

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS**  
**UNIEVANGÉLICA**  
**MESTRADO ACADÊMICO MULTIDISCIPLINAR EM**  
**SOCIEDADE, TECNOLOGIA E MEIO AMBIENTE**

**REGULAÇÃO MÉDICA DO FLUXO DAS URGÊNCIAS:**  
**ANÁLISE DO COMPLEXO REGULADOR DE GOIÂNIA**

**DAYSE VIEIRA SANTOS BARBOSA**

**ANÁPOLIS - GO**

**2012**

DAYSE VIEIRA SANTOS BARBOSA

**REGULAÇÃO MÉDICA DO FLUXO DAS URGÊNCIAS:  
ANÁLISE DO COMPLEXO REGULADOR DE GOIÂNIA\***

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente da UniEVANGÉLICA, para obtenção do título de Mestre.

**Linha de Pesquisa:** Sociedade, Políticas Públicas e Meio Ambiente.

**Área de Concentração:** Políticas Públicas.

**Orientador:** Prof. Dr. Nelson Bezerra Barbosa

**\*Auxílio:** Bolsa de formação de mestrado acadêmico N° 1251 da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás (Fapeg)

ANÁPOLIS - GO

2012

## FOLHA DE APROVAÇÃO

BARBOSA, Dayse Vieira Santos. **Regulação médica do fluxo das urgências:** análise do Complexo Regulador de Goiânia.

Dissertação apresentada à Comissão Examinadora de defesa como requisito final à obtenção do título de Mestre em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente.  
Área de Concentração: Políticas Públicas.

Aprovada em: 21 de setembro de 2012.

---

Prof. Sandro Dutra e Silva, Dr. - UniEVANGÉLICA  
Coordenador do Programa de Mestrado em Sociedade,  
Tecnologia e Meio Ambiente

### COMISSÃO EXAMINADORA:

---

Prof. Nelson Bezerra Barbosa, Dr. - UniEVANGÉLICA  
Orientador - Programa de Mestrado em Sociedade,  
Tecnologia e Meio Ambiente

---

Profª Claci Fátima Weirich Rosso, Dra. - Professora convidada  
Universidade Federal de Goiás - Mestrado Profissional em  
Saúde Coletiva (NESC - UFG)

---

Profª. Genilda D'Arc Bernardes, Dra. - UniEVANGÉLICA  
Programa de Mestrado Acadêmico Multidisciplinar em  
Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente

---

Prof. Francisco Itami Campos, Dr. - UniEVANGÉLICA  
Pró-Reitoria de Pós-Graduação, Pesquisa, Extensão e Ação  
Comunitária

DAYSE VIEIRA SANTOS BARBOSA

## APRESENTAÇÃO

A minha formação básica foi alcançada na Universidade de Pernambuco, onde concluí o curso de Medicina em 1975. Aquele período de estudos concedeu-me oportunidades para contato com a saúde pública, seja por intermédio de participação em estágio clínico em equipe do Projeto Rondon no interior do Estado de Mato Grosso, seja pela atração que cultivei pela pediatria em internato que realizei no Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), em Recife, no ano de 1975.

Ao completar o bacharelato em Medicina, iniciei o exercício profissional e, posteriormente, obtive a qualificação na especialidade de Pediatria, do Conselho Federal de Medicina. Exerci a Pediatria em Pernambuco (Recife e Macaparana), no Mato Grosso (Nortelândia, Arenápolis e Cuiabá) e em Goiás (Porangatu, Goiânia, Aparecida de Goiânia), tanto em prática privada quanto em serviços públicos de saúde, tanto em âmbito urbano quanto rural.

Minha ação como pediatra foi robustecida ao longo dos anos por meio da participação em congressos acadêmicos, cursos de educação continuada, variedade de contextos nos quais trabalhei – ambulatório, emergência e terapia intensiva –, e por pós-graduação em Saúde Coletiva pela Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP) entre 1998 e 1999.

Tendo alcançado mais de duas décadas de atividade profissional, tive a oportunidade de trabalhar como médica fiscal do Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás entre 2000 e 2004. Foi período de acompanhar de outro ângulo a gestão de sistemas de saúde e aprofundar-me em temas atinentes à Deontologia Médica.

Desde 2001, tenho participado da regulação de serviços de saúde, como médica concursada da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, Goiás. Esta atividade permitiu-me desenvolver e colocar em prática habilidades de gestão que considero importantes para os profissionais de saúde. Considero-me privilegiada por ter-me envolvido na execução de políticas públicas de saúde, simbolizada pela estruturação de um Complexo Regulador de Urgências no município de Goiânia.

Ao longo de décadas desenvolvi prática voluntária de educação em saúde e projetos sociais com crianças e famílias em comunidades carentes. Contudo, a oportunidade de servir no contexto acadêmico surgiu mais recentemente em minha carreira profissional por intermédio da função de docente na disciplina Programa de Integração na Estratégia Saúde da Família do Curso de Medicina da UniEvangélica, posteriormente

denominada Programa Integrado em Saúde Coletiva, após Curso de Capacitação em Problem-Based-Learning (PBL) desde 2007.

Exerci a função de Coordenadora da disciplina durante dois anos. Nesse ambiente, tenho apoiado a formação de médicas e médicos a partir de uma visão integral que tem por eixo a saúde da família e, por princípios, o rigor técnico e o interesse pela investigação científica. Orientei alguns desses discentes em suas primeiras incursões pelo campo da pesquisa em saúde.

O Programa de Mestrado Acadêmico em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente, Área de Concentração em Políticas Públicas, tem sido importante ferramenta para sistematizar conhecimentos de área na qual participo – regulação médica no Sistema Único de Saúde – quanto para a análise do funcionamento do Complexo Regulador de Goiânia, responsável pela regulação médica do fluxo de pacientes em situação de urgência entre unidades da rede hierarquizada de atenção às urgências do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível regional. Tal análise busca, à luz da Política Nacional de Atenção às Urgências e de Regulação do SUS, verificar se os processos regulatórios favorecem o melhor acesso aos serviços prestados.

A minha motivação para a pesquisa-objeto deste Mestrado decorre, portanto, da associação entre longa prática em pediatria, experiência com fiscalização e deontologia médica, envolvimento com sistema de regulação médica e paixão pela prática pedagógica, cultivada, inicialmente, de modo voluntário e, nos últimos anos, aperfeiçoada tanto com pós-graduação quanto com docência em instituição de ensino superior.

Dedico este trabalho a Deus, que me fortaleceu no desafio de elaborá-lo.

Desejo honrá-lo em tudo o que eu fizer.

Aos meus pais Isaias e Erival,  
pelo estímulo ao estudo e o exemplo de serviço ao próximo.

A Washington, meu parceiro de vida e vocação.

Aos filhos Elter Nehemias e Ellen Candace, frutos do amor,  
dádivas preciosas, amigos meus.

Às famílias carentes de todos os lugares onde trabalhei.

Às crianças brasileiras que esperam por afeto em família,  
saúde, educação e sustentabilidade.

## AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Nelson Bezerra Barbosa, pela exímia e direcionadora orientação.

À Profª Genilda D'Arc Bernardes, à Profª Mirza Seabra Toschi, ao Prof. Roberto Prado Moraes (*in memoriam*) e ao corpo docente do Mestrado, incansáveis na valorização da ciência e da pesquisa.

Ao Dr. Cláudio Tavares Silveira Sousa, - sua expressiva colaboração possibilitou a realização deste trabalho.

Ao meu marido e filhos, cujas multiformes participações me acompanharam na concretização desta pesquisa.

Ao mano Edson Vieira Santos, por afirmar que eu sou capaz, em momentos difíceis de eu mesma acreditar que sou.

Às amigas Carmelita Dídimo Santos e Edna de Araújo Andrade, pelo incentivo contínuo e propulsor.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás (Fapeg), pelo apoio financeiro no período de agosto de 2010 a março de 2012.

O primeiro requisito é reconhecer a existência dos problemas;  
o segundo é entendê-los e extrair as conclusões certas;  
e o terceiro é tomar alguma providência.

(James Lovelock, 2006)

## RESUMO

### **Regulação médica do fluxo das urgências: análise do Complexo Regulador de Goiânia**

A análise da situação de saúde no Brasil tem demonstrado a relevância do setor de urgência no contexto epidemiológico brasileiro de elevada morbimortalidade por causas externas e causas crônico-degenerativas com situações agudas delas decorrentes. O provimento da oferta de ações e serviços para o acesso da população acometida por agravos urgentes justifica a intervenção do Estado no mercado da atividade da saúde como organizador de redes articuladas e integradas para disponibilização, priorização e qualificação dessa assistência, rumo à superação de falhas e à garantia de direitos. O estudo propôs analisar a estrutura e o funcionamento do Complexo Regulador de Goiânia, com enfoque em uma de suas centrais integrantes - a Central de Encaminhamento, reguladora da transferência de pacientes do componente pré-hospitalar fixo para pontos de atenção secundária e terciária à saúde na rede hierarquizada de urgências. A pesquisa exploratória e descritiva, de natureza aplicada e abordagem metodológica quali-quantitativa, busca o conhecimento dos processos de trabalho na Central de Encaminhamento. Os instrumentos de coleta dos dados foram entrevistas semi-estruturadas aos gestores, gerentes de unidades hospitalares e não hospitalares de urgência, e médicos reguladores envolvidos no processo. Fontes secundárias constaram das normativas das políticas pertinentes, do desenho da rede abrangida, de registros documentais e dos relatórios do sistema informatizado de regulação. Os resultados identificaram a implementação da Central de Encaminhamento em face do desenho peculiar da rede de urgências no município de Goiânia como mecanismo favorecedor do acesso aos serviços e cuidados à saúde. Por um lado, essa prática incrementou a expansão dos serviços pré-hospitalares municipais para absorção da demanda regulada; por outro, deu lugar ao surgimento de uma demanda reprimida que aguarda por expansão de serviços de referência especializados. Tornou-se evidente no relato dos informantes-chaves, a identificação de avanço na implementação das políticas de atenção às urgências e de regulação do SUS no município de Goiânia por meio da ampliação da área referenciada do complexo regulador e da prática da regulação médica autorizativa dos encaminhamentos e internações de urgência solicitados por todos os municípios do estado de Goiás. A gestão compartilhada dos entes governamentais no planejamento, programação e organização da rede regional de serviços, e a ampliação das competências do Complexo Regulador Estadual para a cobertura da rede de urgência nos municípios e no estado contribuiriam para o fortalecimento da capacidade de resposta e a execução das políticas públicas em foco.

**Palavras-chave:** atenção à saúde; serviços médicos de emergência; regulação e fiscalização em saúde; política de saúde; SUS.

## ABSTRACT

### **Medical regulation of urgencies: analysis of the Regulator Complex of the city of Goiânia**

The analysis of the situation of health care in Brazil has shown the importance of the emergency sector in the Brazilian epidemiological context of high morbimortality due to external (accidents and violence) and chronic-degenerative causes and their resulting acute situations. The provision of supply of actions and services that can be accessed by the population affected by acute changes in health condition justifies the intervention of the Government in the healthcare market as the organizer of integrated networks for the availability, prioritization, and qualification of the assistance, so that failures are corrected and rights are guaranteed. This study aims at analysing the structure and the operation of the Regulator Complex of the city of Goiânia (State of Goiás, Brazil) by focusing on one of its parts - the Referral Center, which is the systemiser of the transfer of patients from the fixed pre-hospital component to secondary and tertiary healthcare points in the hierarchical network of urgencies. This descriptive and exploratory research, of applied nature and qualiquantitative methodological approach, seeks to understand, through primary and secondary sources, the workflows of the Referral Centre. The instruments for collecting primary data were semi-structured interviews of ten primary sources (public management officers, managers of hospital-based and non-hospital-based emergency units, and regulator physicians). Secondary sources consisted in relevant policy documents, the design of the network studied, documentary records and reports of the computerized system of regulation. The results indicate that the implementation of the Referral Center considering the unique design of the network of urgencies in the city of Goiânia is a mechanism which facilitates the access to services and health care. On the one hand, the implementation of the Referral Center facilitated the expansion of pre-hospital municipal services to absorb the regulated demand; on the other hand, it gave way to the emergence of pent-up demand that awaits the expansion of specialized reference services. Reports of the key interviewees demonstrated progress in the implementation of policies of urgency care and regulation of the Unified Health System in Goiânia through the expansion of the area which is covered by the Regulator Complex and through the practice of medical regulation which authorizes the referrals and emergency admissions requested by all municipalities in the state of Goiás, Brazil. Both the shared management by government entities in planning, programming, and organizing the regional network of services and the expansion of competences of the State Regulator Complex for the reach of the urgency network in the municipalities and in the State contributed to the strengthening of the responsiveness and to the performance of public policies.

**Key words:** health care (public health); emergency medical services; health care coordination and monitoring; health policy; Unified Health System.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES E QUADROS

### FIGURAS

<b>Figura 01</b> - Pirâmide das Lesões CDC/EU, 2005	59
<b>Figura 02</b> - Planta baixa do Complexo Regulador de Goiânia (CRgG) /SMS, 2012	98
<b>Figura 03</b> - Tela 1 do formulário do Sistema de Internação do CRgG/SMS	169
<b>Figura 04</b> - Tela 2 do formulário do Sistema de Internação do CRgG/SMS	170

### QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Procedimentos autorizados nas Centrais de Regulação do CRgG e do SAMU-192 Metropolitano, janeiro de 2012	
<b>Quadro 2</b> - Demonstrativo dos pontos de atenção do componente pré-hospitalar fixo e hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no município de Goiânia	
<b>Quadro 3</b> - Demonstrativo de leitos do Estado de Goiás por regiões de saúde, 2011	
<b>Quadro 4</b> - Fluxograma de solicitação e resposta de autorização de Encaminhamentos de Urgência (EU) e Internações de Urgências (IU) de municípios das regiões de Goiás, exceto a Região Central	
<b>Quadro 5</b> - Fluxograma de solicitação e resposta de autorização de EU e IU do município de Goiânia	
<b>Quadro 6</b> - Fluxograma de solicitação e resposta de autorização de EU e IU de municípios da Região Central, exceto Goiânia	
<b>Quadro 7</b> - Demonstrativo dos EU por Unidade Executante - HUGO / SES e Unidades pré-hospitalares de urgência / SMS, 2010-2012	
<b>Quadro 8</b> - Demonstrativo dos EU por Unidade Solicitante - Unidades não hospitalares de urgência/SMS e Hospital de Urgências de Goiânia (HUGO)/SES, 2010-2012	
<b>Quadro 9</b> - Processo de implementação da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) no Município de Goiânia - Diretrizes e Organização	
<b>Quadro 10</b> - Processo de implementação da PNAU no Município de Goiânia - Componentes	
<b>Quadro 11</b> - Processo de implementação da Política Nacional de Regulação (PNR) d no Município de Goiânia – ações e atribuições da Regulação do Acesso	
<b>Quadro 12</b> -Processo de implementação da PNR do SUS em Goiânia - modelos, atribuições e organização do Complexo Regulador	

## LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

### TABELAS

**Tabela 1** - Tipos de leitos de UTI e localização em municípios da Região Central

**Tabela 2** - Distribuição de profissionais médicos e agentes de atendimento no CRgG e CR SAMU-192

**Tabela 3** - Demonstrativo de Internações e Encaminhamentos de Urgências codificados no CRgG, 2010-2012

### GRÁFICOS

**Gráfico 1** - Comparativo entre encaminhamentos e internações: 2010-2011 x 2011-2012

**Gráfico 2** - Comparativo entre os totais de encaminhamentos: 2010-2011 x 2011-2012

**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva
AIS	Ações Integradas de Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APS	Atenção Primária à Saúde
AS	Atenção Secundária
AT	Atenção Terciária
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CAIS	Centro de Ações Integradas de Saúde
CAP	Caixa de Aposentadorias e Pensões
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CE	Central de Encaminhamento
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
CFM	Conselho Federal de Medicina
CfNS	Conferência Nacional de Saúde
CGR	Conselho de Gestão Regional
CIAMS	Centro Integrado de Assistência Municipal à Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNRS	Comissão Nacional da Reforma Sanitária
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CR	Central de Regulação

CRFB	Constituição da República Federativa do Brasil
CRg	Complexo Regulador
CRgE	Complexo Regulador Estadual
CRgG	Complexo Regulador de Goiânia
CROF	Centro de Referência em Ortopedia e Fisioterapia
DATASUS	Departamento de Informação e Informática do SUS
DRAC	Diretoria de Regulação, Avaliação e Controle
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
EU	Encaminhamento de Urgência
FAS	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
Fesp	Funções Essenciais de Saúde Pública
FMI	Fundo Monetário Internacional
FSESP	Fundação Serviços de Saúde Pública
FUNRURAL	Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural
GM	Gabinete Ministerial
HUGO	Hospital de Urgências de Goiânia
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensões
IAPAS	Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
IAPI	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
IPASE	Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado
IU	Internação de Urgência
MS	Ministério da Saúde
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MTAS	Ministério do Trabalho e Assistência Social
NMDP	National Marrow Donor Program
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OCDE	Organización para La Cooperación Económica y el Desarrollo
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas

PDR	Plano Diretor de Regionalização
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIB	Produto Interno Bruto
PNAU	Política Nacional de Atenção às Urgências
PNI	Programa Nacional de Imunização
PNR	Política Nacional de Regulação
PPA	Plano de Pronto Ação
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PREV SAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
RAA	Regulação do Acesso à Assistência
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RAtS	Regulação da Atenção à Saúde
RSS	Regulação de Sistemas de Saúde
RAU	Rede de Atenção às Urgências
RBCE	Rede Brasileira de Cooperação em Emergências
RCO	Região Centro-Oeste
RM	Regulação Médica
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SAMU	Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SAMDU	Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência
SCATS	Superintendência de Controle e Avaliação Técnica de Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SIH-SUS	Sistema de Informação Hospitalar
SIM	Serviço de Informação de Mortalidade
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUDS	Programa de Desenvolvimento dos Sistemas Unificados de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

### APRESENTAÇÃO

### AGRADECIMENTOS

### RESUMO / ABSTRACT

### LISTA DE ILUSTRAÇÕES E QUADROS

### LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

### LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

### INTRODUÇÃO

<b>CAPÍTULO I. MARCO DE REFERÊNCIA CONCEITUAL.....</b>	<b>27</b>
1.1. Conceituação de saúde .....	27
1.2. Políticas públicas .....	30
1.2.1. Implementação de políticas públicas .....	35
1.3. Políticas de saúde no Brasil .....	37
1.3.1. A proposta da Reforma Sanitária .....	43
1.3.2. O Sistema Único de Saúde (SUS) .....	46
1.3.3. Produção do SUS – ações e serviços .....	52
<b>CAPÍTULO II. ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS .....</b>	<b>57</b>
2.1. Conceituação de urgência .....	57
2.2. Atenção às urgências no contexto do SUS .....	58
2.3. Histórico da atenção às urgências .....	60
2.4. A Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) .....	62
<b>CAPÍTULO III. REGULAÇÃO .....</b>	<b>68</b>
3.1. Conceituação, formato e alcance da regulação .....	68
3.2. Antecedentes da Política Nacional de Regulação do SUS .....	72
3.3. Política Nacional de Regulação (PNR) do SUS .....	75
3.4. Complexos Reguladores (CRg) / Centrais de Regulação (CR) .....	77
<b>CAPÍTULO IV. ASPECTOS METODOLÓGICOS.....</b>	
4.1. Tipologia do estudo .....	
4.2. Operacionalização .....	82
4.2.1. Coleta de dados.....	82

4.2.2. Sujeitos do estudo .....	83
4.2.3. Análise dos dados .....	84
4.2.4. Validação dos resultados.....	87
<b>CAPÍTULO V. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>88</b>
5.1. Configuração da Rede de Atenção às Urgências do SUS em Goiânia, pontos de atenção e sistemas logísticos .....	88
5.1.1. Caracterização do município.....	88
5.1.2. Rede loco-regional - pontos de atenção .....	90
5.1.3. Rede - leitos hospitalares .....	93
5.1.4. Rede - sistemas logísticos .....	95
5.2. Processos de trabalho no Complexo Regulador de Goiânia e na Central de Encaminhamento .....	97
5.2.1. Estrutura, atribuições e integração das CR .....	97
5.2.2. Central de Regulação de Encaminhamento (CE) .....	106
5.2.3. O sistema informatizado de regulação e processos de trabalho .....	112
5.3. Contribuição da CE na regulação médica do fluxo das urgências para o acesso dos usuários aos serviços e ao cuidado .....	122
5.4. Processo de implementação da PNAU e da PNR do SUS no município de Goiânia	127
5.4.1. Implementação da PNAU .....	127
5.4.2. Implementação da PNR do SUS .....	136
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>144</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>151</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>159</b>
APÊNDICE 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	160
APÊNDICE 2 - Roteiro de entrevista aos gestores do CRgG .....	162
APÊNDICE 3 - Roteiro de entrevista ao gerente da Central de Informática/SMS.....	164
APÊNDICE 4 - Roteiro de entrevista aos médicos reguladores do CRgG .....	165
APÊNDICE 5 - Roteiro de entrevista aos gerentes unidades pré-hospitalar e hospitalar	167

<b>ANEXOS</b> .....	171
ANEXO 1 - Portaria GM/MS nº 1863, de 29 de setembro de 2003 .....	172
ANEXO 2 - Portaria GM/MS nº 1600, de 07 de julho de 2011 .....	175
ANEXO 3 - Portaria GM/MS nº 1559 de 1º de agosto de 2008.....	184
ANEXO 4 - Ata da 3ª Reunião Ordinária da CIB do Estado de Goiás, em 14 de abril de 2011 .....	192
ANEXO 5 - Relatório do SAME/HUGO/SES, 2012.....	198
ANEXO 6 - Demonstrativo dos pronto-atendimentos e solicitações de Encaminhamentos e Internações de Urgência- Unidades não hospitalares, janeiro de 2012.....	199
ANEXO 7 - Informativo da Coordenação das Urgências da SMS, 2012 .....	200
ANEXO 8 - Mapa das Unidades de Urgências no município de Goiânia e futuras Unidades de Pronto-Atendimento (UPAs), 2012.....	201
ANEXO 9 - Estrutura organizacional da Diretoria de Regulação, Avaliação e Controle do CRgG/SMS, 2012.....	202
ANEXO 10 - Demonstrativo da oferta de serviços de urgências nas unidades pré-hospitalares/SMS.....	203
ANEXO 11 - Relatório do SAMU 192 Macro Região Centro-Oeste, 2012.....	204
Anexo 12 - Ofício Circular nº 001/2011/SCATS/SES, de 08 de abril de 2011.....	205
ANEXO 13 - Portaria SMS nº 199, de 29 de junho de 2011.....	206
ANEXO 14 - Portaria SMS nº 201, de 09 de agosto de 2011.....	208

## INTRODUÇÃO

Criado pela Constituição da República Federativa do Brasil em 1988 e regulamentado pelas Leis Federais Nº 8080 e Nº 8142 de 1990, o Sistema Único de Saúde (SUS) é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde prestados em diversos níveis de atenção por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais e, de modo complementar, por iniciativa privada que se vincule ao sistema. Dessa forma, o SUS busca realizar o direito de todo cidadão brasileiro à saúde e está pautado em princípios e diretrizes, tais como universalidade, integralidade, equidade, hierarquização, descentralização, eficácia, eficiência e participação popular (BRASIL, 1988).

A implantação de um sistema público abrangente e com a excelência desses pressupostos impôs, ao longo dos últimos vinte e três anos, muitas e complexas mudanças que incluem a regulação da assistência no sentido de reduzir desigualdades em relação aos cuidados e à saúde, distribuindo os serviços de saúde de forma mais justa, de acordo com as necessidades da população.

Historicamente, prevaleceram no Brasil políticas de saúde centradas na assistência curativa. Entretanto, esse modelo tem sido progressivamente substituído pela reorganização da provisão de cuidados “em níveis de complexidade crescente” e complementarmente integrado por mecanismos regulados de referência e contra-referência (DUNCAN, 2005, p. 72).

Em que pese essa evolução, estudos demonstram que os serviços de urgência e emergência disponibilizados para o atendimento no SUS estão sobrecarregados devido ao aumento do número de acidentes e da violência urbana e à deficiente estruturação da rede assistencial de saúde para atendê-los (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2011).

Por ser considerada componente importante da assistência à saúde, a área de urgência e emergência vem merecendo especial atenção no cenário das políticas públicas no âmbito do SUS. Os indicadores dimensionam o quadro das urgências e emergências: os óbitos por causas externas (acidentes e violência) informados ao Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) no ano de 2009 apontam o total de 138.697 óbitos no Brasil (11.861 deles, na Região Centro Oeste (RCO)) enquanto a morbidade hospitalar do SUS por estas causas, referente ao mesmo período, informada ao Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), é da ordem de 884.665 internações (sendo 80.090, na

RCO) com valor total de internações equivalente a R\$ 859.655.605,62 (valor R\$ 70.757.345,46 na RCO) (DATASUS, 2011). As mortes violentas são a terceira causa de mortalidade no Brasil: entre 1980 e 2006, houve um aumento de 78% na frequência dessas mortes, de 70.212 para 125.237 óbitos.

Ao quadro brasileiro de elevada morbimortalidade relativo às urgências, soma-se a atual situação de transição demográfica que aponta para o envelhecimento da população, o aumento da expectativa de vida e elevação das condições crônicas com quadros agudos em sua evolução (MENDES, 2012). Esse conjunto de fatores de alta relevância epidemiológica e social impõe a necessidade de desenvolver ações que efetivamente priorizem a área de urgência e emergência na assistência à saúde.

Assegurar os fluxos das pessoas em situações de urgência de acordo com suas necessidades dentro do sistema de saúde, por meio da articulação dos serviços assistenciais, é exercício que pode repercutir na resolução dos problemas de saúde, tanto na atenção básica como na retaguarda das instituições hospitalares de referência (SILVA JÚNIOR e ALVES, 2007). No caso peculiar da atenção às urgências, torna-se necessário estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada de cuidados integrais às urgências de qualquer complexidade ou gravidade, desconcentrando, assim, a atenção efetuada exclusivamente pelos pronto-socorros.

Para tanto, foram instituídas a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências – Portaria MS/GM nº 737, de 16 de maio de 2001 – e a Política Nacional de Atenção às Urgências – Portaria Nº 1863/GM, de 29 de setembro de 2003 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001a e 2003a) (Anexo 1). Em 27 de abril de 2004, o Decreto Presidencial Nº 5055 instituiu o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em municípios e regiões do território nacional (*ibid.*, 2004a).

Implantada gradativamente em todos os entes federados, a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) está constituída pelos sistemas de atenção às urgências estaduais, regionais e municipais (*ibid.*, 2003a), o que pressupõe a organização da Rede de Atenção às Urgências (RAU) conforme disposto na Portaria Nº 1600, de 07 de julho de 2011 (Anexo 2), com

a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna (*ibid.*, 2011a).

Os sistemas de atenção à saúde precisam estar coerentes com a situação de saúde da população adscrita, na oferta de ações e serviços articulados e integrados, "constituindo redes de saúde com conectividade entre os diferentes pontos de atenção" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a) e comunicação da atenção primária com a secundária e destas, com a terciária. Mendes (2008) cita como exemplo de sistema fragmentado de atenção à saúde os Estados Unidos, país que gastou em saúde, no ano de 2005, o equivalente a 15,2% de seu Produto Interno Bruto (PIB), "um dispêndio *per capita* de US\$ 6.350,00, de longe o maior gasto *per capita* do mundo. Não obstante, apresenta resultados sanitários insatisfatórios" (MENDES, 2008, p. 6).

Uma das diretrizes da Rede de Atenção às Urgências é a regulação articulada entre todos os seus componentes fundamentais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a):

- I - Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde;
- II - Atenção Básica em Saúde;
- III - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências;
- IV - Sala de Estabilização<sup>1</sup>;
- V - Força Nacional de Saúde do SUS<sup>2</sup>;
- VI - Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h)<sup>3</sup> e o conjunto de serviços de urgência 24 horas;
- VII - Hospitalar; e
- VIII - Atenção Domiciliar.

De acordo com Duncan (2006), o fluxo da demanda por serviços de emergência deve ser completamente espontâneo e sem barreiras burocráticas, já que é determinada por necessidades individuais prementes. Contudo, a necessidade de garantir o acesso de uma maneira equânime implica a articulação entre a demanda, a necessidade dos usuários e a oferta dos serviços, evocando um novo conceito, o da gestão dos fluxos de oferta de cuidados, que se denomina Regulação.

Em seu conceito ampliado, essa função gestora constitui-se uma política pública de

---

<sup>1</sup> Sala de Estabilização é o ambiente para estabilização de pacientes críticos e/ou graves, com condições de garantir a assistência 24 horas, articulado e conectado aos outros níveis de atenção, para posterior encaminhamento à rede de atenção a saúde pela central de regulação das urgências (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a).

<sup>2</sup> A Força Nacional de Saúde do SUS objetiva aglutinar esforços para garantir a integralidade na assistência em situações de risco ou emergenciais para populações com vulnerabilidades específicas e/ou em regiões de difícil acesso (*ibid.*).

<sup>3</sup> UPA 24h é o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária que em conjunto com a Atenção Básica à Saúde e com a Rede Hospitalar deve compor uma rede organizada de atenção às urgências. Seus portes variam entre I, II e III, segundo a população da área de abrangência, a área física mínima, a produção diária de atendimentos médicos, o n° de médicos por plantão e o n° de leitos de observação (*ibid.*).

saúde – a Política Nacional de Regulação do SUS, estatuída pela Portaria Nº 1559, de 1º de agosto de 2008 (Anexo 3) – em três dimensões de atuação: a regulação dos sistemas de saúde, da atenção à saúde e do acesso à assistência. Todos esses componentes incorporam ações distintas, porém integradas, dos gestores públicos nas três instâncias de gestão do SUS, "de acordo com as competências de cada esfera de governo" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008a, Art. 6º).

Por definição, a regulação busca responder a toda demanda de urgência de forma harmônica, proporcional, ordenada, de acordo com as diretrizes do SUS, “consistindo o ato de regular em guiar, orientar, ajustar, sujeitando a regras todas as respostas às situações de urgência /emergência em um município ou região”, envolvendo toda a rede assistencial (RBCE, 2000, p.11).

Tal assistência – a ser provida em função das necessidades da população de forma universal, equânime, integral, humanizada e resolutiva, contemplando os princípios e diretrizes norteadores do SUS – envolve recursos humanos qualificados; fontes financiadoras; redes integradas e articuladas de estabelecimentos de saúde; e a regulação do fluxo de pacientes nesta rede, entre outros.

Considerando que os processos regulatórios são ações de impacto e modelam a atenção à saúde, é possível verificar que propiciam à gestão pública o estabelecimento de um melhor controle do acesso aos serviços ofertados e da aplicação dos recursos. Além disso, os citados processos podem vir a aperfeiçoar o SUS na dimensão proposta no Programa de Qualificação da Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde - Programa QualiSUS-Urgência instituído na Portaria nº 3.125/GM, de 7 de dezembro de 2006, e reiterado na Portaria nº 2.972/GM de 9 de dezembro de 2008 - de organização do sistema de saúde para este tipo de atenção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a; 2008b).

Visando a garantia do "atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS" (*ibid.*, 2011a), foram criadas estruturas chamadas Complexos Reguladores (CRg), normatizadores e articuladores do fluxo de pacientes e da oferta de serviços na RAU, organizados em unidades operacionais denominadas Centrais de Regulação (CR) (*ibid.*, 2008a).

O conceito de redes no SUS está diretamente relacionado à organização da atenção. Dessa forma, a regulação médica do fluxo e dos mecanismos de transferências de pacientes por centrais de regulação inseridas nos complexos reguladores permite que os recursos

destinados às urgências possam ser consumidos de forma racional, de modo a garantir o acesso aos recursos assistenciais de saúde necessários às pessoas e às populações usuárias.

Intervir de forma organizada e efetiva sobre os principais problemas de saúde dos usuários na área de urgência contempla ações como:

- I - regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências;
- II - controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados;
- III - padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais;
- IV - o estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados [...] do desenho das redes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008a, Art. 5º).

Segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), 145 milhões de brasileiros – 76,1% da população – dependem do sistema público de saúde e esse grau de dependência do SUS pode exceder 90% nos estados do Acre, Roraima, Pará, Maranhão, Tocantins, Piauí, Bahia, Paraíba e Alagoas (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2011).

A importância social do SUS justifica a busca por caminhos eficientes e efetivos de reformulação das práticas e processos de trabalho nas instâncias reguladoras das urgências, na luta por um sistema organizado de forma descentralizada, regionalizada e integrada para a maior acessibilidade, equidade, integralidade, racionalidade e qualidade da assistência às urgências.

O município de Goiânia, capital do estado de Goiás, na região Centro-Oeste brasileira, integra a 10ª região metropolitana mais populosa do país. Sua posição geográfica em um estado limítrofe a cinco outros estados e sua excelência em Medicina impõem sobreposição à demanda própria por serviços de saúde e de urgência. Uma vez que é habilitado na condição de gestão plena do sistema municipal, responde pela gestão do sistema de saúde pública em seu território que, no presente, inclui a Rede de Atenção às Urgências (RAU) estruturada em seus componentes fundamentais.

Uma particularidade desta rede no município de Goiânia é a composição mais ampla e fortalecida do seu componente pré-hospitalar fixo, com o predomínio numérico de unidades fixas de nível pré-hospitalar sobre o componente hospitalar, conformação diferente de outros grandes centros urbanos (DATASUS, 2012). Esta característica de uma rede própria voltada para o atendimento pré-hospitalar reverte em considerável demanda de atendimento às urgências nesse nível.

Nesse contexto e com o propósito de regular de forma articulada a oferta de serviços à população na sua área de abrangência, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município de Goiânia criou o Complexo Regulador de Goiânia (CRgG), espaço de funcionamento de três Centrais de Regulação que atuam em áreas inter-relacionadas: a assistência pré-hospitalar móvel de urgência (SAMU-192), as internações hospitalares/leitos de urgência e eletivos, e as consultas especializadas.

Em setembro de 2008, para maximizar o seu desempenho, levando em consideração o desenho da rede própria e conveniada ao SUS no município goiano, implantou-se no CRgG uma estrutura reguladora da transferência de pacientes do componente pré-hospitalar fixo para outros pontos de atenção secundária e terciária da rede hierarquizada de atenção às urgências, a que se chamou de Central de Encaminhamento (CE).

Posteriormente agregada ao sistema informatizado da Central de Internações Hospitalares, a CE mantém-se como modalidade/função/ferramenta estratégica nominada Encaminhamento de Urgência (EU), gerenciadora e ordenadora deste fluxo, exercendo o controle sobre a demanda do acesso aos pontos de atenção da RAU em Goiânia mediante regulação médica das solicitações.

Com um desenho peculiar, diferente da organização de complexos reguladores apresentada na política de regulação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008a), o CRgG, cenário desta pesquisa, nos proporciona o conhecimento de sua estrutura, organização e a sua operacionalização, que compreende toda a ação-meio do processo regulatório das urgências na rede SUS no município de Goiânia.

Analisar a estrutura e o funcionamento do CRgG se justifica pela importância das CR regionais e municipais como sistemas logísticos normatizadores e articuladores da assistência nas redes loco-regionais de atenção às urgências (*ibid.*, 2003a e 2008a) e, portanto, responsáveis por gerenciar a distribuição dos recursos assistenciais de forma a permitir à população o acesso universal, integral e equânime aos serviços e ao cuidado. A regulação médica dos EU na CE do CRgG é o objeto da pesquisa.

Para a análise da mediação autorizativa do fluxo de usuários entre unidades pré-hospitalares fixas e hospitalares do sistema de atenção às urgências pela CE no Complexo Regulador da capital goiana, buscar-se-á responder à **pergunta de pesquisa** que se segue.

### 1- Pergunta de partida

- ✓ Como se dá a regulação médica do fluxo de pacientes em situação de urgência entre as unidades fixas componentes da rede hierarquizada de atenção às urgências na Central de Encaminhamento do CRgG, visando à provisão de serviços e do cuidado à saúde?

### 2- Questões que a pergunta propõe

- ✓ Como está estruturada a rede hierarquizada do SUS no município de Goiânia?
- ✓ De que forma se estrutura o CRgG e como se realizam os processos de trabalho referentes ao encaminhamento das urgências na CE?
- ✓ Como evoluiu a implementação da política nacional de atenção às urgências e de regulação do SUS no município de Goiânia?
- ✓ De que maneira o processo regulatório desenvolvido na CE, da mediação do fluxo de usuários entre pontos de atenção fixos componentes da RAU contribui para o acesso aos serviços e cuidados à saúde dos cidadãos acometidos por agravos urgentes, considerando-se:
  - a) a adequação da distribuição dos recursos assistenciais;
  - b) a ordenação do fluxo das urgências entre os equipamentos de saúde da rede loco-regional de atenção às urgências; e
  - c) o fortalecimento da capacidade de resposta à demanda nessa rede.

Elege-se como **objetivo geral** analisar o processo de regulação do fluxo das demandas de urgência do componente pré-hospitalar fixo na CE do CRgG, observando-se a PNAU e a PNR do SUS como referências para estruturação do fluxo de usuários na rede.

E, por **objetivos específicos**, nomeiam-se:

- 1 - Descrever a estrutura e a organização da rede loco-regional hierarquizada de atenção às urgências do SUS na capital goiana;
- 2- Verificar a estrutura, atribuições e processos de trabalho na CE;
- 3- Caracterizar a evolução do processo de implementação das políticas de atenção às urgências e de regulação do SUS no município de Goiânia;
- 4- Analisar a contribuição do processo autorizativo de transferência de pacientes entre os pontos de atenção do componente pré-hospitalar fixo e hospitalar da RAU, na CE.

No desenvolvimento do estudo, busca-se verificar a hipótese de que a implementação da CE na estrutura do CRgG contribuiu para o acesso aos serviços e cuidados à saúde dos cidadãos acometidos por agravos urgentes.

O estudo está organizado em cinco capítulos e o remate das considerações finais.

O primeiro, intitulado "Marco de referência conceitual", trata das concepções de saúde e política pública, seguidas do histórico das "Políticas de saúde no Brasil" com ênfase na "Proposta da Reforma Sanitária" precursora da criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Concebe o arcabouço legal concernente à construção do SUS e o modelo de atenção organizado por níveis do sistema que configura a Rede de Atenção à Saúde.

Denominado "Atenção às urgências", o segundo capítulo abrange o "Conceito de urgência" adotado no estudo, ressalta a importância da "Atenção às urgências no contexto do SUS" e expõe o histórico dessa atenção que culmina na implementação da "Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU)" e na instituição da Rede de Atenção às Urgências.

A seguir, o terceiro capítulo, intitulado "Regulação", descreve a "Conceituação, formato e alcance" dessa função gestora; os antecedentes e a implementação da "Política Nacional de Regulação do SUS"; e aponta aos "Complexos Reguladores e Centrais de Regulação" como sistemas logísticos na regulação do acesso assistencial.

Os "Aspectos metodológicos" integram o quarto capítulo em que são demonstradas a "Tipologia do estudo", sua "Operacionalização" e a "Proposta de análise dos dados".

O quinto capítulo, por sua vez, discorre sobre "Resultados e Discussão", descrevendo-se a configuração da RAU do SUS em Goiânia; a estrutura e operacionalização do CRgG e da CE; a evolução do processo de implementação das políticas de atenção às urgências e de regulação do SUS; e a contribuição da regulação médica autorizativa do fluxo das urgências entre os pontos de atenção do componente pré-hospitalar fixo e hospitalar, qualificado como Encaminhamento de urgência (EU).

Nas "Considerações Finais", são aduzidos desafios ao processo de implementação das políticas em apreço na capital goiana.

## CAPÍTULO I

### MARCO DE REFERÊNCIA CONCEITUAL

#### 1.1. CONCEITUAÇÃO DE SAÚDE

Numa abordagem inicial, é oportuno conceituar saúde, uma vez que a pesquisa evidencia a política de saúde em suas conformações de atenção às urgências e de regulação do sistema nacional de saúde brasileiro.

Na Grécia Antiga, saúde denotava ausência de doença, relacionada ao meio-ambiente e às condições de vida dos homens (ROUQUAYROL E ALMEIDA FILHO, 2003).

Em 1945, a Organização Mundial de Saúde (OMS) trouxe a compreensão de saúde como direito fundamental do ser humano e a define como "o estado de completo bem-estar físico, mental e espiritual do homem; e, não apenas, a ausência de afecções e doenças" (OMS, 1946). Pressupõe-se em tal conceito uma meta ideal, que Tambellini e Câmara aludem como "a realização e gozo do potencial humano" e "[...] um ideal a ser alcançado sempre" (TAMBELLINI e CÂMARA, 1998, p.52).

É evidente que a compreensão desse conceito envolve um alto grau de subjetividade e pode variar com o referencial e os valores históricos e culturais atribuídos, o que não deixa dúvida de que se trata de uma construção permanente do indivíduo e da coletividade.

Mais relacionado ao modo de viver das pessoas que aos fatores biológicos e de determinação genética, o nível de saúde espelha o estresse da vida moderna, o consumo de drogas (incluindo tabaco e álcool), a alimentação não saudável, o sedentarismo, a pobreza, a desigualdade social, a violência e a desesperança que habita o cotidiano das populações mais pobres e que também se relaciona com o risco de maior ou menor adoecimento - fatores que se denominam Determinantes Sociais de Saúde (DSS).

Este conceito de DSS surgiu, após debates iniciados nos anos 70/80, do entendimento de que intervenções curativas e direcionadas para o risco de adoecer eram insuficientes para produzir saúde e qualidade de vida em uma comunidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b). O marco referencial desta inflexão conceitual é o Relatório Lallonde (produzido em 1974 sob o nome *A new perspective on the health of Canadians*), que

propõe um novo modelo de saúde em substituição ao modelo biomédico tradicional de ênfase na assistência médica (LENCOM, 1994). As Conferências Internacionais de Promoção da Saúde são desdobramentos do debate aberto por este relatório.

A Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde, reunida em Alma-Ata, União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), em 1978, e a Primeira Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em 1986, foram reconhecidas como "marcos referenciais do conceito de saúde para todos" (TEIXEIRA *et al.*, 1998, p. 8) e os seus produtos representam uma resposta à demanda crescente por um novo ideário de saúde pública no mundo como prescrito na Carta de Ottawa (1986).

Mais do que prevenir ou tratar doenças, promover saúde inclui a compreensão das relações do homem no meio ambiente do qual faz parte: com a natureza; consigo mesmo; com o trabalho no campo ou na cidade; com a família; e com a sociedade; para intervir sobre as mesmas, no afã de contribuir para a melhoria da sua qualidade de vida.

Se, por um lado, grande parte da teoria econômica clássica pensa nos homens como "fatores de produção, objetos e força de trabalho" (LEFF, 2000) e, também, consumidores; opostamente, descortina-se uma "Nova Economia" - descrita por James Robertson como a "economia SHE (sadia, humana, ecológica)" -, que prioriza o total bem-estar físico, mental e espiritual como incorporado no conceito de saúde, da OMS (1948). Comenta Robertson:

A ideia de desenvolvimento de um povo mais sadio e da criação de um meio ambiente social e físico que o capacite a ser saudável pode ser considerada um investimento produtivo nos bens de capital de uma sociedade [...]. A Nova Economia redefine a criação da riqueza para incluir a criação da saúde (ROBERTSON, *apud* VINCENT, 1995, p. 222 e 233).

Essa proposta alternativa de substituição da riqueza monetária e crescimento por novos indicadores é afirmada por diversos ecologistas da TOES (The Other Economic Summit - A outra Cúpula Econômica) como uma ordem econômica independente, tendo sugerido para tais indicadores: "a justiça social, a satisfação das necessidades humanas, a realização das aspirações dos cidadãos, a distribuição de renda e trabalho mais equitativa, maior auto confiança e auto estima" (VINCENT, 1995, p. 233).

Por sua vez, Guimarães (2001) considera que colocar os seres humanos como razão de ser do processo de desenvolvimento aponta para um novo estilo de desenvolvimento "ambientalmente, culturalmente e politicamente sustentável", dentro de uma nova época na qual os objetivos econômicos do progresso estão subordinados às leis do funcionamento

dos sistemas naturais e aos critérios de respeito à dignidade humana e de melhoria da qualidade de vida das pessoas.

Sob este enfoque, a saúde e as necessidades humanas passam a ser consideradas quando se avalia a riqueza de um povo, numa perspectiva que integra a qualidade de vida ao contexto de sustentabilidade discutido inicialmente em Estocolmo, em 1972 (Conferência de Estocolmo), e na definição de Desenvolvimento Sustentável adotada pela Comissão Mundial sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento no Relatório Brundtland (produzido em 1987 sob o nome *Our Future Common*): "aquele que satisfaz as necessidades das gerações atuais sem comprometer a capacidade das gerações futuras de satisfazer suas próprias necessidades".

Desenvolvido no decorrer do tempo, o conceito de saúde chega aos dias hodiernos com o *status* de direito social que ganha importância de prioridade na medida em que implica dignidade da vida das pessoas e a sua capacidade de produção. Como tal, incorpora dimensões políticas, econômicas e sociais; contempla ações interdisciplinares e intersetoriais; e propõe-se coletiva em seus significados de "pública, preventiva e integral, comunitária, equitativa, constituída de coletivos socialmente distribuídos, politicamente atuantes e sadios [...]" (TAMBELLINI e CÂMARA, 1998, p. 49).

Ressalte-se que, no Brasil, antes da Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB) de 1988, que incorpora princípios e nova lógica de organização da saúde, nenhuma Constituição trouxe real garantia ao direito à saúde. Reservaram competência exclusiva à União para legislar sobre a proteção à saúde e garantiram assistência médica e sanitária aos trabalhadores.

Anteriormente à criação do Sistema Único de Saúde, as ações de assistência à saúde individual no Brasil estavam sob a responsabilidade do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), enquanto as ações de natureza coletiva encontravam-se sob o comando do Ministério da Saúde (MS). A saúde era pensada como ausência de doença, cabendo ao Estado, sobretudo, a vigilância, a prevenção e o controle das doenças transmissíveis segundo o perfil epidemiológico vigente na população.

A Constituição Federal (CF) de 1988 inclui a saúde no âmbito da seguridade social, e o direito relativo à saúde é assegurado a todos como

dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988, Art. 196).

O SUS incorporou a necessidade de analisar a saúde de forma mais abrangente, além do tratamento e cura das doenças, segundo o conceito de saúde que engloba a qualidade de vida e propugna ações interdisciplinares, multiprofissionais, intergovernamentais e interinstitucionais.

Na prática política assentada na Lei Orgânica da Saúde, dizem respeito à saúde os seus fatores determinantes e condicionantes: "entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais" (BRASIL, 1990a, Art. 3º, § único).

Confirma-se, dessa forma, que além do seu caráter individual, a saúde de todos os cidadãos envolve ações das estruturas sociais, incluindo necessariamente as políticas do Estado.

## 1.2. POLÍTICAS PÚBLICAS

Conquanto os direitos humanos não devam ser compreendidos como bens concedidos ao indivíduo, já que são inerentes à condição da pessoa, a Carta dos Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas – ONU (1948) redefine novas possibilidades da sociedade civil a serem garantidas pelo Estado. Em seu relevante papel de permitir oportunidade a todos, o Estado institui políticas públicas, assim designadas por terem a sociedade como objeto, e não como sujeito.

Diversas categorizações são propostas para o termo "política" nos países latinos, o que denota a flexibilidade do seu uso:

- “Política” como rótulo para um campo de atividade.
- “Política” como a expressão de uma intenção em sentido amplo.
- “Política” como um programa (com objetivos e métodos específicos para o alcance da intenção).
- “Política” como uma decisão governamental (HOGWOOD e GUNN, 1984).

