

Artigo

A GESTÃO DO FLUXO ASSISTENCIAL REGULADO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

João Marcelo Barreto Silva

Introduzir ações de regulação em um sistema de saúde requer um diagnóstico apurado de uma série de processos e fluxos que estão necessariamente ligados à assistência, às ações de controle e de avaliação.

Inicialmente, deve-se conhecer a estrutura do processo assistencial na atenção básica, buscando apurar o conhecimento sobre o perfil epidemiológico da população, fator decisivo na definição de prioridades para as ações reguladoras. Levantar e mapear a população que este sistema de saúde pretende atingir, os seus fluxos, conhecer a abrangência da Estratégia de Saúde da Família e a situação cadastral dessa população, também têm um papel importante nas ações de planejamento da regulação.

O levantamento da estrutura, fluxos e capacidade resolutive da atenção básica, por si, já embasa a montagem do processo regulatório intrínseco a própria atenção básica, que corresponde fundamentalmente à implantação do agendamento das consultas básicas (clínica, pediatria, gineco-obstetricia) e de outros procedimentos básicos.

As bases cadastrais qualificadas e fidedignas (CADSUS e CNES), junto ao levantamento dos fluxos e ao diagnóstico epidemiológico consistem num importante instrumento de regulação, pois, não só subsidiam adequadamente o processo de planejamento das ações e o controle mais eficaz do processo assistencial, como também viabilizam os fluxos referenciados para a média e alta complexidade, permitindo a alocação adequada dos recursos assistenciais, com foco nas prioridades e na garantia da integralidade e das linhas de cuidado. Os cadastros, fluxos e o perfil epidemiológico, associados às ações de regulação do acesso, são ferramentas necessárias também para a garantia dos pactos de programação assistencial entre municípios, ou Programação Pactuada e Integrada – PPI.

O mapeamento dos fluxos e da abrangência das ações básicas é necessário também para a construção de protocolos de acesso à média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, além de incidir sobre uma importante porta de acesso ao sistema de saúde, por onde é desencadeada uma parte significativa das ações e serviços de saúde.

Fortalecer, adequar e trabalhar a luz de protocolos que induzam à resolutividade neste nível de assistência são passos importantes para reduzir o impacto negativo da

insuficiência apresentada hoje no país no acesso e financiamento especialmente das ações de média complexidade ambulatorial.

Outra ação consiste em viabilizar a contra-referência do paciente para a atenção básica, que fará o seu acompanhamento, minimizando os fluxos dessa natureza nos ambulatórios de especialidades e nos prontos-socorros.

Potencializar a capacidade resolutiva da atenção básica reduz a demanda para os níveis mais complexos e especializados, viabiliza a adequada hierarquização da rede, e por conseqüência a adoção de fluxos referenciados e mais equânimes, aproximando o processo assistencial da população e da comunidade. Contudo, ainda é necessário se investir em estrutura, em recursos humanos e em protocolos que definam níveis resolutivos e de atenção para as ações básicas.

O conjunto de ações que vai diagnosticar e mapear a situação de saúde da população e as bases cadastrais tem de relevar dois aspectos que iniciam o processo de mapeamento da rede e permitem um estudo associado de necessidade e capacidade instalada.

A Regionalização, instituída em todos os Estados pelo Plano Diretor de Regionalização – PDR, integrada à Programação Pactuada e Integrada – PPI, desencadeia o planejamento das ações em nível regional e sua agregação aos fluxos regulados do município. Todo o planejamento, a partir deste ponto, deve considerar a capacidade instalada de serviços de saúde. Essa relação vai dimensionar a capacidade em se ofertar serviços para uma região e trabalhar as referências intermunicipais e interestaduais, bem como apontar desajustes entre o perfil da rede e os parâmetros assistenciais de necessidade.

O mapeamento da rede de serviços de saúde consiste em conhecer a sua real capacidade produtiva. Essa ação deve ser iniciada pelo levantamento do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES e da situação contratual desses estabelecimentos. Inicialmente pode ser necessário fragmentar esse levantamento pelos níveis de atenção.

Na atenção básica o foco está na capacidade de acolher toda a população e atender as suas necessidades assistenciais mínimas, provendo acompanhamento, prevenção e promoção, além de ter um papel importante na resolução de situações de saúde específicas.

