

I – SOBRE O PROCESSO DE REGULAÇÃO

O processo de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS, amplo e complexo, pressupõe a aplicação de instrumentos, regras, controle e avaliação sobre todos os níveis de atenção com o objetivo de viabilizar o acesso do cidadão ao serviço de saúde de acordo com sua necessidade. O ministério da saúde define Regulação como a ordenação do acesso aos serviços de assistência à saúde. Esta ordenação atua pelo lado da oferta, buscando otimizar os recursos assistenciais disponíveis, e pelo lado da demanda, buscando garantir a melhor alternativa assistencial face às necessidades de atenção e assistência à saúde da população.

No Estado de São Paulo as ações de regulação foram iniciadas em 1989 e evoluiu até os dias de hoje. Esse sistema é uma estratégia para regular a oferta e a demanda em saúde.

A Regulação tem como objetivo principal promover a equidade do acesso, garantindo a integralidade da assistência, permitindo o ajuste da oferta assistencial disponível às necessidades imediatas do cidadão, através de ações dinâmicas, agindo sobre as estruturas do sistema, de forma equânime, ordenada, oportuna e racional.

É primordial tomarmos as necessidades imediatas (urgências) como referência, pelo potencial desorganizador que têm sobre o funcionamento geral do sistema e pela visibilidade como marcadoras de sucesso ou fracasso.

Além das ações de Regulação de Acesso, também realiza ações de Regulação da Atenção, que se movimenta na dimensão da melhor resposta para quem precisa mais em tempo real, pressupondo:

- Apoio às instâncias gestoras na tomada de decisão, dentro de um processo de avaliação das necessidades de saúde não atendidas, através de planejamento / programação ascendente e dinâmico, considerando os aspectos epidemiológicos, os recursos assistenciais disponíveis e condições de acesso às unidades de referência;
- Definição da estratégia de regionalização que explicita a inserção das diversas Unidades em uma Rede Assistencial por especialidades, e responsabilização dos vários municípios, compondo uma Rede Regionalizada e Hierarquizada;

- Definição das interfaces da estratégia da regulação da atenção com o processo de planejamento, programação, controle, avaliação, auditoria e vigilância em saúde;
- Definição de estratégias de articulação com o processo de contratualização de serviços de saúde e atualização de cadastros;
- Delegação, pelo gestor competente, de autoridade sanitária ao médico regulador, para que exerça a responsabilidade sobre a regulação da atenção.

Bases Teóricas de Regulação Médica

Definições:

Urgente [do latim *Urgente*]: adjetivo 1. Que urge; que é necessário ser feito com rapidez... In Novo Dicionário Básico da Língua Portuguesa Folha/Aurélio, Ed. Nova Fronteira, 1995.

Segundo o Conselho Federal de Medicina, em sua Resolução CFM nº 1451, de 10/03/1995, tem-se:

- **URGÊNCIA:** ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco pontencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.
- **EMERGÊNCIA:** constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato.

Existem várias formas de apresentação do conceito de Regulação Médica, que se complementam. Assim podemos defini-las das seguintes formas:

1. Regulação Médica seria a gestão do fluxo de oferta de cuidados médicos urgentes de forma harmônica, proporcional, regularizada, de acordo com as diretrizes do SUS, consistindo o ato de Regular em: guiar, orientar, ajustar, sujeitando a regras, de forma organizada, todas as respostas às situações de Urgência/Emergência em um município ou região
2. Regular seria, em última análise, estabelecer diagnóstico tele médico da real necessidade e do grau de urgência através de um interrogatório específico, classificar e estabelecer prioridades entre as demandas urgentes. Regular também consiste em definir e enviar recursos mais adaptados às necessidades do solicitante,

no menor intervalo de tempo possível, acompanhar a atuação da equipe no local e providenciar acesso aos serviços receptores de forma equânime dentro de um Sistema de Saúde.