Observa-se, particularmente no idioma inglês, distinção de significados das palavras *politics* e *policy*. A primeira reporta-se ao relacionamento entre indivíduos e grupos, à atividade política; a segunda traduz o marco orientativo de uma ação ou programa. Há, ainda, um terceiro conceito: *polity*, utilizado para denominar as instituições

políticas. Nesse contexto, explica Rua (1999), as políticas públicas - *policies* - são *outputs*, ou seja, produtos da atividade política – *politics*.

Conforme ressalta Souza (2006), não existe uma única, nem melhor definição sobre o que seja política pública. A autora lembra que Mead (1995) a definiu como um campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas e Lynn (1980), como um conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos.

Por sua vez, Rua (1999) primeiro define política nas palavras de Shmitter (1997) como a "resolução pacífica de conflitos" e, num enfoque mais delimitado e específico do setor público, explica que a política "consiste no conjunto de procedimentos formais e informais que expressam relações de poder e que se destinam à prática da resolução pacífica dos conflitos quanto a bens públicos" (RUA, 1999, p.1), aqui considerados os indivisíveis e não excludentes.

Essa autora lembra que política pública é diferente de decisão política, uma vez que a política envolve mais que uma decisão e implica ações estrategicamente selecionadas à implementação das decisões. Considerando que a decisão política contempla várias alternativas e depende das preferências dos atores envolvidos, e, ainda, necessita de adequação dos fins aos meios disponíveis, nem toda decisão política chega a constituir uma política pública embora esta seja decidida majoritariamente na esfera política. A dimensão "pública" das políticas públicas se consagra por seu caráter "imperativo" de "decisões e ações revestidas da autoridade soberana do poder público" (*ibid.*, p.2).

De forma sucinta, é possível clarificar a compreensão dos termos:

- Decisão política – corresponde a uma escolha entre um leque de alternativas.
- Política pública – envolve mais do que uma decisão política; requer diversas ações estrategicamente selecionadas do Estado soberano (*ibid.*).

Na conceituação dada pelo Banco Mundial (2010), as políticas públicas são disciplinas da Ciência Política que têm por estudo a ação das autoridades públicas sobre a sociedade; e, dado que expressam "um plano para alcançar um objetivo de interesse público", a pergunta central das políticas públicas é: "o que produzem os governos para alcançar os resultados, através de que meios?", parodiando o "Quem ganha o quê, quando e como" atribuído a Lasswell (1936).

Uma vez que nascem do reconhecimento, pelo Estado, "da necessidade de tomar medidas específicas para tratar problemas que não encontram solução satisfatória no âmbito das instituições ou das leis existentes" (PINELL, 2010, p. 232), as políticas

públicas têm por objeto a vida social em sua totalidade e por base o poder e a responsabilidade do Estado na tomada de decisões através de meios públicos para a concretização da melhoria da qualidade de vida das pessoas e da coletividade.

Assim, as políticas públicas são entendidas como o “Estado em ação”, é o Estado implantando um projeto de governo através de programas, de ações voltadas, também, para setores específicos da sociedade. Ressalte-se, nesse sentido, que o Estado não pode ser reduzido à burocracia pública, aos organismos estatais que conceberiam e implementariam as políticas públicas (GOBERT e MULLER, 1987, *apud* HOFLING, 2001, p. 3).

Como de responsabilidade do Estado, quanto à implementação e manutenção a partir de um processo de tomada de decisões que envolve órgãos públicos e diferentes organismos e agentes da sociedade relacionados à política implementada, as políticas públicas não podem ser reduzidas a políticas estatais.

Nessa concepção técnica e abrangente, o ponto de partida para a formulação de uma política é a identificação de um problema ou demanda social (justificativa), seguindo-se a isto, a disposição política ao seu enfrentamento (objetivo), a organização de uma resposta social qualificada ao problema identificado (ações) e a definição de quem será beneficiado (público alvo).

As demandas são aspirações, necessidades ou reivindicações de bens e serviços tais como saúde, educação, transportes, segurança pública, previdência social etc. Existem também "demandas de participação no sistema político", que Rua (1999) exemplifica com direito de voto dos analfabetos, organização de associações políticas, direitos de greve; ou, ainda, "demandas de controle da corrupção, de preservação ambiental, de informação política, de estabelecimento de normas para o comportamento dos agentes públicos e privados" (RUA, 1999, p.2).

Os suportes ou apoios são, por exemplo, a obediência e o cumprimento de leis e regulamentos; atos de participação política; o respeito à autoridade dos governantes; e a disposição para pagar tributos, e, como se faz notar, direcionam-se ao sistema político ou à classe governante.

Ainda quanto às demandas, aponta-se que existem as novas e as recorrentes. As novas "resultam do surgimento de novos atores políticos" - os evangélicos no Brasil como exemplo -, "ou de novos problemas" - a questão ambiental por exemplo -; enquanto as recorrentes "expressam problemas não resolvidos ou mal resolvidos, e que voltam sempre

ao cenário político e à agenda governamental" – a reforma agrária como exemplo (RUA, 1999, p. 3-4).

No que diz respeito aos *stakeholders* - atores do processo político envolvidos nos conflitos, Rua (1999) explica que são sempre específicos - nunca entidades genéricas como a sociedade ou o governo -, e identificados por seus interesses e expectativas quanto à política em questão - "quem ganha ou perde com tal política"; pelo que sugere este como o critério mais simples e eficaz para identificá-los. Distinguem-se:

- Atores públicos, em duas categorias – os políticos (em mandatos eletivos vinculados a partidos políticos) e os burocratas (cargos técnicos em um sistema de carreira pública);
- Atores privados (sem referência com a esfera pública) - empresários, trabalhadores organizados em sindicatos, mídia, setores representativos etc;
- Tecnoctatas - altos diretores de empresas públicas - estatais - ou privadas;
- Agentes internacionais - agências financeiras como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial, e organizações ou governos de países com os quais se mantém relações de troca importantes que podem afetar não a economia, a segurança ou a política interna do país (*ibid.*, p 4-6).

Ante cada alternativa na solução de um problema, em função das preferências e das expectativas de resultados, formam-se as arenas políticas onde os atores fazem alianças entre si e entram em disputa que, a depender do grau de conflito em caráter crescente, são classificadas em:

- Arenas distributivas (mobilizam reduzido potencial de conflito);
- Arenas regulatórias (desencadeiam reações variáveis de adesão ou de rejeição);
- Arenas redistributivas (altamente conflituosas porquanto implicam a perda de benefício para um dos atores) (Teoria das arenas, LOWI, 1964).

Uma das maneiras de simplificar o estudo das políticas públicas é desagregar esse processo em estágios, cuja sequência resultante é conhecida como '*policy cycle*'. Como apontam Pressman e Wildavsky (1973), não é linear o processo de políticas públicas, mas circular - um processo em evolução, dinâmico e de aprendizado.

A lógica que está por trás do modelo *policy cycle* é a de resolução de problemas (*applied problem solving*) que consta de:

- Reconhecimento do problema
- Proposta de soluções

- Escolha da solução
- Colocação da solução em prática
- Monitoramento de resultados.

No documento do Banco Mundial (2010), intitulado *La formulación de políticas en la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo (OCDE): Ideas para América Latina*, acha-se esquematizado em figura e tabela o processo ou ciclo das políticas públicas como um conjunto ideal de rotinas por meio das quais se identificam, decidem, implementam (administram) e avaliam essas políticas, que pode ser textualmente transcrito:

1ª fase: Formulação da política – as políticas são identificadas (dentro e fora do governo) e o governo, então, define através de rotinas intergovernamentais, que políticas formular, adotar e implementar.

2ª fase: Administração de programas – o setor público executa estas políticas através de programas, e logo avalia se os programas cumpriram seus objetivos. A avaliação traduz o processo linear em um ciclo, já que informa o desenho de novas políticas ou corrige a implementação de políticas (BANCO MUNDIAL, 2010, p. 9-10).

Numa outra abordagem, é pertinente evidenciar que as políticas sociais - e entre elas, a saúde - se situam no interior de um tipo particular de Estado. São formas de interferência do Estado, que assumem “feições” diferentes em diferentes sociedades e diferentes concepções de Estado. É impossível pensar Estado fora de um projeto político e de uma teoria social para a sociedade como um todo (HOFLING, 2001, p.32).

Na Inglaterra, pós-1945, difundiu-se uma forma de Estado na qual a instituição estatal garante os direitos sociais à população, fundamentada no conceito de cidadania social desenvolvido por Marshall - o Estado do bem-estar (*Welfare State*) (CAMPOS, 2005). Segundo Campos, um padrão mínimo de renda, alimentação, saúde, habitação e instrução é garantido pelo Estado a todo cidadão comum como um direito político, embora essa garantia possa se apresentar variável no grau de participação do Estado.

No Brasil, o Estado do bem-estar se inicia em 1930, percorre períodos e eventos diversos até a CF de 1988, considerada "uma marca na institucionalização do social [...]”, que a incorpora. O disposto em quarenta de seus artigos no que diz respeito à ordem social, afirma Campos, "abre novas perspectivas para a questão social no Brasil" (*id.*, 2005, p.96).

Dessa forma, o Estado brasileiro toma para si a responsabilidade de realizar o direito de proteção social inscrito na Carta Magna no capítulo da Seguridade Social, que se

configura no tripé: saúde, previdência e assistência; havendo quem acrescente educação e trabalho a esses elementos (ROCHA, 2011).

As políticas públicas representam, portanto, vias pelas quais o Estado garante os direitos explicitados na Constituição aos seus cidadãos e espelham "uma nova modalidade de relação entre Estado e sociedade", avalia Muller Neto citado por Dominguez (2011, p. 9). Por meio delas, são ampliados os direitos sociais e a democracia participativa.

### 1.2.1. IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

No que se refere ao aspecto conceitual, de acordo com Windhoff (1987), a implementação de políticas pode ser considerada aquela fase do “*policy cycle*” cuja encomenda de ação é estipulada na fase precedente à formulação das políticas e a qual, por sua vez, produz do mesmo modo determinados resultados e impactos de “*policy*”.

A maior parte da literatura sobre implementação da política relaciona-se com o conteúdo da política, seu suporte político ou sua conformidade. A implementação de políticas - processo pelo qual o governo coloca as políticas em ação - é complexa e altamente interativa, sendo um processo mais político do que técnico, pois exige consenso de construção, participação de agentes interessados, resolução de conflitos, compromissos, planejamento contingente e adaptações (CROSBY, 1996, *apud* NOGUEIRA E MEDEIROS, 2001).

A falta de cuidado no planejamento da implementação de políticas (o como fazer) explica alguns casos de fracasso. A falsa percepção de que a implementação é uma decorrência natural do processo de planejamento induz à crença de que as mudanças ocorrem em um ambiente fechado, não sujeito a influências externas. O que se observa, contudo, é que as mudanças de políticas resultam de um entrelaçamento de interesses e evidenciam um sistema altamente aberto e complexo (*ibid.*, 2001).

É a partir da evidência dessas interações que se reconhece a importância de se analisar de forma mais ampla a implementação das políticas públicas, considerando não somente a burocracia implementadora, mas sua relação com a elite política, com a comunidade que recebe os serviços, bem como com os laços pessoais e profissionais, que vão além das políticas formatadas (MARQUES, 2003; LAZIN, 1994; GRINDLE, 1977; HILL, 2003; LOTA, 2006; MATLAND, 1995; *apud* LOTTA, 2010).

Nesta perspectiva de implementação como interação, Lota (2010) lembra que analisando a implementação de uma política pública, em Israel, Lazin (1994) chegou à conclusão de que os partidos, os governos, os laços pessoais, bem como o estilo do prefeito, o nível de experiência dos profissionais municipais e as características econômicas da comunidade, determinavam a forma como a política nacional chegava ao local. Essa ideia apoia a evidência de que as interações entre os níveis nacional e local são criticamente importantes para moldar programas realizados no âmbito local.

Inserir-se nessa análise, a transferência de poder do nível central para os outros espaços de poder, garantindo maior controle das instâncias descentralizadas sobre a tomada de decisão. A descentralização evidencia-se, assim, um dos maiores consensos, por conservadores que defendem maior eficiência pela redução do tamanho do Estado, e, igualmente, por progressistas que reivindicam maior eficácia e justiça social (LIMA, 2005).

Ressalta-se, oportunamente, que a implementação do SUS como política de saúde aprovada, internacionalmente reconhecida pela excelência dos seus princípios, tem desenvolvido várias estratégias que vão da organização de um sistema de gestão e financiamento compartilhado entre todos os entes federados até o desenvolvimento de mecanismos de racionalização do uso dos recursos, expresso no sistema de regulação.

No contexto deste trabalho, o processo de implementação das políticas de atenção às urgências e de regulação do SUS é realizado face à necessidade de aprimorar e integrar processos de trabalho – administrando recursos limitados – para o atendimento às necessidades emergenciais de saúde da população.

Nesse sentido, a análise da política deve ser bidimensional, tanto em relação à forma quanto em relação aos efeitos da implementação: por um lado, a organização de redes e fluxos assistenciais para acesso equânime, integral e qualificado aos serviços de urgência pode ser parâmetro para verificar a profundidade da implementação das referidas políticas; por outro lado, a disponibilização ao cidadão das opções adequadas de assistência pode ser parâmetro para avaliar a eficácia e a efetividade das políticas.

Opta-se por discorrer, no ítem seguinte, sobre a política de saúde implementada no país, e, posteriormente, sobre a atenção às urgências e a regulação nela inseridas.

### 1.3. POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

A trajetória da política de saúde no Brasil se configura em dois campos de atuação de origens diversas, alicerçados em interesses não convergentes e "com formas específicas de intervenção do Estado e de inserção no aparato estatal: o da saúde pública e o da assistência médica da previdência social" (DE SETA, 2006, p. 92).

O sistema assistencial de saúde brasileiro tem suas raízes no sistema assistencial português após a reforma ocorrida nos hospitais de Lisboa e a instituição da Confraria de Misericórdia de Lisboa pela Rainha Dona Leonor em 1480.

No Brasil colônia, as principais vilas criadas se faziam acompanhar da instalação das Casas de Misericórdia, instituições assistenciais pautadas consoante o compromisso da misericórdia. São Vicente em 1532, Salvador em 1549, Rio de Janeiro em 1565 e a quase totalidade das capitanias possuíam casas de misericórdia ao início do século XVII. No entanto, a extensão territorial, a escassez de recursos humanos e materiais e a diversidade de objetivos, demandam novas formas assistenciais à população; e, nesse sentido, a medicina jesuítica, através da Companhia de Jesus, traz a sua contribuição.

A transferência da família real para o Brasil em 1808 oportuniza a implantação do ensino e do policiamento médicos, a regulamentação do exercício profissional da medicina e a normatização de medidas de higiene dos portos e de terras, eventos que definem a competência da coroa portuguesa no Brasil em ações de saúde coletiva, enquanto a assistência individual permanece a cargo das misericórdias. Assim é que o papel estatal de, unicamente, intervir no campo da saúde para prevenir e controlar doenças infecto-contagiosas (em particular, as epidemias), se reafirma.

A partir da proclamação da República, em 1889, o campo da saúde pública se delinea ante a necessidade do Estado de "proteger e sanear as cidades, especialmente as portuárias, a fim de facilitar a comercialização e circulação de produtos exportados (principalmente alimentos)", lembram Lima e Baptista (2006, p. 93). Desponta a preocupação com o controle de algumas doenças como febre amarela urbana, varíola, tuberculose, sífilis, além das endemias rurais (PAIM, 2003), que à época grassam o país.

Tais cidades sofrem intervenção do Estado com a instituição de uma polícia sanitária, com poder punitivo, para assegurar a implementação de ações de saneamento, vacinação obrigatória e notificação permanente dos casos de febre amarela, varíola e peste bubônica, mesmo que contrária à vontade da população.

Por outro lado, em razão da prevalência dessas doenças, desperta-se o desenvolvimento de pesquisas na área da saúde pública e nas Faculdades de Medicina, e são criados o Instituto Butantan em São Paulo e o Instituto Soroterápico de Manguinhos (DE SETA, 2006).

Alguma forma de organização e oferta de assistência pública geral principia-se pelos serviços destinados a socorros de urgência, desenvolvidos sob jurisdição municipal; o primeiro deles, instituído no Rio de Janeiro em 1893. Sua ação limita-se ao atendimento na via pública e no domicílio, mediante ambulância, apoiando-se na rede hospitalar privada. Somente a partir de 1922, conta com leitos próprios, ao iniciar-se o Hospital do Pronto-Socorro do Departamento Nacional de Saúde Pública. Aqui se constata uma organização incipiente do atendimento pré-hospitalar de urgência.

A interferência da União nas ações assistenciais a doenças como tuberculose, hanseníase e doenças venéreas se inicia em 1920 com a criação das Inspetorias de Profilaxia da Tuberculose, da Lepra e das Doenças Venéreas pelo Departamento Nacional de Saúde Pública, e dos dispensários para essas doenças, os quais ensejam as primeiras ações públicas assistenciais em regime ambulatorial.

Datam de 1923 os primórdios do sistema previdenciário, com a promulgação da Lei Eloy Chaves (Decreto Legislativo N° 4682), normativa que "Crea, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma Caixa de Aposentadoria e Pensões para os respectivos empregados" (BRASIL, 1923) e assegura "aposentadoria por invalidez", "aposentadoria ordinária", "pensão por morte" e "assistência médica" aos empregados contribuintes e seus familiares. A assistência médica era prestada nos ambulatórios das empresas empregadoras, nos consultórios médicos e em hospitais de terceiros.

Sucedese, em 1933, por união das CAPs, o início da criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP) que congregam trabalhadores da mesma categoria profissional - a exemplo do IAP dos Industriários (IAPI) criado em 1936 -, provendo-lhes aposentadorias, pensões e prestação de assistência médica em hospitais e ambulatórios próprios ou em estabelecimentos de saúde privados e filantrópicos. O leque de benefícios ofertados variava com o poder econômico da própria categoria, uma vez que os IAPs eram financiados pelo trabalhador (desconto em folha), além das participações do empregador e do Estado (*ibid.*).

Esse caráter contributivo do sistema, excludente aos não assalariados, aos trabalhadores rurais e urbanos informais e a muitos assalariados que não exerciam atividades profissionais contempladas pelos IAPs, representava uma dívida de proteção social do Estado com essa parcela da população desassistida, na medida em que separa contribuintes e não contribuintes na assistência previdenciária e à saúde.

Tal evidência se confirma na instituição do Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU) em 1949 e seu posterior Regulamento nos termos do Decreto nº 46.349, de 3 de julho de 1959:

Art. 1º O Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU), criado pelo Decreto número 27.664, de 30 de dezembro de 1949, [...] tem por finalidade prestar assistência médica de urgência [...] aos segurados ativos e inativos, seus dependentes e aos pensionistas dos Institutos de Aposentadoria e Pensões [...] e Empregados em Serviços Públicos.

Art. 3º A prestação da assistência médica de urgência a pessoas não vinculadas às entidades enumeradas no art. 1º, poderá ser feita mediante convênio com entidades federais, estaduais, municipais e privadas, ad referendum do Ministro do Trabalho, Indústria e Comércio (BRASIL, 1959).

Durante a segunda guerra mundial, nasce em 1942, sob a estrutura do Ministério da Educação e Saúde do Brasil em parceria com o Instituto de Assuntos Interamericanos, o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), posteriormente denominado Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP), como fruto de acordo dos governos brasileiro e norte-americano e financiado com recursos nacionais e internacionais (BRASIL, 1942).

Com a "missão de montar infra-estruturas sanitárias nas áreas onde existiam matérias-primas de interesse estratégico" (CAMPOS, 2006, p.126), o SESP introduz no país as Unidades Integradas de Saúde, inicialmente em áreas rurais de regiões despovoadas e extremamente pobres como os interiores do Nordeste e da Amazônia, chegando a atuar em 600 municípios e a operar cerca de 861 Unidades. Contribuiu com o seu pioneirismo, durante 48 anos (1942-1990), na associação de ações curativas com ações preventivas e saneamento básico,

que a destinavam à tarefa específica de levantar os padrões sanitários das zonas rurais brasileiras [...] desenvolvendo e consolidando métodos e experiências: de organização de sistemas locais de saúde; de municipalização de sistemas públicos de abastecimento de água; de tecnologias simplificadas e adaptadas à realidade local, voltadas para a promoção de melhorias sanitárias; e de fluoretação da água destinada ao consumo humano (MINISTÉRIO DA SAÚDE/FUNASA, 2011).

Observa-se, pelo exposto, que a saúde pública até então se desenvolve "com ações abrangentes e sistemáticas de caráter coletivo" sobre determinados problemas de saúde, visando a evitar a propagação de doenças (DE SETA, 2006, p. 9), sem preocupação com a

assistência integral. O interesse prevalece na busca da sustentabilidade econômica para o Estado por meio de uma política de saúde controladora de "espaços e pessoas", de modo a permitir a construção mínima de sustentabilidade do Estado em formação.

Em 1953, é criado o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde começam a se organizar. Tradicionalmente, os entes públicos no nível federal assumem ações restritas ao controle de endemias e as campanhas de vacinação para prevenção de doenças infecto-contagiosas.

As Secretarias de Estado assumem ações como o controle de doenças infecciosas, a assistência materno-infantil e vigilância epidemiológica; por outro lado, os municípios operam serviços básicos de saúde, porém a maioria deles, empobrecidos de autonomia financeira e gerencial, pouco acrescentam aos serviços estaduais.

Unificados em 1966 pelo Decreto-Lei nº 72, os IAPs dão forma ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) instalado em 02 de janeiro de 1967, o qual absorve em sua estrutura o SAMDU (CRUZ, 2002).

Já em 1974, concretiza-se, na edição da Lei nº 6025, um ministério específico para a previdência social através do desdobramento do Ministério do Trabalho e Assistência Social (MTAS) em dois outros: o Ministério do Trabalho e o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), com redefinição das atribuições do MS.

No mesmo ano de 1974, dá-se a implantação do Plano de Pronta Ação (PPA) que, embora não altere o modelo vigente de atenção à saúde, vem possibilitar a expansão da prestação previdenciária pelo acesso à consulta médica na "rede privada contratada e conveniada, universalizando o atendimento de urgência", o que o define como um "embrião da universalização proposta em 80 pelas AIS, SUDS e SUS" na opinião de Castro e Viana (1992), citados por Pugin e Nascimento (1996, p.5).

Cria-se através da Lei nº 6.168, de 9 de dezembro 1974, o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), regulamentado pelo Decreto nº 75.508 de 18 de março de 1975, que aprova

financiamentos destinados, preferencialmente, a: I - Projetos de interesse de entidades públicas e privadas, nas áreas de saúde, saneamento, educação, trabalho, previdência e assistência social, assim considerados através de manifestação do Ministério da Saúde, do Ministério do Interior, do Ministério da Educação, do Ministério do Trabalho e do Ministério da Previdência e Assistência Social [...] (BRASIL, 1975).

E, por meio destes mecanismos, o FAS carrega recursos para o setor saúde, público e privado, possibilitando investimentos maciços na construção, ampliação e reformas de

estabelecimentos assistenciais, assim como, para equipá-los. Bahia, em Lima (2005, p. 432), declara que "os empréstimos dos recursos do FAS para a saúde foram predominantemente destinados para projetos de clínicas e hospitais particulares".

No mesmo contexto registra-se, em 1976, o surgimento do primeiro programa previdenciário de saúde coletiva – o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) para cidades com menos de 20.000 habitantes. Estendido após, a todo o país, constitui-se a primeira incursão do INAMPS no campo da atenção primária à saúde e em 1979 passa a integrar o PREV SAÚDE – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde como seu componente rural. Transcorria o governo Figueiredo.

É em 1977, que a Lei nº 6.439 institui o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) com duas autarquias a ele vinculadas: o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) e o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS), além do INPS anteriormente instalado. Entre as disposições elencadas, a norma:

- cria o INAMPS e o IAPAS;
- extingue o Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural (FUNRURAL) e o Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (IPASE);
- transfere para o INPS os benefícios financeiros antes a cargo do FUNRURAL e IPASE;
- cria o Fundo de Assistência e Previdência Social; e
- retira do INPS a assistência médica e a arrecadação das contribuições. Com isto, atribui-se a um único órgão, o INAMPS, a prestação de serviços de previdência e saúde, conferindo-lhe alto grau de autonomia financeira e operacional (CRUZ, 2002).

Ressalte-se que todo este arcabouço legal e organizativo do sistema de saúde previdenciário propunha-se exclusivamente ao benefício da classe trabalhadora, dita contribuinte, e separava a população brasileira em dois grupos: o dos previdenciários e o dos não previdenciários, além do pequeno segmento populacional que custeava os seus serviços de saúde.

Tal sistema pode ser adjetivado como socialmente iníquo na limitação do seu alcance por excluir do sistema de proteção social os não contribuintes. "[...] Uma rede de serviços e prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares eram providos pela

previdência social por meio do INAMPS aos previdenciários" em contraste ao acesso "restrito às ações dos poucos hospitais públicos e às atividades filantrópicas de determinadas entidades assistenciais" disponibilizado aos não previdenciários (CONASS, 2003, p. 14).

Instala-se a crise financeira na Previdência Social no início dos anos 1980, sobrevivendo desse modelo centrado na assistência hospitalar, de incorporação tecnológica e custos crescentes; do favorecimento ao setor privado; e da má aplicação de recursos - fatores estes integrados ao conjunto de grande desigualdade social e insalubridade consequente à atuação mínima na saúde coletiva, na promoção da saúde e na prevenção de doenças.

Na verdade, este modelo de sistema de saúde de base previdenciária (que distingue segmentos sociais a serem atendidos e separa ações assistenciais das preventivas) é muito dependente do ciclo de crescimento da economia. Na recessão iniciada na segunda metade dos anos 70, as receitas encolhem e o modelo não consegue mais se financiar. As iniciativas a partir deste período são movimentos do regime para legitimar sua política previdenciária, - que vão de iniciativas como o PIASS até o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (Conasp), desaguando por fim no Programa de Ações Integradas de Saúde (AIS) (COHN; ELIAS, 2003).

Merece ponderação o Conasp, estatuído no âmbito do MPAS consoante o Decreto nº 86.329, de 02 de setembro de 1981, com o escopo de propor sobre a organização, aperfeiçoamento, análise, avaliação e controle da Assistência Médica da Previdência Social, e sugerir critérios de alocação de recursos dessa assistência (BRASIL, 1981).

As proposições emanadas do Conasp, visando à orientação da saúde previdenciária, são o despontar de uma iniciativa de reversão gradual do modelo médico assistencial vigente.

São propostas no Plano Conasp, como objetivo estratégico, alterações do perfil dos profissionais da saúde: do médico generalista, para a equipe médica com clínico, ginecologista e pediatra; do auxiliar de enfermagem, para a equipe que incorpora técnicos de enfermagem e enfermeiros; e a introdução de profissionais administrativos com treinamento em saúde, nestas equipes.

Incluem-se neste modelo a formação da consciência sanitária dos usuários; a humanização da assistência; o terceiro turno de atendimento; o olhar as necessidades de saúde do indivíduo e da comunidade para prover tanto o atendimento ambulatorial

agendado como o imprevisto das intercorrências clínicas; serviços de pronto-socorros integrados à rede ambulatorial; e ações concomitantes de saúde pública.

Exclui-se a exigência de documentos - prévia ao atendimento em saúde - um bem que passa a ser considerado um direito. Propõe-se o atendimento universal e gratuito, em que todos podem utilizar o sistema. Modela-se, com base em uma racionalidade técnica e política, uma assistência hierarquizada, segundo a complexidade da atenção, e regionalizada, conforme a distribuição populacional e epidemiológica das comunidades.

Como parte integrante do plano Conasp, o Programa de Ações Integradas de Saúde (AIS) dá ensejo a uma estratégia de reordenação da assistência mediante o desenvolvimento de sistemas estaduais de saúde que ofereçam serviços resolutivos dirigidos aos principais problemas de saúde e da participação dos municípios na gestão desses serviços. Mediante as AIS, expandidas pelo INAMPS a mais de 2.000 municípios, "é possibilitado o acesso aos serviços previdenciários, além dos de saúde pública, para a população não segurada", conforme observa Paim (2003, p. 592-593). Assim é que as nossas políticas de saúde, surgidas com base no modelo previdenciário, transitam para uma política de corte universal - o SUS.

### **1.3.1. A PROPOSTA DA REFORMA SANITÁRIA**

Merece sublinhar o percurso de um movimento de mudança social que inclui a reorganização ampla da assistência à saúde no país e tem por título Reforma Sanitária Brasileira (RSB), iniciada no final dos anos 1970 e amplamente discutida na Conferência Nacional de Saúde (CfNS) em março de 1986. "O movimento da Reforma Sanitária impulsionou o debate sobre a saúde no Brasil e pressionou por mudanças" (LIMA E BAPTISTA *in*: DE SETA, 2006, p. 96).

A um grupo de técnicos do setor saúde, outros profissionais da área, acadêmicos, secretários de saúde, sindicalistas e setores comunitários ocorre que o sistema de saúde de então, de modelo campanhista, previdenciário e médico-assistencial privatista/mercantilista, não atende às necessidades de saúde da população.

Deficiências marcantes, que se substanciavam no modelo assistencial da época, são identificadas:

- a desigualdade no acesso aos serviços de saúde;

- o privilegiamento da assistência aos previdenciários contribuintes;
- a má aplicação dos recursos, favorecendo os interesses da iniciativa privada;
- multiplicidade de instituições fazedoras de saúde, atuando de forma desintegrada;
- modelo de gestão centralizado e sem participação popular;
- assistência predominante curativa e centrada no hospital;
- proteção social excludente, favorecedora de desigualdades sociais e condições insalubres de vida;
- crise na Previdência.

E, ante esta conjuntura, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) sobressaem um papel político fundamental que pode ser confirmado em momentos consideráveis: o da apresentação do CEBES de um documento que propõe, pela primeira vez, a criação de um Sistema Único de Saúde para o Brasil, no Primeiro Simpósio de Política Nacional de Saúde, em 1979; e, mais adiante, o da elaboração dos textos básicos da 8ª CfNS e divulgação do documento Pelo Direito Universal à Saúde pela ABRASCO (ABRASCO, 1985).

A RSB tem o seu reconhecimento como "uma proposta abrangente de mudança social" unida a "um processo de transformação da situação sanitária"; e, nesse sentido, Arouca (1988) expressa, apropriadamente, que representa

por um lado, a indignação contra as precárias condições de saúde, o descaso acumulado, a mercantilização do setor, a incompetência e o atraso e, por outro, a possibilidade de existência de uma viabilidade técnica e uma possibilidade política de enfrentar o problema (AROUCA, 1988, p. 2).

Como proposta de mudança social, a RSB reclama por integralidade e abrange ação intersetorial de políticas públicas de reforma urbana, reforma agrária e outras "que incidissem sobre as condições de vida, determinantes da saúde e dos riscos de adoecimento" (PAIM, 2004, p. 18).

Paim (2008) identifica que a Reforma Sanitária foi concebida como reforma social; contudo, não foi concretizada como tal, resumindo-se em uma reforma parcial, circunscrita ao setor saúde e centrada no SUS, por diversos fatores, entre os quais "os limites tanto da ação política [...] como a corrosão do projeto original entre seus próprios intelectuais" e "o transformismo característico da sociedade brasileira, que aguçou o caráter sempre seletivo

das estruturas estatais no capitalismo". Consta-lhe que a RSB é um projeto atual que urge ser reconstruído "como práxis" (LOBATO, 2009, p. 189-190).

Igualmente, os que alçam a bandeira da democratização da saúde nos dias atuais acreditam na continuidade do movimento, no processo contínuo de construção do SUS e na sua exequibilidade como responsabilidade conjunta do Estado e da sociedade, entendendo-se responsabilidade como a "obrigação de responder pelas ações próprias, pelas dos outros ou pelas coisas confiadas" (Dicionário Priberam, 2010).

Marco importante da RSB, a 8ª CfNS, sob o tema "Saúde, direito de todos, dever do Estado", congrega mais de 4.000 participantes, entre profissionais do setor saúde, representantes do governo e usuários, com o resultado de uma proposta de unificação do sistema (MS e INAMPS), universalização, integralidade da atenção, descentralização administrativa e financeira e participação popular.

O movimento da RSB expõe em debate na 8ª CfNS proposições concernentes ao sistema de saúde e aponta diretrizes e princípios como:

- conceito ampliado de saúde;
- reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado;
- criação do Sistema Único de Saúde (SUS);
- participação popular (controle social);
- constituição e ampliação do orçamento social (CfNS, 1987).

Entre as propostas da 8ª CfNS, de 1986, é constituída a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) através de portaria interministerial dos Ministérios da Saúde, da Previdência e da Educação, com vistas à elaboração de proposições relativas às questões da saúde, a serem apresentadas como um Projeto da Reforma Sanitária à Assembléia Constituinte convocada pela Emenda Constitucional n.º 26, de 1985, e encarregada da formulação da nova Carta Constitucional Brasileira.

Segundo documentos emergidos da CNRS, o processo de reforma do setor saúde deveria orientar à criação de um sistema único de saúde pautado na universalidade, integralidade da atenção, regionalização, hierarquização dos serviços, territorialidade, descentralização das ações, continuidade da atenção, inter-institucionalidade, intersetorialidade, controle social e comando único nas esferas nacional, estadual e municipal de governo.

No novo sistema, caberiam ao nível federal as responsabilidades pela formulação da política nacional de saúde; pela organização do sistema nacional de saúde; pela

normatização e regulamentação das ações de saúde e do relacionamento entre o setor público e o setor privado; pela gestão direta de serviços estratégicos ou de referência nacional; e pela execução de programas emergenciais.

O nível estadual tomaria as responsabilidades pela implementação e avaliação da política nacional de saúde nos estados; pela elaboração do plano diretor de saúde; e pela execução de serviços de abrangência estadual e regional.

Ao nível municipal incumbiriam a estruturação do sistema municipal de saúde, com base no distrito sanitário, e a gestão das ações básicas de saúde, com base na programação e orçamentação integradas. Conjectura-se o processo de transferência gerencial do nível federal para os municípios.

Sobre tais premissas, o governo federal, em 20 de julho de 1987, mediante o Decreto nº 94.657, cria o Programa de Desenvolvimento dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados, o SUDS, que serve de transição ao Sistema Único de Saúde (SUS) mediante o seu papel de promotor da consolidação e qualificação das AIS e da descentralização das atividades do INAMPS, precessoras do SUS.

A esse fato sucede-se a conclusão, em 05 de outubro de 1988, da Assembléia Nacional Constituinte instalada em 1º de fevereiro de 1987 que vem a promulgar a CRFB de 1988 a qual legitima, no que tange à saúde, a proposta da 8ª CfNS - Saúde, direito de todos e dever do Estado - inscrita como uma política de atenção universal. Nasce o SUS.

Corroborando a criação do SUS, a Lei 8.029 e o Decreto 99.350, ambos de 1990, dispõem sobre a fusão do INAMPS e IAPAS no Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), de competência circunscrita à arrecadação das contribuições e à concessão e pagamento dos benefícios da previdência social. As ações de assistência à saúde transferem-se integralmente ao âmbito do SUS.

### **1.3.2. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**

O direito à saúde na Carta Constituinte de 1988 é identificado como serviço de relevância pública. Delega-se ao poder público a incumbência de dispor "sobre sua regulamentação, fiscalização e controle". Define-se que a execução da assistência pública à saúde se faça "diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado" (BRASIL, 1988, Art. 197). E, para perpetrar esse direito, institui-se o

Sistema Único de Saúde, a ser financiado com "recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes" (BRASIL, 1988, Art. 198, Parágrafo único transformado em §1º pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000).

O texto constitucional demonstra que a concepção do SUS estava baseada na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, visando ao resgate do compromisso do Estado para com o bem-estar social, especialmente no que refere à saúde coletiva, consolidando-a, portanto, como um dos direitos da cidadania.

Este modelo de sistema sanitário concebido como uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde no Brasil rompe o modelo anterior aos preceitos constitucionais, que vinculava direitos sociais à inserção do cidadão no mercado de trabalho, e pretende a medicina comunitária como o modelo de assistência substitutivo do modelo médico previdenciário.

O acesso - proposto universal, integral, igualitário e gratuito à assistência à saúde - permite a participação da iniciativa privada em caráter complementar do sistema único, priorizando-se "as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos" (*ibid.*, Art. 199, § 1º). A saúde, assim, se configura como pública, de regra, e privada, por exceção.

Posteriormente à sua promulgação, dispositivos legais infraconstitucionais são editados em regulamentação aos preceitos da Constituição concernentes ao SUS, destacando-se:

- a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, dita Lei orgânica da saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (BRASIL, 1990a).  
Após vinte anos, o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 - Regulamenta a Lei nº 8.080/1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências (BRASIL, 2011).
- a Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990b). Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Determina a criação da Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde - instâncias colegiadas de controle social, e dos Fundos

Nacional, Estadual e Municipal de Saúde – de repasse de recursos financeiros do SUS. Define o esquema tripartite de financiamento federativo da saúde e integra os recursos federais do Orçamento da Seguridade Social e do Orçamento Geral da União aos recursos fiscais de estados e municípios.

Fica, assim, constituído o arcabouço jurídico-legal do SUS: da CRFB e das Leis nº 8080 e 8142/1990.

➤ as Normas Operacionais Básicas - NOB SUS (91, 93, 96) - e a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001b, 2002).

Apontam importantes avanços para a descentralização e hierarquização do sistema, retratadas no processo de transferência das competências e atribuições do nível gestor central para os entes federados, ao que chamamos de municipalização.

➤ a Portaria/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.

Estatui o Pacto pela Saúde<sup>4</sup> em três dimensões: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão do SUS. Traduz o compromisso entre os gestores com a qualificação da gestão pública do SUS visando à sua maior efetividade, eficiência e qualidade (*ibid.*, 2006b).

Agora que resumidamente assentado o arcabouço normativo posposto à Constituição, revela-se necessário apresentá-lo em detalhes para a compreensão da política pública que o SUS encerra.

Ao longo de 1989, procederam-se negociações para a promulgação da lei complementar que daria bases operacionais à reforma prescrita na CF da construção do SUS: a Lei Orgânica da Saúde - Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes (BRASIL, 1990a). O Art. 7º do Capítulo II da referida norma define que o provimento das ações e serviços públicos de saúde e os serviços de iniciativa privada complementar integrados ao SUS se desenvolvam de acordo

---

<sup>4</sup> Definido pelo MS como "conjunto de reformas institucionais, pactuado entre as três esferas de gestão (União, estados e municípios) do SUS com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão. Sua implementação se dá por meio da adesão de municípios, estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG), que, renovado anualmente, substitui os anteriores processos de habilitação e estabelece metas e compromissos para cada ente da federação" (<http://portal.saude.gov.br>).

com as diretrizes previstas no art. 198 da CF e obedecem aos seguintes princípios doutrinários e operativos que alicerçam o sistema, quais sejam:

- universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- integralidade da assistência;
- participação da comunidade;
- descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo;
- regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde [...] (BRASIL, 1990).

O conjunto das ações e serviços públicos de saúde a serem disponibilizados à população inscritos na Lei Maior "integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único" (BRASIL, 1988), cuja organização tem por diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade (*ibid.*, Art. 198).

Dessa forma, a construção e consolidação do SUS requer a formulação de política com gestão descentralizada, o desenvolvimento da atenção integral como responsabilidade do conjunto integrado do sistema de saúde e o fortalecimento da participação popular. De acordo com o inciso I supra, sua direção é única, a ser exercida nos três níveis de governo pelos seguintes órgãos: o MS, no nível federal; as Secretarias de Saúde, no âmbito dos Estados e do Distrito Federal; e as Secretarias de Saúde no âmbito dos municípios.

Outros instrumentos reguladores legais formulados e implementados na construção do SUS são as Normas Operacionais Básicas - NOB SUS 91, 93, 96; e a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS SUS 2001, 2002 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001b); com importantes avanços para a descentralização e hierarquização do sistema.

Propõe-se nestas normas a mudança do modelo anterior centralizado para o modelo de descentralização política, administrativa e financeira, retratado no processo de municipalização como "uma efetiva redefinição de funções e competências entre os níveis de governo do SUS" para a constituição de "'sistemas municipais de saúde' nos quais se pode identificar o modelo de gestão e de atenção à saúde ou 'modelo assistencial'" - descrito por Paim (1996) citado por Teixeira *et al.* (1998, p. 9).

Esta mudança proporcionou na década de 1990 o incremento dos serviços de atenção básica, ao ponto da implantação em 1994 do Programa de Saúde da Família, que veio a se tornar o seu eixo organizador, como estatuído na Política Nacional de Atenção Básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006d, 2011b), e a contribuir com a melhoria de alguns indicadores de saúde.

No conjunto dos instrumentos normatizadores do SUS como política de saúde aqui relatados, vê-se contemplada a diretriz da integralidade - expressão que, bem salienta Mattos (2004), não consta do texto constitucional de 1988, mas encontra significado nos termos do inciso II do seu artigo 198: "atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais" (BRASIL, 1988). Nisto discorda Paim (2004), numa análise entre o princípio da integralidade apontado no Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde e a diretriz concebida no texto constitucional:

Esta retórica contorcionista pode refletir uma visão de sistema de saúde que identifica ações preventivas com a saúde pública institucionalizada (Estado) e serviços assistenciais com atenção médica individual (iniciativa privada) ou a busca de conciliação entre um modelo de atenção clinicamente orientado e aquele vinculado ao trabalho programático em saúde (PAIM, 2004, p. 17-18).

Integralidade - mas o que quer isso dizer? Souza (2007) dá a este princípio ético o sentido de "tudo para todos" (SOUZA, 2007, p. 766). Deste significado pode-se evidenciar que integralidade e universalidade coexistem - aqui representadas por "tudo" (atividades preventivas e assistenciais) e por "todos" (direito de todos), respectivamente.

É considerada antagônica ao modelo biomédico assistencial flexneriano<sup>5</sup> proposto nos currículos e práticas médicas reducionistas e fragmentários, tão bem retratado no modelo brasileiro dicotômico de saúde anterior ao SUS, no qual subsistiam de forma independente a assistência médica e a saúde pública. De outra forma, exemplificando, a saúde coletiva veio a abranger a integralidade ao "considerar as práticas em saúde como práticas sociais e, como tal, analisá-las" (FRANCO; MAGALHÃES JR, 2004, p. 5).

Conforme Mattos (2004), "integralidade é uma característica da boa prática da [...] biomedicina que tem como objeto privilegiado de conhecimento e como eixo de suas intervenções a doença [...] guiado por uma visão abrangente das necessidades dos sujeitos

---

<sup>5</sup> Referência ao Relatório Medical Education in the Unites States and Canada, escrito por Abraham Flexner (1866-1959) e conhecido como Relatório Flexner.

[...]" (MATTOS, 2004, p.9) em um sistema de saúde que, além de organizar suas práticas e serviços com base nesta diretriz, busca definir o fluxo do usuário para o acesso aos mesmos. Confirmam Franco e Magalhães Jr (2004) que a garantia da integralidade advém do manejo adequado de "mudanças na produção do cuidado, a partir da rede básica, secundária, atenção à urgência e todos os outros níveis assistenciais [...]" (FRANCO; MAGALHÃES JR, 2004, p.2).

É possível perceber na declaração dos autores que esta maneira de produzir saúde evoca a configuração dos sistemas segundo níveis de atenção aos quais se reporta o inciso II do art. 7º da Lei nº8080/1990 (BRASIL, 1990a), que corrobora o conceito de integralidade como "[...] conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema".

Os modelos de atenção que visam à defesa da saúde propugnada no SUS devem contemplar as necessidades de saúde dos indivíduos e comunidades com a oferta de ações e serviços adequada a essas necessidades em diferentes níveis de atenção. Mendes (2001) traduz melhor a ideia de níveis de complexidade como densidades tecnológicas específicas - variantes entre leves, leves/duras e duras - que conformam os arranjos produtivos da saúde em três níveis de atenção:

- ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) - tecnologias leves, menor densidade tecnológica;
- ATENÇÃO SECUNDÁRIA (AS) - tecnologias leves/duras, densidade tecnológica intermediária;
- ATENÇÃO TERCIÁRIA (AT) - tecnologias duras, maior densidade tecnológica.

Esta organização da atenção por níveis dos sistemas de saúde aponta à configuração da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010) e incorpora a ideia de continuidade da atenção (PAIM, 2004).

A organização e operacionalização dos sistemas de saúde em níveis de atenção guarda relação de interdependência com os princípios organizacionais do sistema único: da descentralização dos serviços e da regionalização e hierarquização. Com a descentralização, no sentido de responsabilizar os entes federados em seus papéis de formular e implantar os serviços e as ações sanitárias; com a regionalização e a hierarquização, na busca de reduzir as diferenças de capacidade instalada nos municípios,

regiões de saúde e estados brasileiros através do compartilhamento dos recursos de saúde, evocando a ideia de continuidade do cuidado.

Convém fazer menção aos importantes instrumentos e espaços de negociação entre gestores, inseridos progressivamente na legislação e práticas do SUS em busca do aperfeiçoamento da reordenação da oferta e do acesso aos cuidados à saúde nas regiões de saúde: a Pactuação Programada e Integrada (PPI), o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimento (PDI), o Conselho de Gestão Regional (CGR), a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

Na forma do art. 20 do Decreto 7508/2011 que regulamenta a Lei 8080/1990, "a integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores" (BRASIL, 2011).

Com base no diagnóstico das necessidades de saúde numa determinada área geográfica e na definição de grades assistenciais de referência pactuadas entre gestores de suas unidades federadas, torna-se exequível organizar os sistemas regionais de saúde em suas especificidades (atenção às urgências, atenção à saúde materno-infantil etc) e estabelecer protocolos e fluxos dos pacientes nos diferentes níveis de atenção de suas unidades componentes – ao que denominamos Regulação.

Ao término da apresentação do marco conceitual de saúde, políticas públicas e do SUS (parte primeira do referencial teórico que embasa este estudo), pretende-se abordar a política da atenção às urgências (segunda parte), para a compreensão da regulação (parte terceira) estabelecida nas estruturas dos complexos reguladores e particularmente do Complexo Regulador de Goiânia (CRgG).

Responsáveis por organizar, controlar e gerenciar os fluxos assistenciais para a garantia do acesso no sistema de saúde, os complexos reguladores e suas unidades operacionais abrangem a regulação médica do fluxo de oferta de serviços e do cuidado à saúde de pessoas em situação de urgência entre as unidades componentes da rede hierarquizada de atenção às urgências, como se propõe a CE do CRgG.

### **1.3.3. PRODUÇÃO NO SUS – AÇÕES E SERVIÇOS**

Evoca-se Londres (2004) ao citar três modelos de gestão em saúde: o que considera

a saúde um bem estritamente público, não comercializável; o privado, que a reputa como um bem de mercado; e o híbrido, no qual o público e o privado coexistem, "seja o olhar coletivo de natureza socialista, seja o olhar individualista da teoria liberal" (LONDRES, 2004, p. única).

Dados da saúde no Brasil demonstram que o Sistema de Saúde Brasileiro é um sistema segmentado, composto por três sub-sistemas, conforme a provisão de serviços e o financiamento:

- Sistema Público - Sistema Único de Saúde (SUS)
- Sistema Privado Suplementar - Planos e seguros de saúde
- Outro sistema - Atividades sustentadas pelo pagamento direto do bolso dos cidadãos e famílias (ANS e MS).

Como posto, requer-se a clarificação das três formas de participação da iniciativa privada nos sistemas de saúde: a) complementar do sistema público, quando por ele contratada ou conveniada (pressupõe vinculação); b) como elemento dos planos e seguros de saúde componentes do sistema privado suplementar (nenhuma vinculação ao SUS); e c) como atividade contratada pelos cidadãos e famílias e por estes custeada, conhecida corriqueiramente como "particular" (sem vinculação ao sistema público e ao privado suplementar).