A média complexidade ambulatorial atua em nível especializado, sendo importante conhecer o corpo médico, sua carga horária e suas escalas de trabalho, bem como mapear os equipamentos para exames e sua capacidade produtiva. Este nível de atenção

requer uma estrutura mais robusta para efetivar a regulação, pois não se restringe às referências geográficas, como a atenção básica, já que as diversas unidades de saúde têm capacidade resolutiva e perfis distintos.

É nesse nível também que se iniciam os processos de referência entre municípios, fazendo com que todos os estudos de necessidade e fluxos da assistência lidem com a variabilidade do processo assistencial regional, que gera demandas sobre as quais a regulação nem sempre consegue atuar, por serem originadas fora da área de atuação da gestão do complexo regulador.

A média complexidade também tem a característica de lidar com um grande volume de pacientes, e, em vários casos, é gerado nesse nível de assistência, grande volume de demanda reprimida, necessitando de estudos e ações que impactem diretamente nessa situação. É comum a ação reguladora começar atuando sobre a demanda reprimida, sua organização em filas e seus fluxos de agendamento e priorização.

O maior desafio da regulação da média complexidade ambulatorial está na gestão das agendas médicas e dos equipamentos, na estrutura de comunicação com os pacientes, no controle do absenteísmo, na organização do acesso baseada no uso de protocolos e na triagem de necessidade e priorização, na gestão dos fluxos referenciados e na construção de grades de referência e contra-referência.

A gestão das agendas permite ao gestor público qualificar a informação da produção em saúde e otimizar significativamente as ações de controle, garantindo a equidade no acesso norteado pelo critério da necessidade e não da influência pessoal ou da capacidade de deslocamento do próprio paciente, bem como minimizando de forma definitiva as fraudes na produção, que mascaram as informações e lesam os cofres públicos, não provendo à população a atenção em saúde necessária.

A comunicação com o paciente é condição para um fluxo regulado e referenciado. Para se erradicar a busca espontânea, assistemática e não-regulada de serviços de saúde, o complexo regulador deve ter uma estrutura qualificada para viabilizar o contato com os pacientes ou deve ter essa estrutura descentralizada para as unidades básicas de saúde, provendo rotinas e capacitação para este fim. Essas ações viabilizam, por exemplo, a gestão adequada das filas de espera.

Na prática, são comuns pacientes obrigados a se deslocar periodicamente a um serviço de saúde para tentar agendar uma consulta, exame ou cirurgia ambulatorial. Essa prática gera grande demanda na porta das unidades de saúde, causando tumulto, insatisfação e a sensação de absoluta inviabilidade.

Se a estrutura de regulação assume o controle das agendas, as pessoas não buscarão os serviços especializados para agendar seu atendimento, essa ação se dará a partir do nível básico e só será efetivada pelo nível secundário quando o paciente já estiver em tratamento na unidade. Para isso, é necessário ter estrutura para informar ao paciente sobre os agendamentos e confirmar seu comparecimento no local, com data e hora marcada.

A média complexidade ambulatorial tem uma lógica de trabalho voltada para o dimensionamento e controle de cotas, que devem ser distribuídas entre as unidades básicas de saúde e as demais unidades ambulatoriais e hospitalares. Essa distribuição deve atender às demandas eletivas, evitando a centralização da origem da demanda em um conjunto restrito de unidades, bem como deve ter na ação reguladora médica a garantia de acesso imediato às urgências. Contudo, esta ação deve estar calcada em protocolos para evitar distorções que privilegiem uns em detrimento de outros, que podem estar aguardando em filas de espera.

A regulação da alta complexidade ambulatorial tem características semelhantes à regulação dos exames de média complexidade, contudo tem uma realidade diferenciada, que torna seu processo de trabalho mais simples para o complexo regulador. Inicialmente atua sobre uma quantidade menor de oferta e de demanda, e, conseqüentemente, de prestadores de serviço. O paciente, em geral, está mais atento aos fluxos, o que facilita a comunicação, e já tem um instrumento de controle e autorização consolidado, a Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade – APAC. O mesmo ocorre com a regulação hospitalar.

A prática da regulação da alta complexidade ambulatorial também consiste na gestão das agendas e dos fluxos, trabalhando com acesso referenciado. Contudo, deve incorporar com maior freqüência a interação com a regulação das urgências (pré-hospitalar, hospitalar e ambulatorial), e refinar o processo de controle por meio da APAC. Outra característica da regulação da alta complexidade ambulatorial é, geralmente, não restringir as solicitações por cotas, uma vez que deve haver a intervenção prévia do médico regulador e autorizador em todas as solicitações. A exceção da intervenção reguladora pode ser definida para as urgências, contudo, na alta complexidade, deve haver o rigor necessário no protocolo que caracteriza o atendimento às urgências não reguladas.