3. Conforme resolução do CFM 1529/98 e Portaria MS nº 824/99, nacionalmente a Regulação consiste em um novo tipo de trabalho médico, cujo conceito abrange duas dimensões: regulação dos casos de urgência e emergência & gestão do sistema de saúde. Portanto, o ato de Regular, fica reconhecido enquanto um "Ato médico" – composto por uma fase diagnóstica, concluído por uma decisão e uma escolha terapêutica.

Objetivos da Regulação Médica:

- Garantir uma escuta médica permanente a toda demanda recebida;
- Classificar e priorizar as urgências, gerando o acesso aos serviços de urgência e de cuidados intensivos da rede hospitalar de uma maneira eficiente e equânime;
- Determinar e desencadear a resposta mais adaptada a cada caso, assegurando-se da disponibilidade do recurso para tal;
- Assegurar a disponibilidade dos meios de assistência pública ou privada adequada ao estado do paciente, levando em conta o respeito de livre escolha, a grade de regionalização e hierarquização do sistema e preparar a recepção do paciente no serviço de destino.

As atribuições descritas para a regulação médica devem se referir aos chamados de transferência inter hospitalar de urgência de pacientes que estejam em unidades de saúde de complexidade incompatível com suas necessidades. Aqui não falamos em "vaga para leito", pois na urgência o atendimento deve ser garantido onde exista o recurso necessário para o acolhimento.

Bases Éticas da Regulação Médica

Declarar uma urgência é se apossar do direito de realizar procedimentos que muitas vezes seriam impossíveis sem autorização previa do paciente.

O médico, em condições de urgência, vai trabalhar sem um *pedido* e uma *aceitação* do paciente, que por sua vez tem *necessidade* de atendimento. Vai também exercer o poder

supremo de decidir quais serão atendidos e quais serão relegados, o que pode ser monstruoso. A sociedade delega este poder, que deve ser usado com todo critério, respeitando os princípios éticos de nossa profissão e os morais e legais da sociedade em que vivemos.

- **Declaração de Lisboa (1989):**

Para sistematizar os princípios éticos que envolvem o atendimento às urgências, os países europeus reuniram-se em Lisboa e elaboraram uma declaração com 4 princípios básicos, que o médico encarregado de triar e classificar as urgências deve respeitar:

1.º AUTONOMIA E LIBERDADE:

O cidadão tem o direito ao respeito de sua autonomia, mesmo contra os cuidados que ele possa ter necessidade. Os profissionais dos Serviços Médicos de Urgência devem respeitar este direito do paciente e na medida do possível, devem fazer o necessário para que as crenças, a confiança e o pudor sejam respeitados.

2.º BENEFÍCIO DE TODOS:

Os profissionais dos Serviços de Urgências, na medida dos meios existentes devem realizar as melhores terapêuticas médicas e ajuda psicológica, a fim de melhorar a qualidade de vida do paciente e daqueles que o cercam, e não apenas aumentar sua sobrevivência.

3.º O MENOR PREJUÍZO POSSÍVEL:

Diminuir e/ou evitar o risco da iatrogenia, que aumenta em todo procedimento realizado em caráter de urgência, através de capacitação adequada dos profissionais.

4.º JUSTIÇA, IGUALDADE E SOLIDARIEDADE:

Para garantir a equidade na distribuição de recursos na área de saúde, os casos mais urgentes serão atendidos fora da ordem de chegada. Os médicos reguladores devem estabelecer prioridades para o atendimento, segundo a classificação da gravidade, ocupando-se primeiramente e com mais recursos daqueles que tem necessidade maior e mais premente.

- **Avaliação multifatorial do grau urgência:**

O grau de urgência é diretamente proporcional à gravidade, à quantidade de recursos necessários para atender o caso e à pressão social presente na cena do atendimento e inversamente proporcional ao tempo necessário para iniciar o tratamento.

$$U = \frac{G \cdot A \cdot V}{T}$$

Onde: **U** – Grau de urgência

G – Gravidade do caso

T – Tempo para iniciar o tratamento

A – Atenção – recursos necessários para o tratamento

V – Valor social que envolve o caso.