Há que se considerar o SUS como o setor econômico que mais investe em inovação e desenvolvimento tecnológico no país - na pesquisa e produção de medicamentos, soros e vacinas, que representam 80% das vacinas e 30% dos medicamentos utilizados no sistema.

O SUS é considerado um dos maiores sistemas nacionais de saúde no mundo. Compõem a sua rede de serviços: unidades próprias hospitalares e não hospitalares; entidades filantrópicas; hospitais universitários; e entidades contratadas e conveniadas - estas em caráter complementar do sistema único.

Segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), 145 milhões de brasileiros – 76,1% da população – dependem do sistema público de saúde e esse grau de dependência do SUS pode exceder 90% nos estados do Acre, Rondônia, Pará, Maranhão, Tocantins, Piauí, Bahia, Paraíba e Alagoas (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2011).

O setor emprega 12 milhões de trabalhadores diretos e indiretos, cerca de 60% dos 347 mil médicos do país; e, na condição de grande comprador de medicamentos e produtos

biotecnológicos, estimula a pesquisa e a produção. Tais contribuições para o desenvolvimento do país repercutem no percentual maior que 8% do Produto Interno Bruto brasileiro ligado à saúde, que excede inclusive o da agropecuária (DE LAVOR *et al.*, 2011, p. 17).

Ao analisar a visão social universalista welfariana que o alicerça; o arcabouço jurídico-legal-institucional que o regulamenta; o acesso igualitário e gratuito à assistência à saúde que preconiza; a gama de ações e serviços de promoção, proteção, prevenção, tratamento, recuperação e reabilitação da saúde que oferta em diferentes graus de complexidade tecnológica; e as variadas micropolíticas e programas que oportuniza; somos levados a questionar se "existe no país quem nunca tenha utilizado o SUS" (DE LAVOR *et al.*, 2011, p. 9).

Entre os avanços do SUS destacam-se a estruturação de rede diversificada de ações e serviços de saúde - presente, embora não uniformemente, em todo o território nacional; definição de fontes de financiamento; e a grande produção de ações e serviços de saúde com contribuições significativas na melhoria do estado de saúde dos brasileiros (LAVRAS, 2011).

A produção anual do SUS demonstra a amplitude das ações e serviços de saúde que o sistema ofereceu aos usuários em 2009: 11 milhões de internações hospitalares; 1,6 bilhão de procedimentos de Atenção Básica; 370 milhões de consultas médicas; 1,9 milhões de partos; 490 milhões de exames laboratoriais; 1,8 milhão de tomografias; 13 milhões de ultra-sonografias; 136 milhões de doses de vacinas; e 14 mil transplantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE/DATASUS, 2012).

Entre os procedimentos de alta complexidade, o SUS financia o Sistema Nacional de Transplantes, "considerado um dos maiores programas públicos de transplantes de órgãos e tecidos em sistemas públicos do mundo" e o Registro Nacional de Doadores de Medula Óssea (Redome) que "é o terceiro maior banco do gênero no mundo", cujos registros se integram ao National Marrow Donor Program (NMDP), maior rede mundial de registros de doadores de medula óssea (DE LAVOR *et al.*, 2011, p. 14).

Desenvolveu programas de qualidade reconhecidos internacionalmente como o Programa Nacional de Imunização (PNI) e o programa de controle de HIV/AIDS, e foi o primeiro sistema público a oferecer a vacina contra rotavirus (*ibid.*).

Importante frizar, aqui, alguns artigos constitucionais relativos ao financiamento do SUS, *ad litteram*:

Art. 195. A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais: [...]

Art. 198, § 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (Parágrafo único transformado em § 1º pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000).

Com efeito, neste financiamento compartilhado entre os entes federados de acordo com a legislação em vigor, a União é a principal fonte financiadora, embora que sem percentual definido na Emenda Constitucional nº 29 (EC-29) aprovada em 13 de setembro de 2000 (somente submetida à regulamentação no ano de 2011) que "Altera os art. [...] e 198 da CF e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde" (BRASIL, 2000). No caso dos Estados e do Distrito Federal, a EC-29 proclama que os recursos mínimos a serem aplicados são de doze por cento do produto da arrecadação dos impostos, contra quinze por cento a serem viabilizados pelos municípios.

O projeto que regulamenta a EC-29 não foi aprovado em sua forma original após onze anos de tramitação no Congresso Nacional; por isso que a União não destinará os 10% das suas receitas correntes brutas propostos. Em vez disso, aplicará o empenhado no ano anterior acrescido da variação do Produto Interno Bruto (PIB); permanecendo estados e municípios obrigados a destinar 12 e 15%, respectivamente, das suas receitas à saúde.

Confirma-se, dessa forma, o subfinanciamento do sistema público, cujo orçamento em 2010 envolveu a cifra de 52 bilhões de reais na produção de saúde dos seus 145 milhões de usuários (76,1% da população do país), inferior ao orçamento do sistema suplementar orientado para o lucro, que movimentou 72,7 bilhões de reais na assistência aos 46 milhões de usuários (24,1% da população, sendo que 14% desse segmento também procuram serviços do SUS). Os gastos no SUS correspondem a 40,7% dos gastos totais com saúde no Brasil enquanto os gastos no sistema suplementar correspondem a 59,3% no ano de 2010. Por sua forte inclinação para a atenção terciária, nela concentra um terço de seus atendimentos e a maior parte dos gastos em saúde. Na opinião de Muller, citado por Dominguez (2011), os males do SUS são "subfinanciamento e má gestão".

A propósito do financiamento e da administração do SUS, trinta pesquisadores brasileiros que produziram seis artigos sobre as grandes questões da saúde no Brasil, publicados em 2011 na Revista científica *The Lancet*, ponderam as características de

complexidade e descentralização do sistema, a elevada proporção dos serviços contratada ao setor privado e a competição entre os setores público e suplementar, como causas de inevitáveis conflitos e contradições (BARDANACHVILI, 2011).

O sistema de regulação, na medida em que opera sobre a relação entre oferta e demanda, na perspectiva da racionalização dos gastos, tem papel importante na melhoria da gestão dos recursos financeiros e materiais do sistema, sobretudo em um cenário marcado por transformações no perfil epidemiológico da população, com aumento da prevalência de doenças crônico-degenerativas.

Inúmeros estudos demonstram a redução da prevalência dos óbitos por doenças infecciosas em paralelo ao aumento da mortalidade por causas crônico-degenerativas e por causas externas (todos os acidentes e violências). Tais mudanças nas causas básicas de morte refletem o processo brasileiro de transição demográfica e da transição epidemiológica consequentes ao declínio da mortalidade geral e ao aumento da esperança de vida (ASSIS; BARBOSA, 2002).

Concentradas nos adultos de 20 a 39 anos e com anos de escolaridade menor que 7, as mortes por causas externas dizem à população economicamente ativa e são precedidas, em sua maioria, de situações de urgência clínica e cirúrgica que incidem no perfil de morbidade e requerem um sistema de saúde ágil e operante. Disto decorre a importância da área de urgência e emergência na assistência à saúde, o que tem merecido atenção na cena das políticas públicas no âmbito do SUS, como há de considerar o tópico subsequente.

## CAPÍTULO II

### ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

#### 2.1. CONCEITUAÇÃO DE URGÊNCIA

O Conselho Federal de Medicina (CFM), em normativa que estabelece as condições mínimas para funcionamento dos estabelecimentos de saúde de Pronto Socorro - a Resolução CFM N° 1451, de 10 de março de 1995 -, define de modos distintos os conceitos de urgência e emergência. Por urgência, "a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata"; e, por emergência, "a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato" (CFM, 1995).

Em 1999, com a participação das áreas técnicas do MS e do CFM, foi elaborado o trabalho Normatização de Atividade Médica na Área de Urgência-Emergência na sua Fase Pré Hospitalar, no momento em que inexistiam normas relativas a essa atividade no país.

Este conjunto de normas e procedimentos compõe o anexo da Portaria 824, de 24 de junho de 1999, que configura o sistema de atendimento em nível pré-hospitalar como "um serviço médico de assistência às urgências e emergências, cuja coordenação, regulação e supervisão direta e à distância deve ser efetuado unicamente por médico, [...] em ação integrada com outros profissionais [...]" (Ministério da Saúde, 1999). Nota-se, no documento, menção distinta para "urgências e emergências", o que coaduna com a definição formal do CFM.

Já em 2002, na disposição da Portaria MS/GM n° 2048 que aprova o Regimento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, conquanto sejam encontrados os termos urgência e emergência em variadas expressões como Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência; Área de Urgência e Emergência; Regulação Médica das Urgências e Emergências; Plano de Atendimento às Urgências e Emergências etc; prioriza-se o termo urgência para caracterizar tipos e graus de assistência como urgências sociais; urgências clínicas; urgências por causas externas, sangrantes e ruidosas; pequenas e médias

urgências; pacientes de urgência propriamente dita; serviços de urgências; Central de Regulação de Urgências etc (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002a).

Neste presente trabalho, opta-se por utilizar o termo urgência para indicar todas as situações que necessitam de cuidados imediatos e a sua classificação em níveis que definem o "'grau de urgência' [...], tomando como marco ético de avaliação o 'imperativo da necessidade humana'" (BRASIL, 2006c, p. 48), como disposto na Portaria nº 1863 de 29 de setembro de 2003 que institui a Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2003a) e em dispositivos subsequentes que regulamentam essa atenção, a serem evocados ao longo da pesquisa. E, ao enunciar o termo emergência, abrangem-se, igualmente, os dois significados definidos pelo CFM.

## **2.2. ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS NO CONTEXTO DO SUS**

Dados da Secretaria de Vigilância em Saúde do MS (SVS/MS) evidenciam uma alta morbimortalidade relacionada às violências e aos acidentes de trânsito até os 40 anos e, acima dessa faixa, uma alta morbimortalidade referente às doenças do aparelho circulatório (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a).

Os óbitos por causas externas dizem a população economicamente ativa, são precedidos de situações de urgência clínica e cirúrgica que incidem no perfil de morbidade, e já estão identificados entre os principais problemas de saúde pública no país. Interessa destacar que a evolução do perfil de morbimortalidade no Brasil e a transição demográfica, observadas no período anterior à criação do SUS, continuam presentes também atualmente, nos indicadores que as dimensionam.

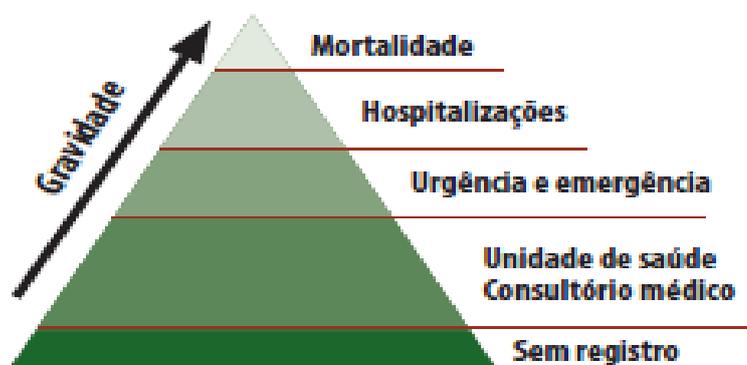
Em decorrência dessa realidade, o SUS se tornou a principal porta de entrada dos casos de acidentes e violências, com registro de 700 mil internações por ano no Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e R\$ 661 milhões de gastos hospitalares no ano de 2007 por essa causas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008c, p. 13).

A importância de priorizar a área de urgência na assistência à saúde e de promover atenção qualificada à população vitimada cresce diante dos seguintes fatores: (i) a maioria das mortes por causas externas são precedidas por internações e estas, por atendimentos em serviços de urgência; e (ii) as doenças crônico-degenerativas evoluem com quadros

agudos que respondem por aumento do volume dos referidos acolhimentos. Essa inter-relação é ilustrada pela "pirâmide das lesões":

A Pirâmide das Lesões, proposta pelos Centers for Disease Control and Prevention dos Estados Unidos da América (CDC/EUA), revela a proporção de registros possíveis sobre lesões decorrentes de causas externas. No topo dessa pirâmide, está a maior gravidade de registro, a mortalidade, e abaixo dela, as hospitalizações, os atendimentos em urgência e emergência [...], por unidades de saúde e consultórios médicos. E em sua base, os atendimentos informais, sem registro (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008, p.12).

**Figura 1-** Pirâmide das Lesões, segundo CDC



**Fonte:** CDC/EUA, 2005

Esse conjunto de fatores demanda a prioridade do MS na elaboração de políticas públicas que favoreçam um sistema de atenção às urgências, ágil e operante.

Atuar no enfrentamento das urgências é tarefa de toda a sociedade, o que inclui os poderes públicos, as entidades não governamentais, as empresas privadas, as universidades, as associações, os conselhos, as comunidades, as famílias e os indivíduos.

É uma tarefa intersetorial que se inicia por uma análise das diferentes áreas envolvidas (trânsito, bombeiros militares, polícias militares e rodoviárias, transporte, publicidade, consumo de álcool e outras drogas psicoativas, trabalho, educação, urbanização, custos econômicos e sociais das urgências etc) para a adoção de medidas promotoras de saúde e preventivas, que diminuam a ocorrência das urgências e contribuam, especialmente, com a mudança do padrão brasileiro de morbi-mortalidade relativo ao trauma e à violência.

Simultaneamente, busca-se um modelo de atenção às necessidades de saúde na área das urgências que seja adequado à realidade levantada, no qual se elejam e mobilizem recursos técnicos, tecnológicos e financeiros para a efetivação de uma política de urgências com ações a serem articuladas e integradas, nas três esferas de governo, dos diversos setores que prestam socorro aos cidadãos acometidos por agravos de urgência.

Torna-se marcante reconhecer, como Ferreira (2007), a extrema importância e alta efetividade de "ações e serviços de urgência e emergência acessíveis e resolutivos [...] junto aos usuários do sistema de saúde e de toda a sociedade" (FERREIRA, 2007, p. 7-8). Além disso, é relevante considerar que as unidades de referência em urgência, em seu papel de observatórios de saúde, notificam dados de seus atendimentos e alimentam os sistemas de informações que embasam a definição de prioridades do MS, bem como a formulação, a implementação e a avaliação das políticas públicas nos níveis locais, regionais e nacional.

### **2.3. HISTÓRICO DA ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS**

Registros normativos retrospectivos ao SUS e em seu período denotam um processo progressivo de reestruturação do sistema de serviços de saúde na perspectiva de organizar as ações direcionadas às urgências dentro de uma lógica sistêmica, conformando uma política de urgências.

Os serviços destinados aos socorros de urgência desenvolvidos sob jurisdição municipal são a primeira forma de organização e oferta de assistência pública geral: o primeiro deles, instituído em 1893, no Rio de Janeiro - então Distrito Federal -, a partir da aprovação, pelo Senado, da Lei que pretendia estabelecer o socorro médico na via pública e no domicílio, mediante ambulância, apoiando-se na rede hospitalar privada. Leitos hospitalares próprios são disponibilizados somente em 1922, com a instalação do Hospital do Pronto-Socorro do Departamento Nacional de Saúde Pública.

Em 1899, a primeira ambulância, de tração animal, é utilizada nesse serviço pelo Corpo de Bombeiros do Rio de Janeiro (MARTINS & PRADO, 2003).

É de Costeira (2003), o relato de como se inicia o primeiro serviço de assistência às urgências no Rio de Janeiro inaugurado em 1907:

No ano de 1906, o Prefeito Pereira Passos, assessorado pelo Diretor de Higiene e Assistência Pública [...] mandou construir um prédio para abrigar o primeiro grande Posto de Assistência Médica, para o atendimento a casos de urgência, feridos e acidentados em via pública e afogados. Encomendou, também, da Europa, as primeiras ambulâncias que seriam usadas por médicos do Posto, levando o auxílio à população. [...] as ambulâncias francesas passam a se chamar pela população de Mãe carinhosa (COSTEIRA, 2003, p. 35-36).

Por sua vez, a cooperação nacional para a construção de políticas públicas de atenção às urgências é requerida nas interlocuções entre os espaços de atuação na área da saúde: (MS, Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS)); órgãos representativos de profissionais da saúde (Conselho Federal de Medicina (CFM), Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)); e espaços da sociedade civil (Rede Brasileira de Cooperação em Emergências (RBCE), Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) etc).

Na esfera internacional, a política pública é direcionada às urgências pré-hospitalares e se beneficia do intercâmbio e missões junto ao SAMU francês (Cooperação Franco-Brasileira, 1995-1999) e da participação em discussões com os países do Mercosul (Rede de Cooperação em Emergências do Cone Sul - EMERSUR), facilitados pela RBCE. A cooperação franco-brasileira resultou na incorporação do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de atenção pré-hospitalar, e a Regulação Médica (RM) das urgências para os hospitais (SANTOS *et al.*, 2003, p. 498).

Na organização do sistema de atenção às urgências em dimensão estadual e nacional, ressaltam-se, a seguir, em ordem cronológica, uma série de normas que descerram o processo de formulação e implantação da política de urgências, traçam os principais elementos caracterizadores dessa assistência e regulamentam o setor. Essa sequência de acontecimentos converge para a definição de uma política pública específica na área de urgências.

➤ 1999- Portaria MS/GM n. 479, de 15 de abril de 1999 - Cria mecanismos para a implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências. Estabelece critérios para classificação e inclusão de hospitais habilitados na atenção às urgências, nesses sistemas.

➤ 2001 - Aprovação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, regulamentada pela Portaria MS/GM nº 737, de 16 de maio de 2001.

➤ 2002- Portaria MS/GM nº 2.224, em 5 de dezembro de 2002 - Estabelece o sistema de Classificação Hospitalar do SUS segundo seu enquadramento em portes, sendo a existência de Serviço de Urgência e Emergência um dos itens de avaliação aplicados (BRASIL, 2002, Art.3º, § 3º).

➤ 2003 – **Instituição da Política Nacional de Atenção às Urgências descrita na Portaria Nº 1863/GM, de 29 de setembro de 2003.**

➤ 2003- Portaria MS/GM Nº 1864, de 29 de setembro de 2003 - Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: **SAMU 192.**

➤ 2004 - Decreto Presidencial Nº 5.055, em 27 de abril de 2004 - Institui o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU em municípios e regiões do território nacional.

➤ 2010 - Portaria MS/GM nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 - Estabelecem diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS.

➤ 2011- **Reformulação da Política Nacional de Atenção às Urgências e instituição da Rede de Atenção às Urgências no SUS com a Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011** (Revoga a Portaria nº 1863/2003 da PNAU e a 1020/2009 do Pré-hospitalar).

➤ 2011- Resolução MS/GM nº 443, de 9 de junho de 2011 - Aprova a conformação da Rede de Urgência e Emergência (RUE) articulada a todas as redes de atenção presentes no território, objetivando ampliar e qualificar o acesso ágil, integral e humanizado dos usuários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde.

Na sequência supracitada, acompanha-se o percurso da construção de uma política de atenção às urgências no SUS, que culmina na formulação e implantação da **Política Nacional de Atenção às Urgências** – marco referencial dessa assistência do sistema público de saúde brasileiro, como apresentado na próxima seção.

#### **2.4. A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS (PNAU)**

A PNAU, tal como concebida na primeira norma que a regulamenta – compõe-se dos sistemas de atenção às urgências estaduais, regionais e municipais e suas respectivas redes de atenção, e deve se organizar de forma a "garantir a universalidade, equidade e

integralidade no atendimento às urgências [...] e consubstanciar as diretrizes de regionalização da atenção, mediante a adequação criteriosa da distribuição dos recursos assistenciais [...]" (BRASIL, 2003a, Art. 2º).

A magnitude da política de urgências não se resume ao consignado na portaria específica da PNAU. Abrange as normas ulteriores, programas de duração continuada e formas de financiamento e gestão estabelecidas na sua estruturação; ou seja, na implementação dos seus componentes fundamentais, postos em lista no Artigo 3º da norma regulamentadora mencionada, a saber:

1. adoção de estratégias promocionais de qualidade de vida, buscando identificar os determinantes e condicionantes das urgências [...];
2. organização de redes loco regionais de atenção integral às urgências, [...] tecendo-as em seus diversos componentes:
  - 2.a - componente Pré-Hospitalar Fixo [...];
  - 2.b - componente Pré-Hospitalar Móvel [...];
  - 2.c - componente Hospitalar [...];
  - 2.d - componente Pós-Hospitalar [...];
3. instalação e operação das Centrais de Regulação Médica das Urgências [...];
4. capacitação e educação continuada das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção [...];
5. orientação geral sobre os princípios de humanização da atenção (BRASIL, 2003a, Art. 3º).

A atenção **Pré-Hospitalar Fixa**, deve ser "prestada pela rede básica de atenção e também por uma rede de Unidades Não Hospitalares de Atenção às Urgências" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006d). Em seu Anexo, a Política Nacional de Atenção Básica estabelece como característica do processo de trabalho das equipes neste nível de atenção a realização de primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas (*id.*, 2011b).

Outro componente da PNAU, o **Pré-Hospitalar Móvel**, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – **SAMU 192** "e os serviços associados de salvamento e resgate, sob regulação médica de urgências [...]" (*id.*, 2003, Art. 3º); que progressivamente se qualifica e se amplia para todo o território nacional.

Cooperam com o seu fortalecimento, a organização da rede de atenção às urgências e a regulação da relação entre demanda de necessidades e oferta de ações e serviços que,

reduzindo o intervalo terapêutico das urgências, contribuem com a qualificação da atenção (RBCE, 2011).

Quanto ao componente da atenção **Hospitalar** de urgências no SUS, inserido na PNAU, consta das

portas hospitalares de atenção às urgências das unidades hospitalares gerais [...] e de referência [...], bem como toda a gama de leitos de internação, passando pelos leitos gerais e especializados de retaguarda, de longa permanência e os de terapia semi-intensiva e intensiva, mesmo que esses leitos estejam situados em unidades hospitalares que atuem sem porta aberta às urgências (BRASIL, 2003, PNAU, Art. 3º).

O componente hospitalar recebe deferência com o Programa QualiSUS, introduzido na Portaria GM nº 3.125/2006, nos termos do Art. 3º, incisos III e IV:

A proposta de Qualificação do Sistema de Atenção Integral às Urgências pressupõe a organização do sistema de saúde para este tipo de atenção, estruturada por meio da: [...] III- organização e qualificação dos hospitais com portas abertas às urgências para dar suporte resolutivo ao Sistema de Urgência [...]; IV- definição de leitos hospitalares dedicados à recuperação definitiva dos pacientes após a estabilização da situação de urgência e de serviços de hospital dia, centros de reabilitação e de atenção domiciliar [...] (BRASIL, 2006a, Art. 3º, incisos III e IV).

O Programa Quali-SUS propõe investir na estruturação e qualificação de prontos-socorros e unidades hospitalares parceiras na configuração de redes loco-regionais de serviços, possíveis de contribuir na garantia de acesso e na continuidade de tratamento aos portadores de agravos urgentes, inicialmente atendidos pelo pré-hospitalar móvel nas ruas e domicílios, na rede básica de saúde e em unidades não hospitalares de urgência (BRASIL, 2008).

No que se refere ao componente **Pós-Hospitalar** da PNAU, estão arroladas as "modalidades de Atenção Domiciliar, Hospitais-Dia e Projetos de Reabilitação Integral com componente de reabilitação de base comunitária" (BRASIL, 2003, Art. 3º, item 3d).

Postos os componentes fundamentais da política bem como os componentes das redes loco regionais de atenção integral às urgências, torna-se imperativa à sua implementação a relação com os diferentes níveis assistenciais nos sistemas de atenção às urgências.

A organização e o estabelecimento da articulação entre esses níveis; da oferta de serviços e ações de urgência; e do fluxo de pacientes entre os componentes das redes são atribuições definidas na PNAU como "**regulação médica de urgências**" (negrito nosso), de forma a garantir o atendimento ágil e compatível com a necessidade do paciente.

Demanda a instalação e operação das "Centrais de Regulação Médica das Urgências" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003), inicialmente restritas ao atendimento pré-hospitalar móvel.

Decorridos oito anos da regulamentação da PNAU em 2003, considera-se necessária sua reformulação, nos termos da **Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011** (Anexo 3), com a instituição da Rede de Atenção às Urgências no SUS, suas diretrizes, organização, componentes e operacionalização, a ser implementada segundo critérios epidemiológicos e demográficos (*id.*, 2011).

Ao passo que a norma anterior conforma arranjos de "redes de atenção" (*id.*, 2003) compondo sistemas estaduais, regionais e municipais de urgências, a norma reformulada configura o desenvolvimento de uma "Rede de Atenção às Urgências" no SUS (*id.*, 2011a). Essa mudança alinha-se ao arranjo da "Rede de Atenção à Saúde", disposto na Portaria MS/GM nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, como estratégia de reestruturação do sistema de saúde (*id.*, 2010).

A RAU "priorizará as linhas de cuidados cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica" (*id.*, 2011a) e corresponde ao arranjo organizativo de serviços e equipamentos de saúde, ditos pontos de atenção, articulados e integrados para a oferta das ações de saúde na área das urgências. É constituída pelos seguintes componentes, cada um deles com objetivos definidos na operacionalização da Rede:

- I - Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde;
- II - Atenção Básica em Saúde;
- III - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências;
- IV - Sala de Estabilização;
- V - Força Nacional de Saúde do SUS;
- VI - Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas;
- VII - Hospitalar; e
- VIII - Atenção Domiciliar (*id.*, 2011a).

A norma reformulada estabelece que o Plano de Ação Regional e o Plano de Ação Municipal (Art. 13, § 2º) serão os documentos orientadores aos gestores (Município, Estado, Distrito Federal e União) para a execução, monitoramento e avaliação das cinco fases de operacionalização da RAU:

- I- Fase de Adesão e Diagnóstico;
- II- Fase do Desenho Regional da Rede;
- III- Fase da Contratualização dos Pontos de Atenção;
- IV- Fase da Qualificação dos Componentes; e
- V- Fase da Certificação (*id.*, 2011a).

Prevê, ainda, que se mantenham Comitês Gestores de Atenção às Urgências nos âmbitos estadual, regional e municipal. Nesse campo, as Secretarias Municipais de Saúde coordenarão Comitês Gestores Municipais da RAU, "garantindo a adequada articulação entre os entes gestores e os executores das ações" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a, Art. 14, § 1º), ao passo que as Secretarias Estaduais de Saúde deverão coordenar os Comitês Gestores Estaduais e os Regionais do Sistema de Atenção às Urgências.

Os Comitês mencionados representam o espaço formal de discussão, avaliação e pactuação das diretrizes e ações prioritárias para a implementação das correções necessárias à contínua "adequação do sistema de atenção integral às urgências" (*id.*, 2011a, Art. 14, §2º).

Alinhada com a reformulação da PNAU e imediatamente a seguir, veio a Estratégia Saúde Toda Hora, propondo reorganizar e qualificar a RAU através das mudanças no sistema de saúde preconizadas na Política, como: a atenção domiciliar; a força nacional, que reúne profissionais especializados em atendimento a vítimas de desastres naturais; a priorização dos atendimentos a traumas, problemas cardíacos e Acidente Vascular Encefálico (AVE); e a composição de Unidades Coronarianas e Unidades de AVE articuladas e integradas com retaguarda de leitos hospitalares (*id.*, 2012a).

Quanto aos grandes hospitais que são referências regionais, a estratégia intenta, através do Programa SOS Emergência, ação de enfrentamento às suas principais necessidades. A primeira fase da ação pretende atingir, até 2014, os 40 maiores prontos-socorros brasileiros, estando o Hospital de Urgências de Goiânia (HUGO) entre os primeiros onze a serem contemplados.

Sem dúvida, reformula-se a PNAU tendo em vista a decisão política dos gestores do SUS (MS, SES [Secretaria Estadual de Saúde] e SMS) de estímulo à organização e à implantação da RAU, articulada a todas as redes de atenção presentes no território, devidamente hierarquizadas e reguladas, e ao aprimoramento das condições para a implementação de todos os componentes da Política.

Nesse propósito, prioriza-se a organização de sistemas regionalizados com regulação médica, hierarquia resolutiva, responsabilização sanitária, universalidade de acesso, acolhimento com classificação de risco, integralidade na atenção e equidade na alocação de recursos e ações, tendo por fim o benefício de indivíduos e da coletividade sob agravos de urgência.

Temos, então, evidente a importância da regulação, particularmente abordada no capítulo subsequente, como fator ordenador e articulador das ações e serviços relacionados com essa forma de cuidado.

## CAPÍTULO III

### REGULAÇÃO

#### 3.1. CONCEITUAÇÃO, FORMATO E ALCANCE DA REGULAÇÃO

A regulação das urgências adveio da necessidade de organizar e ordenar a oferta de ações e serviços na RAU, articulando os diferentes níveis de densidade tecnológica inerentes aos componentes da rede e dentro dessa rede.

É necessário assinalar que a falta ou a dificuldade do acesso à assistência nos serviços de atenção primária, a não resolubilidade dessa assistência e a não viabilidade da contra-referência do paciente para o acompanhamento ambulatorial induzem a procura dos usuários com queixas crônicas e sociais por serviços de urgência como porta de entrada do sistema de saúde.

Soma-se a isso, a insuficiente oferta de leitos hospitalares nos serviços da rede assistencial, que prolonga a permanência dos pacientes em espera do leito apropriado para continuidade da assistência. Via de regra, os leitos hospitalares de urgência disponíveis nos municípios polo regionais não servem à assistência exclusiva aos seus munícipes. Oriundos de outros municípios e estados, pacientes chegam às unidades hospitalares de referência no atendimento às urgências, ora por livre demanda, ora encaminhados por mecanismos de pactuação entre municípios.

Dessa forma, as emergências estão superlotadas, comprometendo a agilidade e a qualidade da assistência, fato que ganha repercussão frequente na grande mídia, com expressão de descontentamento da população. São apontadas deficiências da estrutura física, da gestão e de recursos humanos nos serviços de urgência como fatores contributivos do comprometimento da qualidade da assistência que têm causado insatisfação e insegurança dos profissionais e usuários (Conselho Federal de Medicina, 2011).

Nesse contexto, torna-se compreensível a importância da implementação do processo de regulação das urgências, corporificado em políticas públicas como mecanismo de organização da assistência, com vistas a desconcentrar a atenção efetuada pelos pronto-socorros.

Uma das diretrizes da RAU colocadas na política de urgências é a regulação articulada entre todos os seus componentes, "com garantia da equidade e integralidade do cuidado"; outra diretriz, a de regionalização do atendimento às urgências, propõe "articulação das diversas redes de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a). Introduz-se, aqui, uma nova lógica: a articulação na RAU e entre as redes, e a regulação do acesso na linha de cuidado.

A Regulação Médica das urgências permite que se responda a essa demanda concorde às diretrizes do SUS, de forma harmoniosa, proporcional e ordenada, "consistindo o ato de regular em guiar, orientar, ajustar, sujeitando a regras todas as respostas às situações de urgência/emergência em um município ou região" (RCBE, 2000, p.11).

Nascimento *et al.* (2009) opinam que "para definir a regulação em saúde e seus objetivos na gestão de sistemas de serviços de saúde, é importante compreender a diferença da regulação em geral e regulação estatal no setor saúde [...]" (NASCIMENTO *et al.*, 2009, p. 348).

O conceito de regulação é derivado da Economia e tem como significado o controle sobre as falhas de mercado, observando os dois polos da relação em ambientes de mercado – a oferta e a demanda. O debate no campo de ação do setor saúde se inicia com o escopo dessa atividade (regulatória) voltada para o mercado de planos e seguros de saúde. No âmbito do SUS ela visa ordenar a relação entre necessidades dos usuários e capacidade de oferta de sistemas e serviços.

A saúde pode ser vista como um dos diversos setores da atividade econômica e, portanto, do mercado, que pode apresentar falhas a justificar a intervenção do Estado. Num sistema ideal, a oferta e a procura definem os preços dos bens e serviços, que são produzidos e distribuídos em condições de perfeita competição. O equilíbrio é alcançado pela maximização de lucro pelos produtores e pela maximização da utilidade dos bens e serviços pelos consumidores.

As condições para a perfeita competição são a racionalidade dos consumidores e produtores, inexistência de externalidades, perfeito conhecimento do mercado pelo consumidor, capacidade de livre decisão pelo consumidor em seu próprio benefício, e impossibilidade de que os produtores influenciem o mercado. Entretanto, segundo Donaldson e Gerard (1993), nenhuma das condições de perfeita competição está presente no setor saúde; que pode apresentar algumas falhas de mercado que justifiquem a

intervenção do Estado, que, como ente regulador, buscará corrigir os erros e diminuir a condição de desequilíbrio.

A existência de riscos e incerteza é caracterizada pela imprevisibilidade da doença, que dificulta o planejamento de gastos futuros com saúde e pode levar ao desenvolvimento de mecanismos privados de seguro a ressarcir custos.

Castro (2002) assinala que o mercado de seguro privado de saúde aparentaria "uma solução para responder ao problema da incerteza quanto ao futuro; no entanto, no mercado de seguro privado de saúde ocorrem também falhas"; citadas "as deseconomias de escala, a seleção adversa e o risco moral" (CASTRO, 2002, p. 126, grifo nosso).

A "deseconomia de escala" decorre da competição entre pequenas companhias de seguro-saúde, que repercute no maior custo final de seguro para o consumidor. Seu contrário, - a economia de escala -, representa menor custo por unidade de produto, como resultado da distribuição do custo fixo de grandes empresas (*ibid.*, 2002).

Já a "seleção adversa" consiste na exclusão do acesso ao seguro saúde por segurados, como idosos e portadores de doenças crônicas, que se vêem impossibilitados de custear o seguro relativo às situações de maior risco ao qual estão submetidos.

O "risco moral" consiste em excesso de demanda que aumenta preços por duas razões. Do lado do consumidor, a confiança no mecanismo de seguro de custo fixo leva à procura não-controlada por serviços de saúde e diminui a preocupação com a manutenção da saúde individual, o que amplia o risco de doenças e a consequente procura por assistência. Do lado do provedor de serviços, o profissional da saúde, pode haver influência em aumento da procura na medida em que este ente influencia as decisões dos pacientes em prol de mais procedimentos que o necessário – isso caracteriza a indução da procura pela oferta.

Essas falhas realçam que o mercado, por si só, não é capaz de promover o equilíbrio entre oferta e demanda – isso justifica a intervenção do Estado na regulamentação e produção de bens e serviços do setor saúde. A regulamentação também é necessária pela alta importância social que o referido setor detém, donde a necessidade de equidade, pouco provavelmente atingível apenas pelo equilíbrio de mercado, que tanto tem baixa inclinação a mudar a distribuição de renda quanto possui alto viés de distribuição de serviços de acordo com o preço que o consumidor pode pagar, – o que automaticamente prejudica os mais pobres.

Numa sociedade onde a saúde é um direito dos cidadãos, esse setor da atividade econômica não pode ser visto como um mercado qualquer, donde a necessidade do Estado para regulamentar rumo à superação de falhas e garantia de direitos (CASTRO, 2002).

O alcance da ação regulatória na área da saúde pública traduz-se no grupo de ações mediatas que se põem de permeio entre as demandas dos usuários e seu acesso aos serviços de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006c). Esse significado da regulação incorpora competências de condução política, análise da situação, planejamento e comunicação, entre outras, na organização e controle de fluxos de acesso, de desempenho de sistemas e de qualidade da assistência.

Importante instrumento de ordenação dos serviços e ações de saúde, a regulação coaduna com os princípios regentes do SUS, pois pretende a universalidade e equidade na sua prestação; a descentralização com distribuição compartilhada de objetivos e compromissos entre as unidades federadas; e a regionalização e hierarquização da rede para a garantia da integralidade e continuidade do cuidado aos cidadãos em seus contextos geográficos, sócio-culturais e sanitários.

Concorda-se com Santos e Mehry (2006) em que "Não existe sistema sem regulação [...]" (SANTOS; MEHRY, 2006, p. 4). E, uma vez que se estabelece sobre relações na área política e institucional pública e privada, e envolve responsabilidades e recursos nos três níveis gestores do SUS e uma articulação em rede nas unidades federadas para a resolução dos problemas sanitários da população, a regulação pode ser considerada uma tarefa complexa e um desafio. Cabe-lhe intermediar a relação entre a oferta e a demanda de serviços de saúde.

Integrada a outras funções da gestão da saúde, - entre essas, o controle, a avaliação e a auditoria -, relaciona-se estreitamente com os três níveis de complexidade do sistema para a garantia da produção de saúde.

A totalidade dos enfrentamentos e das ações vinculadas à regulação ensejam uma definição política para a qual os gestores devem estar sensibilizados face ao ganho relevante que as ações de regulação logram, ao reforçar outras funções gestoras, otimizar recursos e qualificar o acesso da população usuária (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006c).

A regulação é incluída pelos gestores na elaboração quadrianual dos Planos de Saúde e definida pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (2007) como uma

das Funções Essenciais de Saúde Pública<sup>6</sup> (Fesp) que expressam o papel gestor do Estado na saúde (CONASS, 2007). A iniciativa da adoção do instrumento de medição do desempenho das Fesp, apropriado da publicação “*La Salud Publica em las Americas*” (*ibid.*, 2007, p.11), faz parte do projeto do CONASS/OPAS de qualificação da gestão estadual do SUS. Os processos regulatórios propiciam à gestão pública o estabelecimento de um melhor controle do acesso aos serviços ofertados e da aplicação dos recursos (eficiência), os quais favorecem a organização do sistema de saúde para a atenção às urgências (eficácia) e qualificam essa atenção de forma a proporcionar o alcance em maior dimensão dos objetivos sanitários coletivos propostos na política de saúde (efetividade).

Tendo o país dimensões continentais favorecedoras de diferenças e iniquidades regionais que repercutem na atenção à saúde, incluída a atenção às urgências, a regulação contribui com a diversidade operativa das singularidades regionais para superação dessas desigualdades.

Existem diferentes modelos regulatórios nos sistemas de saúde: o da regulação estatal universalista (RIBEIRO, 2004), de monopólio do Estado, e o da regulação contratual integrada, que combina o suporte regulatório estatal com mecanismos de mercado (a privatização e a terceirização são exemplos) com incremento do setor privado nos sistemas (VIANA *et al.*, 2002).

Não se constitui em escopo do presente trabalho a abordagem ao modelo regulatório contratual integrado, posto que a regulação médica das urgências atinente às ações do Complexo Regulador de Goiânia e suas Centrais integrantes, em estudo, encontra-se sob a instância governamental.

### **3.2. ANTECEDENTES DA POLÍTICA NACIONAL DE REGULAÇÃO DO SUS**

Ferreira (2007) evidencia que a presença da ação regulatória no modelo assistencial de saúde brasileiro perpassa as CAPs, o INPS, o INAMPS, as AIS e o SUDS, chegando até ao SUS (FERREIRA, 2007).

---

<sup>6</sup> Funções essenciais de saúde são atribuições indispensáveis a serem exercidas pelos órgãos gestores da saúde, permitindo melhorar o desempenho das praticas de saúde por meio do fortalecimento das suas capacidades institucionais (OPAS, 2007)

Particularmente na área das urgências, diversas iniciativas de regulação são denotadas no acompanhamento da evolução dessa função gestora até a instituição formal da Política Nacional de Regulação (PNR) do SUS em 2008.

A regulação aparece, inicialmente, estreitamente relacionada ao nível pré-hospitalar móvel de urgência, introduzida na normatização desse tipo de atenção - a Portaria Nº 824, de 24 de junho de 1999 - como "Regulação Médica das Emergências" (grifo nosso).

"Faz enlace com o nível hospitalar e abarca duas dimensões de competência: a decisão técnica em torno dos pedidos de socorro e a decisão gestora dos meios disponíveis [...]", exclusivas do profissional médico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999).

Este, "em ação integrada com outros profissionais", coordena, orienta e supervisiona, no local e à distância, segundo "protocolos de intervenção médica pré-hospitalar", o atendimento às urgências. Presume a existência de uma "Central de Regulação", articulada a uma "Central de Internações" que permite ao médico regulador (MR) a informação dos locais disponíveis e adequados para as suas decisões frente às situações de urgência (*id.*, grifos nossos).

Normatiza-se, no ano de 2000, para estímulo à regulação da assistência obstétrica e neonatal, a implantação de "sistemas móveis de atendimento à gestante", - as "Centrais de Regulação Obstétrica e Neonatal" -, através da Portaria SAS/MS nº 356, de 22 de setembro (*id.*, 2000, grifo nosso).

Posteriormente, são estabelecidos os princípios e as diretrizes da Regulação Médica das Urgências, bem como a normatização dos Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel de Urgências (civis e militares, públicos e privados). Consoante a legislação instituinte específica, a Portaria n.º 814/GM, de 01 de junho de 2001, conceitua-se a Regulação Médica das Urgências como "o elemento ordenador e orientador do Sistema de Atenção Integral às Urgências" (*id.*, 2001c).

A partir da NOAS 01/2001, desponta a discussão sobre conceitos e práticas de regulação, que suscita o conceito da Regulação Assistencial como a "disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada", cuja estruturação "deverá ser efetivada por meio de complexos reguladores que congreguem unidades de trabalho responsáveis pela regulação das urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários" (*id.*, 2001b, grifo nosso).

Segue-se o instituto do Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, envolvendo "temas como [...] Regulação Médica das Urgências e Emergências, atendimento pré-hospitalar, atendimento pré-hospitalar móvel, atendimento hospitalar, transporte inter-hospitalar [...]" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002c, Art. 1º, §1º).

O documento descortina, na regulação das urgências, espaços e dimensões que virão a transpor os processos regulatórios inicialmente operacionalizados nas Centrais de Regulação da atenção pré-hospitalar, como se busca verificar no Complexo Regulador de Goiânia.

Com a instituição, em 2004, do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), são estabelecidas as atribuições das suas Centrais de Regulação Médica de Urgências: Centrais SAMU 192 (*id.*, 2004).

Regulação é definida no Pacto pela Saúde como um conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermediam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a eles (*id.*, 2006b). Observa-se que, ao definir a responsabilidade sanitária de cada instância do SUS, o Pacto de Gestão elege a ênfase na regulação para o estabelecimento de suas diretrizes; redefine os instrumentos de regulação na gestão; trata da regulação da alta complexidade; e propõe a priorização de investimentos na constituição de espaços de regulação, entre outros.

São inseridos, no Pacto, os conceitos de Regulação da Atenção à Saúde e Regulação Assistencial, que facilitam a compreensão de algumas dimensões que a regulação em saúde encerra:

Regulação da Atenção à Saúde - 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. As ações da Regulação da Atenção à Saúde compreendem a Contratação, a Regulação do Acesso à Assistência ou Regulação Assistencial, o Controle Assistencial, a Avaliação da Atenção à Saúde, a Auditoria Assistencial e as regulamentações da Vigilância Epidemiológica e Sanitária.

Regulação do Acesso à Assistência ou Regulação Assistencial - conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a estes (*id.*, 2006b).

O Pacto pela Saúde explicita as responsabilidades, afetas à Regulação, dos entes públicos que o celebram.

Ao gestor municipal, atribui-se a responsabilidade por "desenvolver, a partir da identificação das necessidades, um processo de planejamento [incluído o Plano Municipal de Saúde], regulação, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, monitoramento e avaliação" devendo ser preferencialmente de sua alçada a regulação dos prestadores de serviços conforme desenho da rede assistencial pactuado na CIB e a adoção de "protocolos de regulação de acesso, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais, estaduais e regionais" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b).

Encontram-se estabelecidos, no Pacto, princípios orientadores na prioridade do processo de regulação aos municípios:

A regulação dos prestadores de serviços deve ser preferencialmente do município conforme desenho da rede da assistência pactuado na CIB, observado o Termo de Compromisso de Gestão do Pacto e os seguintes princípios:

- ✓ da descentralização, municipalização e comando único;
- ✓ da busca da escala adequada e da qualidade;
- ✓ considerar a complexidade da rede de serviços locais;
- ✓ considerar a efetiva capacidade de regulação;
- ✓ considerar o desenho da rede estadual da assistência;
- ✓ a primazia do interesse e da satisfação do usuário do SUS (*ibid.*).

### 3.3. POLÍTICA NACIONAL DE REGULAÇÃO DO SUS

A instituição formal da PNR do SUS dá-se pela Portaria MS/GM Nº 1559, de 1º de agosto de 2008, que toma regulação como "conjunto de ações que facilitam ou limitam a produção de bens e serviços no setor saúde, por meio da regulamentação, controle, fiscalização, monitoramento, auditoria e avaliação" (*id.*, 2008a).

A referida norma classifica a regulação em 3 dimensões de atuação, integradas segundo as competências da gestão tripartite do SUS:

- 1- Regulação de Sistemas de Saúde (RSS) - exercida sobre os sistemas municipais, estaduais e nacional por seus respectivos gestores públicos;
- 2- Regulação da Atenção à Saúde (RAAtS) - sobre a produção das ações de atenção à saúde nos diversos níveis de complexidade ambulatorial/hospitalar, dirigida aos prestadores públicos e privados pelas Secretarias Estaduais e Municipais para garantir adequada prestação de serviços; e
- 3- Regulação do Acesso à Assistência (RAA) ou Regulação do Acesso ou, ainda, Regulação Assistencial - exercida sobre a organização, o controle, o

gerenciamento e a priorização do acesso dos usuários aos serviços de saúde, nesses níveis, e dos fluxos assistenciais pelos gestores públicos no âmbito dos CRg e suas centrais componentes.

As dimensões de regulação evocadas na PNR do SUS ressaltam os meios pelos quais são efetivadas as ações que cada uma delas contempla, bem como as atribuições da regulação assistencial e dos complexos reguladores segundo a sua abrangência e estrutura.

Cabe esclarecer que, já em 2011, com a reformulação da PNAU, a instituição da RAU integra os pontos de atenção, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e os sistemas de gestão; estando o Complexo Regulador (CRg) e suas Centrais de Regulação (CR) postos como um sistema logístico.

Por estar intimamente relacionado à organização da atenção, o conceito de redes remete à regulação médica do fluxo e dos mecanismos de transferências de pacientes por tais centrais de regulação que, inseridas nos complexos reguladores, permitam o consumo racional dos recursos destinados às urgências de modo a garantir o acesso aos recursos assistenciais de saúde, necessários às pessoas e às populações usuárias.

As atribuições da regulação do acesso, na PNR do SUS, são definidas em conformidade com sua organização e estruturação, e acham-se relacionadas no §1º do Artigo 8º:

- I - garantir o acesso aos serviços de saúde de forma adequada;
- II - garantir os princípios da equidade e da integralidade;
- III - fomentar o uso e a qualificação das informações dos cadastros de usuários, estabelecimentos e profissionais de saúde;
- IV - elaborar, disseminar e implantar protocolos de regulação;
- V - diagnosticar, adequar e orientar os fluxos da assistência;
- VI - construir e viabilizar as grades de referência e contra-referência;
- VII - capacitar de forma permanente as equipes que atuarão nas unidades de saúde;
- VIII - subsidiar as ações de planejamento, controle, avaliação e auditoria em saúde;
- IX - subsidiar o processamento das informações de produção; e
- X - subsidiar a programação pactuada e integrada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008a).

O objeto proposto nesse estudo alinha-se à RAA, a qual é desempenhada pelo CRg e suas unidades operacionais e cuja dimensão "abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso, baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização" (*id.*, 2008, Art. 2º, inciso III). Do conjunto dos deveres intrínsecos à RAA, a pesquisa reporta à Regulação Médica (RM) das urgências e

aos processos que a materializam no Complexo Regulador de Goiânia e em suas Centrais integrantes.

### 3.4. COMPLEXOS REGULADORES (CRg)/CENTRAIS DE REGULAÇÃO (CR)

A Portaria regulamentadora da PNR preconiza que "a área técnica da regulação do acesso será estabelecida mediante estruturas denominadas Complexos Reguladores, formados por unidades operacionais denominadas centrais de regulação [...]" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008a, Art. 7º).

