de forma equânime os recursos de saúde para a população própria e referenciada;
2. Distribuir os recursos assistenciais disponíveis de forma regionalizada e hierarquizada;
3. Acompanhar dinamicamente a execução dos tetos pactuados entre as Unidades e municípios;
4. Permitir o referenciamento em todos os níveis de atenção nas redes de prestadores públicos e privados;
5. Identificar as áreas de desproporção entre a oferta e a demanda;
6. Subsidiar a pactuação da totalidade dos serviços, tanto aqueles financiados com recursos federais previstos Programação Pactuada e Integrada – PPI, quanto aqueles financiados com recursos municipais e estadual, de acordo com os protocolos estabelecidos, em cumprimento ao contrato organizativo de ação pública;
7. Permitir o acompanhamento da execução, por prestador, das programações feitas pelo gestor.

VIII. Conclusão

Este documento contempla as diretrizes para a organização e funcionamento da Regulação do Acesso no estado aprovadas pela Comissão Intergestores Bipartite.

A regulação é um processo dinâmico e, portanto deve ser periodicamente monitorado, revisado e atualizado de modo a subsidiar as ações de planejamento, controle, avaliação e auditoria do SUS.

Para dar continuidade e aperfeiçoar o sistema de regulação são necessárias informações qualificadas que permitam detectar as situações problema e apontar as possíveis soluções, sempre no sentido de melhorar o acesso da população aos serviços de saúde.

1 A Política de Regulação do Brasil – Série Técnica – Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde. OPAS/MS, 2006.

A Portaria GM/MS - 399/2006. Parte III - Pacto de Gestão – Diretrizes para a Gestão do SUS. Item 6 – Regulação da Atenção à Saúde e Regulação Assistencial.

A Regulação em Saúde. Coleção Progestores - Volume 10. CONASS, 2007.

A Portaria GM/MS - 1559/2008 – Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde -SUS