Gravidade:

É perfeitamente possível quantificar a gravidade do caso pelo telefone, através de perguntas objetivas dirigidas diretamente ao paciente ou à pessoa que ligou solicitando ajuda, utilizando uma semiologia que será definida e abordada nos protocolos específicos. Mais fácil ainda é quantificar as urgências nas transferências inter hospitalares, quando o contato telefônico é feito diretamente entre médicos.

Tempo:

Tratamos aqui de utilizar o conhecimento dos intervalos de tempo aceitáveis entre o início dos sintomas e o início do tratamento. Quanto menor o tempo exigido, maior a urgência. Nas transferências inter hospitalares, com o atendimento inicial já realizado, esta avaliação deve ser mais cuidadosa, para evitar precipitações.

Atenção:

Quanto maior for a necessidade de recursos envolvidos no atendimento inicial e no tratamento definitivo, maior será a urgência. Este subfator é o que mais influi na decisão de transferir o paciente.

Valor Social:

A pressão social que envolve o atendimento inicial pode muitas vezes justificar o aumento do grau de urgência de um caso simples. Este fator pode ser negligenciado, pois muitas vezes uma comoção social no local do atendimento pode dificultar a prestação de socorro. É de pouca influência, porém, nas transferências inter-hospitalares.

III - CENTRAL DE REGULAÇÃO DE OFERTAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE - CROSS

A Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS) foi criada em 2010 pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo com a missão de facilitar o acesso dos cidadãos aos serviços de saúde mais adequados às suas necessidades.

O Portal CROSS enquanto ferramenta de sistema, foi disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde às Centrais de Regulação Municipais e Intermunicipais que quando não conseguem resolver o caso dentro de suas referências (em sua região de abrangência) locais e/ou regionais, acionam o sistema (a regulação) central.

Mais de 300 colaboradores atuam neste serviço fazendo revezamento de plantões, 24 horas por dia e 7 dias por semana, para atenderem as solicitações por recursos de saúde.

Em outras palavras, a CROSS faz intermediação entre o médico que está atendendo o paciente que necessita do recurso e o médico da instituição que vai acolher o paciente, tudo isso via sistema: o Portal CROSS.

A CROSS conta com uma equipe multiprofissional trabalhando todos os dias ininterruptamente. Médicos reguladores recebem as fichas inseridas no Portal CROSS, avaliam a pertinência, classificam a urgência e distribuem para equipe médica de regulação responsável por iniciar a busca dos recursos nas Unidades Executantes, visando o acolhimento do paciente no menor tempo possível.

A Unidade Solicitante é a unidade onde o paciente recebeu atendimento e precisa de outros recursos não disponíveis naquela unidade.

A unidade executante é a unidade que dispõe de recursos mais adequados à necessidade do paciente.

Recursos: leitos de UTI, exames, procedimentos e avaliação de médico especialista.

Destacamos que todo o processo regulatório é realizado de Médico para Médico e portanto está submetido ao Código de Ética Médica, sendo ressaltado alguns artigos:

Art. 2º: O alvo de toda atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional"

Art. 57: que veda ao médico: "Deixar de utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento a seu alcance em favor do paciente."

Art. 47: "Discriminar o ser humano de qualquer forma ou sob qualquer pretexto."

Art. 48: sobre solicitação de transferências por familiares, veda ao médico: "Exercer sua autoridade de maneira a limitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a sua pessoa ou seu bem-estar".

Art. 56: veda ao médico: "Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente perigo de vida".

Sobre Grades e Fluxos de Referência

O extenso processo de organização das Regiões de Saúde, ocorrido em todo o Estado de São Paulo, proporcionou um avanço na assistência à saúde estadual, por garantir um acesso mais equânime e adequado da população às referências de média e alta complexidade em cada macrorregião, inclusive, e especialmente, às referências para atendimento de urgência.

No tocante ao atendimento de urgência, fica clara a importância da Regulação dos recursos, permitindo a adequação das ofertas às necessidades mais imediatas. Para isso, foram construídas as Grades e Fluxos de Referências em Urgência, garantindo-se uma rede

assistencial específica, com atendimento nas diversas complexidades e com uma relação interregional e macrorregional, respeitando as pactuações existentes entre os DRS e os prestadores hospitalares públicos e conveniados, bem como o grau de complexidade existente para o atendimento de urgência em cada município.