Os CRg são estruturas que operacionalizam as ações da regulação do acesso por meio da articulação e integração de um conjunto de CR: Central de Atenção Pré-hospitalar de Urgências, Central de Internação, Central de Consultas e Exames. As CR são implantadas como unidades de trabalho dos CRg.

Considera-se importante assinalar que o preconizado na PNR corrobora o conceito dos CRg, anteriormente introduzido no Pacto de Gestão, e a sua operacionalização mediante protocolos assistenciais vinculados com a contratação, controle assistencial e avaliação, e com outras funções da gestão como programação e regionalização, a fim de garantir a organização das redes e fluxos assistenciais (*id.*, 2006b).

Outro fator representativo implícito na regulação é a responsabilização gestora pactuada e "delimitada por níveis de competência e complexidade da rede de serviços" que conduz ao estabelecimento de "fluxos de referência e contra-referência segundo os Planos Diretores de Regionalização - PDR", fundamentado na "necessidade demandada e a capacidade física instalada" dos entes federados. Uma vez definidas e pactuadas as "regras de referenciamento intraestaduais, intramunicipais e/ou interestaduais com a garantia do financiamento das ações por meio da Programação Pactuada e Integrada - PPI", torna-se perceptível a necessidade de regulação destes fluxos nos espaços e funcionalidades dos CRg (*id.*, 2006c, p. 4).

Disposto está, consorte ao Pacto de Gestão, que

A operação dos complexos reguladores no que se refere a referência intermunicipal deve ser pactuada na CIB, podendo ser operada nos seguintes modos: pelo gestor estadual que se relacionará diretamente com o prestador quando este estiver sob gestão estadual e pelo gestor municipal com co-gestão do estado e representação dos municípios da região; [...] (*id.*, 2006b).

Os CRg delineados nessa normativa podem ter abrangência intra-municipal, municipal, micro ou macro regional, estadual ou nacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006c); ao passo que a PNR do SUS preconiza estruturas com modelos de CRg Estadual, CRg Regional e CRg Municipal, assim caracterizados:

I - Complexo Regulador Estadual: gestão e gerência da Secretaria de Estado da Saúde, regulando o acesso às unidades de saúde sob gestão estadual e a referência interestadual e intermediando o acesso da população referenciada às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito do Estado.

II - Complexo Regulador Regional:

a) gestão e gerência da Secretaria de Estado da Saúde, regulando o acesso às unidades de saúde sob gestão estadual e intermediando o acesso da população referenciada às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito da região, e a referência interregional, no âmbito do Estado;

b) gestão e gerência compartilhada entre a Secretaria de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde que compõem a região, regulando o acesso da população própria e referenciada às unidades de saúde sob gestão estadual e municipal, no âmbito da região, e a referência inter-regional, no âmbito do Estado; e

III - Complexo Regulador Municipal: gestão e gerência da Secretaria Municipal de Saúde, regulando o acesso da população própria às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito do Município, e garantindo o acesso da população referenciada, conforme pactuação.

§ 1º O Complexo Regulador será organizado em:

I - Central de Regulação de Consultas e Exames: regula o acesso a todos os procedimentos ambulatoriais, incluindo terapias e cirurgias ambulatoriais;

II - Central de Regulação de Internações Hospitalares: regula o acesso aos leitos e aos procedimentos hospitalares eletivos e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência; e

III - Central de Regulação de Urgências: regula o atendimento pré-hospitalar de urgência e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência (*id.*, 2008a).

As atribuições do CRg incorporadas na PNR do SUS encontram-se relacionadas no §2º do Artigo 8º:

- I - fazer a gestão da ocupação de leitos e agendas das unidades de saúde;
- II - absorver ou atuar de forma integrada aos processos autorizativos;
- III - efetivar o controle dos limites físicos e financeiros;
- IV - estabelecer e executar critérios de classificação de risco; e
- V - executar a regulação médica do processo assistencial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008a).

O CRgG enquadra-se, inicialmente, como Complexo Regulador Municipal e está inserido no Departamento do Complexo Regulador da Diretoria de Regulação, Controle e Avaliação sob gestão e gerência da SMS da Prefeitura Municipal de Goiânia. Organizado com uma estrutura/desenho peculiar de espaços e funcionalidades, teve, posteriormente, a sua abrangência de regulação do acesso ampliada para outros municípios e regiões de saúde, passando a se caracterizar como Complexo Regulador Regional no âmbito do Estado de Goiás.

Ao conjunto das CR componentes do CRgG foi acrescido, em 2008, a CR de Encaminhamento (CE) - objeto desta pesquisa -, responsável pela regulação médica do fluxo das urgências entre unidades do componente pré-hospitalar fixo e hospitalar da rede loco-regional hierarquizada de atenção às urgências para o acesso regulado às ações ambulatoriais e hospitalares de maior complexidade ofertadas em outros pontos de atenção da rede.

A implementação da CE reguladora do processo autorizativo da transferência de pacientes do pré-hospitalar fixo para pontos de atenção secundária e terciária à saúde na rede de urgências objetiva o acesso dos usuários aos ambientes de maior densidade tecnológica quando uma consulta especializada, realização de exames para definição diagnóstica e mesmo o tratamento resolutivo sem internação se fazem necessários.

O Quadro 1, ilustrativo de demanda proveniente do município de Goiânia e interior do Estado, apresenta os procedimentos autorizados nas Centrais de Regulação do CRgG e do SAMU-192 Metropolitano, no mês de janeiro de 2012.

**Quadro 1** - Procedimentos autorizados nas Centrais de Regulação do Complexo Regulador de Goiânia e do SAMU-192 Metropolitano no mês de janeiro de 2012 em números absolutos.

PROCEDIMENTOS AUTORIZADOS	DIRETORIA DE REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE					TOTAL GERAL
	COMPLEXO REGULADOR DE GOIÂNIA			SAMU -192 METROPOLITANO		
	CR de Internação		CR de Consulta Especializada	CR Urgências SAMU-192		
	Internação	Encaminhamento		Chamadas	Atend.c/ viaturas	
Internação de urgência	4.630					4.630
Internação por cota direta*	4.559					4.559
Internação eletiva	1.317					1.317
<b>Encaminhamento de urgência**</b>		<b>3.283</b>				<b>3.283</b>
Consulta especializada			25.048			25.048
Atendimento pré-hosp. SAMU 192				35.459	3.044	38.503
<b>TOTAL</b>	<b>10.506</b>	<b>3.283</b>	<b>25.048</b>	<b>35.459</b>	<b>3.044</b>	<b>77.340</b>

**Fonte:** Diretoria de Regulação, Avaliação e Controle, SMS, Goiânia, GO, 2012.

\*Autorização de internação em que a unidade solicitante é também a unidade executante da internação.

\*\*Autorização de transferência de paciente de um ponto de atenção no componente pré-hospitalar fixo ou hospitalar para um ponto de atenção de maior densidade tecnológica.

O relatório de acompanhamento da demanda de encaminhamentos de urgência autorizados no período demonstrado totalizou 3.283 autorizações/codificações que foram distribuídas entre as principais unidades de referência da RAU como segue:

Hospital de Urgências de Goiânia	1.564
Hospital das Clínicas	925
Hospital Materno Infantil	451
Hospital de Doenças Tropicais	343

Os dados de encaminhamentos aqui informados representam o fluxo de usuários em situação de urgência, regulado e autorizado pela CE, entre unidades fixas da RAU no

município de Goiânia ou oriundas do interior, no período citado. Não inclui internações e pode demandar o transporte do SAMU nos casos graves.

## CAPÍTULO IV

### ASPECTOS METODOLÓGICOS

#### 4.1. TIPOLOGIA DO ESTUDO

Esta pesquisa, de natureza aplicada, caracteriza-se em seus objetivos como exploratória e descritiva, e utiliza a abordagem metodológica quali-quantitativa. Envolve seres humanos e o manejo de informações.

Seus procedimentos técnicos buscaram em fontes primárias e secundárias o conhecimento dos processos da regulação médica, ordenadora e orientadora do fluxo das urgências (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006c) entre unidades fixas do sistema de atenção às urgências, no âmbito do Complexo Regulador de Goiânia após a implantação da Central de Encaminhamento (CE). O fulcro do seu enfoque, por conseguinte, é a análise dos efeitos desse incremento, sem o propósito da avaliação comparativa com processos e resultados anteriores, conceituada por Uchimura e Bosi (2002) e demonstrada por Ferreira (2007) em estudo avaliativo sistemático de um complexo regulador.

Seu objeto é a CE, integrada ao Complexo Regulador de Goiânia em 2008 e posteriormente abrangida pela CR de Internações Hospitalares como função denominada Encaminhamento de Urgência (EU), seus processos de trabalho e sua capacidade para influir na melhoria do acesso dos usuários em situações de urgência.

Pretende-se a construção do conhecimento científico consonante aos objetivos propostos, por meio da inter-relação entre o sujeito e o objeto de estudo; da relação dialógica das disciplinas inerentes ao tema; da apreensão dos processos e fenômenos em seu contexto; e da completude entre a análise qualitativa e quantitativa dos dados fundamentada em Minayo (2004).

#### 4.2. OPERACIONALIZAÇÃO

##### 4.2.1. *Coleta de Dados*

Os instrumentos de coleta dos dados primários foram entrevistas aos informantes-chaves visando à compreensão da estrutura, da organização e do processo de regulação

médica autorizativa dos EU entre pontos de atenção do componente pré-hospitalar fixo e hospitalar da rede loco-regional de urgências na capital goiana.

As fontes primárias abrangeram servidores gestores do Departamento do Complexo Regulador e do Departamento SAMU-192 - órgãos subordinados à Diretoria de Regulação, Avaliação e Controle (DRAC) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Goiânia. Outros participantes foram gerentes da Central de Informática da SMS e de unidades hospitalar e pré-hospitalar de urgência, ora solicitantes dos encaminhamentos ora executantes da assistência, entre as quais se dá o fluxo das urgências. E ainda outros informantes-chaves incluídos foram médicos reguladores dos processos autorizativos dos EU na CE do CRgG.

A entrevista que caracterizou a investigação foi do tipo semi-estruturada. A partir de modelos de perguntas previamente definidas (Apêndices 2 a 5), permitiu adaptações por parte da entrevistadora, de acordo com a necessidade. Segundo Manzini (2003), este tipo de instrumento de pesquisa auxilia o pesquisador na condução da entrevista para os objetivos pretendidos, em busca de garantir a abrangência total do tema em estudo.

Fontes secundárias constaram das portarias que regulamentam a PNAU e a PNR do SUS; dos registros documentais de interesse ao desenvolvimento do estudo (atas de reuniões, comunicações, protocolos clínicos, protocolos de regulação, processos e produtos de trabalho afetos à regulação dos encaminhamentos); do desenho da Rede de Atenção às Urgências (RAU) abrangida; e dos dados do relatório do sistema informatizado de regulação do CRgG coletados sob supervisão do Diretor do Complexo Regulador.

Obtida a concordância da instituição co-participante pesquisada - a SMS de Goiânia -, documentada por assinatura do seu representante, o secretário municipal de saúde, Dr. Elias Rassi Neto, na Folha de Rosto (FR) 401207, e a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UniEVANGÉLICA segundo o protocolo Número 0006/2011, procedeu-se a coleta de dados. O desenvolvimento do estudo respeitou a Resolução MS/CNS N° 196/96 e leis complementares.

#### ***4.2.2. Sujeitos do estudo***

Foram 10 (dez), os sujeitos da pesquisa:

- ✓ 03 (três) gestores envolvidos no processo de regulação das urgências - dois gestores do CRgG e um gestor da CR de Urgências SAMU - 192 Macro Região Centro-Oeste;
- ✓ 04 (quatro) médicos reguladores plantonistas do CRgG, autorizadores dos EU; e
- ✓ 03 (três) gerentes: de uma unidade pré-hospitalar fixa, de uma unidade hospitalar da rede de urgências (ora solicitantes dos encaminhamentos ora executantes da assistência) e do sistema de regulação adotado pelo CRgG.

Na seleção da amostra foram adotados os seguintes critérios de inclusão: i) o envolvimento atual do sujeito nos processos regulatórios dos encaminhamentos das urgências, em função estratégica de gestão (gestores), gerência (gerentes) e de autorização dos encaminhamentos (médicos reguladores); ii) o exercício das referidas atividades desde anteriormente à implementação da CE em 2008; iii) o exercício da gerência na unidade pré-hospitalar fixa e na unidade hospitalar representativas da maior demanda de EU solicitada e executada na RAU em Goiânia, a saber, o Hospital de Urgências de Goiânia (HUGO) e o Centro Integrado de Assistência Municipal à Saúde (CIAMS) do Novo Horizonte; e, iv) a concordância dos sujeitos em participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1).

Optou-se, também, por entrevistar a gestora participante em 2006 do planejamento, implantação e implementação da Coordenação de Controle e Avaliação da SMS de Goiânia que encampou a originária Central de Vagas do Hospital de Urgências de Goiânia (HUGO) e culminou na que é a atual DRAC em que o Departamento do CRgG se insere (Anexo 9).

#### ***4.2.3. Análise dos dados***

Os dados obtidos das fontes primárias e secundárias foram sistematizados em categorias de análise (MINAYO, 2007) que atendem aos objetivos propostos no estudo, e compuseram o corpus para a interpretação que se alcançou por meio da análise dos seus conteúdos.

A abordagem metodológica focalizou quatro perspectivas de análise:

- 1) Configuração da rede loco-regional do sistema de atenção às urgências no município de Goiânia, seus pontos de atenção e sistemas logísticos normatizadores e articuladores dessa assistência;
- 2) Processos de trabalho da regulação das urgências no CRgG e na CE;
- 3) Processo de implementação das políticas de atenção às urgências e de regulação do SUS no município de Goiânia; e
- 4) Contribuição da Central de Encaminhamento, na regulação médica do fluxo das urgências entre unidades de saúde, para o acesso dos usuários aos serviços de urgência.

A configuração da rede loco-regional, primeira categoria de análise, foi obtida das informações sobre a quantidade e distribuição das unidades hospitalares e não hospitalares, próprias e conveniadas ao SUS, que constituem os pontos de atenção da RAU no município de Goiânia para a população referenciada, e sobre as vias de solicitação e resposta para efetivação do fluxo de encaminhamentos de usuários entre unidades solicitantes e unidades executantes nessa rede.

Na segunda perspectiva de análise, buscou-se o conhecimento:

- ✓ da estrutura do sistema logístico do CRgG, suas atribuições, integração entre as Centrais componentes;
- ✓ da operacionalização do sistema informatizado de regulação utilizado pelo CRgG;
- ✓ dos processos de trabalho da CE; e
- ✓ da ordenação das equipes de profissionais envolvidos nos mecanismos de monitoração e autorização do fluxo das urgências.

O conteúdo das entrevistas permitiu à pesquisadora, na terceira perspectiva, caracterizar a evolução do processo de implementação das políticas nacionais de atenção às urgências e de regulação (PNAU e PNR) do SUS no município polo de Goiânia em sua área abrangida.

Quanto à quarta categoria de análise, foi observada a perspectiva dos sujeitos da pesquisa acerca do processo regulatório dos EU na CE por meio da análise do teor das entrevistas reportado à contribuição desse processo para o acesso dos usuários aos serviços de todas as complexidades na rede de urgências, segundo os parâmetros:

- i) adequação da distribuição dos recursos assistenciais;
- ii) ordenação e orientação do fluxo da RAU; e

iii) fortalecimento da capacidade de resposta nessa rede.

A análise dos dados coletados visou à compreensão particular do fenômeno estudado - a CE e sua função autorizativa das solicitações dos EU.

Os dados primários foram submetidos à análise qualitativa compreendida em quatro etapas:

1. preparação do material bruto (transcrição das informações das entrevistas);
2. redução dos dados (destaque aos componentes do discurso, de interesse aos objetivos do estudo e, de modo particular, alinhados às categorias de análise);
3. escolha e aplicação do modo de análise histórica (olhar dialético sobre a evolução das políticas faróis e as contribuições da regulação dos EU para o acesso aos serviços e cuidados à saúde na RAU, no cenário de relatos dos participantes); e
4. análise transversal (observação de traços em comum / analogias nos discursos transcritos) (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997).

Os relatos de interesse ao alcance dos objetivos do estudo estão postos em discurso direto ou indireto no capítulo seguinte, segundo as categorias de análise focalizadas.

A análise quantitativa incidiu sobre os relatórios do sistema de regulação de urgência referentes aos produtos de trabalho na CE nos períodos de maio de 2010 a abril de 2011 e maio de 2011 a abril de 2012. A análise usou como referências as frequências simples contidas nos dados quantitativos, enquanto os documentos consultados foram analisados segundo seu conteúdo interno e sua pertinência com o processo de desenvolvimento do sistema e dos processos de regulação.

A definição desses períodos tomou por marco a ampliação da área de referência do CRgG aos municípios das dezessete regiões de saúde do estado, ponderada e deliberada em Reunião Ordinária da CIB do Estado de Goiás aos 14 dias do mês de abril de 2011, e documentada em ata nos termos "4.6 - Participação do Complexo Regulador Municipal na Regulação Estadual; (SMS Goiânia)" do Anexo 4. A abrangência anterior estava circunscrita ao município de Goiânia e já havia se estendido aos demais vinte e quatro da Região Central.

Foram considerados para esta análise os relatórios dos períodos equivalentes ao ano anterior e ao ano posterior ao evento da ampliação da área abrangida para todo o

Estado: maio de 2010 a abril de 2011 e maio de 2011 a abril de 2012, respectivamente, para cruzamento dos dados de demanda dos EU nesses períodos.

#### **4.2.4. Validação dos resultados**

Foram considerados para este fim, os seguintes aspectos:

- A pesquisadora refletiu sobre a probabilidade de trazer alguns vieses para o estudo, haja vista suas experiências anteriores de trabalho como médica reguladora no CRgG, e optou por empenhar-se em garantir objetividade na interpretação dos dados coletados.
- O conhecimento prévio do cenário da pesquisa e da maioria dos participantes tornou mais fáceis as observações frequentes e de longo prazo, o acesso aos registros e a realização das entrevistas, agregando motivação e compromisso no aprofundamento do estudo da regulação das urgências no SUS.
- Os resultados serão transmitidos de forma descritiva e conterá recortes das falas dos participantes.

O capítulo a seguir descerra a apresentação dos Resultados e Discussão.

## CAPÍTULO V

### RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste Capítulo, apresentam-se os resultados obtidos da análise do teor das entrevistas e dos relatórios do sistema gerenciador de regulação, segundo cada uma das categorias de análise referidas no item 4.2.3 do capítulo precedente, e a discussão a elas pertinentes.

#### **5.1. Configuração da RAU do SUS em Goiânia, pontos de atenção e sistemas logísticos**

##### ***5.1.1. Caracterização do município***

O município de Goiânia, onde está inserido o CRgG, é a capital do Estado de Goiás e um de seus 246 municípios, com população estimada de 1.318.148 habitantes. É a sexta maior cidade do Brasil em tamanho, com 256,8 quilômetros quadrados de área urbana, sendo o décimo segundo município mais populoso do país.

Sedia grandes indústrias e a sua economia se distingue no setor de serviços, turismo de negócios e eventos. Considerada centro de excelência em medicina, Goiânia atrai doentes do interior do Estado e de outras regiões do país. Possui índices de qualidade de vida acima da média nacional e foi privilegiada com o título de cidade com área urbana mais verde do país (GOIÁS, 2012).

Faz parte da Região Central do Estado, esta que é formada por 25 municípios e integra uma das cinco macro regiões do Estado - a Centro-Oeste. Constitui-se em um município polo da Região Central, habilitado na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal.

A Região Metropolitana de Goiânia (RMG), que agrega municípios da Região Central e Centro-Sul, possui 2.404.045 dos 6.003.788 habitantes do Estado, o que a torna a décima região metropolitana mais populosa do país (IBGE, 2011).

A elevada demanda por serviços de saúde e de urgência deve-se também à posição geográfica de Goiás, limítrofe a cinco outros Estados: Tocantins, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Bahia e Mato Grosso (IBGE, 2011).

Em confirmação à assertiva, tem-se por exemplo o Hospital de Urgências de Goiânia (HUGO), com 246 leitos cadastrados no CNES, uma das unidades próprias da Secretaria Estadual de Saúde e a principal porta de entrada hospitalar de urgências relacionadas ao trauma: em Janeiro de 2012 registrou o afluxo de pacientes de 13 estados brasileiros e o Distrito Federal (GOIÁS, 2012).

Dos 4.181 pronto-atendimentos computados no período, 2.357 declararam-se domiciliados em Goiânia, 1.794 no interior do Estado de Goiás e 30 procedentes de outros Estados. Os atendimentos contabilizaram a média diária de 139 e foram assim classificados: 1.639 atendimentos clínicos e 2.542 traumáticos. Dos 108 óbitos declarados, 45 foram violentos (*ibid.*, 2012).

A violência e os acidentes de trânsito próprios aos grandes centros urbanos também se confirmam nas 257 agressões físicas e 645 acidentes de trânsito registrados em Goiânia. Destaca-se uma maior ocorrência de vítimas de acidentes por moto, que representaram 387 (60%) dos casos de acidentes de trânsito.

Um dos parâmetros que repercute na assistência à saúde da população de um município é a concentração de profissionais médicos, auferida como a relação entre médicos ativos e o número de habitantes.

Por ser acima de um por mil habitantes, parâmetro ideal preconizado pela OMS, a proporção de médicos na região Centro-Oeste brasileira (1,96) é considerada adequada. Em Goiânia, alcança a proporção de 4,8 profissionais ativos para cada mil habitantes e, nas cidades do interior do Estado, a média é de apenas 0,88 por mil (IBGE, 2010).

O município de Trindade, por exemplo, possui população de 104.488 habitantes (IBGE, 2010). Entretanto, sua proporção de médicos representa 0,25 profissionais para cada mil habitantes considerando-se o cadastro de 26 médicos no CRM-GO com endereço para Trindade, ou 0,38 por mil habitantes com base no total de 40 médicos informado pela Prefeitura local (RODRIGUES, 2012). Sua densidade demográfica comportaria leitos de UTI, mas não há. A somatória destas carências repercute na evasão de munícipes para a capital em busca da assistência médica requerida às suas necessidades de saúde; o que se pode confirmar na média mensal de 153 pacientes atendidos no HUGO no período de janeiro a junho de 2012 (GOIÁS, 2012).

### ***5.1.2. Rede loco-regional - pontos de atenção***

A rede de assistência à saúde do SUS no Município de Goiânia está formada por um sistema de saúde local com unidades próprias da SES-GO sob gestão municipal, unidades próprias da SMS de Goiânia e estabelecimentos da rede privada vinculadas ao sistema.

A SMS-Goiânia possui atualmente 107 unidades de saúde distribuídas em sete distritos sanitários. Na Atenção Primária em Saúde (APS), a cobertura da Estratégia Saúde da Família no município é de 42%, em seis distritos sanitários, através de 181 equipes instaladas nas 63 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF); e não é praticado o atendimento às urgências nesse nível. Pacientes com quadros agudos de qualquer gravidade são rotineiramente encaminhados à porta pré-hospitalar de urgência mais próxima da UBSF.

Foram referidos 22 Centros de Saúde que desenvolvem atividades ambulatoriais, um Centro de Referência em Diagnóstico e Terapêutica (CRDT), um Centro de Referência em Atenção à Saúde da Pessoa Idosa (Craspi) e o Centro Integrado de Assistência Municipal da Saúde (CIAMS) Pedro Ludovico, onde funciona atendimento ambulatorial multiprofissional e interdisciplinar, incluindo especialidades médicas.

Por sua vez, a RAU corresponde ao arranjo organizativo de serviços e equipamentos de saúde, ditos pontos de atenção, articulados e integrados com os sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão para a oferta das ações de saúde na área das urgências. Está composta por unidades hospitalares (públicas, privadas, filantrópica e universitária) e unidades do nível pré-hospitalar fixo de urgência.

O desenho da rede própria do SUS na capital goiana se caracteriza pela concentração das portas de urgência em um pequeno número (04) de unidades hospitalares: o Hospital de Urgências de Goiânia (HUGO-SES), o Hospital Materno Infantil (HMI-SES), o Hospital de Doenças Tropicais Anuar Auad (HDT-SES) e o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC-UFG), como demonstrado no Quadro 2.

Essa conformação de rede favoreceu a centralização dos atendimentos relacionados ao trauma em uma unidade hospitalar - o HUGO, e o predomínio da afluência de atendimentos à mulher e à criança ao HMI por procura espontânea, tanto de urgências quanto de quadros ambulatoriais, sobrecarregando os serviços. Por sua vez, os atendimentos às doenças infectocontagiosas se concentraram no HDT.

**Quadro 2 - Demonstrativo dos pontos de atenção do componente pré-hospitalar fixo e hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no município de Goiânia, exceto estabelecimentos da rede privada.**

PONTOS DE ATENÇÃO	PRÉ - HOSPITALAR FIXO						HOSPITALAR						TOTAL
	UBSF	C. DE SAÚDE	C. DE REFERÊNCIA	CAIS	CIAMS	UPAs PREVISTAS	URGÊNCIA			REFERENCIA			
							MUNIC.	ESTAD.	UNIV.	ESTAD.	FILANT.	UNIV.	
ATENÇÃO BÁSICA E AMB. DE ESPECIALIDADES	63	22	3										88
UNIDADES DE URGÊNCIA PRÉ-HOSPITALARES FIXAS			3	10	3								16
SALAS DE ESTABILIZAÇÃO (CAIS E CIAMS)				3	1								4
HOSPITAIS DE URGÊNCIA								3	1				4
MATERNIDADES							3	1	1				5
SERV. DE REFERÊNCIA HOSPITALARES										2	3	2	7
UPAS 24H (PREVISÃO)						6							6

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, Goiânia, 2012

Em maior número (16) são as portas não hospitalares de urgência, - unidades pré-hospitalares fixas que realizam atendimento 24 horas: treze Centros de Apoio Integral à Saúde (CAIS) e Centros Integrados Assistência Municipal da Saúde (CIAMS) (Anexo 6), o Pronto Socorro Psiquiátrico Wassily Chuc, o Ambulatório Municipal de Queimaduras e o Centro de Referência em Ortopedia e Fisioterapia (CROF); todas sob gestão e gerência da SMS.

Nos CAIS e CIAMS foram implementados o acolhimento com classificação de risco e priorização do atendimento segundo protocolos clínicos aos casos de maior gravidade, e quatro salas de estabilização de pacientes com equipamentos e materiais de reanimação. Nestas, podem ser prestados serviços de hemodiálise e hemotransfusão, sob indicação/prescrição do médico assistente.

Seis CAIS e CIAMS encontram-se em processo de qualificação/ampliação como componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) porte I da política de atenção às urgências, previsto em norma específica - a Portaria MS/GM nº 2648, de 07 de novembro de 2011 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011c).

Segundo informações fornecidas em julho de 2012 pela Coordenação de Urgências de Goiânia/SMS, o município contará com 03 UPAs porte III e 03 UPAs porte II. Dentre as UPAs porte III: a UPA Itaipu encontra-se em fase final de construção predial, a UPA Leste tem o seu processo em andamento e a UPA Noroeste, sua "concorrência será realizada provavelmente neste mês de agosto". Quanto às UPAs porte II a serem construídas, foram relatados "projetos em fase inicial" (Anexo 7). Sua distribuição encontra-se representada no Mapa das Unidades de Urgência e futuras Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) no município de Goiânia (Anexo 8).

Outras instituições hospitalares e serviços de referência de suporte à rede, mas sem porta de urgência do SUS (com exceção das maternidades\*), são: a Santa Casa de Misericórdia de Goiânia (Sociedade São Vicente de Paulo), o Hospital Geral de Goiânia Dr. Anis Rassi (SES), o Hospital Araújo Jorge (Associação de Combate ao Câncer de Goiás), o Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (SES), a Fundação Banco de Olhos de Goiás (Lions-GO), o Centro de Referência em Oftalmologia (CEROF-UFMG) e as Maternidades\* Nascido Cidadão (SMS), Nossa Senhora de Lourdes (SES) e Dona Íris (SMS).

A estes equipamentos de saúde, soma-se a rede conveniada ao SUS para prestação de serviços ambulatoriais, hospitalares e de apoio diagnóstico.

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) aponta à existência de pequeno número de estabelecimentos do tipo Pronto Atendimento para grandes centros urbanos como Cuiabá, Florianópolis, Salvador e Vitória, constatação que pode sugerir a configuração de redes assistenciais de urgência com predomínio de unidades hospitalares nestes municípios.

De outra forma, o município de Goiânia, com 13 estabelecimentos cadastrados do tipo Pronto Atendimento, conforma um forte componente pré-hospitalar no acolhimento às urgências. Em face da elevada demanda das urgências no pré-hospitalar fixo e tendo em vista a necessidade de orientar resolutivamente o fluxo de grande número de pacientes para pontos de atenção de maior complexidade na RAU (em situações não caracterizadas como internação hospitalar), os gestores julgaram oportuno implantar no CRgG uma Central de Encaminhamento, reguladora deste fluxo.

### ***5.1.3. Rede loco-regional - leitos hospitalares***

Quanto ao número e distribuição de leitos hospitalares, como se vê no Quadro 3, a seguir, tem-se que 50,78% dos leitos do Estado encontram-se alocados na Região Metropolitana, perfazendo 9.511 leitos, dos quais 6.187 são SUS (GOIÁS, 2011), o que corresponde ao superavit de 176 leitos SUS sobre a necessidade desses leitos, avaliada em 6.011 para a população da região conforme o parâmetro de 2,5 leitos para cada 1.000 habitantes preconizado pelo MS.

Segundo informações do IBGE, Goiânia dispunha de um total de 777 estabelecimentos de saúde em 2009, sendo 105 públicos e 672 privados, os quais contam no seu conjunto com 4.947 leitos para internação, sendo que quase 3.900 são privados (IBGE, 2011).

Com relação à necessidade de leitos SUS na Região Metropolitana, uma vez que sua base de cálculo é a população dos municípios, observa-se que não levou em conta que atende pacientes de outros municípios e de outros estados. Desse modo, ter-se-ia um deficit de leitos SUS em lugar do superavit revelado no Quadro 3.

**Quadro 3-** Demonstrativo de leitos do Estado de Goiás por Região de Saúde, 2011

REGIÕES	POPULAÇÃO	LEITOS TOTAIS	LEITOS SUS	NECESSIDADE LEITOS SUS	SUPERAVIT/(DEFICIT) LEITOS SUS
METROPOLITANA	2,404,145	9,511	6,187	6,011	176
ENTORNO NORTE	303,718	501	372	759	(387)
ENTORNO SUL	727,652	469	300	1,819	(1,519)
ESTRADA DE FERRO	260,446	845	641	651	(10)
NORDESTE	61,667	164	150	154	(4)
NORTE	136,966	423	309	342	(33)
OESTE I	113,859	432	361	285	76
OESTE II	106,186	260	241	265	(24)
PIRENEUS	482,086	1,602	1,287	1,205	82
RIO VERMELHO	196,191	745	646	490	156
SAO PATRICIO	285,176	1,044	799	713	86
SERRA DA MESA	119,367	378	313	298	15
SUDOESTE I	376,012	1,103	734	940	(206)
SUDOESTE II	197,588	619	401	494	(93)
SUL	232,729	632	441	582	(141)
<b>TOTAL</b>	<b>6,003,788</b>	<b>18,728</b>	<b>13,182</b>	<b>15,009</b>	<b>(1,827)</b>

Fonte: CNES/GPI/SCATS/SES - Competência Setembro/ 2011

Quanto aos leitos de UTI, calcula-se a necessidade mínima de 4% e a máxima de 10% do total de leitos hospitalares (média para municípios grandes, regiões etc) (BRASIL, 2003), o que representaria o total entre 197 e 494 leitos de UTI para o município de Goiânia.

São 446, os leitos cadastrados de UTI no estado de Goiás. Já o município de Goiânia dispõe de 304 dos 317 leitos cadastrados de UTI na Região Central, conforme distribuição da Tabela 1 (CNES, DATASUS, 2011).

**Tabela 1-** Tipos de leitos de UTI da Rede SUS e localização em municípios da Região Central de Goiás

Município	UTI Neonatal tipo II	UTI Pediátrica tipo II	UTI Adulto tipo I	UTI adulto tipo II	Total de Leitos
Goiânia	73	41	0	190	304
Inhumas	0	0	5	0	5
Nerópolis	0	0	0	8	8
Outros municípios da Região Central	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>41</b>	<b>5</b>	<b>198</b>	<b>317</b>

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, 2011

Segundo o CFM, no Brasil atual evidencia-se a necessidade de mais leitos, em face do aumento da expectativa de vida da população e da prevalência de doenças crônico-degenerativas que requerem maior tempo de assistência em ambiente hospitalar (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012).

Ao atentar para o aumento numérico de unidades pré-hospitalares de urgência, que advirá da implementação de novas UPAs em Goiânia, questiona-se se representa uma proposta de solução isolada para a demanda pré-hospitalar reprimida nos CAIS e CIAMS; pois a mitigação da visibilidade do problema somente retardará a intervenção do poder público na composição de unidades especializadas que comportem a demanda, especialmente dos traumas, problemas cardíacos e acidentes vasculares encefálicos (AVEs) com retaguarda de leitos hospitalares.

Outro aspecto importante a ser considerado é a necessária descentralização da oferta de serviços como mecanismo de promoção do acesso equânime da população dos municípios pequenos aos pontos de apoio locais e regionais da rede de atenção, sem necessidade de deslocamento para a capital em situações resolutivas naqueles níveis.

Dados do SAME do HUGO, também divulgadas no site Medicina em Goiás, dão-nos conta de que 37% dos pacientes atendidos em Goiânia vêm do interior. "Falta de estrutura em hospitais do interior faz com que grande contingente seja transferido para a capital" (HOSPITAIS, 2012).

Torna-se necessário equipar os municípios do interior com profissionais e serviços na área das urgências; pactuar e disponibilizar grades de referência regionalizadas e hierarquizadas, contendo informações dos serviços, especialidades e fluxos; e implementar o acesso regulado desses municípios pelo Complexo Regulador Estadual aos níveis especializados da rede de atenção à saúde, priorizando-se os quadros de urgência.

#### ***5.1.4. Rede loco-regional - sistemas logísticos***

Os Complexos Reguladores e suas Centrais de Regulação compõem os sistemas logísticos que integram a rede loco-regional de atenção às urgências no município de Goiânia, a saber:

- o Complexo Regulador de Goiânia (CRgG), organizado como Departamento do Complexo Regulador inserido na estrutura organizacional da Diretoria de Regulação, Avaliação e Controle (DRAC) da SMS de Goiânia;
- a Central de Regulação de Urgências SAMU-192 Macro Região Centro-Oeste, na mesma condição de vínculo com a DRAC/SMS; e
- O Complexo Regulador Estadual (CRgE), vinculado à Superintendência de Controle e Avaliação Técnica (SCATS) da SES-GO.

O CRgE teve sua implantação em abril de 2011 rumo à "regulação das referências intermunicipais" que é responsabilidade do gestor estadual (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008a).

Considerando-se que acima de 90% dos municípios goianos têm PPI voltada para Goiânia, a intermediação do CRgE presentemente concentra esforços em organizar um fluxo de encaminhamento dos pacientes dos municípios do interior especificamente para o município de Goiânia, nos casos de urgência e emergência, e em acompanhar as solicitações oriundas das Centrais Regionais SAMU componentes do Sistema Estadual de Regulação, cadastradas no sistema do CRgG.

Através de contatos telefônicos com os SAMU's Regionais, o CRgE busca orientar alternativas de atendimento dentro do Estado de Goiás, a exemplo das unidades hospitalares emergenciais situadas nos municípios de Anápolis e Santa Helena de Goiás, - o Hospital de Urgências de Anápolis (HUANA) e o Hospital de Urgências da Região Sudoeste (HURSO), respectivamente-, em acordo com a PPI vigente.

Assim, o papel atual do CRgE é buscar vagas em outros municípios, evitando encaminhamentos para Goiânia. Segundo representantes do CRgG:

"Nesse momento, a Central de Regulação Estadual está monitorando as solicitações dos municípios do interior [...]; ainda não faz a regulação das solicitações".

Foi relatado por membro integrante do CRgE <sup>7</sup> que: a) esse complexo utiliza o SISREG e acompanha, orienta, media e regula em média 150 pacientes/dia; b) o seu funcionamento reduziu em 17 a 20% o número de pacientes encaminhados para Goiânia; e, c) em março de 2012, o CRE passou a regular os leitos do HURSO, aumentando a média

---

<sup>7</sup> Aula ministrada ao oitavo período da disciplina Programa Integrado de Saúde Coletiva (PISC) do Curso de Medicina da UniEVANGÉLICA, em 2012.

de internações de 90 pacientes/mês para 350/mês e possibilitando que mais pacientes sejam atendidos em sua própria região ou em outras regiões fora de Goiânia.

A operacionalização das Centrais de Regulação do CRgG e as vias de solicitação e resposta para efetivação do fluxo de usuários entre unidades solicitantes e unidades executantes na RAU estão postas no item subsequente, 5.2. Nele também, os subsídios concernentes aos processos de trabalho na CE, - objeto do estudo.

## **5.2. Processos de trabalho no Complexo Regulador de Goiânia e na Central de Encaminhamento**

### ***5.2.1. Estrutura, atribuições e integração das Centrais de Regulação***

Em sua estrutura organizacional (Anexo 9), a Diretoria de Regulação, Avaliação e Controle (DRAC) da SMS de Goiânia comporta diversos departamentos, entre os quais o Departamento do CRgG e o Departamento do SAMU-192 Macro Região Centro-Oeste, com suas respectivas Centrais de Regulação Médica, atuantes na regulação do acesso assistencial e, notadamente, na área das urgências:

- ✓ CR de Internações hospitalares;
- ✓ CR de Encaminhamento de urgência;
- ✓ CR de Consultas especializadas; e
- ✓ CR de Urgências SAMU 192.

As quatro centrais reguladoras encontram-se instaladas em ambientes contíguos nas dependências da DRAC, à Avenida E, Quadra B-4, Lotes 1/6, Bairro Jardim Goiás, Goiânia - Goiás, sendo que a última responde pelo componente pré-hospitalar móvel na abrangência da Macro Região Centro-Oeste.

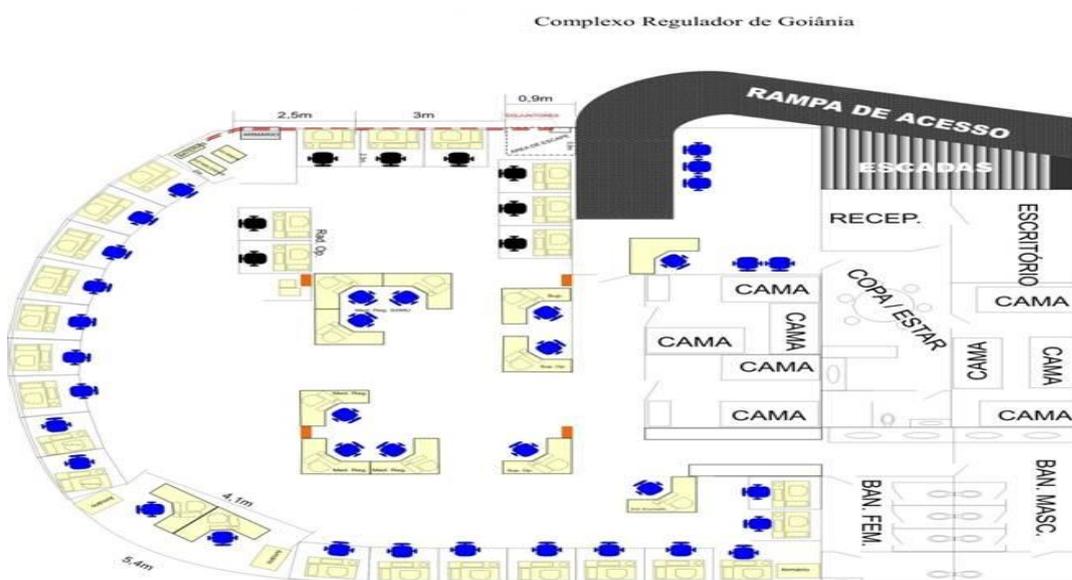
Quanto às centrais constituintes do CRgG, tem-se que a CR de Internações Hospitalares (de urgência e eletivas) e a CR de Encaminhamento de Urgência exercem a regulação nos componentes hospitalar e pré-hospitalar fixo, respectivamente, no município de Goiânia e atendem aos municípios de todas as macro-regiões do Estado. À CR de Consultas Especializadas, atribui-se a regulação autorizativa desses procedimentos, solicitados pelo município de Goiânia e municípios referenciados por pactuação.

A rotina diuturna de busca e solicitação de "vagas" nos hospitais próprios e conveniados da rede SUS pela Central de Internações hospitalares tornou corriqueira a denominação "Central de Vagas" ou simplesmente "Central", ainda em voga, ao conjunto das CR componentes do Complexo Regulador. Relata um membro gestor que o número de internações e encaminhamentos de urgência regulados/dia é de aproximadamente 1.000 solicitações, no CRgG.

Anteriormente às considerações sobre a CE, objeto do estudo, serão dadas informações gerais do CRgG e CR acima referidas, para compreensão dos mecanismos que as integram.

Na Figura 2, é apresentada a planta baixa do CRgG e CR de Urgências SAMU, que identifica 24 posições para os agentes de atendimento (serviço terceirizado à organização social Instituto de Desenvolvimento Tecnológico e Humano (IDTECH)); nove mesas para os médicos reguladores da CR de Internação (CI), CE, CR de Consultas e CR SAMU; uma mesa para o profissional de enfermagem do CRgG; duas posições para os radio-operadores do SAMU; e duas posições reservadas aos servidores administrativos da SMS. Todas as mesas dispõem de computadores interligados ao sistema de regulação do CRgG ou da CR SAMU, conforme alocação dos profissionais. Os sistemas do CRgG e da CR SAMU não se interligam.

**Figura 2:** Planta baixa do Complexo Regulador de Goiânia e Central de Regulação de Urgências SAMU.



**Fonte:** Banco de dados do Complexo Regulador/SMS, 2011.

A distribuição dos profissionais envolvidos na recepção, monitoramento e autorização das solicitações de EU; de IU; de consultas especializadas; e de atendimento pré-hospitalar móvel SAMU está representada na Tabela 2.

**Tabela 2:** Distribuição de profissionais médicos e agentes de atendimento (AAt) no Complexo Regulador de Goiânia e Central de Regulação SAMU-192 por turno de trabalho.

TURNO	Central de Internação e Encaminhamento			Central de Consultas		Central SAMU	
	Médicos	AAt	Téc enferm.	Médicos	AAt	Médicos*	AAt
Matutino	4	12	1	9	3	6	8
Vespertino		12			4		8
Noturno	3	11	1	0	0	5	8
Madrugada		7			0		8

**Fonte:** Complexo Regulador da SMS / Goiânia e Central de Regulação SAMU-192 Goiânia, 2012.

\*Médicos do SAMU atuando no espaço contíguo ao Complexo Regulador. Não representa o total de profissionais em serviço por plantão.

A regulação autorizativa das solicitações de urgência é realizada 24 horas por equipes de médicos reguladores com o apoio dos agentes de atendimento (AAt). Quanto à regulação médica de consultas especializadas e dos procedimentos eletivos é efetuada horizontalmente por equipes distintas no horário diurno.

O profissional de enfermagem da equipe de plantão no CRgG é responsável por elaborar o quadro da oferta de serviços de urgência das unidades pré-hospitalares fixas, por meio de busca telefônica e presencial (Anexo 10). São levantadas informações das especialidades e equipes médicas de plantão nas 16 unidades pré-hospitalares fixas da rede própria municipal (CAIS, CIAMS, CROF, A. de Queimaduras); da disponibilidade de leitos e equipamentos nas salas de estabilização; e do funcionamento dos serviços de apoio diagnóstico; visando ao conhecimento e orientação dos médicos reguladores nos processos de trabalho da Central de Internação/Encaminhamento e da Central SAMU.

É competência do CRgG a regulação articulada e integrada dos pontos de atenção constitutivos da RAU no município-sede, sejam públicos, filantrópicos e privados, que sob convênio ou contratualização disponibilizam as ações de saúde na área eletiva e das urgências. Outra atribuição inerente ao CRgG é o gerenciamento dos leitos hospitalares das

unidades hospitalares públicas e conveniadas da rede SUS cadastrados no sistema de internação.

Entendendo por abrangência a região geográfica de cobertura, pode-se classificar o CRgG como um Complexo Regulador Regional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008a), sendo Goiânia o seu município-polo de referência.

Até 2011, mediava o acesso da população própria do município de Goiânia às unidades de saúde sob gestão municipal. A partir de então, houve ampliação de sua população referenciada para outros 24 municípios que integram a Região Central do Estado de Goiás e, posteriormente, de todo o Estado, como aprovado em sessão ordinária da CIB em 14 de abril de 2011 (Anexo 4).

Dessa forma, o CRgG passou a receber e monitorar as solicitações de internações de urgência e eletivas, e de encaminhamentos de urgência de todos os municípios de Goiás, bem como as solicitações de consultas especializadas de Goiânia e dos municípios com ele pactuados.

O aumento da dimensão da abrangência do CRgG pactuado na CIB oportunizou o acesso regulado da população do estado de Goiás, o que representa avanço das ações de regulação do acesso no sistema de saúde.

Na Tabela 3, demonstrativa das internações e encaminhamentos de urgência codificados no CRgG, as internações apresentaram aumento no período de Maio de 2011 a Abril de 2012 (ano 2, posterior à ampliação da área referenciada) em relação ao período de Maio de 2010 a Abril de 2011 (ano 1, anterior ao evento), na ordem de 13,8%, elevando-se de 172.326 para 196.069.

Embora o sistema não diferenciasse a origem Goiânia e Interior, dos Encaminhamentos de urgência (situação corrigida parcialmente em Fevereiro e Março de 2012 e definitivamente a partir do mês de Abril), os EU apresentaram variação mais expressiva, na ordem de 42,8%, elevando-se de um patamar de 73.859 para 105.523 no ano 2 em relação ao ano 1.

Tabela 3- Demonstrativo de Internações e Encaminhamentos de Urgência codificados no Complexo Regulador de Goiânia / SMS. Períodos de Maio de 2010 a Abril de 2011 e de Maio de 2011 a Abril de 2012.