Ainda assim, o controle da produção é mais simples de ser efetivado, uma vez que o universo é bem inferior em volume de atendimentos, quando comparado à média complexidade. A identificação do paciente no atendimento também facilita as ações de

controle e regulação, e deve ser base para que a produção seja o espelho do que foi regulado e autorizado no complexo regulador. Nesse contexto estão incluídas as terapias de alta complexidade, que tem caráter de continuidade e são essenciais para algumas patologias com alto índice de mortalidade.

Na alta complexidade existe maior oferta de protocolos já validados e a relação entre demanda e oferta se dá, geralmente, com a média complexidade, não tendo como demandante necessariamente as unidades básicas de saúde. Essa configuração torna a regulação da alta complexidade ambulatorial mais simples de ser implantada e sua viabilidade é bem mais fácil de ser atingida, com significativo impacto no processo assistencial e na organização dos serviços, fluxos e da informação.

É importante frisar que neste nível de atenção concentra-se grande volume de recursos, pois os procedimentos têm custos bastante significativos, e têm grande impacto nos processos de pactuação entre municípios.

Para finalizar, a mais específica das ações de regulação está nas internações hospitalares. Nesse nível co-existem, com a mesma intensidade, a regulação de procedimentos eletivos e de urgência, associada à regulação de leitos, com toda sua dinâmica e rotatividade.

A viabilidade da regulação nesse nível depende muito da capacidade das unidades de internação em gerar informação em tempo real. E nesse contexto interagem fortemente a relação de recursos humanos e adesão ao processo.

A atenção hospitalar possui uma gama variada de protocolos, especialmente na atenção às urgências, e sua demanda vem, na maioria dos casos, dos pronto-atendimentos, pronto-socorros e do atendimento pré-hospitalar, efetivado pelo Corpo de Bombeiros ou pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, que possui uma central de regulação própria. Essa ação depende de uma boa grade de referência e da ação reguladora integrada entre a urgência e a internação hospitalar. Os ambulatórios de especialidades e a atenção básica também demandam internações hospitalares, e todos devem estar sujeitos a protocolos e à ação reguladora, seja nos casos de urgência ou eletivos.

Os fluxos da internação estão ligados à capacidade instalada de leitos na rede de serviços de saúde e consistem na alocação do leito e na autorização dos procedimentos hospitalares, por meio da Autorização de Internação Hospitalar – AIH. Essa ação é desencadeada pelo laudo para emissão da AIH, que passa pela autorização no complexo regulador, gerando a reserva da vaga. Quando o paciente é efetivamente internado, segue-se à ocupação do leito e à execução dos procedimentos hospitalares, seguindo o

leito ocupado até a alta do paciente e a liberação da vaga para uma nova internação. Nesse fluxo estão também os leitos complementares.

A rotina da regulação consiste na alocação desses leitos, de acordo com a necessidade de cada paciente, trabalhando as urgências, as prioridades e as internações eletivas, tendo como instrumento fundamental o mapa de leitos, instrumento dinâmico que mostra a situação da ocupação dos leitos em tempo real.

Outra função da regulação de internações hospitalares é a autorização dos procedimentos, sendo um diferencial o trabalho dos supervisores hospitalares, que devem atuar nas próprias unidades de internação, validando mudanças de procedimento, transferências entre clínicas e permanência maior, além de monitorar a adequação e a atualização do mapa de leitos.

Assim, podemos visualizar o trabalho da regulação, e sua efetividade, sendo condicionado à integração com diversas áreas da gestão, atuando de forma efetiva no controle dos leitos e agendas, dos tetos e cotas, no controle da PPI, subsidiando ações de controle, avaliação, auditoria, planejamento e programação, qualificando a informação, agregando o processamento da produção, as autorizações pré e pós-fato, a qualificação das bases e das rotinas cadastrais, incorporando protocolos, integrando a atenção às urgências e qualificando a comunicação com o usuário.

A Regulação Assistencial desta forma estará viabilizando a real e efetiva hierarquização da rede de serviços de saúde, estará qualificando a gestão e contribuindo para a garantia da integralidade e da equidade da atenção.