Para a organização dos fluxos, foram identificados e classificados os municípios conforme seu aporte de recursos para atendimento de urgência, podendo existir desde municípios sem nenhum recurso hospitalar para atendimento, passando por municípios com baixa, média ou alta complexidade.

De acordo com esses critérios, as grades possuem municípios que recebem um gradiente de cores, para melhor identificação das complexidades, assim definidos:

Sobre a Classificação de Gravidade

Os casos de urgência recebidos pela CROSS para regulação interhospitalar são após analisadas como pertinentes classificadas pelos médicos reguladores em correspondência com as normas exaradas pela portaria MS 2048.

Nível 1 - VERMELHO – PRIORIDADE ABSOLUTA

Nível 2 – LARANJA – PRIORIDADE MODERADA

Nível 3 – AMARELO – PRIORIDADE BAIXA

Nível 4 – VERDE – PRIORIDADE MINIMA

A atual fase da pandemia com comportamento diferenciado do observado em 2020 levou à revisão do Protocolo de Classificação de Gravidade.

A CROSS trabalha com protocolos desde a sua criação. Esses são atualizados sempre que a situação epidemiológica assim o exige como aconteceu em diversas situações como epidemia da Dengue, Zika e Chikungunya, epidemia de Febre Amarela, Escorpionismo e desde o início da pandemia de COVID-19.

Desde o início desta em 2020, em conjunto com instituições de referência como o Hospital das Clínicas, a classificação de gravidade para esta situação específica foi elaborada e vem sendo utilizada para permitir o acesso equânime aos recursos existentes.

A cada abertura de novos leitos é atualizado o mapa de leitos para que os reguladores tenham conhecimento dos recursos criados.

O Censo COVID vem sendo aperfeiçoado e utilizado a cada dia para instrumentalizar este processo.

Todos os casos inseridos no sistema são analisados segundo os critérios de gravidade. Para a avaliação dos casos são levados em conta dois grandes grupos de informações:

- 1) Relacionadas à unidade de origem do paciente: quanto a sua complexidade e potencial capacidade de ventilação mecânica.
- 2) Quanto às condições clínicas do paciente: idade, obesidade, existência de comorbidades, exames diagnósticos, laboratoriais e/ou de imagem, uso de drogas vasoativas tempo de permanência na regulação e suporte de oxigênio em uso.

Esses itens são pontuados e formam um score de gravidade que é traduzido conforme já mencionado anteriormente em cores que variam em gravidade, em ordem decrescente de vermelho, laranja, amarelo e verde.

Os casos são atualizados pelo médico solicitante e essas informações interferem na classificação de gravidade dos casos que permanecem no sistema. Esta atualização será utilizada de modo a garantir que pacientes com maiores scores tenham maior celeridade em sua transferência.

A utilização do score nos permite uma listagem de pacientes por gravidade e, para a operacionalização das transferências são consideradas além desses critérios estabelecidos, a

grade de referências pactuadas anteriormente. A grade de referência é atualizada à medida que novos leitos são incorporados à assistência. Além disso, faz-se análise das distâncias entre a unidade solicitante e a unidade executante, assim como o quadro clínico do paciente para suportar as remoções.

A CROSS analisa ininterruptamente os pedidos inseridos no sistema, dando prioridade aos pacientes classificados com a cor vermelha, que são os casos mais urgentes. Segue anexo ao presente o Boletim emitido na data de hoje. Assim, o cumprimento de uma decisão judicial isolada vai ensejar gargalos na política pública de saúde construída para o combate à pandemia, colocando a população que depende da rede estadual de saúde em evidente risco de morte.

Diante do exposto manifestamo-nos com a clareza de que mesmo em face do atual momento que tem trazido tanta dor e sofrimento à nossa população e a todos os profissionais e gestores envolvidos nesse embate, temos nos pautado por desenvolver ações que minimizem o quadro de forma a que menos pessoas tenham necessidade de recursos hospitalares e em especial desse recurso tão complexo quanto o leito de UTI.