Internações												
Maio 2010 - Abril 2011	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril
GOIANIA	9090	8474	8463	9404	9303	9329	8889	8837	9709	8879	10821	9846
INTERIOR	5135	4912	4872	4947	5286	5166	4908	4930	5148	4878	5659	5441
<b>TOTAL</b>	<b>14225</b>	<b>13386</b>	<b>13335</b>	<b>14351</b>	<b>14589</b>	<b>14495</b>	<b>13797</b>	<b>13767</b>	<b>14857</b>	<b>13757</b>	<b>16480</b>	<b>15287</b>
Maio 2011 - Abril 2012	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril
GOIANIA	10133	9705	9691	9874	9820	10027	10628	9937	10729	9831	10358	10574
INTERIOR	6112	5931	6217	6192	6052	6269	6676	6144	6397	5896	6467	6409
<b>TOTAL</b>	<b>16245</b>	<b>15636</b>	<b>15908</b>	<b>16066</b>	<b>15872</b>	<b>16296</b>	<b>17304</b>	<b>16081</b>	<b>17126</b>	<b>15727</b>	<b>16825</b>	<b>16983</b>
Encaminhamentos												
Maio 2010 - Abril 2011	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril
GOIANIA												
INTERIOR												
<b>AMBOS*</b>	<b>4323</b>	<b>5837</b>	<b>5875</b>	<b>6331</b>	<b>6123</b>	<b>6283</b>	<b>6391</b>	<b>6263</b>	<b>6450</b>	<b>6009</b>	<b>6912</b>	<b>7062</b>
Maio 2011 - Abril 2012	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro**	Março**	Abril**
GOIANIA										2383	6391	6591
INTERIOR										1051	2603	2604
<b>AMBOS*</b>	<b>8058</b>	<b>7696</b>	<b>7988</b>	<b>8717</b>	<b>8377</b>	<b>9128</b>	<b>8629</b>	<b>8857</b>	<b>9852</b>	<b>6019</b>	<b>579</b>	
	<b>8058</b>	<b>7696</b>	<b>7988</b>	<b>8717</b>	<b>8377</b>	<b>9128</b>	<b>8629</b>	<b>8857</b>	<b>9852</b>	<b>9453</b>	<b>9573</b>	<b>9195</b>

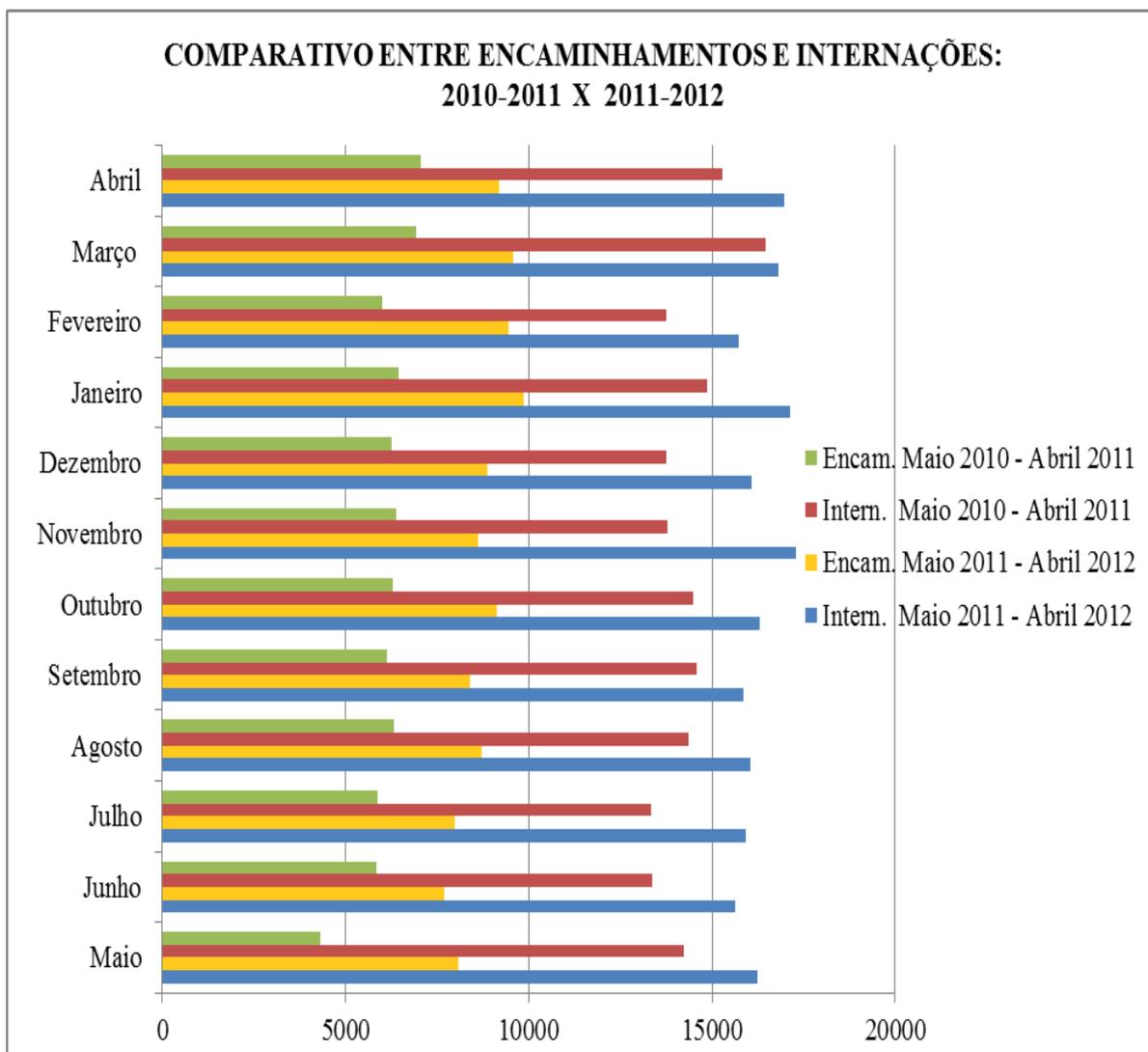
Fonte: Agência Municipal de Tecnologia e Comunicação de Goiânia (AMTEC), 2012.

\* Períodos onde o sistema não identificava Goiânia e Interior.

\*\*Mudança no sistema, onde podemos separar Município do paciente.

O Gráfico 1, comparativo entre encaminhamentos e interações de urgência nos dois períodos, ilustra os dados da Tabela 3 de aumento das solicitações de EU e IU a partir da ampliação da área de abrangência do CRgG.

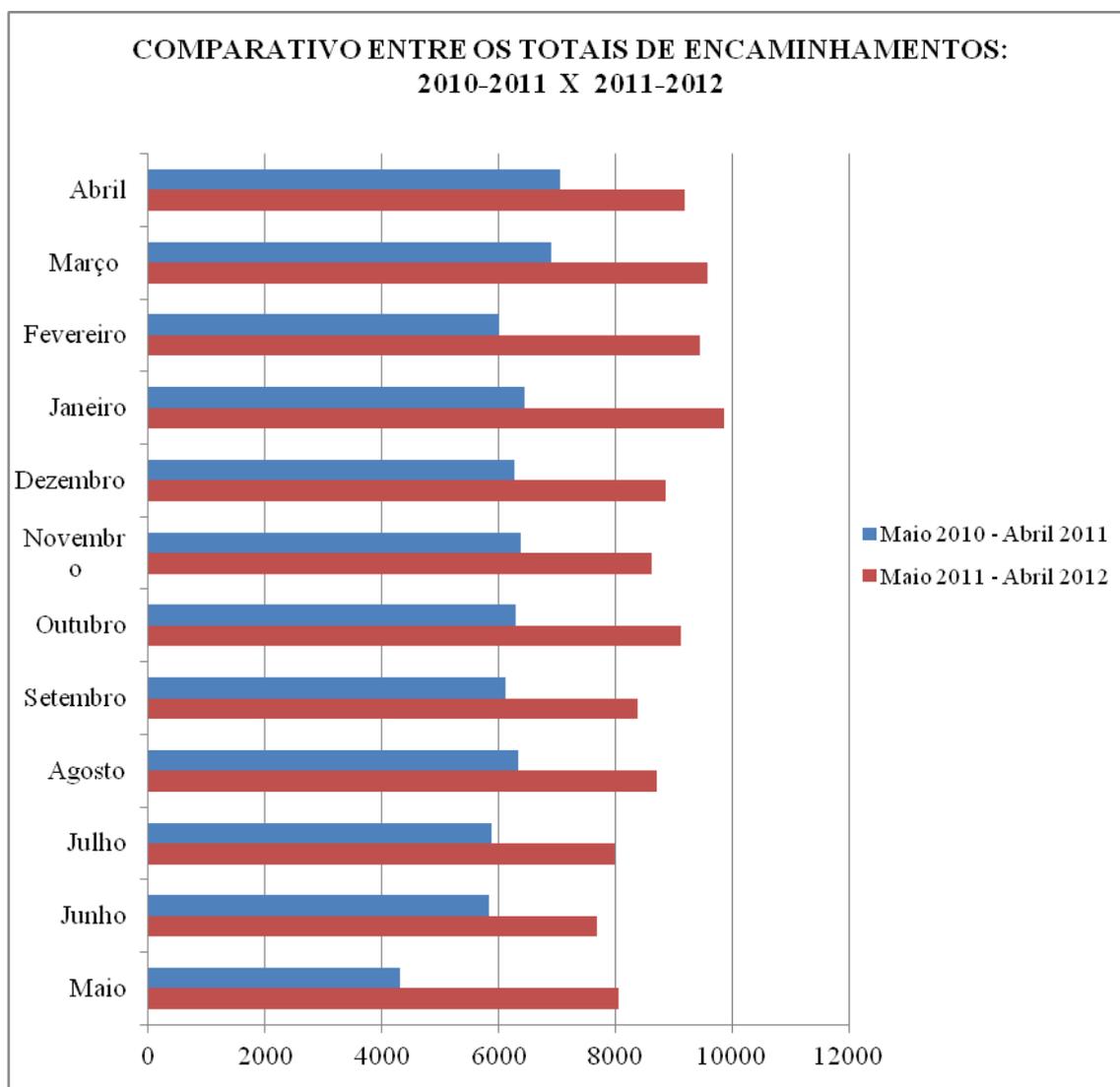
**Gráfico 1-** Comparativo entre EU e IU codificados no CRgG/SMS nos períodos indicados.



**Fonte:** Agência Municipal de Tecnologia e Comunicação de Goiânia (AMTEC), 2012.

No Gráfico 2, comparativo entre os totais de encaminhamentos referidos na Tabela 3, observa-se o expressivo aumento no volume mensal de EU codificados na CE do CRgG, do período 2011-2012 em relação ao período 2010-2011. Esse aumento reflete a ampliação da área de abrangência do CRgG para todo o Estado e a consequente regulação dos EU desde então.

**Gráfico 2-** Comparativo entre os totais de EU codificados na CE/CRgG/SMS nos períodos indicados.



**Fonte:** Agência Municipal de Tecnologia e Comunicação de Goiânia (AMTEC), 2012.

Os processos de trabalho relativos às atribuições da regulação de interações eletivas e de urgência, de consultas e exames especializados, e de EU no CRgG e na CE estão descritos na abordagem sequencial a cada uma das centrais componentes do Complexo Regulador e no tópico da operacionalização do sistema informatizado de regulação.

A CR de Urgências SAMU-192 operacionaliza o atendimento no nível pré-hospitalar móvel em duas modalidades, definidas na Portaria nº 2048, de 2002, do

Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002a):

- i. primário, quando a solicitação procede de um cidadão; e
- ii. secundário, quando advinda de um serviço de saúde.

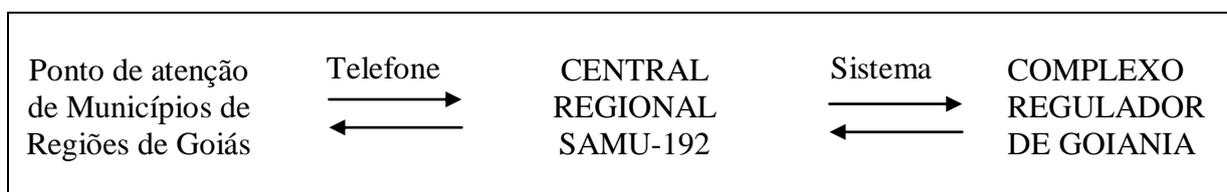
A CR SAMU Macro Região Centro-Oeste, usualmente designada CR SAMU -192 Metropolitano, conta com 04 USAs, 11 USBs, 11 motolâncias e 01 helicóptero em convênio com o Corpo de Bombeiros Militares de Goiás. Contabiliza 335 funcionários e tempo-resposta no atendimento pré-hospitalar móvel médio de 12 minutos a partir da solicitação telefônica ao 192.

Conforme relatórios fornecidos pelo Departamento de Informação Técnica e Estatística do SAMU (Anexo 11), são nove as cidades atendidas pelo SAMU 192- Macro Região Centro-Oeste: Goiânia, Inhumas, Nerópolis, Trindade, Goianira, Guapó, Petrolina, Itauçu, Anicuns.

Realiza atendimentos com orientação telefônica e atendimentos com saída de viatura a pacientes clínicos, traumáticos, obstétricos, psiquiátricos, queimados e vítimas de agressão. Entre os atendimentos secundários estão os solicitados por unidades de saúde do componente pré-hospitalar fixo e hospitalar, do transporte de pacientes graves para pontos de atenção de maior complexidade na forma de EU ou de IU regulados pelo CRgG.

O Estado de Goiás tem 100% de cobertura do SAMU-192. Suas 12 Centrais Regionais descentralizadas tornaram-se, a partir de abril de 2011, mediadoras das solicitações de EU e IU dos municípios de suas áreas de abrangência, conforme fluxograma indicado no Quadro 4.

**Quadro 4-** Fluxograma de solicitação e resposta de autorização de EU e IU de municípios das regiões sanitárias de Goiás, exceto a Região Central.



Fonte: Complexo Regulador/SMS de Goiânia, 2012

O paciente do interior é inserido no sistema do CRgG através do SAMU de sua própria regional e, após a inserção, a comunicação entre o médico regulador de plantão no

CRgG e o médico regulador da regional SAMU solicitante pode ser estabelecida em busca do atendimento ágil e oportuno ao paciente. A solicitação de EU ou IU colocada em pendência no sistema pode ser monitorada até a resposta autorizativa ou excludente justificada do médico plantonista no CRgG.

No contexto citado, são utilizadas duas vias de solicitação e resposta: a telefônica, entre o município de origem do paciente e a CR SAMU Regional; e a web, entre a Regional SAMU e o CRgG.

A CR de Internações (CI), componente regulador das internações hospitalares no âmbito do SUS, é responsável essencialmente pelo controle dos leitos de urgência e eletivos das unidades hospitalares, mapeados no sistema.

A implementação do Sistema de Internação e a integração das unidades hospitalares nesse sistema possibilitaram regular leitos em tempo real, agilizando a demanda de internações e a provisão de serviços de urgência.

A codificação de internação de urgência mediante regulação médica dos leitos hospitalares contratados é atribuição do médico regulador na CI, que a autoriza para o prestador com o tipo de leito adequado à solicitação.

Já a regulação médica autorizativa de procedimento eletivo se efetua mediante a apresentação do laudo de AIH pelo distrito sanitário ao DRAC/ Departamento do Complexo Regulador/ Setor de Cirurgia Eletiva para regulação médica e definição do prestador executante do procedimento. A liberação do leito destinado a essa modalidade de internação é validada na CI por ocasião da sua confirmação no Sistema de Internação pela unidade executante. Os municípios pactuados devem dar entrada às solicitações dos seus municípios no Setor de Cirurgia Eletiva através de representantes definidos pelas respectivas SMS.

A CR de Consultas e Exames Especializados procede ao agendamento das consultas especializadas solicitadas por unidades ambulatoriais do município de Goiânia e de municípios referenciados através de pactuação.

O Sistema de Consultas possibilita a essa Central a priorização médica do agendamento, segundo critérios como data de inclusão do paciente, idade e dados clínicos informados pela unidade solicitante, que a justifiquem. Exceto em caso de necessária priorização, o agendamento se dá por ordem de alimentação do sistema, na medida em que

vagas comunicadas semanalmente pelos prestadores contratados e conveniados ao SUS são ativadas pela referida Central.

É oportuno mencionar que consultas médicas nas especialidades básicas (Clínica Médica, Pediatria e Ginecologia) são agendadas de forma regionalizada para unidades próximas ao domicílio do usuário solicitante através do serviço de Tele-Consulta 0-800 da SMS, não inserido na estrutura e sistema do CRgG.

Quanto à autorização de exame de média complexidade, é emitida em vale-exame na Unidade de Saúde do município de Goiânia, onde o paciente foi atendido. E a autorização de exame de alta complexidade é obtida junto ao Departamento de Avaliação e Autorização de Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares mediante a apresentação do pedido da Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC), comprovante de endereço, cartão SUS e documento de identidade. A avaliação do médico autorizador se concretiza a partir da confirmação do registro da consulta médica do paciente no sistema.

As solicitações de consultas e exames de média complexidade de pacientes dos municípios pactuados são efetivadas via sistema através do acesso ao portal da SMS de Goiânia; contudo, os exames de alta complexidade são autorizados mediante apresentação da APAC e adendos por representantes desses municípios ao departamento competente, do modo que procedem os pacientes do município de Goiânia.

### ***5.2.2. Central de Regulação de Encaminhamento (CE)***

A CR de Encaminhamento (CE) foi criada na estrutura do CRgG em 2008, - em razão da característica própria da rede de saúde do município de Goiânia voltada para o atendimento pré-hospitalar -, como responsável pela regulação do fluxo das urgências entre unidades do componente pré-hospitalar fixo e hospitalar. Sua área referenciada restringiu-se ao município de Goiânia até abril de 2011, quando todas as ações do CRgG foram estendidas aos demais municípios da Região Central e às demais regiões do estado de Goiás.

Como referido anteriormente, por serem em maior número as unidades pré-hospitalares de urgência na RAU em Goiânia, essas unidades concentram um número de atendimentos de urgência/emergência consideravelmente superior ao das unidades hospitalares.

No período de janeiro de 2012, único em condições de comparabilidade entre unidades representativas dos dois grupos (pré-hospitalar e hospitalar), os pronto-atendimentos realizados no CIAMS Novo Horizonte (CNH), unidade pré-hospitalar com a maior demanda de urgências clínicas, totalizaram 14.115 e a média diária de 470 (SMS, 2012). E ainda no período, o conjunto das treze unidades pré-hospitalares CAIS e CIAMS, incluindo o CNH, realizaram 81.412 pronto-atendimentos e a média diária de 2.713 (Anexo 6).

Por sua vez, o Hospital de Urgências de Goiânia, unidade hospitalar que absorve a maior demanda de urgências traumato-cirúrgicas no município, realizou 4.181 pronto-atendimentos no período e a média diária de 155 (GOIÁS, 2012). Anteriormente à implementação da CE, a média diária ultrapassava 800 atendimentos.

Por meio da implementação da CE buscou-se assegurar, mediante protocolos de regulação médica, que o paciente siga fluxo hierarquicamente referenciado e compatível com a capacidade física instalada na RAU, a partir da complexidade clínica e traumática do usuário, com vistas à oferta da melhor alternativa assistencial e à garantia de uma assistência qualificada ao paciente.

Um médico regulador por equipe de plantão no CRgG foi designado para o processo autorizativo das solicitações dos EU de pacientes que, após atendimento em um ponto de atenção fixo da RAU, necessitassem de transferência para pontos de atenção pré-hospitalar ou hospitalar de maior complexidade.

O EU é solicitado em situações como a necessidade de realização de exames, de avaliação médica especializada ou procedimento em estabelecimentos de saúde de referência, com posterior retorno, quando possível, à unidade de origem.

Surgiu, segundo o gestor, diante da

"necessidade do município, de organizar os serviços, inibir a utilização desnecessária dos leitos hospitalares e adequar a distribuição do acesso."

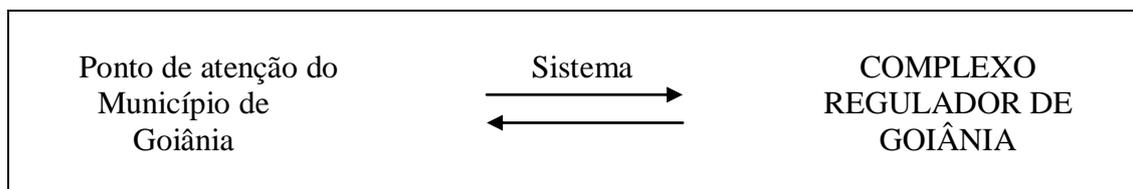
Pode acontecer, também, que pacientes graves, havendo recebido o atendimento indispensável à estabilização do quadro de urgência em unidades do componente pré-hospitalar fixo, necessitem de ser encaminhados para pontos de atenção de maior densidade tecnológica enquanto aguardam leitos hospitalares de cuidados intensivos e de

especialidades; tendo por fim a continuidade do tratamento, na lógica da organização em rede preconizada na PNAU (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a). Explica um representante da coordenação do CRgG:

"No nosso sistema, a gente tem todo o mapeamento diário de como está funcionando a rede pré-hospitalar; a rede assistencial de porta aberta; os leitos hospitalares e os leitos de UTI; tipos de médicos [especialidade] nos nossos CAIS e CIAMS; se o RX, o laboratório está funcionando, toda a aparelhagem. Então o atendimento da nossa rede pré-hospitalar é feito nos CAIS e CIAMS. Se houver necessidade de transferir o paciente, tem que obter um código de autorização da Central do CRgG. Aí ele pode ser autorizado para um EU ou para uma IU. [...] Esse EU seria para retirar o paciente de um ambiente menos qualificado para um mais qualificado [...], fazer um diagnóstico melhor, garantir uma assistência mínima ao paciente."

As unidades integradas ao SUS no município de Goiânia, solicitantes de EU, cadastram sua solicitação no sistema operacional do CRgG com os elementos de identificação do paciente, dados clínicos e o tipo de encaminhamento; e acompanham o processamento da solicitação no sistema até à autorização do médico regulador ou exclusão justificada (Quadro 5).

**Quadro 5** - Fluxograma de solicitação e resposta de autorização de EU e IU do município de Goiânia



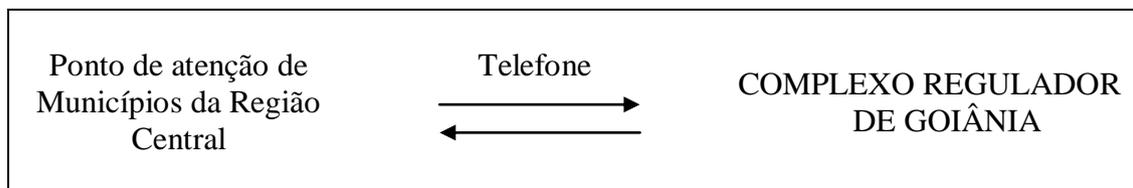
**Fonte:** Complexo Regulador/SMS de Goiânia, 2012

A autorização do EU solicitado é confirmada pela liberação do Código de Encaminhamento; assim o MR intermedeia a relação entre oferta e demanda por serviços de saúde. Atualmente, o total de unidades não hospitalares de urgência da rede municipal (CAIS, CIAMS, CROF, Pronto Socorro Wassily Chuc e Ambulatório de Queimaduras) e o total de unidades hospitalares com serviços 24 horas da rede estadual e universitária (HUGO, HMI, HDT e HC) operam solicitações de encaminhamentos através do sistema.

Solicitações provenientes dos demais municípios da Região Central, ainda sem acesso ao sistema, são comunicadas via telefone aos agentes de atendimento (AAAt) em serviço, que as cadastram para visualização em lista gerencial, regulação e monitoramento

do médico regulador. As respostas às solicitações se fazem, igualmente, via telefone (Quadro 6).

**Quadro 6** - Fluxograma de solicitação e resposta de autorização de EU e IU de municípios da Região Central, exceto Goiânia.



**Fonte:** Complexo Regulador/SMS de Goiânia, 2012

Sousa e Neves (2012, p.5), na pesquisa "Implantação de sistema de monitoramento e solicitação de internação de urgência para os municípios da Região Central de Goiás", constataram que o fluxo da informação pela via telefônica entre esses municípios e o CRgG leva "a períodos de espera por parte do usuário e dos profissionais solicitantes" que podem resultar em "ociosidade de leitos ou perdas na continuidade do acompanhamento das solicitações".

Como alternativa ao problema, os autores propõem a introdução de um protocolo agilizador da comunicação desses municípios com o CRgG por meio da integração ao sistema web da SMS de Goiânia, em substituição à via telefônica adotada para a solicitação de leitos de internação ou encaminhamentos de urgência. Consideram que a iniciativa reduziria o tempo de espera dos pacientes, profissionais e unidades solicitantes dos procedimentos, e repercutiria na otimização dos serviços da rede pública e conveniada ao SUS no município de Goiânia.

Quanto às solicitações providas dos municípios das demais regiões sanitárias, são informadas via telefone a uma das onze Centrais Regionais SAMU-192 espalhadas no Estado; e essas, por sua vez, as inserem no sistema virtual do CRgG, como anteriormente demonstrado no Quadro 4. Os municípios que não estiverem sob responsabilidade de uma Central Regional SAMU requerem EU através do CRgE.

Todas as solicitações aportadas ao sistema do CRgG são submetidas à avaliação do MR, que define por sua autorização ou não autorização em consonância com protocolos clínicos previamente estabelecidos e com a capacidade instalada da rede, no dado

momento. As vias de resposta às unidades solicitantes são as mesmas utilizadas na solicitação.

Explica um dos gestores participantes do estudo:

"[...] nós temos os 25 municípios que pedem direto à Central de Goiânia; e os outros municípios têm que fazer um pedido à sua Central Regional do SAMU. [...] A CR avalia o quadro desse paciente e, se não tem capacidade de resolver naquela região, ela coloca na pendência de Goiânia para Goiânia fazer a busca da assistência e a autorização do paciente. [...] Hoje é assim: o município de Goiânia disponibilizou o nosso sistema próprio para essas 12 regionais SAMU, eles têm o módulo de solicitante e de acompanhamento dessas solicitações. Ele entra na página da Prefeitura ou da SMS via internet, cadastra o pedido do paciente e fica acompanhando até que sai a autorização de encaminhamento ou o leito de internação solicitado".

Obtida a definição de autorização/codificação do encaminhamento do paciente, por vezes se faz necessário o seu transporte em viatura do SAMU. Quando a unidade solicitante está situada na região de abrangência do SAMU Metropolitano, ela deve acionar a CR SAMU-192 e informar o código do EU.

Esta modalidade de atendimento pré-hospitalar móvel por solicitação proveniente de uma unidade de saúde é denominada "secundária", enquanto diz-se "primária" a solicitada diretamente pelo cidadão. O atendimento secundário pelo SAMU, precedido da codificação do respectivo EU pela CE, demonstra a organização em "redes regionais de atenção às urgências enquanto elos de uma rede de manutenção da vida em níveis crescentes de complexidade e responsabilidade" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a).

Conforme acordo firmado entre a SES de Goiás e a SMS de Goiânia, os pacientes graves (atendimento de urgência/emergência) oriundos das regionais do interior deverão ser **sempre encaminhados por meio do SAMU 192** (negrito e grifo no ofício) (Anexo 12). Evidencia-se, aqui, a importância da integração das Centrais Reguladoras no trato da demanda do atendimento de urgência, evitando a peregrinação dos pacientes por unidades não resolutivas da RAS e a sub-utilização dos leitos hospitalares regulados.

Houve relato do membro representante da coordenação do SAMU 192 Macro-Região Centro-Oeste, do acréscimo das solicitações de transporte de pacientes entre unidades fixas da rede de urgência em Goiânia como repercussão da implementação da CE e da regulação do fluxo dos EU.

A implementação da CE, em 2008, veio possibilitar o acesso regulado dos usuários que adentram ao sistema pelas unidades fixas pré-hospitalares da RAU, aos serviços e ao cuidado em níveis de maior complexidade da rede.

Através da CE, unidades com menor densidade tecnológica solicitam autorização de encaminhamentos de pacientes para outras de maior densidade, e a efetiva regulação do fluxo entre elas resulta da regulação médica articulada entre os vários pontos de atenção para o provimento da intervenção adequada aos diferentes agravos.

Médicos reguladores explicam a repercussão do processo regulador dos EU:

"Antes da CE, o paciente com urgência clínica e cirúrgica não traumática peregrinava por hospitais com perfil diferente da necessidade do paciente e isso também sobrecarregava os hospitais, principalmente o HUGO e o Materno. Agora, ele entra pela emergência de um CAIS ou CIAMS, classifica o risco e é atendido; onde o médico vai definir a conduta para esse paciente e, se não for internação, o médico pode pedir um encaminhamento para fazer um exame ou um procedimento em outra Unidade, seja um CAIS ou um hospital."

É oportuno ressaltar, no Quadro 7, a seguir, que os 2.268 EU executados pelo HUGO no mês de janeiro de 2012 corresponderam a 54,2% dos 4.181 pronto-atendimentos da Unidade no período (GOIÁS, 2012). Por outro lado, no CIAMS Novo Horizonte, o total de 105 EU executados representaram 0,7% dos pronto-atendimentos realizados, o que indica sua característica de menor adensamento tecnológico e, por conseguinte, sua categoria de maior solicitante dos encaminhamentos.

O acréscimo dos EU codificados no CRgG no ano subsequente à expansão da área de referência para todo o Estado está ilustrado no Quadro 7. Comparando-se o período de 2011-2012 em relação ao período 2010-2011, o acréscimo no volume de EU executados no HUGO foi da ordem de 44,8%, enquanto no CNH este acréscimo foi de 163,3%.

A observação deste comparativo pode indicar o papel ordenador da CE sobre a demanda anteriormente não regulada que sobrecarregava o HUGO com urgências fora do seu perfil de atendimento e a utilização das unidades pré-hospitalares como entrada preferencial das urgências clínicas no sistema, de pacientes oriundos de Goiânia e do interior.

**Quadro 7-** Demonstrativo dos EU por Executante - Hospital de Urgências de Goiânia (HUGO) e Centro Integrado de Assistência Municipal à Saúde (CIAMS) Novo Horizonte. Período - Maio de 2010 a Abril de 2012.

MÊS	HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA - HUGO			CIAMS NOVO HORIZONTE		
	2010-2011	2011-2012	TOTAL	2010-2011	2011-2012	TOTAL
Maio	932	1604	2536	14	78	92
Junho	1280	1669	2949	13	68	81
Julho	1179	1704	2883	16	84	100
Agosto	1332	1818	3150	20	136	156
Setembro	1299	1957	3256	12	122	134
Outubro	1303	2236	3539	23	105	128
Novembro	1182	1927	3109	24	87	111
Dezembro	1382	2257	3639	61	78	139
Janeiro	1488	<b>2268</b>	3756	53	<b>105</b>	158
Fevereiro	1381	1298	2679	76	70	146
Março	1570	2023	3593	66	95	161
Abril	1443	2075	3518	58	120	178
<b>TOTAL</b>	<b>15771</b>	<b>22836</b>	38607	<b>436</b>	<b>1148</b>	1584

**Fonte:** Sistema de regulação do Complexo Regulador de Goiânia / SMS, 2012.

Na busca de orientar o fluxo das urgências no desenho da RAU predominantemente pré-hospitalar no município de Goiânia, a implementação da CE no CRgG demonstrou-se uma proposta gestora de articulação e integração dos diferentes pontos e níveis de atenção do sistema de urgências.

### ***5.2.3. O sistema informatizado de regulação e processos de trabalho***

O sistema de informação adotado no Complexo Regulador foi desenvolvido pela Agência Municipal de Tecnologia e Comunicação de Goiânia (AMTEC), antiga Companhia de Processamento de Dados de Goiânia (COMDATA). Utiliza a linguagem de programação ASP, o banco de dados DB2 e está acomodado em servidor WEB, permitindo-se o acesso autorizado aos envolvidos no processo de regulação: gestores;

médicos reguladores; instituições não hospitalares e hospitalares próprias e conveniadas ao SUS; e Centrais Regionais SAMU mediadoras das solicitações oriundas de municípios sem possibilidade de acesso ao sistema.

O CRgG não utiliza o aplicativo "Sistema Nacional de Regulação - SISREG III administrador e regulador ambulatorial/internação" padronizado pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS/MS) como o seu sistema de regulação, mas tem acesso ao SISREG III pela internet, sob cadastro, para inserir solicitações, e o utiliza no caso de solicitação de leitos à Central de Regulação de Aparecida de Goiânia que o adota.

Seu sistema próprio está interligado a todas as portas não hospitalares e hospitalares de urgência da RAU no município de Goiânia como elemento facilitador e agilizador no gerenciamento de todo o complexo regulatório, da rede básica à internação hospitalar. Faculta a possibilidade da solicitação e monitoramento de ações e serviços específicos pelos prestadores no âmbito da rede de atenção à saúde do SUS em seus subsistemas, ditos: Sistema de Internação, Sistema de Consulta especializada e Sistema de Cirurgia eletiva.

Não se interliga ao sistema da CR de Urgências SAMU e do CRgE (SCATS/SES); contudo, as Centrais Regionais SAMU e o CRgE acompanham via web as solicitações dos municípios do interior do Estado até a autorização ou exclusão do CRgG.

Denominado genericamente Sistema de Regulação, foi criado para o registro e processamento do fluxo de informações inerentes aos processos autorizativos de internações eletivas e de urgência, encaminhamentos e consultas e exames especializados, solicitados por unidades integradas ao SUS.

Às unidades pré-hospitalares e hospitalares solicitantes e executantes dos procedimentos, o acesso está disponível via internet na página da Prefeitura Municipal de Goiânia <[www.goiania.go.gov.br](http://www.goiania.go.gov.br)>. Dessa forma, as solicitações de unidades do município de Goiânia podem ser realizadas via web no sistema.

Em 2008, implementou-se o mapeamento dos leitos hospitalares contratados pela SMS (urgência e eletivos), por tipo de leito e prestador, possibilitando a autonomia na regulação desses leitos. Nisto, o sistema próprio difere do SISREG 3 / DATASUS / MS que, até então, permite a regulação **de vagas** sem autonomia sobre os leitos de internação contratualizados.

O Sistema de Internação, componente do sistema de regulação, foi desenvolvido com o propósito de regular os leitos SUS (urgência e eletivos), facilitando o seu gerenciamento pela SMS e o monitoramento das solicitações por parte dos prestadores e da própria SMS.

Permite a disponibilização do leito ao sistema e sua reutilização após três horas de sua desocupação (tempo necessário à desinfecção), contadas do lançamento da alta hospitalar pelo prestador. Segundo as normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 050 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002c), o SUS tem o direito à contratação de, no máximo, 80% dos leitos existentes no estabelecimento integrante da rede.

Anteriormente à sua implementação, as unidades hospitalares conveniadas ao SUS no município de Goiânia forneciam informações diárias das vagas e tipos de leito por telefone. E, em muitas situações, tornava-se imperativa a busca ativa de leitos, principalmente de UTI, por meio do deslocamento do médico regulador em visita às unidades, ocasião em que se contava ou não com a colaboração do prestador na cessão de leitos não informados à CR de Internações.

O acesso ao sistema permite ao prestador:

- Confirmar/Cancelar/Rejeitar internação;
- Informar procedimentos secundários;
- Cancelar alta hospitalar;
- Redefinir leito de paciente;
- Solicitar internação;
- Solicitar troca de procedimento;
- Informar alta hospitalar;
- Reservar/Cancelar leito de cirurgia eletiva;
- Consultar internações;
- Exibir censo de leitos;
- Desbloquear leitos;
- Solicitar liberação de leitos SUS para internações conveniadas etc.

São quatro as modalidades que o sistema disponibiliza ao médico regulador do CRgG em um mesmo formulário/tela (Figura 3):

- Internação de urgência (IU);
- Cota direta (CD);
- Encaminhamento de urgência (EU); e
- Desbloqueio de leitos.

As duas primeiras modalidades registram as informações específicas das solicitações de leitos hospitalares para internações. A modalidade EU, por sua vez, documenta as informações específicas das solicitações de transferência de pacientes dos pontos de atenção do componente pré-hospitalar fixo e hospitalar para outros de maior adensamento tecnológico na rede de urgências.

É oportuno clarificar os conceitos e desdobramentos para IU, CD e EU:

Na IU, uma unidade solicitante pré-hospitalar fixa ou hospitalar busca transferência do paciente para um leito regulado de uma unidade hospitalar executante na rede de urgências. A autorização é confirmada através da emissão do código de Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

Na CD, variante da IU, a unidade hospitalar solicitante é, também, executante da internação.

No EU, uma unidade solicitante do componente pré-hospitalar fixo ou hospitalar, busca transferência do paciente para pontos de atenção secundários ou terciários da RAU, visando à qualificação da assistência ou suporte diagnóstico. Sua autorização se confirma através da emissão do código de encaminhamento.

A modalidade Desbloqueio de Leito consiste na liberação do leito pelo médico regulador para reutilização a partir de três horas de sua desocupação informada no sistema pelo prestador.

O formulário de coleta de dados faculta o registro e a leitura de informações em três abas, de abertura sequenciada (Figura 4):

1. **Paciente** (nome, data de nascimento, município de origem);
2. **Dados AIH** (informações relacionadas à História da Doença Atual (HDA), necessárias para justificar uma Internação ou Encaminhamento de urgência); e
3. **Avaliação** (espaços de identificação do médico regulador, CID, local onde se encontra o paciente, data da primeira solicitação de internação e justificativa do MR para a autorização ou não autorização da IU ou EU solicitado).

É concedido ao médico regulador o acesso no mesmo formulário ao **Histórico** de consultas, encaminhamentos, internações e exames anteriores do paciente na rede SUS. O sistema impede a abertura não sequencial das abas como forma de assegurar que o médico regulador se cientifique de todos os dados relativos ao paciente e à solicitação.

Se for constatada insuficiência de dados no cadastro da solicitação, o MR a exclui do sistema mediante justificativa e aguarda a sua reinserção com os dados indicados. O prestador, seja público ou privado, visualiza a exclusão em sua interface e reinsere a solicitação acrescida dos dados complementares requeridos. Há situações em que o MR entra em contato telefônico com o médico assistente em busca de novos dados.

Ao procedimento regulatório da solicitação inserida, segue-se a resposta autorizativa do MR, processo que se completa com a liberação de códigos distintos para EU e IU: código de onze dígitos numéricos para IU e código numérico seguido da letra "E" para EU, - ao que chamamos Codificação.

Na ausência de leito hospitalar e de ponto de apoio disponíveis às solicitações de IU e EU, respectivamente, estas são colocadas em lista de Pendências no sistema para monitoramento contínuo do MR e unidade solicitante.

O sistema de regulação do CRgG emite relatórios de EU, IU, internações eletivas, consultas especializadas, relatório quantitativo e de detalhamento da situação de leitos, entre outros, de toda a rede SUS no município de Goiânia. Permite a integração entre seus subsistemas de forma que o histórico do movimento assistencial ao paciente se encontra disponível.

Além disso, o sistema possibilita o registro das solicitações em ordem cronológica sem permitir a edição de dados cadastrados e garante o acesso sigiloso e hierarquizado dos participantes do sistema (gestores, médicos reguladores e prestadores) às informações que armazena.

Os processos de regulação nos CRg devem ser desenvolvidos com base no desenho da rede assistencial, na definição de grades assistenciais e grades resolutivas de referência pactuadas na CIB, PPI e Comitê Municipal de Urgências, e na elaboração de protocolos de regulação médica do acesso.

Por sua vez, demandam articulação entre as CR componentes dos CRg, visando a asseverar a continuidade do cuidado na lógica da organização em rede.

Compete ao médico regulador analisar as solicitações, avaliar o grau presumido de urgência com base nas informações depositadas no sistema gerencial e verificar qual acesso autorizará ao paciente na rede hierarquizada de serviços, que corresponda à sua necessidade de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006c).

À disposição dos médicos reguladores do CRgG foram encontrados e examinados os seguintes registros úteis à operacionalização dos processos de trabalho:

- 1- Lista de telefones das unidades componentes da rede e composição das equipes de médicos reguladores por dia e turno de plantão.
- 2- Lista das equipes de regulação externas que atuam nas unidades hospitalares de referência.
- 3- Organograma da DRAC/SMS e do Departamento do Complexo Regulador/SMS, e roteiro de orientação aos médicos reguladores recentes do CRgG.
- 4- Protocolos clínicos de:
  - Classificação de risco e manejo de paciente com Dengue.
  - Atendimento aos usuários vítimas de queimaduras.
- 4- Protocolos de regulação relativos a:
  - Fluxos de regulação de consultas especializadas e critérios de priorização médica.
  - Fluxo de pacientes e referências em Cirurgia Geral e Cirurgia Vascular.
  - Indicação das unidades pré-hospitalares de referência em Cirurgia Geral segundo a proximidade das unidades solicitantes.
  - Monitoramento, reavaliação e critérios de exclusão de solicitações de internação e encaminhamentos em pendência.
- 5- Memo nº 059/2010 de orientações sobre as funções dos MR dos plantões diurnos e noturnos no monitoramento e regulação autorizativa dos EU e IU no sistema de internação, bem como na busca contínua de leitos das UTIs neo-natal, infantil e adulto da rede pública e conveniada.
- 6- Memo nº 155/2012 de orientações e *check-list* aos reguladores que trabalham com consulta especializada.
- 7- Relatórios diários recebidos das equipes de regulação das unidades de referência concernentes à ocupação das salas de reanimação e leitos das unidades hospitalares de urgência, em especial, os leitos de UTI.
- 8- Relatórios dos profissionais de enfermagem plantonistas do CRgG sobre a composição e capacidade operativa diária e horária das unidades pré-hospitalares de urgência (CAIS e CIAMS) obtidas por telefone e *in loco*.

Médicos reguladores participantes pedem por mais protocolos clínicos e de regulação, como para Infarto Agudo do Miocárdio e Acidente Vascular Encefálico, e por fluxos para hospitais de referência que recebam os pacientes e lhes cuidem.

No espaço de funcionamento das CR de Internações Hospitalares, CR de Encaminhamentos e CR de Consultas Especializadas não há mapas disponíveis do município de Goiânia; da distribuição espacial das unidades na rede de urgências; das regiões de cobertura no Estado; e da localização das bases regionais descentralizadas do SAMU; como instrumentos de orientação às equipes de regulação.

Não foram referidos metas e indicadores de mensuração dos resultados das ações desenvolvidas no CRgG. A utilização de indicadores de mensuração dos resultados das ações de regulação de EU desenvolvidas no CRgG possibilitaria auferir se os processos regulatórios favorecem o melhor acesso aos serviços prestados.

Os registros manuscritos dos atendimentos de EU realizados anteriormente à implementação do sistema informatizado de regulação em 2008 foram desprezados. Foi declarada a inexistência de atas e/ou documento histórico relativos à implementação do CRgG e da CE.

À época da implementação da CE, em 2008, o modelo de sistema informatizado disponibilizava as modalidades IU e EU em formulários independentes. Nas situações em que a conversão de uma IU em EU ou vice-versa se fazia necessária, os dados do paciente não eram exportados de um formulário ao outro, de onde a necessidade de exclusão da solicitação do procedimento inicial pelo MR e a inclusão de solicitação do novo procedimento pela unidade solicitante, passos que retardavam o procedimento de regulação médica e a sua resposta.

Fatores como estes compeliram os gestores do CRgG a unificar, no ano de 2010, o gerenciamento das IU e EU em um único sistema - o Sistema de Internação -, de sorte que, a partir de então, o Encaminhamento de urgência passou a subsistir como uma função no sistema da CI, sem a estrutura da CE e com a sua prática socializada entre todos os médicos reguladores plantonistas.

Dessa forma, manteve-se a ação-meio do processo regulatório das solicitações de encaminhamentos de urgência no sistema informatizado de regulação adotado pelo CRgG para o alcance dos mesmos fins.

Em suas considerações, os gestores e médicos reguladores defendem que o processo do trabalho autorizativo dos EU por regulação médica trouxe a possibilidade de orientar a demanda antes não regulada, para o acesso dos usuários às ações e serviços nos pontos de atenção da RAU em Goiânia.

Recebeu destaque e ênfase da parte dos médicos reguladores que a regulação de pacientes do interior acresceu-lhes a responsabilização na tomada de decisão frente ao seu papel de intermediar a relação entre a oferta e a demanda por serviços de saúde.

"delegou-se problemas e responsabilidade demais para o médico regulador, que não são só dele. Não acho certo estar sendo delegada essa responsabilidade pelo interior. A gente espera que a Central de Regulação Estadual regulasse o interior e que o CRgG regulasse Goiânia".

"a regulação de pacientes do interior veio aumentar a demanda na Central. O HUGO não recebe esses pacientes e os hospitais da rede escolhem pacientes."

"Escolher pacientes" também foi referido por um dos gestores do CRgG e um dos gerentes de unidades, ao mencionarem dificuldades relacionadas à definição do perfil do paciente para o tipo de leito disponibilizado ao sistema pelo prestador.

Não pouco frequente, prestadores com leito de especialidade cadastrado e em status de desocupado no sistema, recusam receber pacientes mediante seu quadro clínico ou prognóstico, em finais de semana e feriados. Idosos debilitados, pacientes crônicos, crianças com déficit neuropsicomotor (cuja indicação de internação não é o seu problema neurológico), uso de antibióticos de maior custo, necessidade de nutrição parenteral, parto prematuro, entre outros, são os preteridos.

Tal recusa pelos prestadores repercute na ocupação de leitos e permanência desses pacientes nos prontos socorros, aguardando vagas, enquanto se reduz o acesso de outros pacientes a esses leitos.

"Em muitos casos", disse um dos gestores,

"a unidade-destino condiciona a aceitação do paciente a uma condição clínica, diagnóstico, gravidade, administração de oxigênio em leito de enfermagem [...] ou alegam falta de especialista, ausência de ventilador mecânico na UTI, equipe médica incompleta etc."

Por tais situações existirem, requer-se do MR a mediação prévia à codificação (ainda que o leito encontre-se disponível no sistema), por telefone, junto ao médico da

unidade- destino para não ter o paciente devolvido, Explica um dos médicos reguladores participantes:

"Esse desvio de procedimento retarda a codificação da internação do paciente e, conseqüentemente, o seu efetivo tratamento".

A implementação do sistema informatizado de regulação e seus subsistemas contribuiu com a agilização da regulação médica autorizativa das solicitações de EU, IU, consultas e exames especializados. Embora isto pareça evidente a todos os participantes da pesquisa, uma reclamação de todos os MR do CRgG entrevistados foi a frequente inconformidade entre o quadro clínico do paciente, informado pela unidade solicitante, e a situação clínica ao chegar à unidade destino. Atribuiu-se o fato a três variantes:

- i) a não atualização dos dados do paciente no sistema durante o período em que aguarda por um leito de internação ou por encaminhamento;
- ii) ao preenchimento inadequado da solicitação do EU pelo médico assistente "como forma de agravar o quadro clínico" ou do cadastro do paciente pelo servidor da unidade solicitante "sem habilidade de fazê-lo"; e/ou
- iii) a demora do transporte do paciente até a unidade destino.

Não raro, pacientes que são codificados para leitos de enfermaria ou encaminhados para exames em unidades terciárias chegam à unidade destino com evidente necessidade de tratamento em unidade de terapia intensiva. A atualização de dados traz novas informações que suprem o MR da possibilidade de aplicar protocolos de regulação adequados.

Uma reclamação recorrente dos médicos reguladores foram falhas no preenchimento dos formulários de solicitação de Encaminhamento e Internação de urgência no sistema, que retardam os processos autorizativos dos EU e IU ou prejudicam a sua qualificação. Proporcionar capacitação dos servidores responsáveis nas unidades solicitantes foi mencionada por dois médicos reguladores.

Por sua vez, os representantes das unidades queixam-se da exclusão das solicitações com dados considerados insuficientes e sugerem que essas solicitações sejam colocadas em pendência pelo médico regulador no sistema de regulação até o fornecimento das informações complementares, o que evitaria a necessidade de reinserção de todos os dados do paciente pela unidade solicitante.

Dentre os entrevistados, gerentes das unidades de urgência e médicos reguladores reclamaram de quantitativo insuficiente de leitos, principalmente de UTI, o que avoluma a demanda reprimida de pacientes graves nas salas de estabilização e de emergência das unidades pré-hospitalares (CAIS e CIAMS) desde que o HUGO adotou o acolhimento de porta regulada por classificação de risco.

Outros agravantes deste aumento de demanda reprimida foram mencionados:

- i) o aumento da prevalência de doenças sazonais relacionadas ao clima e à umidade do ar, como infecções respiratórias, dengue e diarreias.
- ii) a demanda não regulada, ainda frequente, de pacientes vindos do interior do Estado e de outros Estados, reduzindo o acesso aos leitos e alongando o tempo de espera por leitos; e
- iii) a falta de unidades e profissionais de referência na assistência aos pacientes idosos e portadores de doenças crônico-degenerativas como diabetes, feridas crônicas, pé diabético, trombose venosa etc.

O depoimento de um membro da equipe gerencial de uma Unidade assistencial descreveu a demanda reprimida nos CAIS/CIAMS como algo que

"realmente está extrapolando a capacidade instalada das unidades. Várias vezes, [...] fica com paciente grave dentro da própria reanimação; paciente dependente de oxigênio sentado em uma cadeira porque não tem o leito [...], não tem uma maca para deitá-lo [...]. Várias vezes [...] na reanimação, tem três pacientes deitados e dois na cadeira com oxigênio. Os que estão deitados, graves, gravíssimos, esperando leito de UTI. Isso precisa melhorar. [...] depois a gente fica até sofrendo que às vezes são pessoas jovens 20, 25, 26 anos que ficam cinco dias aguardando um leito de UTI, são pacientes com prognóstico positivo, o que poderia fazer toda a diferença na vida dessa pessoa."

Tem-se, portanto, que a análise da função gestora da regulação das urgências pressupõe um olhar vasto, sobre os limites, como profundo, sobre as possibilidades potenciais que o SUS descerra.

No estudo avaliativo da implantação dos Complexos Reguladores no estado de Pernambuco, Silva (2010) conclui que a centralização do processo decisório no nível estadual, a pequena participação dos municípios e a fragilização do poder gestor nos espaços da CIB podem repercutir desfavoravelmente na condução da política de regulação nos moldes de suas normativas legais.

### **5.3. Contribuição da Central de Encaminhamento na regulação médica do fluxo das urgências para o acesso dos usuários aos serviços e cuidado de urgência**

Não raro, os processos regulatórios dos sistemas de saúde são incipientes e/ou coexistem nos espaços das Secretarias Municipais isentos de critérios técnicos, sem o exercício da autoridade sanitária, por não dizer sujeitos ao favorecimento.

Nos municípios menos populosos onde estão instituídas, algumas Centrais de Regulação se configuram para o agendamento de consultas especializadas e o gerenciamento de vagas de leitos hospitalares, sem oferta on-line e sem regulação médica.

Dentre as variadas conformações de Complexos Reguladores, a organização mais difundida contempla uma CR de Consultas especializadas e uma CR de Internações Hospitalares, integrada ou não à CR de Urgências SAMU 192.

Os investimentos na estruturação, organização e funcionamento de Complexos Reguladores como sistemas logísticos na rede de atenção à saúde possibilitam operacionalizar a regulação do acesso em benefício da população referenciada.

O CRg do Distrito Federal/SES operacionaliza a regulação ambulatorial (consultas e exames especializados), a regulação da internação hospitalar (restrita aos leitos de UTI) e da alta complexidade interestadual. Com população referenciada 2,64 milhões de hab (IBGE, 2012) e a crescente demanda da Região do Entorno (formada por 21 municípios que buscam atendimento na capital federal), propõe ampliar a discussão do processo de redes e da linha do cuidado em face do seu atual modelo de atenção à saúde com pequena estruturação da APS; baixa cobertura da Estratégia Saúde da Família; e rede predominantemente hospitalar de serviços de saúde, voltada para as condições agudas que têm na urgência a principal porta de entrada do usuário no sistema <sup>8</sup>.

Opostamente, o município de Blumenau- SC, com população residente estimada em 316.139 pessoas (IBGE, 2012), sede regional para 57 municípios do Vale do Itajaí, conta com 70% de cobertura da ESF e cerca de 65% de resolubilidade na APS. O CRg de Blumenau atua mais efetivamente na regulação das consultas, exames e procedimentos no nível ambulatorial, desde as Unidades Básicas de Saúde até a Alta Complexidade, com responsabilização à Atenção Básica pelo fluxo de solicitações, autorizações e orientação do

---

<sup>8</sup> Aula ministrada pelo Dr. João Marcelo Barreto Silva no Curso de especialização em Regulação de Sistemas de Saúde- Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC)/Universidade Federal de Goiás, em março de 2012.

usuário para o atendimento na rede especializada mediante mecanismos de referência e contra-referência<sup>9</sup>.

Cita-se também o município de Ribeirão Preto-SP, 619.746 hab, cujo CRg está organizado em Centrais de Regulação de consultas médicas; internações (urgência e eletiva); exames especializados; além da CR Odontológica; CR de Oncologia, Terapia Renal Substitutiva e Urgências Psiquiátricas; e CR de Vigilância da Saúde. Estudo de Ferreira (2007) aponta ao CRg de Ribeirão Preto como "ferramenta profícua de avaliação e de gestão da rede de saúde" (FERREIRA, 2007, p.15), que provocou alterações na acessibilidade ao sistema de atenção.

O CRg da Secretaria Municipal de Goiânia, de abrangência regional, está organizado em modelo diferente do proposto na PNR do SUS e dos CRg mencionados, pelo acréscimo da Central de Encaminhamento de Urgência, em face do modelo de rede com forte componente pré-hospitalar. Sem o propósito de avaliar a eficácia e efetividade dos resultados e processos da CE, buscou-se em relatórios quantitativos do sistema de internação/encaminhamento e na identificação das perspectivas dos participantes a análise da contribuição da regulação médica dos EU no CRgG.

A contribuição da CE/EU para o acesso dos usuários aos serviços e cuidado à saúde na área de urgência foi analisada segundo os parâmetros:

- a) adequação da distribuição de recursos assistenciais;
- b) ordenação do fluxo das urgências entre os pontos de atenção na rede loco-regional de urgências; e
- c) fortalecimento da capacidade de resposta à demanda.

Comparando-se o período de maio-2011 a abril-2012 em relação ao período de maio-2010 a abril- 2011, no Quadro 8, demonstrativo dos EU solicitados por todos os CAIS/ CIAMS e o Hospital de Urgências de Goiânia (HUGO), verifica-se que houve acréscimo na quantidade de EU solicitados pelos CAIS e CIAMS do Ano 2 em relação ao Ano 1, na proporção de 17%, que podem refletir o aumento de sua demanda.

Por sua vez, no HUGO, esta variação apresentou comportamento negativo, na ordem de 48% nos encaminhamentos solicitados. Essa queda reflete a implementação da classificação de risco e o afluxo, regulado pela CE, de pacientes com perfil mais

---

<sup>9</sup> Relato de experiência apresentado pela gerente de regulação Alessandra Maass, da Secretaria Municipal de Saúde de Blumenau, ao Curso de especialização em Regulação de Sistemas de Saúde- /NESC/UFG, em setembro de 2011.

aproximado do seu perfil de atendimento, o que repercute na menor necessidade de encaminhamento a outros serviços.

Esta análise dá ênfase à importância da regulação dos EU pela CE na ordenação do fluxo das urgências que adentram ao sistema de saúde pelos CAIS e CIAMS, lá são atendidas e vêm a necessitar de atenção em unidades de maior adensamento tecnológico.

**Quadro 8** - Demonstrativo dos Encaminhamentos de Urgência por Unidade Solicitante - Unidades não hospitalares de urgência (conjunto dos CAIS e CIAMS) e Hospital de Urgências de Goiânia (HUGO). Período - Maio de 2010 a Abril de 2012.

PERÍODO	CAIS E CIAMS	HUGO
	TOTAL	TOTAL
May-10	4195	0
Jun-10	5286	43
Jul-10	5215	51
Aug-10	5737	32
Sep-10	5442	43
Oct-10	5607	40
Nov-10	5708	25
Dec-10	5508	20
Jan-11	5605	13
Feb-11	5218	19
Mar-11	5968	45
Apr-11	5993	25
May-11	6592	38
Jun-11	6250	19
Jul-11	6097	18
Aug-11	6756	10
Sep-11	6389	22
Oct-11	6917	9
Nov-11	6663	7
Dec-11	6428	11
Jan-12	6521	5
Feb-12	6145	14
Mar-12	6194	13
Apr-12	5690	19
<b>Maio/2010 a Abr/2011 (Ano 1)</b>	<b>65482</b>	<b>356</b>
<b>Maio/2011 a Abr/2012 (Ano 2)</b>	<b>76642</b>	<b>185</b>
TOTAL GERAL	142124	541
<b>Variação % (Ano2 x Ano1)</b>	<b>17.04</b>	<b>- 48.03</b>

Fonte: Agência Municipal de Tecnologia e Comunicação de Goiânia (AMTEC), 2012.

Anteriormente à implementação da CE, a demanda espontânea ou encaminhada pelo médico responsável pelo pronto-atendimento do paciente, avolumava o atendimento no HUGO sem a avaliação do CRgG, que segundo protocolos clínicos e de regulação, busca oportunizar o acesso aos pontos de atenção, leitos e serviços na RAU segundo as necessidades do usuário.

Essa prática aperfeiçoou o direcionamento da capacidade de atendimento ao paciente segundo o seu grau de gravidade, o que veio a se traduzir em racionalização dos recursos assistenciais.

Assim descreve um dos gestores, a adequação dos recursos assistenciais decorrente da implementação da CE:

"No início de 2008, nós percebemos que principalmente o HUGO e o Materno-Infantil, estavam sobrecarregados e havia várias reivindicações na época por parte até mesmo do estado, que se tomasse alguma iniciativa em relação a esse fluxo de atendimento nesses hospitais. Então, com isso, juntamente com [...] a direção desses hospitais (e até mesmo o HDT e o HC), nós achamos por bem estarmos regulando toda e qualquer entrada de paciente com EU nesses hospitais, foi aí que a gente criou o sistema de EU, ou seja, todo e qualquer paciente que fosse encaminhado para esses hospitais, teria que ter previamente uma avaliação nossa e uma autorização, [...] ou não, caso nós percebêssemos que não fosse um paciente com perfil para esses hospitais. Foi quando a gente tomou iniciativa, juntamente com o Secretário da época, de reforçar e implementar os CAIS e os CIAMS do município de Goiânia. Então foi por aí que começou o encaminhamento de urgência, pela necessidade e pelo grande fluxo de pacientes que não tinham fluxo nenhum para estar entrando nos hospitais públicos de Goiânia, como o HUGO e o Materno-infantil. [...] A demanda era espontânea, agora ela é regulada."

Houve unanimidade de resposta dos informantes quando questionados sobre a implementação da autorização de EU pela CE, de que melhorou o acesso, como se lê nas expressões:

"Antes a pessoa que tinha alguma influência [...] de entrar nos locais de atendimento, eles conseguiam entrar, hoje eles não entram mais; então o acesso ficou mais democrático para todo o mundo. Todas as pessoas que precisam de acesso têm que passar pela Central [...]".

A propósito das vantagens que a Regulação Médica do fluxo dos EU trouxe à melhoria do acesso segundo o parâmetro adequação da distribuição de recursos assistenciais, dois entrevistados concordaram e justificaram que a regulação médica dos EU inibe os encaminhamentos desnecessários e a demanda não regulada.

A contribuição da CE para a ordenação do fluxo das urgências foi um ponto comum a todas as entrevistas. No desenho peculiar da RAU, com predomínio de unidades pré-hospitalares de urgência, torna-se fundamental orientar a demanda de urgências

visando à provisão do serviço segundo critérios estabelecidos para a solução ágil dos quadros urgentes.

"Essa figura do encaminhamento veio organizar o serviço, [...] veio para inibir os casos desnecessários de utilizar os nossos leitos hospitalares. O HUGO já chegou a atender 900 pacientes por dia, hoje ele atende 170 pacientes. Onde foram parar esses quase 700 pacientes? [...] eles passaram a ser melhor atendidos nos CAIS e CIAMS, [...]. Então, adequou a distribuição do acesso. Para ter acesso ao HUGO, HMI, HDT, e HC precisa da autorização do Encaminhamento [...]."

Quanto ao fortalecimento da capacidade de resposta do sistema, pode-se dizer que se deu por meio da expansão das unidades pré-hospitalares fixas (CAIS e CIAMS); implementação das salas de estabilização; reforço às equipes de profissionais atuando em urgências; e instituição de exames laboratoriais de enzimas cardíacas, procedimentos de hemoterapia e Terapia Renal Substitutiva (hemodiálise), quando tecnicamente indicados (Anexo 13); repercutindo todos no aproveitamento racional da capacidade instalada na RAU.

Nesse sentido, diversos participantes sugeriram a necessidade de aperfeiçoamento ainda mais amplo para efetivar a longitudinalidade do cuidado em ambiente especializado:

"[...] essa capacidade de resposta continua insuficiente. Agora, o paciente fica no CAIS aguardando o encaminhamento [...] e, muitas vezes, não sai do CAIS [...] porque o maior problema são as equipes de plantão nas referências tipo o HUGO que é pra ter ali quatro neurocirurgiões, tem dia que não tem um [...]; aí não tem como operar, como atender, como avaliar; não vai receber o paciente."

"[...] um paciente, por exemplo, com DPOC, oxigênio-dependente, ele vai para uma vaga de UTI e é um paciente que poderia ficar em um leito comum com oxigênio, e a rede não oferta esse tipo de vaga. Aí, ele vai para o leito de UTI e [...] ficam pessoas, adultos jovens, cinco dias aguardando um leito de UTI; são pacientes com prognóstico positivo, o que poderia fazer toda a diferença na vida dessa pessoa."

A demanda reprimida foi confirmada por vários participantes e se evidencia no sistema gerenciador de regulação na forma de "Pendências", denominação dada às solicitações de EU ou IU que aguardam resposta autorizativa no sistema do CRgG.

Os EU são autorizados para os pontos de atenção de maior complexidade no sistema hierarquizado da rede regional de urgências, permanecem em pendência por curto período ou são transformados em IU. Nesse caso, a solicitação de EU é excluída com justificativa do médico regulador e a unidade solicitante cadastra a solicitação da IU a partir do laudo de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) emitido pelo médico assistente com indicação do procedimento e tipo de leito.

Enquanto "pendências" de UTI, os pacientes com laudos de AIH permanecem nos prontos-socorros das unidades hospitalares e nas salas de estabilização/salas de emergência das unidades pré-hospitalares (CAIS, CIAMS) equipadas com materiais e equipamentos de urgência, até que o leito de UTI seja disponibilizado.

Houve referência à permanência de pacientes graves nessas Unidades por alguns dias e a ocorrência de óbito antes que um leito de UTI estivesse disponível. O quadro demonstrativo dos atendimentos de todos os CAIS e CIAMS no mês de janeiro de 2012 registra 65 óbitos entre os 81.412 atendimentos (SMS, 2012).

Poucos informantes-chaves se puseram de acordo ao efeito positivo da regulação dos EU no fortalecimento da capacidade de resposta do sistema à demanda de urgências:

"[...] com todas essas decisões que foram tomadas em relação aos encaminhamentos de urgência, eu acredito que hoje um dos principais motivos dos CAIS terem tanta resolutividade foi justamente esse fortalecimento deles de atenderem os pacientes de urgência do município de Goiânia. Em relação ao acesso, se comparássemos antes dos EU e hoje, perceberemos que o HUGO, hoje, trabalha de forma mais tranquila. [...] Eu vejo isso também nas unidades de saúde, eu vejo também nos CAIS, em todas as unidades, eu vejo também que eles sentiram que a autorização do encaminhamento melhorou o fluxo dos pacientes e o acesso."

O conjunto das falas dos participantes convergiu para o consenso da contribuição da CE e de sua função reguladora dos EU na ordenação do fluxo da transferência de pacientes entre pontos de atenção fixos da RAU. Parte delas foi favorável à contribuição da CE e dos EU na adequação da distribuição de recursos assistenciais. Uma menor fração concordou com a contribuição da CE e dos EU no fortalecimento da capacidade de resposta à demanda das urgências.

Além das considerações dos processos de trabalho na CE, não se pode deixar de mencionar a contribuição dessa política como mecanismo/estratégia de gestão para concretização dos princípios e diretrizes do SUS na atenção às urgências.

## **5.4. Processo de implementação da PNAU e da PNR do SUS no município de Goiânia**

### ***5.4.1. Implementação da PNAU***

Escolheu-se como primeira apreciação analisar o processo de implementação da política de urgência no município de Goiânia à luz da Portaria MS/GM nº 1600/2011, que revoga a Portaria MS/GM nº 1863/2003, e segundo seus critérios separadamente.

Com o fim de assegurar o direito à saúde no atendimento aos casos agudos, a norma reformuladora da política instituiu a Rede de Atenção às Urgências, suas diretrizes, organização, componentes e operacionalização (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a). Pretende o atendimento às urgências por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS, que possibilite a resolução integral da demanda ou a sua transferência para pontos de atenção de maior complexidade.

Para análise dos processos implementados, optou-se por fazer uma análise separadamente desses critérios, como segue.

I - As diretrizes da RAU regulamentadas na Portaria GM/MS nº 1600/2011 reproduzem os princípios fundamentais do SUS:

- garantia da universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências de toda ordem;
- regionalização do atendimento com articulação das diversas redes de atenção e acesso regulado dos serviços de saúde;
- regulação articulada entre todos os componentes da RAU [...];
- ampliação do acesso e acolhimento aos casos agudos [...] em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos;
- articulação e integração dos diversos serviços e equipamentos de saúde, constituindo redes de saúde com conectividade entre os diferentes pontos de atenção;
- articulação interfederativa entre os diversos gestores, desenvolvendo atuação solidária responsável e compartilhada;
- participação e controle social dos usuários sobre os serviços;
- monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços através de indicadores de desempenho que investiguem a efetividade e resolutividade da atenção; entre outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a, Art. 2º).

Preponderam na implementação da rede loco-regional de atenção às urgências em Goiânia, diretas alinhadas

- ✓ ao acesso regulado dos serviços de saúde;

- ✓ à ampliação do acesso aos usuários domiciliados nas diversas regiões do Estado;
- ✓ ao acolhimento aos casos agudos nos pontos de atenção, principalmente os não hospitalares; e
- ✓ à articulação dos serviços na conformação em rede.

Participantes do estudo reclamaram maior articulação entre os gestores federados para incremento da regionalização do atendimento com base em uma rede referenciada de serviços em todo o Estado.

Não foram identificadas a constituição e a formalização de indicadores de desempenho para monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços que investiguem a efetividade e resolutividade da atenção conforme estabelece a portaria da PNAU.

## II - Quanto à organização proposta na política, a RAU:

- menciona "articular e integrar todos os equipamentos com o objetivo de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral em situações de urgência e emergência [...] de forma ágil e oportuna;
- deve ser implementada gradativamente em todo território nacional, respeitando-se critérios epidemiológicos e de densidade populacional;
- os processos e fluxos assistenciais na RAU tem por base o acolhimento com classificação de risco, a qualidade e a resolutividade da atenção; e
- priorizará as linhas de cuidados cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a, Art. 3º).

O processo de implementação da PNAU no município de Goiânia contemplou, em sua organização:

- 1- A articulação e integração dos pontos de atenção da rede de urgências, visando a ampliar o acesso aos serviços e ao cuidado dos quadros urgentes. Exemplo disto, a implementação da Central de Encaminhamento, objeto do estudo, oportunizou a ordenação do fluxo das urgências entre os pontos de atenção do componente pré-hospitalar fixo e hospitalar, quando necessária a atenção em nível de maior complexidade da RAU (item 5.2.2).

- 2- A expansão gradativa do componente pré-hospitalar fixo para o total de dezesseis unidades com atendimento 24 horas, com a qualificação/ampliação prevista de seis delas em UPAs (item 5.1.2).
- 3- A orientação dos fluxos assistenciais pautada no acolhimento com classificação de risco implantado em todas as portas de entrada de urgência na RAU de Goiânia, que contribui com a priorização do atendimento segundo a gravidade.
- 4- A ampliação da área referenciada do CRgG, expandindo o acesso regulado aos usuários de todo o Estado de Goiás a partir do mês de abril de 2011.

Entre os grandes grupos de causas de óbito no país, o das Doenças do Aparelho Circulatório ocupam o primeiro lugar em todas as regiões brasileiras, sobrepujando o grupo das Causas Externas no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM, 2008). As doenças cerebrovasculares e as doenças isquêmicas do coração são as duas maiores causas de óbito no Brasil.

Teve-se evidente, em relatos dos médicos reguladores, que a organização da RAU em Goiânia priorizou a linha de cuidado traumatológica, com a oferta de atendimento especializado no HUGO e no CROF; contudo, aguarda a priorização da linha de cuidado cardiovascular e cerebrovascular.

O retardo da decisão política de priorizá-las contraria o modelo de organização da rede de urgências, disposto no § 4º do Art. 3º da portaria regulamentadora da PNAU, e repercute na não resolutividade a essa demanda, expressa nas pendências de solicitações de encaminhamentos e de leitos no sistema do CRgG. São pacientes com quadros de Acidentes Vasculares Encefálicos e problemas cardíacos (Infarto Agudo do Miocárdio e outros) que permanecem em unidades não especializadas aguardando leitos hospitalares.

Assim é que a RAU em Goiânia necessita da composição de unidades especializadas que comportem a demanda dos problemas cardíacos e AVEs, com retaguarda de leitos hospitalares.

Apresenta-se no Quadro 9, a síntese da implementação da PNAU no município de Goiânia segundo os critérios de suas Diretrizes e Organização.

**Quadro 9** – Processo de Implementação da Política Nacional de Atenção às Urgências no Município de Goiânia - Portaria MS/GM N° 1.600/2011.

<b>Diretrizes/Organização</b>	<b>Processos Implementados</b>
<p>→ ampliação do acesso e acolhimento aos casos agudos em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos;</p> <p>→ regionalização do atendimento às urgências com articulação das diversas redes de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde;</p> <p>→ articulação e integração dos diversos serviços e equipamento de saúde, constituindo redes de saúde com conectividade entre os diferentes pontos de atenção;</p> <p>→ atuação profissional e gestora visando o aprimoramento da qualidade da atenção por meio do desenvolvimento de ações coordenadas, contínuas e que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde;</p> <p>→ monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços através de indicadores de desempenho que investiguem a efetividade e a resolutividade da atenção;</p> <p>→ participação e controle social dos usuários sobre os serviços;</p> <p>→ articulação interfederativa entre os diversos gestores desenvolvendo atuação solidária, responsável e compartilhada;</p> <p>→ articulação e integração dos equipamentos de saúde com o objetivo de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral em situações de urgência e emergência de forma ágil e oportuna;</p> <p>→ implementação gradativa em todo território nacional, respeitando-se critérios epidemiológicos e de densidade populacional;</p> <p>→ priorização das linhas de cuidados cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica.</p>	<p>→ articulação e integração dos pontos de atenção, visando a ampliar o acesso aos serviços e ao cuidado dos quadros urgentes. Por meio da implementação da Central de Encaminhamento, oportunizou a ordenação do fluxo das urgências entre os pontos de atenção do componente pré-hospitalar fixo e hospitalar quando necessária a atenção em nível de maior complexidade da RAU;</p> <p>→ expansão gradativa do componente pré-hospitalar fixo para o total de dezesseis unidades com atendimento 24 horas, com a qualificação/ampliação prevista de seis destas em UPAs;</p> <p>→ orientação dos fluxos assistenciais pautada no acolhimento com classificação de risco implantado em todas as portas de entrada de urgência na RAU de Goiânia, que contribuiu com a priorização do atendimento segundo a gravidade;</p> <p>→ priorização da linha de cuidado traumatológica com a oferta de atendimento especializado no HUGO e no CROF.</p>

**Fonte:** Autora, 2012.

III- A RAU preconizada na política (Art. 4º) constitui-se dos componentes:

- promoção, prevenção e vigilância à saúde;
- atenção básica em saúde;
- Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas centrais de regulação médica das urgências;
- salas de estabilização;

- Força Nacional de Saúde do SUS;
- UPA 24 horas e o conjunto de serviços de urgências 24 horas;
- hospitalar; e
- atenção domiciliar.

A análise dos componentes da rede loco-regional de urgências implementada no município de Goiânia descortinou o que se descreve a seguir. Está colocado em síntese no Quadro 10, a implementação da Política Nacional de Atenção às Urgências no município de Goiânia segundo o critério dos seus Componentes.

**Quadro 10** - Processo de Implementação da Política Nacional de Atenção às Urgências no Município de Goiânia - Portaria MS/GM Nº 1.600/2011.

Componentes	Processos Implementados
<ul style="list-style-type: none"> <li>• promoção, prevenção e vigilância à saúde;</li> <li>• atenção básica em saúde;</li> <li>• implementação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas centrais de regulação médica das urgências;</li> <li>• salas de estabilização;</li> <li>• Força Nacional de Saúde do SUS;</li> <li>• UPA 24 horas e o conjunto de serviços de urgências 24 horas;</li> <li>• hospitalar; e</li> <li>• atenção domiciliar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ampliação de cobertura da Estratégia Saúde da Família para 42%;</li> <li>• implementação do componente pré-hospitalar móvel (SAMU-192) na Macro Região Centro-Oeste integrado à estrutura da DRAC/SMS em 2011, com a sua CR de Urgências contígua ao CRgG. Cobertura no Estado é 100%;</li> <li>• expansão do componente pré-hospitalar fixo, de 04 para 13 unidades pré-hospitalares de urgência da rede de saúde municipal (CAIS e CIAMS), criação do AMQ em 2005 e do CROF em 2008;</li> <li>• instalação de quatro salas de estabilização nos CAIS e CIAMS;</li> <li>• contratualizações de 54 prestadores cadastrados na rede SUS em Goiânia.</li> </ul>

Fonte: Autora, 2012.

Na atenção básica em saúde, houve ampliação de cobertura da Estratégia Saúde da Família para 42%, o que revela a atual existência de vazios assistenciais neste nível de atenção. Conquanto a PNAU responsabilize a AB pelo "primeiro cuidado às urgências e emergências em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento do paciente em

situação de urgência a outros pontos de atenção" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a, Art. 6º), tal atendimento não é praticado regularmente nesse nível, repercutindo na migração do paciente para um serviço de urgência.

Relatou um representante do CRgG:

"[...] em algumas unidades das equipes de saúde da família, o primeiro atendimento é prestado; nas outras [...] se o paciente está passando mal, é feito o encaminhamento direto para um CAIS ou CIAMS. Observo que ainda tem essa deficiência".

A falta de interação entre a AB e as unidades pré-hospitalares de urgência, - CAIS e CIAMS -, repercute na descontinuidade do cuidado aos pacientes crônicos, conforme mencionou um membro da direção:

"[...] acredito que 40% dos pacientes que estão na emergência são pacientes que deveriam ser atendidos na rede básica. [...] Tem vários pacientes aqui na urgência que vem três vezes por semana baixar glicemia. Quem que acompanha? Ninguém. Quem trata no ambulatório? Ninguém. Então vai continuar vindo nas urgências a vida inteira até ficar cego, perder um membro ou outra coisa mais grave. É isso que acontece e superlota as urgências [...]"

Quanto ao componente Serviços de Atendimento Móvel de Urgência e suas Centrais de Regulação de Urgências, tem-se o SAMU-192 Macro Região Cento-Oeste integrado à estrutura organizacional da DRAC/SMS em 2011, com a sua CR de Urgências contígua ao CRgG. As demais CR SAMU regionais habilitadas estão sob coordenação da SCATS/SES.

O Estado de Goiás tem 100% de cobertura do componente SAMU e as suas 12 Centrais Regionais, a partir de abril de 2011, passaram a intermediar as solicitações de EU e IU dos municípios de suas abrangências junto ao CRgG via sistema de regulação ao qual todas as regionais SAMU se interligam.

Embora abordado por apenas um dos informantes-chaves, merece destaque a observação de que o Ministério da Saúde não previu a demanda intrahospitalar de transporte do SAMU 192 no planejamento e implantação da política de urgências referente ao cálculo das unidades de transporte. Por esta razão, o atendimento às solicitações carecem de avaliação de priorização e aumenta o tempo de espera de algumas.

Médicos reguladores haviam referido o atraso na transferência de pacientes com EU autorizados e a perda de leitos de UTI regulados, em face da demora no transporte

ofertado pelo SAMU; havendo sido sugerida a disponibilização de sistema de transporte próprio da SMS para a remoção mais ágil dos pacientes regulados, otimizando transferências, pareceres, procedimentos e ocupação de leitos no caso das internações.

Prevê-se que a implementação das UPAs 24 horas na RAU em Goiânia representará aumento importante na proporção de encaminhamentos regulados pelo CRgG e a maior necessidade de utilização das unidades de transporte do SAMU.

Salas de estabilização foram instaladas e equipadas em quatro das unidades pré-hospitalares fixas de urgência da rede de saúde municipal, - os CAIS e CIAMS. Seis destes serão ampliados/qualificados em UPA porte I. Um dos informantes, médico regulador do CRgG, afirmou:

"Os atendimentos nos CAIS evoluíram muito. Não tinha paciente entubado em CAIS, não tinha atendimento mais complexo [...], os Cais eram muito poucos [...] e a maioria funcionavam no máximo até 22 horas. [...] a gente tinha basicamente o HUGO para encaminhar os pacientes [...]."

Conforme descrito no item 5.1, há previsão de construção de seis UPAs 24 horas, ampliando-se, assim, a rede pré-hospitalar fixa. Essa expectativa de alargamento traz, juntamente, a de responsabilização dos três entes governamentais na provisão de correspondente retaguarda de leitos e de qualificação da assistência, visando à continuidade do cuidado na rede de atenção à saúde.

Em relação ao componente hospitalar, são em número de 54 os prestadores cadastrados na rede SUS em Goiânia. Informou um membro diretor participante:

"A gente tem uma rede própria e, em relação à conveniada, [...] avançou muito a questão das contratualizações com a Santa Casa, o Hospital Araújo Jorge, a Fundação Banco de Olhos, o Hospital das Clínicas [...]. Então houve um avanço no mecanismo de contratualização desses hospitais com o município de Goiânia."

" [...] a gente tem hoje em sistema todos os leitos mapeados e monitorados dos hospitais contratados e credenciados ao SUS no município de Goiânia sob a gestão nossa."

O incremento na rede hospitalar, contudo, não foi considerado suficiente ao aumento da demanda advinda da ampliação da abrangência do CRgG para todo o Estado.

Um fator agravante mencionado por representantes da direção do CRgG e dos equipamentos de saúde foi a "sub-remuneração" dos serviços pagos aos prestadores nos valores da tabela de procedimentos do SUS e o conseqüente estímulo à limitação da oferta

de leitos ao sistema público e ao descredenciamento dos serviços, principalmente os especializados.

As Portarias nº 201 e 261/2011, da SMS de Goiânia (Anexos 14 e 15), normatizam iniciativas do gestor municipal na complementação dos valores de diárias de UTI da tabela SUS e no incentivo para realização de internações cirúrgicas traumáticas ortopédicas de urgência aos prestadores.

Nesse sentido, o estudo de Farias (2009) evidenciou a possibilidade da atuação de atores institucionais com "interesses conflitantes" na lógica de mercado do sistema de saúde brasileiro, quais sejam: "interesses dominantes" no setor público; "interesses desafiadores" no setor privado complementar, em busca de ampliar seus benefícios; e os "interesses reprimidos", atribuídos aos princípios doutrinários do SUS ao longo de sua implementação (FARIAS, 2009).

O componente promoção, prevenção e vigilância à saúde, que deve permear todas as ações da política de urgências; a Força Nacional de Saúde do SUS; e o componente atenção domiciliar, compreendido em seu amplo sentido de "promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação" (GOIÂNIA, SMS, 2011, Art. 12), não foram incluídos na presente análise do processo de implementação da política de urgências no município de Goiânia.

IV - Em suas disposições finais, a política recomenda Comitês Gestores Municipais, Estaduais e Regionais da RAU, que representam "espaço formal de discussão e implementação das correções necessárias à permanente adequação do sistema de atenção integral às urgências" em conformidade às diretrizes estabelecidas pelos Planos de Atenção às Urgências (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a). Tais Comitês, com instâncias de controle público, exprimem a participação social na política de atenção às urgências.

A propósito do Comitê Gestor da Rede Municipal de Atenção às Urgências, constituído e coordenado pela SMS de Goiânia, um dos representantes do CRgG explicou que

"[...] o Comitê está agora numa fase de transição, de substituição de chefias, e uma proposta do atual secretário é criar uma equipe operativa que vai acompanhar o funcionamento das nossas unidades. [...] Devido a essa transição, o Plano de Urgências ainda está desatualizado, mas os serviços no SAMU, na Central de Vagas, no Complexo Regulador trabalham 24 horas, então a gente tem que trabalhar as válvulas de escape; as opções de acesso são criadas e ao mesmo tempo são desfeitas diariamente, até pelos processos que a gente está passando em todo o país de fortalecimento e ao mesmo tempo de mudanças no tipo de atendimento prestado."

Considerando-se que a atribuição do Comitê Gestor Municipal preconizada na política de urgências é garantir "a adequada articulação entre os entes gestores e os executores das ações" (Art. 14, § 1º), e que o Plano de Ação Municipal junto ao Plano de Ação Regional constituem-se em documentos orientadores "para o monitoramento e a avaliação da implementação" da RAU (Art. 13, § 2º), espera-se que a transição em seu âmbito, suceda sem prejuízo desta garantia articuladora e da execução das ações de controle e avaliação da rede.

Não se constituiu em escopo do presente estudo a análise da operacionalização da Rede de Atenção às Urgências em fases, discriminada na portaria da PNAU.

Ao analisar a evolução do processo de implementação da política de urgências no município de Goiânia, conclui-se que foi construída sobre bases políticas e técnicas, e ressaltam-se dois aspectos importantes do seu trajeto:

- a implementação da CE, responsável pela ordenação do fluxo das urgências no componente pré-hospitalar fixo e hospitalar da RAU; e
- a ampliação da área de abrangência do CRgG para todo o Estado de Goiás.

#### ***5.4.2. Implementação da PNR do SUS***

Em segunda apreciação, procedeu-se à análise do processo de implementação da política de regulação do SUS no município de Goiânia, tomando como referência a PNR do SUS disposta na Portaria MS/GM nº 1559/2008.

A política aponta as três dimensões integradas de atuação da regulação, as ações que cada uma delas contempla, seus objetos e sujeitos; visando à organização das redes e fluxos assistenciais de modo a "prover acesso equânime, integral e qualificado aos serviços de saúde" em todos os níveis de atenção à saúde. A política define que a sua implementação deve possibilitar "a plenitude das responsabilidades sanitárias assumidas pelas esferas de governo" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011c).

O seu detalhamento pode ser encontrado no Capítulo III deste estudo, interessando aqui analisar a dimensão da regulação assistencial, estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais.

A exequibilidade da regulação do acesso à assistência abrange a regulação médica no exercício da autoridade sanitária delegada pelo gestor para a garantia do acesso às ações e serviços, baseada em critérios previamente estabelecidos (protocolos clínicos e de regulação) e conformados às diretrizes e princípios do SUS.

Observa-se que por meio do atendimento às urgências, do gerenciamento dos leitos, do controle das agendas de consultas e dos procedimentos especializados, a regulação propõe disponibilizar alternativas assistenciais adequadas para suprimento das necessidades de saúde dos usuários do sistema.

As ações e atribuições da Regulação do Acesso, dispostas nos Art. 5º e 8º da Portaria da PNR, e as competências dos Municípios em seu âmbito administrativos, dispostas no Art. 10, estão colocadas em síntese, no Quadro 10, ladeadas dos processos implementados no município de Goiânia segundo tais critérios.

São os Complexos Reguladores, os sistemas logísticos da regulação assistencial, ordenadores da relação entre as necessidades dos usuários de sua área de abrangência e a oferta de serviços e ações de saúde.

Essas estruturas de instância regulatória governamental no sistema de saúde estão constituídas por um conjunto de Centrais de Regulação - CR das Urgências, CR de Internações Hospitalares e CR de Consultas e exames especializados-, como suas unidades operacionais, a exemplo do CRgG e outros complexos reguladores espalhados pelo país.

Os modelos propostos na política para os complexos reguladores do acesso, em razão da abrangência e estrutura pactuadas entre gestores, são: Complexo Regulador Estadual, Regional e Municipal. Ilustra-se no Quadro 11, o processo de implementação da PNR do SUS no Município de Goiânia, segundo Modelos, Atribuições e Organização dos Complexos Reguladores.

A rede loco-regional de urgências em Goiânia tem no CRg da SMS um modelo de Complexo Regional, desde a sua ampliação de abrangência para todas as regiões sanitárias do Estado. Organizado com uma estrutura diferente da delineada para os Complexos Reguladores na regulação do acesso, o CRgG possui uma CE que organiza o fluxo de pacientes entre os pontos de atenção pré-hospitalares fixos e hospitalares da RAU, sob regulação médica, como descrito no item 5.2..

A norma regulamentadora da política caracteriza dois modelos de gestão do CRg Regional: Gestão e gerência da SES; e Gestão compartilhada entre a SES e as SMS que compõem a Região.

**Quadro 11** – Processo de Implementação da Política Nacional de Regulação do SUS no Município de Goiânia - Portaria MS/GM nº 1559/2008.

<b>Ações / Atribuições da Reg. do Acesso / Competências do Município (Art. 10)</b>	<b>Processos Implementados</b>
<p><b>Ações da Regulação do Acesso (Art.5º)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências;</li> <li>• controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados;</li> <li>• padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais;</li> <li>• estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados.</li> </ul> <p><b>Ações em relação aos processos de trabalho da Regulação do Acesso (RA) (Art 6º)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprimoramento ou implantação dos processos de trabalho de forma integrada, em todas as esferas de gestão do SUS.</li> </ul> <p><b>Atribuições da Reg. do Acesso* (Art 8º, §1)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• garantir o acesso aos serviços de saúde de forma adequada;</li> <li>• elaborar, disseminar e implantar protocolos de regulação;</li> <li>• diagnosticar, adequar e orientar os fluxos da assistência;</li> <li>• construir e viabilizar as grades de referência e contra-referência;</li> <li>• capacitar de forma permanente as equipes que atuarão nas unidades de saúde;</li> <li>• subsidiar a programação pactuada e integrada.</li> </ul> <p><b>Competências das três esferas de governo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• executar a regulação, o controle, a avaliação e a auditoria da prestação de serviços de saúde;</li> <li>• elaborar estratégias para a contratualização de serviços de saúde;</li> <li>• definir e implantar estratégias para cadastramento de usuários, profissionais e estabelecimentos de saúde;</li> <li>• capacitar de forma permanente as equipes de regulação, controle e avaliação; e</li> <li>• elaborar, pactuar e adotar protocolos clínicos e de regulação.</li> </ul> <p><b>Competências do Município* (Art. 10, § 3º)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• viabilizar o processo de RA a partir da AB, provendo capacitação, ordenação de fluxo, aplicação de protocolos e informatização;</li> <li>• garantir o acesso adequado à população referenciada, de acordo com a programação pactuada e integrada;</li> <li>• processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios, contratados e conveniados etc.</li> </ul>	<p><b>Ações</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• regulação da atenção pré-hospitalar móvel pelo SAMU-192, não inserido no CRgG, mas junto a este, na estrutura organizacional e física da DRAC/SMS;</li> <li>• regulação da atenção pré-hospitalar fixa e hospitalar- por meio da CI e da CE; e regulação do acesso aos leitos de urgência e aos procedimentos hospitalares eletivos;</li> <li>• padronização das solicitações definidas em fluxogramas;</li> <li>• referências entre unidades de abrangência local.</li> </ul> <p><b>Atribuições da Reg. do Acesso</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aprimoramento ou implantação dos processos de trabalho de forma integrada, em todas as esferas de gestão do SUS.</li> </ul> <p><b>Competências</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• orientação dos fluxos da assistência;</li> <li>• regulação, controle, avaliação e auditoria da prestação de serviços de saúde;</li> <li>• contratualização de serviços de saúde;</li> <li>• definição e implantação de estratégias para cadastramento de usuários, profissionais e estabelecimentos de saúde;</li> <li>• garantir o acesso adequado à população referenciada, de acordo com a programação pactuada e integrada;</li> <li>• processamento da produção dos estabelecimentos de saúde próprios, contratados e conveniados.</li> </ul>

**Fonte:** Autora, 2012.

No histórico relatado por um membro diretor estadual, o início da "regulação" na capital goiana ocorreu de forma institucional em dezembro de 1996, quando sequer era mencionada essa terminologia, por meio da implementação da Coordenação de Controle e Avaliação da SMS de Goiânia e a transferência de uma Central de Internação incipiente que funcionava no Hospital de Urgências de Goiânia para as dependências da Coordenação sediada no Setor Oeste.

Surgiu como resposta ao interesse de descentralizar os serviços do SUS, para cumprimento da NOB-SUS 96, cujos requisitos à municipalização incluíam "a implantação do componente municipal do Controle e Avaliação". Foi referido apoio do Ministério da Saúde nesse processo no decorrer do ano de 1997, o qual disponibilizou recursos humanos e técnicos para a concretização da vontade do gestor municipal de inicialmente efetivar o processamento da produção ambulatorial e hospitalar dos prestadores de serviços de saúde no SIA e no SIH-SUS. Cumpridos os requisitos, Goiânia foi qualificado na Gestão Plena do Sistema Municipal e assumiu a gestão do sistema de saúde em seu território.

Segundo o membro gestor estadual,

"o nosso modelo de regulação ainda não tinha a autonomia, o bom senso e, talvez a análise clínica necessária devido a fatores como: a falta de Médico Regulador (que hoje é um grande avanço) para fazer a análise da solicitação da internação ou de um procedimento baseado em evidência, mesmo à longa distância. Tais avanços, naquela época, eram utopia. [...] A evolução desde aquela época até agora, tanto da atenção às urgências quanto da assistência eletiva, foi que proporcionou uma maturidade maior do gestor, direcionando o processo. Com isso, a regulação evoluiu muito no sentido de não se fechar as portas dependendo desse ou daquela patologia, desse ou daquele município ou região."

A Coordenação de Controle e Avaliação, que depois se tornou Departamento de Controle e Avaliação, foi transferida em 1998 para uma estrutura física contígua à SMS no Setor Pedro Ludovico e, posteriormente, para a sua sede atual localizada no Jardim Goiás, com a denominação de Diretoria de Regulação, Controle e Avaliação / SMS.

Sobre as políticas de atenção às urgências e de regulação do SUS, o participante considerou que "houve avanço, mas ainda há muito que se fazer". Em sua análise do processo regulatório desde a implantação em 1996, mostrou que havia uma Central de Vagas que regulava não baseada na visão maior, no retrato da disponibilização dos leitos por especialidades, com a estrutura e o mapeamento de rede que se tem agora.

Na opinião dos médicos reguladores que atuam desde anteriormente à implementação da CE no CRgG,

"Houve um crescimento e uma organização muito grande da regulação [...]."

,"Eu vejo isso também das unidades de saúde, eu vejo também nos CAIS, em todas as unidades, eu vejo também que eles sentiram que melhorou."

Contudo, comungam médicos reguladores sobre as limitações estruturais e técnicas presentes na RAU:

"A dificuldade da gente é muitas vezes ter uma demanda do encaminhamento e não saber o que fazer com o paciente, não ter para onde mandar [...] principalmente no final de semana: a gente não tem acesso aos cirurgiões vasculares, ao broncoscopista, as unidades não têm plantonista naquela especialidade, então, muitas vezes, a dificuldade é técnica mesmo."

Na experiência descrita por um gerente de unidade não hospitalar

"O que a gente tem maior dificuldade de encaminhar são os pés diabéticos, são as feridas crônicas; agora o maior número de recebimentos de encaminhamentos é da parte de cirurgia geral de urgência (apendicite, colecistite) e procedimentos em pequenas cirurgias, mas também recebe solicitação para suporte diagnóstico de outras unidades."

Como avanço, observe-se que, em 2008, implementou-se o mapeamento dos leitos hospitalares contratados pela SMS (urgência e eletivos), no sistema, por tipo de leito e prestador, possibilitando a autonomia na regulação dos leitos pelo CRgG; conforme expressaram entrevistados:

" O sistema permite a gente regular o paciente em tempo real: colocou lá na unidade, a gente já consegue visualizar o paciente e consegue responder pra unidade, então a gente não precisa telefonar, informar... E através do sistema mesmo, eles também tem a resposta imediata."

"Hoje praticamente todas as Unidades Hospitalares, tanto as próprias do SUS quanto as conveniadas, têm acesso ao sistema [...], todas as unidades de urgência, CAIS, CIAMS e Centros de Saúde do município de Goiânia têm acesso."

Foram implementadas crescentes melhorias na estrutura física e equipamentos próprios à regulação e, em abril de 2008, o gestor municipal inaugurou o conjunto das CR já existentes com a inscrição de Complexo Regulador de Goiânia.

A participação do nível estadual na política de regulação do SUS em Goiânia se traduziu na implantação do CRgE, cuja implementação encontra-se em andamento. Resumi um dos gestores que

"será de suma importância o Complexo Regulador que está em trabalho de implantação, o sistema de regulação deles. [...] Eu não vi ainda, vamos dizer assim, ações de processo de regulação do Complexo Regulador Estadual, mas eu tenho certeza que eles estão trabalhando para isso e, em breve, nós teremos uma parceria muito boa."

Redes de saúde constituem-se de diversos serviços e equipamentos de saúde articulados e integrados, "com conectividade entre os diferentes pontos de atenção" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a). Conquanto a regulação articulada entre os componentes da RAU se materializa nas práticas dos CRg e suas CR, os protocolos de regulação se concretizam mediante a viabilização de grades de referência e contra-referência de serviços, que orientam os fluxos assistenciais.

Representantes do CRgG relataram necessidade de uma grade de referenciamento regionalizada dos serviços de saúde especializados no âmbito do Estado de Goiás e atribuem essa responsabilidade à SES-GO, considerando-se que os referenciamentos no município de Goiânia são de competência da SMS de Goiânia. Um dos representantes ponderou:

"A minha opinião é que o Estado tem que ter uma grade de cada tipo de assistência. Em Goiânia, a gente tem as nossas grades mas não tem as grades do interior [...] Isso não está muito bem definido, então é um desafio que temos que vencer. Esse desafio de grade é mais importante que o desafio de leito. Não adianta só abrir mais leito em Goiânia, a gente sente a necessidade de fortalecer o PDR [...] e uma política de investimento nos municípios do interior que têm índice populacional propício a mais leitos resolutivos."

Há expectativa de aperfeiçoamento da atenção às urgências no nível estadual, como observou um dos participantes:

"a partir do momento em que a rede estadual estiver estruturada, haverá melhor fluxo, e surgirão mais leitos de UTI, de urgência cirúrgica, para doenças crônico-degenerativas em urgência, AVC, IAM e de trauma. Então o atendimento ao paciente será em tempo real, sem a longa espera que acontece hoje. O desafio é implementar essa rede de atenção às urgências em todo o Estado e ter o Complexo Regulador Estadual operacionalizando a regulação estadual."

Todos os participantes concordaram que o gerenciamento, via sistema, dos leitos do SUS da rede pública, filantrópica e privada, e a regulação autorizativa de consultas e exames especializados condicionada ao atendimento prévio do paciente em serviços do SUS e à ordem de solicitação, com possibilidade de priorização, expressam avanços na prática da integralidade e equidade aos usuários.

Destaques foram dados à implementação da CE, em 2008, e à expansão da área referenciada do CRgG a todo o Estado, em 2011; e prenunciados maiores avanços do compartilhamento de esforços das esferas governamentais que venham suprir as deficiências apontadas e possibilitem a continuidade do cuidado na rede de atenção à saúde. As análises dos relatórios do sistema, documentos e do teor das entrevistas aos informantes-chaves quanto ao processo de implementação da política de regulação do SUS evidenciaram-se compatíveis com grande parte do que preconiza a sua norma.

**Quadro 12** - Processo de Implementação da Política Nacional de Regulação do SUS no Município de Goiânia - Portaria MS/GM nº 1559/2008 - Modelos, Atribuições e Organização do Complexo Regulador.