Esse tipo de leito não se restringe apenas a existência de meios materiais como: cama, respirador, monitores multiparamétricos, bombas de infusão entre tantos, o que por si só já é uma barreira num momento em que o mundo todo necessita desses recursos.

Diz também respeito a difícil tarefa de manter o abastecimento de insumos como material de enfermagem, medicamentos e oxigênio.

E mais ainda, talvez o maior desafio seja o da expansão de recursos humanos de todas as categorias profissionais para fazer frente a esse aumento das necessidades e da oferta de serviços.

Temos exercido o papel de articulador dos diversos entes municipais e estaduais para esse fim e o processo de regulação de leitos faz parte deste conjunto de ações norteadas pelos princípios éticos em busca de salvar vidas.

Ressalte-se, que todos os pacientes são classificados em conformidade com a sua gravidade e singularidade do caso, de modo que todos são alçados ao equipamento de saúde correspondente pelo Sistema CROSS, com a devida equidade.

Nesse contexto, salientamos que a pandemia COVID-19 atravessa um momento de aumento de casos em todas as regiões do Estado de São Paulo. Este aumento de casos causa pressão no sistema de saúde em especial os que se relacionam a UTI tanto no setor público como privado.

Conforme acima explicitado, o processo regulatório busca recursos adequados ao caso o mais próximo possível do serviço solicitante, utilizando-se da classificação de gravidade de forma a prover celeridade aos casos de maior seriedade. Para esta classificação, são levadas em conta dois grandes grupos de parâmetros, os relacionados ao serviços onde o paciente se encontra, e parâmetros relacionados ao próprio paciente.

Essas informações são fornecidas pelo médico responsável pelo paciente e permitem que o médico regulador acione os serviços de saúde. Essa busca por recursos é ampliada a medida em que se esgotar nas primeiras referências da grade assistencial. Ressaltamos que em sendo o processo regulatório realizado de médico para médico, todos os pacientes estão sob cuidados, em um serviço de saúde.

No combate a essa pandemia o Governo do Estado tem apoiado os municípios tanto no que diz respeito à manutenção e obtenção de insumos, como ampliação da rede de leitos instalada. Neste quesito destacamos que foram criadas em todas as regiões do Estado, leitos de suporte ventilatório que permitem que o paciente seja estabilizado e cuidado enquanto é encontrado leito de complexidade adequado a sua necessidade.

É importante vermos na tabela abaixo com dados extraídos do mapa de leitos, a ampliação de leitos de UTI adulto para COVID:

TABELA 1 – LEITOS DE UTI DESTINADOS A COVID-19 NO ESTADO DE SÃO PAULO

| MOMENTO EPIDEMIOLOGICO | | SITUAÇÃO ANTERIOR À PANDEMI | | PICO 1ª ONDA (26/07/2020) | | | | FASE ATUAL 2ª ONDA (MAIO/2021) | | | |
|------------------------|-----------------------|-----------------------------|----------------------------------|---|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|--|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| DRS | POPULAÇÃO ADULTO 2020 | LEITOS DE UTI AD SUS | TAXA LEITOS UTI AD (100 MIL HAB) | Leitos de UTI Adulto - habilitação imediata, 8ª remessa | TAXA LEITOS UTI AD (100 MIL HAB) | Leitos de SUPORTE VENTILATORIO | TAXA LEITOS SVP (100 MIL HAB) | Leitos de UTI Adulto - habilitação imediata, 15ª remessa | TAXA LEITOS UTI AD (100 MIL HAB) | Leitos de SUPORTE VENTILATORIO | TAXA LEITOS SVP (100 MIL HAB) |
| 1 | 15.593.029 | 1.749 | 11,2 | 2.764 | 17,7 | 362 | 2,3 | 3.916 | 25,1 | 553 | 3,5 |
| 2 | 590.374 | 62 | 10,5 | 66 | 11,2 | 10 | 1,7 | 107 | 18,1 | 43 | 7,3 |
| 3 | 758.390 | 72 | 9,5 | 56 | 7,4 | 20 | 2,6 | 128 | 16,9 | 75 | 9,9 |
| 4 | 1.349.033 | 154 | 11,4 | 340 | 25,2 | 20 | 1,5 | 318 | 23,6 | 127 | 9,4 |
| 5 | 324.846 | 55 | 16,9 | 62 | 19,1 | - | - | 107 | 32,9 | 6 | 1,8 |
| 6 | 1.312.567 | 139 | 10,6 | 111 | 8,5 | 5 | 0,4 | 260 | 19,8 | 42 | 3,2 |
| 7 | 3.452.851 | 283 | 8,2 | 511 | 14,8 | 53 | 1,5 | 665 | 19,3 | 203 | 5,9 |
| 8 | 517.608 | 44 | 8,5 | 40 | 7,7 | - | - | 112 | 21,6 | 10 | 1,9 |
| 9 | 846.461 | 133 | 15,7 | 113 | 13,3 | - | - | 176 | 20,8 | 31 | 3,7 |
| 10 | 1.169.047 | 101 | 8,6 | 112 | 9,6 | 9 | 0,8 | 191 | 16,3 | 78 | 6,7 |
| 11 | 575.547 | 69 | 12,0 | 55 | 9,6 | - | - | 125 | 21,7 | 13 | 2,3 |
| 12 | 197.462 | 9 | 4,6 | 15 | 7,6 | - | - | 48 | 24,3 | 0 | - |
| 13 | 1.118.491 | 108 | 9,7 | 171 | 15,3 | 26 | 2,3 | 233 | 20,8 | 54 | 4,8 |
| 14 | 619.511 | 44 | 7,1 | 85 | 13,7 | 5 | 0,8 | 96 | 15,5 | 10 | 1,6 |
| 15 | 1.225.322 | 208 | 17,0 | 175 | 14,3 | 2 | 0,2 | 295 | 24,1 | 123 | 10,0 |
| 16 | 1.819.220 | 111 | 6,1 | 90 | 4,9 | 23 | 1,3 | 236 | 13,0 | 140 | 7,7 |
| 17 | 1.844.723 | 186 | 10,1 | 174 | 9,4 | 42 | 2,3 | 337 | 18,3 | 120 | 6,5 |
| TOTAL DO ESTADO | 33.314.482 | 3.527 | 10,6 | 4.940 | 14,8 | 577 | 1,7 | 7.350 | 22,1 | 1.628 | 4,9 |

Em todo o Estado de São Paulo tínhamos, antes do início da pandemia, 3.527 leitos de UTI Adulto o que corresponde a uma taxa de 10,6 leitos por 100.000 habitantes. Esse número saltou para 4.940 no pico da 2ª onda em Julho de 2020, com uma relação de 14,8 leitos de UTI COVID para cada 100.000 mil habitantes, e hoje, maio de 2021, está em 7.350 leitos que nos remete a taxa de 22,1 leitos UTI COVID por 100.000 mil habitantes, que somam-se aos 1.628 leitos de suporte ventilatório em todo o estado.

Hoje, como em 2020, a Central de Regulação Estadual permanece operacionalizando a transferência de pacientes da cidade solicitante e entorno para as regiões mais próximas e onde mais for possível.

É importante levar em consideração no processo regulatório, as distâncias entre o serviço solicitante e o de destino. Assim, as transferências a longas distâncias são prejudiciais principalmente a pacientes críticos.

As regiões do Estado de São Paulo com menor pressão na regulação de leitos de UTI COVID-19 são atualmente Baixada Santista e Grande São Paulo que distam cerca de 300 km de cidades do interior.

A gravidade dos casos classificados como vermelho demonstram sua instabilidade, o que precisa ser levado em consideração como já citado anteriormente para remoções em maiores distâncias.

Ante a todo o exposto, ressaltamos que não há como cumprir liminar sem desrespeitar os critérios estabelecidos pela Central de Regulação.