<b>Atribuições / Modelos Organização do Complexo Regulador</b>	<b>Processos Implementados</b>
<p><b>Atribuições</b> (Art 8, §2º)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• fazer a gestão da ocupação de leitos e agendas das unidades de saúde;</li> <li>• absorver ou atuar de forma integrada aos processos autorizativos;</li> <li>• efetivar o controle dos limites físicos e financeiros;</li> <li>• estabelecer e executar critérios de classificação de risco; e</li> <li>• executar a regulação médica do processo assistencial.</li> </ul> <p><b>Modelos</b> (Art. 9º)</p> <p>I - Complexo Regulador Estadual - gestão e gerência da SES</p> <p>II - Complexo Regulador Regional - gestão e gerência compartilhada entre a SES e a SMS</p> <p>III- Complexo Regulador Municipal - gestão e gerência da SMS</p> <p><b>Organização</b> (Art. 9º, §1º)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Central de Regulação de Consultas e Exames: regula o acesso a todos os procedimentos ambulatoriais, incluindo terapias e cirurgias ambulatoriais;</li> <li>• Central de Regulação de Internações Hospitalares: regula o acesso aos leitos e aos procedimentos hospitalares eletivos e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência; e</li> <li>• Central de Regulação de Urgências: regula o atendimento pré-hospitalar de urgência e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência.</li> </ul>	<p><b>Atribuições</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• gerencia leitos hospitalares e agendas das unidades de saúde;</li> <li>• atua consonante aos processos autorizativos;</li> <li>• protocolos clínicos mediante classificação de risco realizada nas portas de entrada de urgência;</li> <li>• processo assistencial submetido à regulação médica.</li> </ul> <p><b>Modelo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Complexo Regulador Regional com gestão e gerência da SMS/Goiânia</li> </ul> <p><b>Organização</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Central de Regulação de Consultas e Exames</li> <li>• Central de Regulação de Internações Hospitalares</li> <li>• <b>Central de Regulação de Encaminhamentos:</b> regula o pré-hospitalar fixo e hospitalar para atenção em outros níveis da RAU.</li> <li>• Central de Regulação de Urgências SAMU 192 integrado diretamente ao DRAC/SMS.</li> </ul>

Fonte: Autora, 2012.

As iniciativas já concretizadas no CRgG e na CE e o estágio atual dos processos regulatórios indicam que a política está sendo implementada progressivamente, como mencionado no decurso do estudo e ilustrado no Quadro 12.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudos na área da regulação em saúde são ainda pouco frequentes, posto que se caracteriza um conhecimento relativamente novo em sua prática e investigação.

Nesta pesquisa, realizou-se uma análise de procedimentos do Complexo Regulador de Goiânia (CRgG/SMS), importante instrumento de gestão no Estado de Goiás, focada na Central de Encaminhamento, reguladora do fluxo das demandas de urgências do componente pré-hospitalar fixo e hospitalar na rede hierarquizada loco-regional de atenção às urgências no município de Goiânia.

No CRgG, os processos autorizativos de transferência de pacientes sob agravos urgentes são submetidos à regulação médica, de forma que todo o fluxo das urgências na RAU é gerenciado pelo Complexo Regulador.

Buscou-se descrever a estrutura e organização da rede loco-regional hierarquizada de atenção às urgências em Goiânia (item 5.1) e a missão dos pontos de atenção que a integram, no que se evidenciou uma rede própria predominantemente não hospitalar formada pelos CAIS e CIAMS.

Sua configuração de um único hospital público resolutivo para o atendimento de urgências relacionadas ao trauma, um hospital universitário resolutivo para urgências predominantemente clínicas, um hospital de referência materno-infantil e um hospital de referência em doenças infecto-contagiosas (CNES, 2011) contribuiu com o afluxo e a concentração dos atendimentos de urgência por demanda espontânea, oriunda do município de Goiânia e do interior do Estado, nas poucas unidades hospitalares de referência, superlotando e desvirtuando a sua vocação no nível terciário de atenção.

Diante deste cenário, o gestor municipal foi motivado a implementar as seguintes iniciativas:

I- promover a partir de 2003 a ampliação do número de unidades pré-hospitalares de urgência de quatro para dezesseis, funcionando 24 horas; o que veio fortalecer o componente pré-hospitalar fixo da rede de urgências;

11- instituir a terapia renal substitutiva (hemodiálise) a "pacientes atendidos em unidades pré-hospitalares fixas e hospitais públicos de Goiânia que não possuem serviços de hemodiálise e o CRER, sob indicação do médico assistente", assegurando-se o pagamento de procedimentos devidamente regulados e encaminhados pelo Complexo Regulador (GOIÂNIA, 2011);

III- criar, em 2005, uma unidade de referência pré-hospitalar no atendimento às vítimas de queimaduras, o Ambulatório Municipal de Queimaduras; e, em 2008, uma unidade pré-hospitalar de referência em Ortopedia, o Centro de Referência em Ortopedia e Fisioterapia; e

IV- implementar uma mudança estrutural e operacional no CRgG, de ampliação de processos de trabalho, pela criação em 2008, de uma central reguladora do fluxo de pacientes em situações de urgência de qualquer complexidade e gravidade, atendidas em unidades do componente pré-hospitalar fixo, para pontos de atenção à saúde secundários e terciários da RAU, - a Central de Encaminhamento (CE) (item 5.2).

Agregada ao CRgG, a CE introduziu a obrigatoriedade da regulação médica autorizativa de toda e qualquer solicitação de transferência de paciente de uma unidade fixa solicitante a outra de maior complexidade (unidade executante) no componente pré-hospitalar fixo ou hospitalar, para assistência especializada ou suporte diagnóstico na RAU. A autorização do médico regulador é efetivamente confirmada com a codificação do Encaminhamento de Urgência gerada no sistema de regulação.

Não estão assim estruturados os CRg de outros municípios brasileiros, tomando-se com exemplo os mencionados no item 5.3.

Esta conformação de sistema logístico de suporte à rede, diferente da apontada nas portarias da PNAU e da PNR do SUS, faz referência a uma necessidade do município de Goiânia de organizar o acesso dos usuários em acordo com o desenho predominantemente pré-hospitalar do seu sistema de atenção às urgências, evitando-se encaminhamentos desnecessários para os hospitais de referência e internações.

Com o incremento do sistema próprio de regulação adotado pelo CRgG em 2008, diferente do SISREG 3 do DATA-SUS/MS, a CE se incorpora ao sistema como uma função denominada Encaminhamento de Urgência, paralelamente às funções Internação de

Urgência e Cota Direta (forma de internação em que a unidade solicitante é também executante do procedimento solicitado).

O entrecruzamento das vozes dos sujeitos envolvidos nesse processo, que atuam dentro e fora do âmbito do CRgG representando unidades tanto de origem do paciente (dita unidade solicitante) quanto de destino (unidade executante), permitiram uma análise da implementação da regulação médica dos EU no sistema de urgências, destituída de parcialidade. Esse aspecto seria potencializado mediante a participação de sujeitos usuários, o que não foi alvo do presente estudo.

O conjunto dos dados primários e dos relatórios do sistema de regulação deu subsídio à análise da contribuição da regulação médica dos EU na CE, para a provisão de serviços na rede de urgências (item 5.3).

Procedeu-se à caracterização da evolução do processo de implementação das políticas de atenção às urgências e de regulação do SUS à luz de suas portarias normatizadoras (item 5.4), levando-se em consideração que tanto a PNAU quanto a PNR do SUS são referências basilares para estruturação da RAU e do fluxo de usuários nessa rede.

Num sentido maior, foram referidos pelos participantes como **desafios** ao avanço no processo de implementação das políticas de urgências e de regulação do SUS no município de Goiânia e no Estado:

- ✓ a prestação do primeiro atendimento de urgências pela maioria dos pontos de atenção à saúde na Rede Básica/ESF;
- ✓ a capacitação de servidores ao preenchimento dos formulários informatizados de solicitação de EU nas unidades solicitantes;
- ✓ o escoamento da demanda reprimida de pacientes nas unidades não hospitalares (CAIS e CIAMS em Goiânia) para leitos e serviços de referência especializada, nas situações de emergências cerebrovasculares e cardiovasculares;
- ✓ a otimização dos EU autorizados e leitos regulados (principalmente de terapia intensiva) por meio da provisão do transporte de pacientes em tempo hábil à sua ocupação;

- ✓ a priorização da linha de cuidado cardiovascular e cerebrovascular no sistema de atenção às urgências;

- ✓ a consolidação da relação entre Estado e Município com definição e ampliação solidária das responsabilidades de cada gestor;

- ✓ a estruturação da rede estadual de atenção às urgências com definição de grades assistenciais e protocolos de fluxo no Estado, e de ampliação das funções até à operacionalizando da regulação estadual no CRgEstadual;

- ✓ a adequação dos valores da tabela de procedimentos do SUS pagos aos prestadores. A iniciativa privada vinculada ao sistema reclama que os valores atuais não cobrem as despesas com internações, motivo que a estimula ao descredenciamento dos serviços ao SUS;

- ✓ a implementação do georreferenciamento no sistema informatizado de regulação como suporte ao médico regulador na definição, quando possível, do ponto de atenção resolutivo mais próximo do domicílio do paciente.

Depreende-se que o enfrentamento destes desafios demanda ações políticas gestoras advindas da coesão de esforços dos três entes governamentais no sentido de:

- ✓ tornar a ESF habilitada e equipada ao primeiro atendimento das urgências de menor gravidade, resolúveis no nível da APS, como preconiza a Política Nacional de Atenção Básica e a PNAU (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b, 2011a);

- ✓ capacitar os servidores das unidades solicitantes no preenchimento dos formulários do sistema com os dados clínicos registrados pelo médico assistentes nas solicitações de encaminhamentos;

- ✓ ampliar a oferta de leitos públicos no município de Goiânia de modo que a utilização de leitos da rede privada se constitua em um mecanismo complementar, e não predominante, na RAS do SUS, com vistas à resolução do gargalo da demanda reprimida nos pontos de atenção não hospitalares de urgência (CAIS e CIAMS);

✓ disponibilizar sistema de transporte próprio da SMS para a remoção mais ágil dos pacientes regulados, otimizando as transferências, pareceres e procedimentos;

✓ organizar / qualificar a atenção às urgências nos pequenos municípios para o ganho de resolubilidade local;

✓ fortalecer a regionalização do SUS e articular grades assistenciais e protocolos de fluxo nos espaços da CIB e CIR;

✓ adequar valores dos procedimentos na tabela SUS.

Compreender a evolução da implementação das políticas de urgência e de regulação do SUS, a situação atual da regulação das urgências no município de Goiânia em sua abrangência ampliada para os demais municípios do estado de Goiás e o papel atribuído à CE do CRgG constituíram-se em oportunidade de conhecer os mecanismos de regulação das urgências de forma mais abrangente.

O trabalho concluiu pela análise favorável da implementação das políticas de atenção às urgências e de regulação do SUS no município de Goiânia (item 5.4), à luz das portarias específicas.

Não se pôde olvidar, do estudo acurado das suas normativas, que as duas temáticas se entrelaçam no objetivo maior da construção e efetividade da RAS e, igualmente, da RAU onde a interdependência e a indivisibilidade dos pontos de atenção contribuem com a oferta de cuidados para a garantia do acesso assistencial.

A pesquisa trouxe subsídios de que a implementação do processo autorizativo dos EU no CRgG, em 2008, tem contribuído com o acesso aos serviços e cuidados à saúde no item correspondente à ordenação do fluxo das urgências entre os equipamentos de saúde da rede loco-regional de atenção às urgências.

Fazendo referência ao modelo predominantemente não hospitalar, próprio da RAU no município de Goiânia, a regulação médica dos EU veio a descentralizar o primeiro atendimento às urgências das poucas unidades hospitalares para unidades pré-hospitalares fixas, embora tenha favorecido o surgimento de uma demanda reprimida nessas unidades.

A análise dos registros e o conteúdo das entrevistas não permitiram, entretanto, afirmar que a implementação do EU no CRgG contribuiu para a melhoria do acesso nos itens adequação dos recursos assistenciais e fortalecimento da capacidade de resposta à demanda de urgências na RAU, evidenciando-se a necessidade de investimento para a oferta de serviços e leitos especializados.

Concluiu-se que a experiência bem-sucedida de implementação da CE no CRgG como alternativa ao desenho próprio da rede loco-regional de atenção às urgências no município de Goiânia demonstra que

é possível pensar e produzir dispositivos institucionais que favoreçam as forças instituintes, no âmbito dos estabelecimentos de saúde, na criação de mudanças na política, organização e processos de trabalho (MERHY, 1998, p.21).

A CE do CRgG traduziu-se em uma forma de responsabilização na gestão dos serviços e na governança, ao prover o acesso regulado dos cidadãos acometidos por agravos urgentes às ações ambulatoriais e hospitalares de maior complexidade, ainda que ofertadas em outros pontos de atenção da rede.

Embora não se tenha avaliado a efetividade de resultados e processos na CE, a sua análise mediante os procedimentos metodológicos do estudo respalda afirmar que a contribuição da CE para a gestão da demanda e oferta dos serviços assistenciais à saúde na RAU tem repercutido na concretização da política de atenção às urgências no município de Goiânia.

Por outro lado, sendo os Complexos Reguladores as estruturas mediante as quais é estabelecida a área técnica da regulação do acesso, torná-los efetivos na intervenção e resposta às necessidades de saúde demandadas em sua abrangência representa avanço na implementação da política de regulação do SUS.

Delegado pelo gestor ao médico regulador, o papel autorizador dos procedimentos solicitados pode ser otimizado pelo respaldo contínuo de uma definição regionalizada das referências e fluxos de rede, de "caráter dinâmico, avaliados e retroalimentados periodicamente" (PDR-GO, 2004) nos espaços decisórios da CIT, da CIB, dos Comitês de Urgência, dos Conselhos de Saúde; nos planos e orçamentos de governo (PPA, LOA); nas programações em saúde (PDR, PPA e PPI); por não dizer nas instâncias gestoras do SUS.

Silva (2010, p.52) afirma enfaticamente, ao avaliar a implantação de Complexos Reguladores no estado de Pernambuco, que "o Ministério da Saúde (MS) necessita ser mais contundente e indutor na normatização dessa política", pela adoção de medidas estimuladoras do "aprimoramento e do gradual crescimento da capacidade gestora local", que vão além do financiamento de complexos reguladores aprovados pela CIB.

A organização/definição de uma rede regional de serviços é o grande desafio à operacionalização da regulação em saúde no estado e, presentemente, no município de Goiânia, este que tem absorvido grande parte das demandas por saúde no Estado de Goiás.

Em face disso, sugere-se fortalecer os pontos de atenção nos diferentes níveis de adensamento tecnológico do sistema como meio para o fortalecimento da RAS e, em particular, da RAU. De outra feita, minimizar a importância dessa retaguarda representa a precarização na assistência, o desperdício dos recursos destinados à saúde, a frustração dos médicos reguladores mediante a demanda em pendência, o desestímulo dos gerentes das unidades onde essa demanda se avoluma e, sobretudo, o encurtamento de vidas.

Espera-se que os resultados do estudo possam contribuir para a reflexão por parte dos atores envolvidos nas políticas de atenção às urgências e de regulação do SUS em outros municípios quanto à prática dos processos regulatórios das urgências nos moldes de um Complexo Regulador com estrutura de uma Central de Encaminhamento integrada.

Juntamente, enseja-se propiciar a possibilidade de analisar, em seu próprio contexto, se a regulação médica autorizativa do fluxo de transferência de pacientes entre os pontos de atenção do componente pré-hospitalar fixo e hospitalar na rede loco-regional hierarquizada de urgências como mecanismo de gestão da demanda e oferta dos serviços de saúde favorece o acesso aos serviços ofertados, a provisão de cuidados e a capacidade de resposta às necessidades da população.

Por ser a regulação um processo dinâmico e sujeito a novas legislações, novos estudos poderão aportar outros saberes e indicar caminhos para o aperfeiçoamento da concretização das políticas de atenção às urgências e de regulação no sistema público de saúde brasileiro.

## REFERÊNCIAS

ABRASCO. **Pelo direito universal à saúde**. Rio de Janeiro, 1985. 95p. Contribuição da Abrasco para os debates da 8ª Conferência Nacional de Saúde.

AROUCA, S. Reforma Sanitária Brasileira, **Tema/Radis** 1988; 6 (11): 2-4.

ASSIS, E.; BARBOSA, L.M. **A mortalidade por causas externas e os aspectos socioeconômicos nos bairros de Natal**. In: Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais, XIII, 2002, Ouro Preto. (Mimeo)

BARDANACHVILI, E. O SUS para o mundo. **RADIS comunicação em saúde** 2011; 107: 18-23. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Emenda Constitucional n. 29**, de 13 de setembro de 2000. Brasília: Senado Federal; 2002.

\_\_\_\_\_. Constituição (1967). Constituição da República Federativa do Brasil de 1967 (6ª do Brasil e 5ª da República). Publicado no **Diário Oficial da União** de 20/10/1967. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/Constitui%C3%A7ao67.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Constitui%C3%A7ao67.htm)> Acesso em: 21/10/2011.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Emenda à Constituição da República Federativa do Brasil, de 24 de janeiro de 1967. **Diário Oficial da União** de 20/10/1969, P. 8865 Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc\\_anterior1988/emc01-69.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc_anterior1988/emc01-69.htm)> Acesso em: 22/10/2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação e Saúde. Decreto-Lei n. 4.275, de 17 de abril de 1942. Autoriza o Ministério da Educação e Saúde a organizar um serviço de Saúde Pública em cooperação com Instituto Office Interamerican Affairs of the United States of America. **Diário Oficial da União** - Seção 1 - 20/04/1942, p. 6408.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde-SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: 2011. **Diário Oficial da União**; Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jun. 2011, Seção 1, p.1-3.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Lei n. 8142, de 19 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, v.78, n.249, p.25694, 31 dez. 1990b. Seção 1.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. **Diário Oficial da União**, Brasília, v.78, n.182, p.18055, 20 set. 1990a. Seção 1.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Decreto nº 86.329, de 2 de Setembro de 1981. Institui o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária - CONASP. **Diário Oficial da União** - Seção 1 - 03 set. 1981, p. 16637 (Publicação Original).

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Decreto Nº 75.508, de 18 de março de 1975a. Regulamenta a Lei nº 6.168, de 9 de dezembro de 1974, que criou o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social - FAS. **Diário Oficial da União** de 19/3/75.

BRASIL. Presidência da República. Lei Nº 6.229, de 17 de julho de 1975. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. Publicação: **Diário Oficial da União** de 18/07/1975. Brasília, 17 de julho de 1975. Disponível em: <<http://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:lei:1975-07-17:6229>> Acesso em: 30/12/2011.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Decreto nº 46.349, de 3 de julho de 1959. Aprova o Regulamento do Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (S.A.M.D.U.). **Diário Oficial da União** não citado. Disponível em: <[http://www4.planalto.gov.br/legislacao/search\\_form](http://www4.planalto.gov.br/legislacao/search_form)> Acesso em: 06/01/2012.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Decreto nº 4.682, de 24 de Janeiro de 1923 - Lei Eloy Chaves. Crea, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma Caixa de Aposentadoria e Pensões para os respectivos empregados. **Diário Oficial da União** de 28/01/1923. Rio de Janeiro, 24 de janeiro de 1923. Disponível em: <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1923/4682.htm>> Acesso em: 30/09/2011.

CASTRO, J.D. Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 4, nº 7, jan/jun 2002, p. 122-135.

CAMPOS<sup>1</sup>, ALV. **Políticas internacionais de saúde na Era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942- 1960.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. 318 pp.

CAMPOS<sup>2</sup>, F.I. **Ciência Política** – Introdução à Teoria de Estado. Goiânia: Ed.Vieira, 2005.

CARTA DE OTTAWA. **PRIMEIRA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE A PROMOÇÃO DA SAÚDE.** Canadá; 1986. Disponível em: <[http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo\\_exibe1.asp?cod\\_noticia=202](http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo_exibe1.asp?cod_noticia=202)> Acesso em: 08/11/2011.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8ª, Brasília, 1986. **Anais.** Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, p. 381-91.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. *et al.* **Saber preparar uma pesquisa.** 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

COHN, A.; ELIAS, P.E. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços.** 5. ed. São Paulo: Cortez/Cedec, 2003.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **A gestão da saúde nos estados: avaliação e fortalecimento das funções essenciais.** Brasília : CONASS, 2007. 262 p.

\_\_\_\_\_. **Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** - Brasília : CONASS, 2003. 248 p. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para\\_entender\\_gestao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf)> Acesso em: 14/03/2011.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Jornal Medicina** 2012; 206 (Ano XXVII): 3. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2012.

\_\_\_\_\_. **Jornal Medicina** 2011; 197 (Ano XXVI): 5. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2011.

\_\_\_\_\_. **Resolução CFM Nº 1451, de 10 de março de 1995.** Estabelece as normas mínimas para funcionamento dos estabelecimentos de saúde de Pronto Socorro. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2002. (Publicada no **Diário Oficial da União** de 17/03/1995, p.3666).

COSTEIRA, E.M.A. **Hospitais de emergência da cidade do Rio de Janeiro: Uma Nova Abordagem para a Eficiência do Ambiente Construído.** Rio de Janeiro:FAU/UFRJ, 2003. 206 p. Dissertação: Mestrado em Arquitetura (Racionalização do Projeto e da Construção), FAU/Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2003.

CRUZ, A.C. **Origem e evolução da Seguridade Social.** 2002. Disponível em: <[http://www.vemconcursos.com/opiniao/index.phtml?page\\_id=930](http://www.vemconcursos.com/opiniao/index.phtml?page_id=930)> Acesso em: 01/11/2011. Livros publicados: Legislação Previdenciária - Atualizada. Ed. Idéia Jurídica.

DONALDSON, C. & GERARD, K. *Economics of health care financing: the visible hand*. London: McMillan Press, 1993.

DE SETA, M.H. (ORG.) **Gestão e vigilância sanitária**: modos atuais do pensar e fazer. / Organizado por Marismary Horsth De Seta, Vera Lúcia Edais Pepe e Gisele O'Dwyer de Oliveira. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. 284p.

DE LAVOR *et al.* O SUS que não se vê. **RADIS comunicação em saúde** 2011; 104: 9-17. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.

DOMINGUEZ, B. O SUS implica uma nova relação entre Estado e sociedade. **RADIS comunicação em saúde** 2011; 106: 9-11. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.

FARIAS, SF *et al.* A regulação no setor público de saúde no Brasil: os (des)caminhos da assistência médico-hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(Supl. 1):1043-1053, 2011.

FERREIRA, J.B.B. **Avaliação do complexo regulador do sistema público municipal de serviços de saúde**. Ribeirão Preto: EERP/USP, 2007. 227 p. Tese de Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo, 2007.

FRANCO, C M; FRANCO, T B. **Linhas do cuidado integral**: uma proposta de organização da rede de saúde. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/dados/1306960390341linha-cuidado-integral-conceito-como-fazer.pdf>> Acesso em: 13/03/2011.

FRANCO, T.B.; MAGALHÃES JR, H.M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. *In*: MERHY, E.E. *et al.* **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano; HUCITEC, 2004 - 2a. edição; São Paulo, SP. 296 p.

GOIÂNIA. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria n° 199, de 29 de junho de 2011. Institui a hemodiálise como arsenal terapêutico para pacientes atendidos em unidades pré-hospitalares fixas e hospitais públicos de Goiânia que não possuem serviços de hemodiálise e o CRER, sob indicação do médico assistente da unidade. **Diário Oficial da União** n° 5137, Goiânia, Goiás, 04 jul. 2011a.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria n° 200, de 01 de julho de 2011. Altera os valores dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares realizados pelo Pronto Socorro Para Queimaduras. **Diário Oficial da União** n° 5137, Goiânia, Goiás, 04 jul. 2011.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria n° 201, de 09 de agosto de 2011. Altera os valores dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares realizados pelo Pronto Socorro Para Queimaduras. **Diário Oficial da União** n° 5137, Goiânia, Goiás, 04 jul. 2011.

GOIÁS. Secretaria de Estado da Saúde. Hospital de Urgências de Goiânia HUGO. **Relatório Estatístico**. Goiânia: Seção de Arquivo Médico e Estatística- SAME, 2012, 35 p.

HOFLING, Eloisa de Matos. Estado e Políticas (Públicas Sociais). **Cadernos Cedex**, ano XXI, n° 55, novembro/2001. Disponível em <[www.scielo.br/pdf/ccedes](http://www.scielo.br/pdf/ccedes)>. Acesso em: 01/03/2012.

HOGWOOD, BW; GUNN, LA. **Policy analysis for the real world**. Oxford University Press, 1984.

HOSPITAIS. **Medicina em Goiás**, Goiânia, 04 set. 2012. Disponível em: <<http://www.medicinago.com.br/materia/37-dos-pacientes-atendidos-em-goiania-vem-do-interior>>. Acesso em: 13 set. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa\\_2011/POP2011\\_DOU.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa_2011/POP2011_DOU.pdf)> Acesso em: 26/03/2012.

LASSWELL, H. D. **Politics: who gets what, when, how**. Meridian Books Cleveland, OH, 1936.

LAVRAS, C.C. de C. Descentralização e estruturação de redes regionais de atenção à saúde no SUS. *In*:

ILBANEZ, N.; ELAS, P.; SEIXAS, P. (Org.). **Política e gestão pública em saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 2011.

LENCOM, J. *National health care: lessons for the United States and Canada*. Ann Arbor : University of Michigan Press, 1994 - 287 p.

LIMA, L.; BAPTISTA, T.W.F. Política e Gestão da Saúde no Brasil. *In*: DE SETA, M.H.; PEPE, V.L.P.; OLIVEIRA, G.O. (Org.). **Gestão e vigilância sanitária**: modos atuais do pensar e fazer. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. 284p.

LIMA, N.T. (org.) **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. 504p.

LOBATO, L.V.C. Resenha. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 189-190, jan./abr. 2009.

LONDRES, A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública** [online]. 2004, vol.20, n.5, pp. 1411-1416. ISSN 0102-311X. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500037>>. Acesso em: 19/06/2011.

LOTTA, G.S. **A implementação de políticas públicas**: o impacto dos fatores relacionais e e organizacionais sobre a atuação dos burocratas de nível de rua no Programa Saúde da Família. Tese de doutoramento. Universidade de São Paulo, 2010. Disponível em: <[www.us.br/teses](http://www.us.br/teses)>. Acesso em: 01/03/2012.

LOWI, T.J. *American business, public policy, case-studies and political theory*. *World Politics*, vol. XVI, 1964.

MANZINI, E. J. Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semi-estruturada.

*In*: MARQUEZINE, M. C.; ALMEIDA, M. A.; OMOTE, S. (Org.). Colóquios sobre pesquisa em Educação Especial. Londrina: Eduel, 2003. p. 11-25.

MATTOS, R.A.de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública** [online]. 2004, vol.20, n.5, pp. 1411-1416. ISSN 0102-311X. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500037>>. Acesso em: 15/09/2011.

\_\_\_\_\_. **Os sentidos da integralidade**: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. Disponível em:<[http://www.uefs.br/pepscentroeste/arquivos/artigos/os\\_sentidos\\_integralidade.pdf](http://www.uefs.br/pepscentroeste/arquivos/artigos/os_sentidos_integralidade.pdf)> Acesso em: 02/03/2012.

MARTINS, PPS; PRADO, ML. Enfermagem e serviço de atendimento pré-hospitalar: descaminhos e perspectivas. **Rev Bras Enferm** 2003; 56 (1): 71-75.

MERHY, E.E.. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. *In*: CAMPOS, C. R. *et al.* (Org.). **O Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reinventando o público. São Paulo: Xamã, 1998. p. 103-120. <http://www.hc.ufmg.br/gids/ane,xos/perda.pdf>

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Editora ESP/MG, 2009.

\_\_\_\_\_. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.: il.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **DATASUS**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/fiuf.def>> Acesso em: 30/03/2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Estratégia saúde toda hora**. Disponível em: < [http://portal.saude.gov.br/PORTAL/SAUDE/GESTOR/AREA.CFM?ID\\_AREA=1829](http://portal.saude.gov.br/PORTAL/SAUDE/GESTOR/AREA.CFM?ID_AREA=1829)> Acesso em: 30/01/2012a.

\_\_\_\_\_. **Fundação Nacional de Saúde (FUNASA)**. Disponível em: <<http://www.funasa.gov.br/internet/museuFsesp.asp>> Acesso em: 01/11/2011.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 2648, de 7 de novembro de 2011. Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. **Diário Oficial da União** de 08/11/2011c - Seção 1.

\_\_\_\_\_. Portaria Nº 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para Estratégia Saúde da Família – ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS; revoga a Portaria nº 648/GM, de 28.3.2006. **Diário Oficial da União**, Seção 1, de 24/10/2011b.

\_\_\_\_\_. Portaria MS/GM Nº 1.600, de 07 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. **Diário Oficial da União** de 8 jul. 2011. Seção 1, p.69-70. REVOGA a Portaria MS/GM nº 1.863, de 29-09-2003.

\_\_\_\_\_. Portaria n. 4279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez 2010, seção I, p. 88.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de humanização da atenção e gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 56 p.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria MS/GM Nº 1559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. **Diário Oficial da União**, 148 p-48, 04/08/2008 - Seção 1.

\_\_\_\_\_. Portaria Nº 2972, de 9 de dezembro de 2008. Orienta a continuidade do Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde [...]. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b. **Diário Oficial da União**, 239, Seção 1, p 70, 9 dez 2008.

\_\_\_\_\_. Temático Prevenção de Violência e Cultura de Paz III. - Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008c. 60p.:il. **Painel de Indicadores do SUS**, 5.

\_\_\_\_\_. Portaria Nº 3.125, de 7 de dezembro de 2006. Institui o Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde - Programa QualiSUS e define competências. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. **Diário Oficial da União** de 08/12/2006, Seção 1, nº 235, p. 113.

\_\_\_\_\_. Portaria Nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d. **Diário Oficial da União**, Seção 1, p 45/110, de 12/09/2006.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Manual de implantação de complexos reguladores** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga as diretrizes operacionais do Pacto em seus três componentes: Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília : Ministério da Saúde, 2006b. **Diário Oficial da União**, 22 fev. 2006.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 2.657/GM/MS, de 16 de dezembro de 2004. Estabelece as atribuições das Centrais de Regulação Médica de Urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU-192. Brasília : Ministério da Saúde, 2004a. **Diário Oficial da União**, Brasília, nº 242, p. 76, de 17 dez. 2004. Seção1.

\_\_\_\_\_. **SUS – 15 anos de implantação**: desafios e propostas para sua consolidação/Ministério da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 23 p.

\_\_\_\_\_. **Política para a Área de Terapia Intensiva**/Ministério da Saúde. – Brasília Ministério da Saúde, 2003.14 p.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 1863, de 29 de setembro de 2003. Institui a política nacional de atenção às urgências. Brasília : Ministério da Saúde, 2003a. **Diário Oficial da União** nº 193, de 6 out. 2003, Seção 1, p. 56.

\_\_\_\_\_. Portaria MS/GM Nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília : Ministério da Saúde, 2002a. **Diário Oficial da União**, Brasília, nº 219, 12 nov 2002.

\_\_\_\_\_. Portaria n. 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS -SUS 01/2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, v.89, n.40E, p.52, 28 fev. 2002b. Seção 1.

\_\_\_\_\_. Resolução da Diretoria Colegiada- RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 mar. 2002c. Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/50\\_02rdc.pdf](http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/50_02rdc.pdf)> Acesso em: 15/02/2012.

\_\_\_\_\_. Portaria n. 737, de 16 de maio de 2001. Aprova a política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências: **Diário Oficial da União**, Brasília, v.88, n.96E, p.3, 18 maio 2001a. Seção 1.

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS nº 814, de 01 de junho de 2001. Estabelece o conceito geral, os princípios e as diretrizes da Regulação Médica das Urgências e a normatização dos Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel de Urgências, revogando a Portaria GM/MS nº 824, de 24 de junho de 1999. **Diário Oficial da União**, Brasília, 04 jun. 2001c.

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS Nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b. **Diário Oficial da União**, Brasília, nº 20-E, de 29 de janeiro de 2001, Seção 1.

\_\_\_\_\_. Portaria n. 356, de 22 de setembro de 2000. Normatiza a regulação da assistência obstétrica e neonatal baseada na implantação das Centrais de Regulação Obstétrica e Neonatal. **Diário Oficial da União**, Brasília, Seção 1e, p. 96, 18 maio 2001.

\_\_\_\_\_. Portaria n. 824, de 24 de junho de 1999. Brasília : Ministério da Saúde, 1999. **Diário Oficial da União**, Brasília, 120-E Seção I, 25 jun. 1999.

\_\_\_\_\_. Portaria n. 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica-SUS 01/93. **Diário Oficial da União**, Brasília, v.81, n.96, p.6960, 24 maio1993. Seção 1.

NASCIMENTO, A.A.M. *et al.* Regulação em saúde: aplicabilidade para concretização do Pacto de Gestão do SUS. **Cogitare Enferm** 2009 Abr/Jun; 14(2):346-52.

OLIVEIRA, RR. **Os conceitos de regulação em saúde no Brasil**. 2010. Dissertação (mestrado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE- **Guia para aplicação do instrumento de desempenho das funções essenciais de saúde pública**, 2007.

PAIM, J.S. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e a crítica. Salvador/Rio de Janeiro: EDUFBA/ Fiocruz, 2008.

\_\_\_\_\_. Atenção à Saúde no Brasil. *In*: **Saúde no Brasil** - Contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa/Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 306 p.: il. - (Série B. Textos Básicos de Saúde) Disponível em: <<http://iah.iec.pa.gov.br/iah/fulltext/pc/monografias/ms/saudenobrasil/snbcapp2004.pdf#page=15>> Acesso em: 14/07/2011.

\_\_\_\_\_. Políticas de Saúde no Brasil. *In*: Rouquayrol, M.Z. & Almeida Filho, N. **Epidemiologia & Saúde**. Medsi: Rio de Janeiro. 6ª Ed., 2003, p.587-603.

PRESSMAN, J. L.; WILDAVSKY, A. **Implementation**. Los Angeles: University of California Press, Ltd.

PUGIN, S. R.; NASCIMENTO, V.B. do (orient.: Amélia Cohn). **Principais marcos das mudanças institucionais no setor Saúde (1974-1996)**. São Paulo: Cedec, dez. 1996, 33p. (Série Didática, nº 1) Disponível em: <[www.cedec.org.br/files\\_pdf/DIDATI1.pdf](http://www.cedec.org.br/files_pdf/DIDATI1.pdf)> Acesso em: 01/11/2011.

RAMOS, VO; SANNA, MC. A inserção da enfermeira no atendimento pré-hospitalar: histórico e perspectivas atuais. **Rev. bras. enferm.** vol.58 no.3 Brasília May/June 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672005000300020>> Acesso em: 30/12/2011.

REDE BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO EM EMERGÊNCIA- RBCE, 2011. Disponível em: <[http://www.rbce.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5&Itemid=2](http://www.rbce.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=5&Itemid=2)> Acesso em: 14/02/2012.

RODRIGUES, W. **Faltam médicos ativos no interior**. Portal O Hoje. Disponível em: <<http://www.hojenoticia.com.br/noticia/2546/faltam-medicos-ativos-no-interior>> Acesso em 30/08/2012.

ROMANI, H.M.; SPERANDIO, J.A.; SPERANDIO, J.L.; DINIZ, M.N.; INÁCIO, M.A.M. Uma visão assistencial da urgência e emergência no sistema de saúde. **Revista Bioética**. Brasília, 2009 17 (1): 41 - 53. Disponível em: <[http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/viewFile/78/82](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/78/82)> Acesso em: 25/10/2011.

ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. de. **Epidemiologia & Saúde** – 6 ed. – Rio de Janeiro: MEDSI, 2003, 782 p.

RUA, Maria das Graças. Análise de Políticas Públicas: conceitos básicos. *In*: RUA, Maria das Graças; CARVALHO, Maria Isabel Valadão (ORGs). **O Estudo da política**: estudos selecionados. Paralelo, 15. Brasília, 1999.

SANTOS, F.P.; MERHY, E.E. *Public regulation of the health care system in Brazil - A review*. **Interface** vol.2 no.se Botucatu 2006.

SANTOS, JS; SCARPELINI, S; BRASILEIRO, SLL; FERRAZ, CA; DALLORA, MELV; SÁ, MFS. Avaliação do modelo de organização da Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. **Medicina**, Ribeirão Preto, 36: 498-515, abr./dez. 2003.

SILVA, J.M.B. **A gestão do fluxo assistencial regulado no sistema único de saúde**. Texto elaborado para aula do curso de especialização em Regulação de Sistemas de Saúde/NESC/UFG, ministrada em 19/08/2011,

em Goiânia, Goiás. Disponível em: <[http://ext.ras.ufg.br/uploads/19/original\\_TEXTO\\_CURSO\\_GOIANIA\\_-\\_PARA\\_SALA\\_DE\\_AULA .pdf](http://ext.ras.ufg.br/uploads/19/original_TEXTO_CURSO_GOIANIA_-_PARA_SALA_DE_AULA.pdf)>. Acesso em: 21/08/2011.

SILVA, L.C. de M E e. **Implantação de Complexos Reguladores no estado de Pernambuco: uma avaliação a partir dos gestores da saúde.** 2010. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

SILVA JUNIOR, A. G.; ALVES, C. A. Modelos assistenciais: desafios e perspectivas. *In: MOROSINI MVGC, CORBO ADA (Orgs). Modelos de atenção e a saúde da família.* Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 27-41. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&MNU=&Tipo=1&Num=26>

SOUSA, C.T.S.; NEVES, C.M. **Implantação de sistema de monitoramento e solicitação de internação de urgência para os municípios da Região Central de Goiás.** 2011. Trabalho de curso (especialização em Regulação de Serviços de Saúde) - Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2012.

SOUSA, W. R. **O Complexo Regulador como instrumento de gestão do SUS em Mato Grosso: um estudo de caso.** 2008. Monografia (especialização em Gestão Pública de Saúde) - Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2008.

SOUZA, R.R.de. Políticas e práticas de saúde e equidade. **Rev Esc Enferm USP** 2007; 41(Esp):765-70.

TAMBELLINI, AT; CÂMARA, VM. A temática saúde e ambiente no processo de desenvolvimento do campo da saúde coletiva: aspectos históricos, conceituais e metodológicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, 3(2):47-59, 1998.

TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S.; VILASBOAS, A.L. SUS, Modelos assistenciais e vigilância da Saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, vol. VII (2) CENEPI/MS, Brasília, DF, 1998.

UCHIMURA, K.Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 1561-1569, nov./dez. 2002.

VÉRAS, M.M.S. *et al.* Sistema de informação dos núcleos de atenção integral na saúde da família- SINAI. **Saúde e Sociedade** v.16, n.1, p. 165-171, jan-abr 2007.

VINCENT, A. **Ideologias políticas modernas - Ecologismo.** Jorge Zahar Editor. Rio de Janeiro: 1995. p. 209 – 236.

VIOTTI, E.B. Ciência e tecnologia para o desenvolvimento sustentável brasileiro. *In: Ciência, ética e sustentabilidade* / Marcel Bursztyn (org.). – 2. ed – São Paulo : Cortez ; Brasília, DF : UNESCO, 2001

WORLD BANK. **Financing health services in developing countries: an agenda for reform.** Washington: World Bank, 1987.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar como voluntário em uma pesquisa. Após ser esclarecido sobre as informações que se seguem, no caso de concordar em fazer parte do estudo, assine ao final desse documento emitido em duas vias: uma sua e a outra do pesquisador responsável.

### INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Título do Projeto: Regulação Médica do Fluxo das Urgências: Análise de Procedimentos do Complexo Regulador de Goiânia

Pesquisador responsável: Dayse Vieira Santos Barbosa

Telefones para contato: 9090-9973.3080 – Você poderá entrar em contato a qualquer momento – antes, durante e após o estudo e esclarecer todas as suas dúvidas, mesmo em ligações a cobrar.

Orientador: Prof. Dr. Nelson Bezerra Barbosa – Tel. 62-8100.1747

Instituição Proponente – UniEvangélica

Instituição Co-Participante – Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia – Tel. 62-3524.1530

Caso se sinta prejudicado em consequência de sua participação, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UniEvangélica – Tel. 62-3310.6736.

### ESCLARECIMENTOS

O objetivo desta pesquisa é analisar o funcionamento do Complexo Regulador de Goiânia na ordenação dos fluxos e dos mecanismos de transferência de pacientes entre as Unidades de Saúde componentes da Rede locode Atenção às Urgências no município de Goiânia.

A sua participação como sujeito se dará na forma de uma entrevista com garantia do anonimato das respostas. A entrevista será gravada em aparelho MP4 para transcrição e análise do pesquisador, garantindo-se o sigilo das mesmas.

O **risco** da participação na pesquisa envolve o desconforto da disponibilização de tempo para a realização da entrevista, que será minimizado pela possibilidade da escolha do local, data e hora da entrevista pelo participante. Espera-se proporcionar o **benefício** da compreensão em um nível mais amplo do funcionamento do Complexo Regulador de Goiânia e a possibilidade de avaliar se os processos regulatórios desenvolvidos favorecem o melhor controle do acesso aos serviços de saúde ofertados.

Goiânia, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

Pesquisador responsável

**CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO**

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo voluntariamente em participar do estudo acima descrito, como sujeito. Declaro ter sido devidamente informado(a) e esclarecido(a) pela pesquisadora Dayse Vieira Santos Barbosa sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como possíveis riscos e benefícios envolvidos na minha participação. Foi-me dada a oportunidade de fazer perguntas e recebi indicação de telefones para entrar em contato com a pesquisadora, a cobrar, caso tenha dúvidas. Fui orientado(a) para entrar em contato com o CEP-UniEvangélica (fone 62 – 3310.6736), caso me sinta lesado(a) ou prejudicado(a). Foi-me garantido que não sou obrigado(a) a participar da pesquisa e posso desistir a qualquer momento, sem qualquer penalidade. Recebi uma cópia deste documento.

Autorizo a gravação da entrevista em aparelho MP3, para uso exclusivo na pesquisa científica.

Anápolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_,

---

Assinatura do participante

## APÊNDICE 2- ROTEIRO DE ENTREVISTA AOS GESTORES DO CRgG

### IDENTIFICAÇÃO

Número:

Data de nascimento:

Tempo na função:

Local e data da entrevista:

### QUESTÕES

1. Como se deu a implementação da atenção às urgências no município de Goiânia: na AB, nos serviços de urgência, na rede hospitalar própria e conveniada e área referenciada do CRgG?
2. Quais as atribuições do CRgG e que unidades o integram?
3. Como justifica a implantação da CE no CRgG em agosto de 2008? Trouxe benefícios na efetividade das ações regulatórias em seu contexto? Se sim, quais e como são avaliados?
4. Quais as situações clínicas e cirúrgicas mais frequentes de solicitação de encaminhamentos das urgências na CE?
5. Há articulação das CR de EU e IU com a CR SAMU-192 e com estruturas de regulação estadual e regional: CR Estadual e Centrais Regionais na ordenação do fluxo das urgências? Seus aplicativos se interligam?
6. Como estão formadas (nº médicos) as equipes de regulação no CRgG e nas unidades de referência da rede? De que forma se articulam?
7. Motivos da preferência do aplicativo do relatório de regulação ao do SISREG III. É eficaz no alcance de objetivos e metas propostos? Sua adoção possibilitou o aprimoramento dos processos de regulação?
8. Como se deu a ampliação da área referenciada do CRgG para todo o Estado, em 2011?
9. Como estão organizados e pactuados os fluxos e grades de referência entre gestores?
10. Qual o papel da Atenção Básica, da rede própria e da rede conveniada/contratada na RAU em Goiânia?

11. Quais as metas prioritárias do CRgG? Há instrumentos de avaliação dos processos e resultados no CRgG e, em caso afirmativo, quais?.
12. Qual a sua avaliação sobre a implementação do processo de regulação dos EU pela CE do CRgG?
  - a. O que melhorou? Em que? Há outros aspectos que favoreceram a melhoria? Considerar adequação na distribuição dos recursos para o acesso aos serviços; ordenação e agilidade no fluxo das urgências; fortalecimento da RAU/capacidade de resposta à demanda etc.
  - b. O que não melhorou? Por quê?
13. Quais os desafios no avanço da implementação das políticas de atenção às urgências e de regulação para a atenção mais ágil e resolutiva das urgências:
  - No CRgG-
  - Na Atenção Básica -
  - Nas unidades pré-hospitalares fixas de urgência (CAIS, CIAMS, CROF etc)-
  - Na rede hospitalar própria e conveniada/contratada -
  - Na integração com a CR Estadual-
  - Na articulação com o MS-

### APÊNDICE 3- ROTEIRO DE ENTREVISTA AO GERENTE DA CENTRAL DE INFORMÁTICA/SMS

#### IDENTIFICAÇÃO

Número:

Data de nascimento:

Tempo de exercício na função:

Local e data da entrevista:

#### QUESTÕES

1. Qual o aplicativo do relatório de regulação adotado pelo CRgG, sua data de implantação e principais características?
2. Em relação aos aspectos funcionais, sobre o que o software automatiza (sua operacionalização)?
3. Por que se preferiu este software ao aplicativo SISREG III do Ministério da Saúde? Vantagens e dificuldades do aplicativo adotado.
4. O Aplicativo do Relatório de Regulação está conectado ao aplicativo próprio da Central de Regulação de Urgências SAMU-192? Se sim, como se dá esta integração e que acessos permite? Se não, como se dá a comunicação da CR SAMU com as demais Centrais integrantes do CRgG?
5. Explique como o aplicativo permite a integração dos processos autorizativos das Centrais de Regulação das Internações (leitos), de Encaminhamentos e de Consultas Especializadas?
6. Quais unidades de saúde assistenciais estão em rede e como é definido o acesso aos profissionais de saúde que o utilizam neste nível?
7. Qual a plataforma de desenvolvimento utilizada para a construção do aplicativo e o sistema operacional onde o software é executado? Utilizam alguma framework na construção do sistema?
8. Que relatórios podem ser obtidos no sistema?

## APÊNDICE 4 - ROTEIRO DE ENTREVISTA AOS MÉDICOS REGULADORES DO CRgG

### IDENTIFICAÇÃO

Número:

Data de nascimento:

Tempo na função:

Local e data da entrevista:

### QUESTÕES

1. Seu ingresso na regulação médica do CRgG foi anterior ou posterior à implementação da Central de Encaminhamento no Complexo? Quais as atribuições do MR no CRgG e na regulação dos EU?
2. Como eram realizados os processos autorizativos de regulação das urgências entre unidades da rede de urgências na Central de Internações, por ocasião do seu ingresso no CRgG, relacionados a leitos e transferência de pacientes.
3. Que vantagens e desvantagens a regulação médica do fluxo dos EU trouxe na acessibilidade aos serviços integrados na rede de atenção às urgências no município de Goiânia?
4. Como estão constituídas as equipes de plantão no CRgG? Considera numericamente e operacionalmente razoável esta composição para a demanda de solicitações de autorizações de EU e IU? Qual o maior dificultador pessoal e administrativo no trabalho como MR do CRgG?
5. Há integração entre os MR do CRgG, da CR SAMU, da CR Estadual e das equipes de reguladores nas unidades de referência? Qual a sua expectativa quanto à gestão do CRgG no sentido de avaliar e aprimorar os processos e protocolos de regulação no CRgG?

6. Teve contato com a Portaria que institui a Política Nacional de Atenção às Urgências (Portaria MS/GM Nº 1863, de 29 de setembro de 2003)? Em que aspectos o CRgG se alinha com esta Política? E com a PNR do SUS?
7. Que recursos facilitadores da regulação do acesso o aplicativo de regulação adotado no CRgG lhe possibilita? Que deficiências ele precisaria de contemplar?
8. Qual a sua avaliação sobre a implementação do processo de regulação dos EU pela CE do CRgG?
  - a. O que melhorou? Em que? Há outros aspectos que favoreceram a melhoria? Considerar adequação na distribuição dos recursos para o acesso aos serviços; ordenação e agilidade no fluxo das urgências; fortalecimento da RAU/capacidade de resposta à demanda etc.
  - b. O que não melhorou? Por quê?
9. Desafios no avanço da implementação das políticas para a atenção mais ágil e resolutiva das urgências:
  - No CRgG-
  - Na Atenção Básica -
  - Nas unidades pré-hospitalares fixas de urgência -
  - Na rede hospitalar própria e conveniada/contratada -
  - Na integração com o CRg Estadual -

## APÊNDICE 5- ROTEIRO DE ENTREVISTA AOS GERENTES DE UNIDADES

### IDENTIFICAÇÃO

Número:

Data de nascimento:

Tempo na gerência da Unidade:

Local e data da entrevista:

### QUESTÕES

1. Qual o perfil de atendimento desta Unidade?

Atenção Básica -

Especialidades -

Emergência 24 horas -

Classificação de risco -

Laboratório -

ECG -

Endoscopia digestiva alta -

Radiologia-

2. O(a) Sr(Sra) exerce a função atual desde anteriormente à implementação da autorização de encaminhamento de urgência pela Central?

3. Como está formada a equipe de plantão no setor de emergência?

Nº de médicos e especialidades-

Nº de enfermeiros-

Nº de técnicos-

4. Qual o número de atendimentos, encaminhamentos e internações de urgência realizados pela Unidade em janeiro de 2012?

Atendimentos de urgência-

Encaminhamentos de urgência-

Internações de urgência-

5. Quais as situações clínicas, cirúrgicas e de suporte diagnóstico mais frequentes de Encaminhamento de Urgência na Unidade?

6. A implementação da codificação de encaminhamento pela Central provocou mudança no tipo de demanda que procura a Unidade? Se sim, qual?
7. Qual a sua avaliação, como Unidade solicitante, sobre a implementação do processo de regulação dos EU pela CE do CRgG em 2008?
  - 7.1. O que melhorou? Em que? Há outros aspectos que favoreceram a melhoria? Considerar adequação na distribuição dos recursos para o acesso aos serviços; ordenação e agilidade no fluxo das urgências; fortalecimento da RAU/capacidade de resposta à demanda etc.
  - 7.2. O que não melhorou? Por quê?
8. Com base na PNAU que institui a RAU (Portaria nº 1600/2011) e na PNR do SUS (Portaria M/GM nº 1559/2008), quais os desafios no avanço da implementação das políticas para a atenção mais ágil e resolutiva das urgências:
  - No CRgG-
  - Na Atenção Básica -
  - Nas unidades pré-hospitalares fixas de urgência -
  - Na rede hospitalar própria e conveniada/contratada -
  - Na integração com o CRg Estadual -

FIGURA 3

**Figura 3-** Tela do formulário gerencial do Sistema de Internação do Complexo Regulador de Goiânia para avaliação do médico regulador e desbloqueio de leitos hospitalares.

The screenshot shows the AMTEC Intranet interface in Internet Explorer. The browser address bar shows the URL: [http://intra003.goiania.go.gov.br/sistemas/senha/asp/senha00004f0.asp?nm\\_sigla=siscv&nm\\_sist...](http://intra003.goiania.go.gov.br/sistemas/senha/asp/senha00004f0.asp?nm_sigla=siscv&nm_sist...)

The page title is "Regulação - Avaliação Médico Regulador" and the user is logged in as "DAYSE". The navigation menu includes "Notícias", "Catálogo", "Você", "Sistemas", and "Sair".

The main content area is titled "Menu Principal" and contains several sections:

- Atualizar Lista** button.
- Internação de Urgência** with **Paciente(s): 3**.
- Cota Direta** with **Paciente(s): 1**.
- Encaminhamento de Emergência** with **Paciente(s): 0**.

Below the emergency referral section, there is a table with the following structure:

Data Cad.	Tipo de Encaminhamento	Nome	Sexo	Dt. Nasc.
<b>NÃO HÁ PACIENTES PARA AVALIAÇÃO DE ENCAMINHAMENTO</b>				
Data Cad.	Tipo de Encaminhamento	Nome	Sexo	Dt. Nasc.
<b>Total na fila: 0</b>				

Below the table, there is a section titled **Desbloqueio de Leitos** with the following details:

- 2338351 - SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GOIANIA
- OBSTETRICOS
- OBSTETRICIA CIRURGICA - FEM
- ENF 02 - 2007
- DESBLOQUEAR** button

The Windows taskbar at the bottom shows the "Iniciar" button, open applications (AMTEC - Windows Int..., Documento1 - Micros...), and system tray icons (Internet, 100%, PT, 11:51).

**Fonte:** Complexo Regulador da SMS de Goiânia, 2012.

FIGURA 4

**Figura 4:** Tela do formulário em abas do Sistema de Internação do Complexo Regulador de Goiânia para avaliação do médico regulador.

The screenshot displays a web browser window titled "AMTEC - Windows Internet Explorer" with the URL [http://intra003.goiania.go.gov.br/sistemas/senha/asp/senha00004f0.asp?nm\\_sigla=siscv&nm\\_sistx](http://intra003.goiania.go.gov.br/sistemas/senha/asp/senha00004f0.asp?nm_sigla=siscv&nm_sistx). The browser shows the "Intranet" interface for "Regulação - Avaliação Médico Regulador". The main content area is titled "Geral" and contains a form with the following fields:

- Origem do Paciente:** Unidade Solicitante: 2338424 HOSPITAL DAS CLINICAS
- Paciente:**
  - Nº CNS: 103933619900003
  - Nome: EURIPEDES SOARES DE SOUZA
  - Mãe: CANDIDA SOARES DE SOUZA
  - Sexo: M Dt. Nascimento: 30/08/1952
- Endereço Paciente:**
  - Município: GO APARECIDA DE GOIANIA
  - Bairro: BAIRRO GARAVELO
- Requisitante do Leito: (empty field)

On the right side of the form, there is a "Ver Historico" button and a status indicator: "Total na fila: 1". The browser's taskbar at the bottom shows the "Iniciar" button and several open applications, including "AMTEC - Windows Int..." and "Documento1 - Micros...". The system clock shows 11:55 on PT.

**Fonte:** Complexo Regulador da SMS de Goiânia, 2012.

## **ANEXOS**

**ANEXO 1- PORTARIA Nº 1863/GM, EM 29 DE SETEMBRO DE 2003**

Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições,

Considerando o quadro brasileiro de morbimortalidade relativo a todas urgências, inclusive as relacionadas ao trauma e à violência, contempladas no Anexo da Portaria MS/GM nº 737, de 16 de maio de 2001 - Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.

Considerando que é de relevância pública o estabelecimento de normas para a organização dos serviços públicos e privados de atenção às urgências, conforme preceituam o art. 197 da Constituição Federal e os arts. 1º e 15 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

Considerando o disposto na Portaria GM/MS nº 2048, de 5 de novembro de 2002, que instituiu o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência;

Considerando a necessidade de implantação e implementação do processo de regulação da atenção às urgências, a partir de Centrais de Regulação Médica, que integram o Complexo Regulador da Atenção, conforme previsto na Portaria SAS/MS nº 356, de 22 de setembro de 2000, e NOAS-SUS 01/2002;

Considerando a necessidade de estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada de cuidados integrais às urgências, de qualquer complexidade ou gravidade, desconcentrando a atenção efetuada exclusivamente pelos prontos-socorros;

Considerando a necessidade de garantir a adequada referência regulada para os pacientes que, tendo recebido atendimento inicial, em qualquer nível do sistema, necessitem de acesso aos meios adicionais de atenção;

Considerando a premente necessidade de adequar a dinâmica da captação de órgãos às necessidades de transplante da população brasileira;

Considerando a responsabilidade do Ministério da Saúde de estimular a atenção integral às urgências por meio da implantação e implementação dos serviços de atenção básica e saúde da família, unidades não-hospitalares de atendimento às urgências, pré-hospitalar móvel, portas hospitalares de atenção às urgências, serviços de atenção domiciliar e reabilitação integral no País;

Considerando que é estratégico ao Sistema Único de Saúde garantir a capacitação continuada dos profissionais de suas equipes setoriais;

Considerando as contribuições do Conselho Nacional de Saúde (CNS), aprovadas na 131ª Reunião, de 4 e 5 de junho de 2003, e

Considerando as contribuições apresentadas pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), adotadas em Plenárias da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), realizada em 13 de agosto de 2003,

**RESOLVE:**

Art. 1º Instituir a Política Nacional de Atenção às Urgências a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

1 - garantir a universalidade, equidade e a integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às causas externas (traumatismos não-intencionais, violências e suicídios);

2 - consubstanciar as diretrizes de regionalização da atenção às urgências, mediante a adequação criteriosa da distribuição dos recursos assistenciais, conferindo concretude ao dimensionamento e implantação de sistemas estaduais, regionais e municipais e suas respectivas redes de atenção;

3 - desenvolver estratégias promocionais da qualidade de vida e saúde capazes de prevenir agravos, proteger a vida, educar para a defesa da saúde e recuperar a saúde, protegendo e desenvolvendo a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividades;

4 - fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas, a partir da construção de mapas de risco regionais e locais e da adoção de protocolos de prevenção, atenção e mitigação dos eventos;

5 - contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações e serviços de urgência, permitindo que a partir de seu desempenho seja possível uma visão dinâmica do estado de saúde da população e do desempenho do Sistema Único de Saúde em seus três níveis de gestão;

6 - integrar o complexo regulador do Sistema Único de Saúde, promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e democratização das informações com a perspectiva de usá-las para alimentar estratégias promocionais;

7 - qualificar a assistência e promover a capacitação continuada das equipes de saúde do Sistema Único de Saúde na Atenção às Urgências, em acordo com os princípios da integralidade e humanização.

Art. 3º Definir que a Política Nacional de Atenção às Urgências, de que trata o artigo 1º desta Portaria, deve ser instituída a partir dos seguintes componentes fundamentais:

1. adoção de estratégias promocionais de qualidade de vida, buscando identificar os determinantes e condicionantes das urgências e por meio de ações transeitoriais de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade;

2. organização de redes loco regionais de atenção integral às urgências, enquanto elos da cadeia de manutenção da vida, tecendo-as em seus diversos componentes:

2.a - componente Pré-Hospitalar Fixo: unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família, equipes de agentes comunitários de saúde, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias, e Unidades Não-Hospitalares de Atendimento às Urgências, conforme Portaria GM/MS nº 2048, de 05 de novembro de 2002.

2.b – componente Pré-Hospitalar Móvel: - SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgências e os serviços associados de salvamento e resgate, sob regulação médica de urgências e com número único nacional para urgências médicas – 192;

2.c – componente Hospitalar: portas hospitalares de atenção às urgências das unidades hospitalares gerais de tipo I e II e das unidades hospitalares de referência tipo I, II e III, bem como toda a gama de leitos de internação, passando pelos leitos gerais e especializados de retaguarda, de longa permanência e os de terapia semi-intensiva e intensiva, mesmo que esses leitos estejam situados em unidades hospitalares que atuem sem porta aberta às urgências;

2.d – componente Pós-Hospitalar: modalidades de Atenção Domiciliar, Hospitais-Dia e Projetos de Reabilitação Integral com componente de reabilitação de base comunitária;

3. instalação e operação das Centrais de Regulação Médica das Urgências, integradas ao Complexo Regulador da Atenção no SUS;

4. capacitação e educação continuada das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção, a partir de um enfoque estratégico promocional, abarcando toda a gestão e atenção pré-hospitalar fixa e móvel, hospitalar e pós-hospitalar, envolvendo os profissionais de nível superior e os de nível técnico, em acordo com as diretrizes do SUS e alicerçada nos pólos de educação permanente em saúde;

5. orientação geral segundo os princípios de humanização da atenção.

Art. 4.º Determinar à Secretaria de Atenção à Saúde que, por intermédio do Departamento de Atenção Especializada e da Coordenação-Geral de Urgência e Emergência, adote todas as providências necessárias à plena estruturação da Política Nacional de Atenção às Urgências instituída por esta Portaria.

Art. 5.º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando as disposições em contrário.

HUMBERTO COSTA

**ANEXO 2- PORTARIA MS/GM Nº 1.600, DE 7 DE JULHO DE 2011**

Revoga a Portaria MS/GM nº 1.863, de 29-09-2003.

Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando o conceito da saúde como direito social e de cidadania e como resultante das condições de vida da população, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços, nos termos do que dispõe o artigo 196 da Constituição Federal;

Considerando a necessidade de se trabalhar dentro de um conceito amplo de saúde que direcione a intervenção e resposta às necessidades de saúde, atuando desde a promoção e prevenção, passando pelo diagnóstico, monitoramento e tratamento, mas também recuperação conforme dispõe o artigo 2º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

Considerando que será necessária a decisão política do conjunto dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) para estímulo à organização e à implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), buscando um pacto cooperativo entre as instâncias de gestão e governança do sistema para garantir os investimentos e recursos necessários a esta mudança;

Considerando que o atendimento aos usuários com quadros agudos deve ser prestado por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS, possibilitando a resolução integral da demanda ou transferindo-a, responsavelmente, para um serviço de maior complexidade, dentro de um sistema hierarquizado e regulado, organizado em redes regionais de atenção às urgências enquanto elos de uma rede de manutenção da vida em níveis crescentes de complexidade e responsabilidade;

Considerando que para organizar uma rede que atenda aos principais problemas de saúde dos usuários na área de urgência é necessário considerar o perfil epidemiológico no Brasil, onde se evidencia, segundo dados da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), uma alta morbimortalidade relacionada às violências e acidentes de trânsito até os 40 (quarenta) anos e acima desta faixa uma alta morbimortalidade relacionada às doenças do aparelho circulatório;

Considerando o alto custo sócio-econômico, além dos sofrimentos enfrentados pelas pessoas acometidas por acidentes de trânsito, violências e doenças cardiovasculares no Brasil e a necessidade de intervir de forma mais organizada e efetiva sobre estas doenças e agravos;

Considerando a Portaria nº 737/GM/MS, de 16 de maio de 2001, que institui a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências;

Considerando a Portaria nº 344/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2002, que institui o Projeto de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito - Mobilizando a Sociedade e Promovendo a Saúde;

Considerando a Portaria nº 2048/GM/MS, de 05 de novembro de 2002, que regulamenta tecnicamente as urgências e emergências;

Considerando a Portaria nº 2.657/GM/MS, de 16 de dezembro de 2004, que estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192);

Considerando a Portaria nº 687/GM/MS, de 30 de março de 2006, que institui a Política Nacional de Promoção da Saúde;

Considerando a Portaria nº 1.097/GM/MS, de 22 de maio de 2006, que define o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a Portaria nº 1.559/GM/MS, de 1º de agosto de 2008, que institui a Política Nacional de Regulação do SUS;

Considerando a Portaria nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica;

Considerando o avanço nestes últimos anos no processo de implementação do SUS no Brasil, mas também a evidente necessidade de superar a fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado, conforme caminho apontado na Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que prioriza a organização e implementação das RAS no país; e

Considerando o imperativo de prover a atenção qualificada à saúde de toda população brasileira, incluindo o atendimento ágil e resolutivo das urgências e emergências, resolve:

Art. 1º Esta Portaria reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).

## CAPÍTULO I DAS DIRETRIZES DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

Art. 2º Constituem-se diretrizes da Rede de Atenção às Urgências:

I - ampliação do acesso e acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos;

II - garantia da universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e às relacionadas a causas externas (traumatismos, violências e acidentes);

III - regionalização do atendimento às urgências com articulação das diversas redes de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde;

IV - humanização da atenção garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;

V - garantia de implantação de modelo de atenção de caráter multiprofissional, compartilhado por trabalho em equipe, instituído por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseado na gestão de linhas de cuidado;

VI - articulação e integração dos diversos serviços e equipamentos de saúde, constituindo redes de saúde com conectividade entre os diferentes pontos de atenção;

VII - atuação territorial, definição e organização das regiões de saúde e das redes de atenção a partir das necessidades de saúde destas populações, seus riscos e vulnerabilidades específicas;

VIII - atuação profissional e gestora visando o aprimoramento da qualidade da atenção por meio do desenvolvimento de ações coordenadas, contínuas e que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde;

IX - monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços através de indicadores de desempenho que investiguem a efetividade e a resolutividade da atenção;

X - articulação interfederativa entre os diversos gestores desenvolvendo atuação solidária, responsável e compartilhada;

XI - participação e controle social dos usuários sobre os serviços;

XII - fomento, coordenação e execução de projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas, a partir da construção de mapas de risco regionais e locais e da adoção de protocolos de prevenção, atenção e mitigação dos eventos;

XIII - regulação articulada entre todos os componentes da Rede de Atenção às Urgências com garantia da equidade e integralidade do cuidado; e

XIV - qualificação da assistência por meio da educação permanente das equipes de saúde do SUS na Atenção às Urgências, em acordo com os princípios da integralidade e humanização.

Art. 3º Fica organizada, no âmbito do SUS, a Rede de Atenção às Urgências.

§ 1º A organização da Rede de Atenção às Urgências tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna.

§ 2º A Rede de Atenção às Urgências deve ser implementada, gradativamente, em todo território nacional, respeitando-se critérios epidemiológicos e de densidade populacional.

§ 3º O acolhimento com classificação do risco, a qualidade e a resolutividade na atenção constituem a base do processo e dos fluxos assistenciais de toda Rede de Atenção às Urgências e devem ser requisitos de todos os pontos de atenção.

§ 4º A Rede de Atenção às Urgências priorizará as linhas de cuidados cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica.

Art. 4º A Rede de Atenção às Urgências é constituída pelos seguintes componentes:

I - Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde;

II - Atenção Básica em Saúde;

III - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências;

IV - Sala de Estabilização;

V - Força Nacional de Saúde do SUS;

VI - Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas;

VII - Hospitalar; e

VIII - Atenção Domiciliar.

## CAPÍTULO II

### DOS COMPONENTES DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E SEUS OBJETIVOS

Art. 5º O Componente Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde tem por objetivo estimular e fomentar o desenvolvimento de ações de saúde e educação permanente voltadas para a vigilância e prevenção das violências e acidentes, das lesões e mortes no trânsito e das doenças crônicas não transmissíveis, além de ações intersetoriais, de participação e mobilização da sociedade visando a promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância à saúde.

Art. 6º O Componente Atenção Básica em Saúde tem por objetivo a ampliação do acesso, fortalecimento do vínculo e responsabilização e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção, quando necessário, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades.

Art. 7º O Componente Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátricas, psiquiátricas, entre outras) que possa levar a sofrimento, sequelas

ou mesmo à morte, sendo necessário, garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS.

Parágrafo único. O Componente de que trata o caput deste artigo pode se referir a atendimento primário quando o pedido de socorro for oriundo de um cidadão ou de atendimento secundário quando a solicitação partir de um serviço de saúde no qual o paciente já tenha recebido o primeiro atendimento necessário à estabilização do quadro de urgência apresentado, mas que necessita ser conduzido a outro serviço de maior complexidade para a continuidade do tratamento.

Art. 8º O Componente Sala de Estabilização deverá ser ambiente para estabilização de pacientes críticos e/ou graves, com condições de garantir a assistência 24 horas, vinculado a um equipamento de saúde, articulado e conectado aos outros níveis de atenção, para posterior encaminhamento à rede de atenção a saúde pela central de regulação das urgências.

Parágrafo único. O Componente de que trata o caput deste artigo não se caracteriza como novo serviço de saúde para assistência a toda demanda espontânea, mas sim para garantir a disponibilidade de atendimento para estabilização dos agravos críticos à saúde.

Art. 9º O Componente Força Nacional de Saúde do SUS objetiva aglutinar esforços para garantir a integralidade na assistência em situações de risco ou emergenciais para populações com vulnerabilidades específicas e/ou em regiões de difícil acesso, pautando-se pela equidade na atenção, considerando-se seus riscos.

Art. 10. O Componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas está assim constituído:

I - a Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 h) é o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar, devendo com estas compor uma rede organizada de atenção às urgências; e

II - as Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24 h) e o conjunto de Serviços de Urgência 24 Horas não hospitalares devem prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade.

Art. 11. O Componente Hospitalar será constituído pelas Portas Hospitalares de Urgência, pelas enfermarias de retaguarda, pelos leitos de cuidados intensivos, pelos serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório e pelas linhas de cuidados prioritárias.

Art. 12. O Componente Atenção Domiciliar é compreendido como o conjunto de ações integradas e articuladas de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, que ocorrem no domicílio, constituindo-se nova modalidade de atenção à saúde que acontece no território e reorganiza o processo de trabalho das equipes, que realizam o cuidado domiciliar na atenção primária, ambulatorial e hospitalar.

### CAPÍTULO III DA OPERACIONALIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

Art. 13. A operacionalização da Rede de Atenção às Urgências dar-se-á pela execução de 5 (cinco) fases:

#### I - Fase de Adesão e Diagnóstico:

a) apresentação da Rede de Atenção às Urgências nos Estados e no Distrito Federal;  
b) realização de diagnóstico e aprovação da região inicial de implementação da Rede de Atenção às Urgências na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) nos Estados e no Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF); e  
c) instituição de Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção às Urgências, formado pela Secretaria Estadual de Saúde (SES), Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) e apoio institucional do Ministério da Saúde, que terá como atribuições:

1. mobilizar os dirigentes políticos do SUS em cada fase;
2. apoiar a organização dos processos de trabalho voltados a implantação/implementação da rede;
3. identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase;
4. monitorar e avaliar o processo de implantação/implementação da rede.

#### II - Fase do Desenho Regional da Rede:

a) realização de análise da situação dos serviços de atendimento às urgências, com dados primários, incluindo dados demográficos e epidemiológicos, dimensionamento da demanda das urgências, dimensionamento da oferta dos serviços de urgência existentes e análise da situação da regulação, da avaliação, do controle, da vigilância epidemiológica, do apoio diagnóstico, do transporte para as urgências, da auditoria e do controle externo, pela Comissão Intergestores Regional (CIR) e pelo CGSES/DF, com o apoio da Secretaria de Saúde;

b) elaboração da proposta de Plano de Ação Regional, com detalhamento técnico de cada componente da Rede, contemplando o desenho da Rede Atenção às Urgências, metas a serem cumpridas, cronograma de implantação, mecanismos de regulação, monitoramento e

avaliação, o estabelecimento de responsabilidades e o aporte de recursos pela União, Estado, Distrito Federal e Municípios envolvidos;

c) aprovação do Plano de Ação Regional na CIR, no CGSES/DF e na CIB; e

d) elaboração dos Planos de Ação Municipais dos Municípios integrantes da CIR, em consonância com o Plano de Ação Regional;

### III - Fase da Contratualização dos Pontos de Atenção:

a) contratualização pela União, pelo Estados, pelo Distrito Federal ou pelo Município dos pontos de atenção da Rede de Urgência e Emergência, observadas as responsabilidades definidas para cada Componente da Rede de Atenção às Urgências no desenho regional; e

b) instituição do Grupo Condutor Municipal em cada Município que compõe a CIR, com apoio institucional da SES;

IV - Fase da Qualificação dos Componentes: a qualificação dos Componentes da Rede de Atenção às Urgências será definida na portaria específica de cada um dos Componentes, onde constarão as responsabilidades que deverão ser cumpridas e as ações que serão desenvolvidas;

V - Fase da Certificação: a certificação será concedida pelo Ministério da Saúde aos gestores do SUS, após a etapa de qualificação dos Componentes da Rede de Atenção às Urgências, com avaliação periódica.

§ 1º O Grupo Condutor da Rede de Atenção às Urgências no Distrito Federal será composto pela Secretaria de Saúde e pela CGSES/DF, com apoio institucional do Ministério da Saúde, e terá as mesmas atribuições do Grupo Condutor Estadual, descritas na alínea "c" do inciso I do art. 13.

§ 2º O Plano de Ação Regional e o Plano de Ação Municipal serão os documentos orientadores para a execução das fases de implementação da Rede de Urgência e Emergência, assim como para o monitoramento e a avaliação da implementação da Rede pelo Grupo Condutor Estadual e pelo Ministério da Saúde.

§ 3º A contratualização dos Pontos de Atenção é o meio pelo qual o gestor, seja ele o Município, o Estado, o Distrito Federal ou a União, estabelece metas quantitativas e qualitativas do processo de atenção à saúde, com o(s) ponto(s) de atenção à saúde da Rede de Atenção às Urgências sob sua gestão, de acordo com o Plano de Ação Regional e os Planos de Ação Municipais.

#### CAPÍTULO IV DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 14. Os Comitês Gestores de Atenção às Urgências já existentes deverão ser mantidos e deverão ser apresentadas propostas de estruturação e funcionamento de novos Comitês nos âmbitos Estadual, Regional e Municipal nos locais onde ainda não existem.

§ 1º As Secretarias Municipais de Saúde deverão constituir e coordenar Comitês Gestores Municipais da Rede de Atenção às Urgências, garantindo a adequada articulação entre os entes gestores e os executores das ações e as Secretarias Estaduais de Saúde deverão constituir e coordenar os Comitês Gestores Estaduais e os Comitês Gestores Regionais do Sistema de Atenção às Urgências.

§ 2º Os Comitês Gestores da Rede de Atenção às Urgências representarão o espaço formal de discussão e implementação das correções necessárias à permanente adequação do sistema de atenção integral às urgências, dentro das diretrizes estabelecidas pelos Planos de Atenção às Urgências, em suas instâncias de representação institucional que permitirão que os atores envolvidos na estruturação da atenção às urgências possam discutir, avaliar e pactuar as diretrizes e ações prioritárias, subordinadas às estruturas de pactuação do SUS nos seus vários níveis.

§ 3º Nos Comitês Gestores Estaduais da Rede de Atenção às Urgências, os indicadores deverão ser analisados segundo critérios de regionalização, buscando-se construir um quadro descritivo completo da atenção estadual às urgências, apontando aspectos positivos, dificuldades, limites e necessidades a serem enfrentadas no contexto da macro e micro regulação (regional e local).

§ 4º O relatório da situação da atenção estadual às urgências elaborado nos termos do parágrafo anterior será remetido à Coordenação-Geral de Urgência e Emergência (CGUE/DAE/SAS/MS), onde comporá a base nacional de dados relativa à atenção às urgências.

§ 5º Fica recomendado que os Comitês Gestores Estaduais da Rede de Atenção às Urgências sejam compostos pelo Coordenador Estadual do Sistema de Atenção às Urgências, pelo COSEMS, representado por Coordenadores Municipais de Atenção às Urgências, pela Defesa Civil Estadual, representantes do Corpo de Bombeiros, da Secretaria Estadual de Segurança Pública e da Polícia Rodoviária e do Conselho Estadual de Saúde, das empresas concessionárias de rodovias, com sugestão de estudar a necessidade ou oportunidade de se incorporarem a eles representantes das Forças Armadas Brasileiras.

§ 6º Fica recomendado que os Comitês Gestores das Redes Regionais de Atenção às Urgências, sob coordenação estadual e com fluxo operacional compatível e de acordo com a realidade regional, tenham a seguinte composição:

- I - Coordenador Regional da Rede de Atenção às Urgências ou outro representante da SES que assuma tal função;
- II - Coordenadores Municipais da Atenção às Urgências;
- III - representantes dos serviços de saúde (prestadores da área das urgências);
- IV - representante do Corpo de Bombeiros, Polícias Rodoviária, Civil e Militar, onde essas corporações atuem na atenção às urgências;
- V - representante da Defesa Civil;
- VI - representante dos gestores municipais e estadual da área de trânsito e transportes; e
- VII - conforme a necessidade justificar, representantes da Aeronáutica, Marinha e Exército brasileiros.

§ 7º Fica recomendado que os Comitês Gestores das Redes Municipais de Atenção às Urgências tenham a seguinte composição mínima:

- I - Coordenador Municipal da Rede de Atenção às Urgências;
- II - representantes dos serviços de saúde (prestadores da área das urgências);
- III - representante do Conselho Municipal de Saúde;
- IV - representante do Corpo de Bombeiros, Polícias Rodoviária, Civil e Militar, Guarda Municipal, onde essas corporações atuem na atenção às urgências;
- V - representante da Defesa Civil Municipal;
- VI - representante do gestor municipal da área de trânsito; e
- VIII - conforme a necessidade justificar, representantes da Aeronáutica, Marinha e Exército brasileiros.

Art. 15. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 16. Fica revogada a Portaria nº 1863/GM/MS, de 29 de setembro de 2003, publicada no Diário Oficial da União nº 193, de 6 de outubro de 2003, Seção 1, p. 56.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 8 jul. 2011. Seção 1, p.69-70

**ANEXO 3- PORTARIA GM Nº 1.559, DE 1º DE AGOSTO DE 2008**

Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II, do parágrafo único do art. 87 da Constituição Federal, e Considerando a Lei Orgânica da Saúde Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; Considerando a Portaria Nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que aprova as diretrizes operacionais do pacto pela saúde e a Portaria Nº 699/GM, de 30 de março de 2006, que regulamenta as diretrizes operacionais dos pactos pela vida e de gestão; Considerando a pactuação formulada na Câmara Técnica da Comissão Intergestores Tripartite - CIT; Considerando a Portaria Nº 1.571/GM, de 29 de junho de 2007, que estabelece incentivo financeiro para implantação e/ou implementação de complexos reguladores; Considerando a Portaria Nº 3.277/GM, de 22 de dezembro de 2006, que dispõe sobre a participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde no âmbito do SUS; Considerando a necessidade de estruturar as ações de regulação, controle e avaliação no âmbito do SUS, visando ao aprimoramento e à integração dos processos de trabalho; Considerando a necessidade de fortalecimento dos instrumentos de gestão do Sistema Único de Saúde - SUS, que garantem a organização das redes e fluxos assistenciais, provendo acesso equânime, integral e qualificado aos serviços de saúde; e Considerando a necessidade de fortalecer o processo de regionalização, hierarquização e integração das ações e serviços de saúde, resolve:

Art. 1º Instituir a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão, como instrumento que possibilite a plenitude das responsabilidades sanitárias assumidas pelas esferas de governo.

Art. 2º As ações de que trata a Política Nacional de Regulação do SUS estão organizadas em três dimensões de atuação, necessariamente integradas entre si:

I - Regulação de Sistemas de Saúde: tem como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas;

II - Regulação da Atenção à Saúde: exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde; tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo estratégias e macrodiretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde, também denominada de Regulação Assistencial e controle

da oferta de serviços executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS; e

III - Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.

Art. 3º A Regulação de Sistemas de Saúde efetivada pelos atos de regulamentação, controle e avaliação de sistemas de saúde, regulação da atenção à saúde e auditoria sobre sistemas e de gestão contempla as seguintes ações:

- I - Elaboração de decretos, normas e portarias que dizem respeito às funções de gestão;
- II - Planejamento, Financiamento e Fiscalização de Sistemas de Saúde;
- III - Controle Social e Ouvidoria em Saúde;
- IV - Vigilância Sanitária e Epidemiológica;
- V - Regulação da Saúde Suplementar;
- VI - Auditoria Assistencial ou Clínica; e
- VII - Avaliação e Incorporação de Tecnologias em Saúde.

Art. 4º A Regulação da Atenção à Saúde efetivada pela contratação de serviços de saúde, controle e avaliação de serviços e da produção assistencial, regulação do acesso à assistência e auditoria assistencial contempla as seguintes ações:

- I - cadastramento de estabelecimentos e profissionais de saúde no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES;
- II - cadastramento de usuários do SUS no sistema do Cartão Nacional de Saúde - CNS;
- III - contratualização de serviços de saúde segundo as normas e políticas específicas deste Ministério;
- IV - credenciamento/habilitação para a prestação de serviços de saúde;
- V - elaboração e incorporação de protocolos de regulação que ordenam os fluxos assistenciais;
- VI - supervisão e processamento da produção ambulatorial e hospitalar;
- VII - Programação Pactuada e Integrada - PPI;

VIII - avaliação analítica da produção;

IX - avaliação de desempenho dos serviços e da gestão e de satisfação dos usuários - PNASS;

X - avaliação das condições sanitárias dos estabelecimentos de saúde;

XI - avaliação dos indicadores epidemiológicos e das ações e serviços de saúde nos estabelecimentos de saúde; e

XII - utilização de sistemas de informação que subsidiam os cadastros, a produção e a regulação do acesso.

Art. 5º A Regulação do Acesso à Assistência efetivada pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão por meio de atendimentos às urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários contempla as seguintes ações:

I - regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências;

II - controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados;

III - padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais;

IV - o estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados. A regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização, do desenho das redes.

Art. 6º Os processos de trabalho que compõem a Regulação do Acesso à Assistência serão aprimorados ou implantados de forma integrada, em todas as esferas de gestão do SUS, de acordo com as competências de cada esfera de governo.

§ 1º As áreas técnicas de regulação, controle e avaliação deverão construir conjuntamente as estratégias de ação e de intervenção necessárias à implantação desta Política, dos processos de trabalho, bem como captação, análise e manutenção das informações geradas.

§ 2º As informações geradas pela área técnica da regulação do acesso servirão de base para o processamento da produção, sendo condicionantes para o faturamento, de acordo com normalização específica da União, dos Estados e dos Municípios.

§ 3º Os processos de autorização de procedimentos como a Autorização de Internação Hospitalar - AIH e a Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade - APAC serão totalmente integrados às demais ações da regulação do acesso, que fará o acompanhamento

dos fluxos de referência e contra-referência baseado nos processos de programação assistencial.

§ 4º As autorizações para Tratamento Fora de Domicílio - TFD serão definidas pela área técnica da regulação do acesso.

Art. 7º A área técnica da regulação do acesso será estabelecida mediante estruturas denominadas Complexos Reguladores, formados por unidades operacionais denominadas centrais de regulação, preferencialmente, descentralizadas e com um nível central de coordenação e integração.

Art. 8º As atribuições da regulação do acesso serão definidas em conformidade com sua organização e estruturação.

§ 1º São atribuições da regulação do acesso:

I - garantir o acesso aos serviços de saúde de forma adequada;

II - garantir os princípios da equidade e da integralidade;

III - fomentar o uso e a qualificação das informações dos cadastros de usuários, estabelecimentos e profissionais de saúde;

IV - elaborar, disseminar e implantar protocolos de regulação;

V - diagnosticar, adequar e orientar os fluxos da assistência;

VI - construir e viabilizar as grades de referência e contra-referência;

VII - capacitar de forma permanente as equipes que atuarão nas unidades de saúde;

VIII - subsidiar as ações de planejamento, controle, avaliação e auditoria em saúde;

IX - subsidiar o processamento das informações de produção; e

X - subsidiar a programação pactuada e integrada.

§ 2º São atribuições do Complexo Regulador:

I - fazer a gestão da ocupação de leitos e agendas das unidades de saúde;

II - absorver ou atuar de forma integrada aos processos autorizativos;

III - efetivar o controle dos limites físicos e financeiros;

IV - estabelecer e executar critérios de classificação de risco; e

V - executar a regulação médica do processo assistencial.

Art. 9º O Complexo Regulador é a estrutura que operacionaliza as ações da regulação do acesso, podendo ter abrangência e estrutura pactuadas entre gestores, conforme os seguintes modelos:

I - Complexo Regulador Estadual: gestão e gerência da Secretaria de Estado da Saúde, regulando o acesso às unidades de saúde sob gestão estadual e a referência interestadual e intermediando o acesso da população referenciada às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito do Estado.

II - Complexo Regulador Regional:

a) gestão e gerência da Secretaria de Estado da Saúde, regulando o acesso às unidades de saúde sob gestão estadual e intermediando o acesso da população referenciada às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito da região, e a referência interregional, no âmbito do Estado;

b) gestão e gerência compartilhada entre a Secretaria de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde que compõem a região, regulando o acesso da população própria e referenciada às unidades de saúde sob gestão estadual e municipal, no âmbito da região, e a referência inter-regional, no âmbito do Estado; e

III - Complexo Regulador Municipal: gestão e gerência da Secretaria Municipal de Saúde, regulando o acesso da população própria às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito do Município, e garantindo o acesso da população referenciada, conforme pactuação. § 1º O Complexo Regulador será organizado em:

I - Central de Regulação de Consultas e Exames: regula o acesso a todos os procedimentos ambulatoriais, incluindo terapias e cirurgias ambulatoriais;

II - Central de Regulação de Internações Hospitalares: regula o acesso aos leitos e aos procedimentos hospitalares eletivos e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência; e

III - Central de Regulação de Urgências: regula o atendimento pré-hospitalar de urgência e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência.

§ 2º A Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade - CERAC será integrada às centrais de regulação de consultas e exames e internações hospitalares.

§ 3º A operacionalização do Complexo Regulador será realizada em conformidade com o disposto no Volume 6 da Série Pactos pela Saúde: Diretrizes para a Implantação de Complexos Reguladores, acessível na íntegra na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

Art. 10. Cabe à União, aos Estados, aos Municípios e ao Distrito Federal exercer, em seu âmbito administrativo, as seguintes atividades:

I - executar a regulação, o controle, a avaliação e a auditoria da prestação de serviços de saúde;

II - definir, monitorar e avaliar a aplicação dos recursos financeiros;

III - elaborar estratégias para a contratualização de serviços de saúde;

IV - definir e implantar estratégias para cadastramento de usuários, profissionais e estabelecimentos de saúde;

V - capacitar de forma permanente as equipes de regulação, controle e avaliação; e

VI - elaborar, pactuar e adotar protocolos clínicos e de regulação.

§ 1º Cabe à União:

I - cooperar técnica e financeiramente com os Estados, os Municípios e o Distrito Federal para a qualificação das atividades de regulação, controle e avaliação;

II - elaborar e fomentar estratégias de cadastramento de usuários, profissionais e estabelecimentos de saúde;

III - definir e pactuar a política nacional de contratação de serviços de saúde;

IV - elaborar, pactuar e manter as tabelas de procedimentos;

V - apoiar tecnicamente os Estados, os Municípios e o Distrito Federal na implantação, implementação e na operacionalização dos complexos reguladores;

VI - operacionalizar a Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade - CNRAC;

VII - apoiar e monitorar a implementação e a operacionalização das Centrais Estaduais de Regulação da Alta Complexidade - CERAC;

VIII - disponibilizar e apoiar a implantação, em todos os níveis de gestão do SUS, de sistemas de informação que operacionalizem as ações de regulação, controle, avaliação, cadastramento e programação; e

IX - elaborar normas técnicas gerais e específicas, em âmbito nacional.

§ 2º Cabe aos Estados:

I - cooperar tecnicamente com os Municípios e regiões para a qualificação das atividades de regulação, controle e avaliação;

II - compor e avaliar o desempenho das redes regionais de atenção à saúde;

III - realizar e manter atualizado o Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde;

IV - coordenar a elaboração de protocolos clínicos e de regulação, em conformidade com os protocolos nacionais;

V - operacionalizar o Complexo Regulador em âmbito estadual e/ou regional;

VI - operacionalizar a Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade - CERAC;

VII - estabelecer de forma pactuada e regulada as referências entre Estados;

VIII - coordenar a elaboração e revisão periódica da programação pactuada e integrada intermunicipal e interestadual;

IX - avaliar as ações e os estabelecimentos de saúde, por meio de indicadores e padrões de conformidade, instituídos pelo Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde - PNASS; X - processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios, contratados e conveniados; XI - contratualizar os prestadores de serviços de saúde; e

XII - elaborar normas técnicas complementares às da esfera federal.

§ 3º Cabe aos Municípios:

I - operacionalizar o complexo regulador municipal e/ou participar em co-gestão da operacionalização dos Complexos Reguladores Regionais;

II - viabilizar o processo de regulação do acesso a partir da atenção básica, provendo capacitação, ordenação de fluxo, aplicação de protocolos e informatização;

III - coordenar a elaboração de protocolos clínicos e de regulação, em conformidade com os protocolos estaduais e nacionais;

IV - regular a referência a ser realizada em outros Municípios, de acordo com a programação pactuada e integrada, integrando-se aos fluxos regionais estabelecidos;

V - garantir o acesso adequado à população referenciada, de acordo com a programação pactuada e integrada;

VI - atuar de forma integrada à Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade - CERAC;

VII - operar o Centro Regulador de Alta Complexidade Municipal conforme pactuação e atuar de forma integrada à Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade - CERAC;

VIII - realizar e manter atualizado o cadastro de usuários;

IX - realizar e manter atualizado o cadastro de estabelecimentos e profissionais de saúde;

X - participar da elaboração e revisão periódica da programação pactuada e integrada intermunicipal e interestadual;

XI - avaliar as ações e os estabelecimentos de saúde, por meio de indicadores e padrões de conformidade, instituídos pelo Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde - PNASS;

XII - processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios, contratados e conveniados;

XIII - contratualizar os prestadores de serviços de saúde;

XIV - elaborar normas técnicas complementares às das esferas estadual e federal.

§ 4º Cabe ao Distrito Federal executar as atividades contidas nos §§ 2º e 3º deste artigo, preservando suas especificidades políticas e administrativas.

Art. 11. A Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, adotará as providências necessárias à plena aplicação da Política Nacional de Regulação do SUS, instituída por esta Portaria.

Art. 12. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

## ANEXO 4- ATA DA CIB

Ata da 3ª **Reunião Ordinária do ano de 2011** da Comissão Intergestores Bipartite do Estado de Goiás. Realizada aos 14 dias do mês de abril de 2011, no auditório da Escola de Saúde Pública “Cândido Santiago” contou com os seguintes participantes:

**REPRESENTAÇÃO ESTADUAL:** Antônio Faleiros Filho – SES; Sílvio Divino de Melo – SCATS; Mabel Del Socorro Cala de Rodriguez - SPAIS; Tânia da Silva Vaz – SUVISA; Carlos Luz Elias – SUNAS; Meire Incarnação Ribeiro Soares – SEST; Halim Antônio Girade – SUPEX.

**REPRESENTAÇÃO MUNICIPAL/COSEMS:** Lucélia Borges Abreu Ferreira – SMS de Iporá; Antônio Gilberto Carvalhais - SMS de Jussara; Amilton Fernandes Prado - SMS de Jataí; Elias Rassi Neto – SMS Goiânia; Gercilene Ferreira – SMS de Senador Canedo; Patrocínia Maria F. Lima Assunção – SMS de Minaçu; Rosângela Marinho de Souza e Silva – SMS de Santa Isabel; Marta Selma da Silveira – SMS de Turvânia.

**SECRETARIA EXECUTIVA DA CIB:** Lirce Lamounier, Sizaltina Pereira de Amorim, Lilian José Guedes de Castro e Elisabeth Iracema Bueno Cabral.

- **ASSESSORES/ SUPLENTE/ E CONVIDADOS:** relação constante no livro de presença.

### PONTOS DE PAUTA:

**1 - Aprovação da Ata da Reunião anterior de 17/03/2011.**

**2 – HOMOLOGAÇÕES E CERTIFICAÇÕES:**

**2.1 - Resoluções AD REFERENDUM – (SE/CIB)**

- **Resolução nº. 047/2011 – CIB** - Aprova AD REFERENDUM a IMPLEMENTAÇÃO do Incentivo Programa Saúde da Família e SAÚDE BUCAL, dos **Municípios de Hidrolândia e Baliza.**

- **Resolução nº. 048/2011 – CIB** - Aprova AD REFERENDUM a documentação do **Município de Caturai,** conforme Portaria GM/MS Nº. 2226/2009, para o financiamento de construção de UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA – UBSF, pelo Ministério da Saúde.

- **Resolução nº. 049/2011 – CIB** - Aprova AD REFERENDUM a IMPLANTAÇÃO dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF do **Município de Santo Antônio do Descoberto.**

- **Resolução nº. 050/2011 – CIB** - Aprova AD REFERENDUM a documentação do **Município de Formoso,** conforme Portaria GM/MS Nº. 2226/2009, para o financiamento

de construção de UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA – UBSF, pelo Ministério da Saúde.

**2.2** - Programações das Ações de VISA 2011/2012, em face aos dispositivos da resolução nº. 222/2010-CIB de 23 de setembro de 2010. (SUVISA).

### **3 – DISCUSSÕES E PACTUAÇÕES:**

**3.1** - Distribuição dos recursos das campanhas de vacinação de influenza sazonal, poliomielite e raiva animal para o ano de 2011, conforme Portaria GM/MS nº. 553 de 22 de março de 2011. (SUVISA)

**3.2** - Implantação dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, Modalidade I, nos Municípios de Rubiataba, Ipameri e Uruaçu, e ainda CAPS Modalidade II nos Municípios de Planaltina de Goiás e Senador Canedo. (SPAIS)

**3.3** - Alteração dos Quadros 5 e 7 da PPI em decorrência de municípios que assumem gestão dos recursos da Média e Alta Complexidade a partir da competência Maio/2011: Estrela do Norte, Nova Aurora, Nova Roma, Sítio D'Abadia (SCATS)  
[...]

### **4 – APRESENTAÇÕES E DISCUSSÕES:**

**4.1** - Solicitação de alteração na abrangência do serviço de alta complexidade ambulatorial de hemoterapia dos Municípios de Joviânia e Aloândia, conforme Resolução nº. 003/2011-CGR da Região Sul. (SCATS)

**4.2** - Proposta de Pactuação da Contrapartida Estadual, do recurso financeiro, referente ao financiamento do componente básico da assistência farmacêutica. Discussão para definição do elenco de medicamentos a serem pactuados. (SPAIS)

**4.3** - Pactuação dos Indicadores de Saúde Bucal (41 e 42), conforme Portaria nº. 3.840, de 07 de dezembro de 2010 (SPAIS).

**4.4** - Solicitação de repasse dos Recursos Financeiros oriundos da Portaria nº. 4.135 do Ministério da Saúde para os Municípios de: Aurilândia, Buriti de Goiás, Cachoeira de Goiás, Córrego do Ouro, Palminópolis, Paraúna, Sanclerlândia e São João da Paraúna conforme Resolução nº. 04/2011 – CGR, de 06/04/2011. (CGR Oeste II)

**4.5** - Redistribuição do teto financeiro dos municípios que fecharam hospitais e leitos de UTI e a situação das urgências no município de Goiânia; (SMS Goiânia).

**4.6** - Participação do Complexo Regulador Municipal na Regulação Estadual; (SMS Goiânia).

### **5 – INFORMES:**

**5.1 - Data para a entrega das bases para a revisão nas pactuações para a competência Junho/11 é 05/05/2011 (SCATS)**

**5.2 -** Conforme as novas orientações em Nota Técnica do Ministério da Saúde, o Estado de Goiás foi contemplado com mais 13 Unidades de Pronto Atendimento - UPA, pelo Programa de Aceleração do Crescimento – PAC II, a serem implantadas no período de 2011 a 2014. Informamos que a Superintendência de Controle e Avaliação Técnica de Saúde / Gerência de Regulação elaborou proposta de distribuição destas UPA's para a discussão e consenso nos Colegiados Regionais. (SCATS)

**5.3 –** Ampliação do Programa de Residência em Saúde (SEST SUS).

**5.4 –** Distribuição do medicamento GLIVEC conforme Portaria SAS/MS nº. 90 de 15/03/2011. (SPAIS).

**5.5 -** A partir de junho de 2011 será descentralizada a emissão de vale exames e consultas especializadas dos pacientes do interior para os municípios de origem. (SMS Goiânia).

**5.6 –** Ofício nº. 265/2011-SGEP/MS, datado de 01/04/2011 - encaminha Termo de Ajuste Sanitário – TAS, celebrado entre a Secretaria Municipal de Saúde de Senador Canedo e a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde. (SE – CIB)

**5.7 -** Relatório Anual de Gestão – RAG / 2008 / 2009 / 2010 – Plano Municipal de Saúde – PMS 2010/2013 conforme Portaria Nº. GM/MS 3.176/2008 republicada em 11/01/2010. (SE – CIB)

Dr. Antônio Faleiros iniciou a reunião cumprimentando os membros da mesa e a todos os presentes e parabenizou a nova Diretoria do COSEMS presidida pela Dra. Lucélia.

**1 - Aprovação da Ata da Reunião anterior de 17/03/2011.**

**Item Pactuado.**

[...]

**4.6 - Participação do Complexo Regulador Municipal na Regulação Estadual; (SMS Goiânia).**

Dr. Sílvio disse que a SES está tentando concluir sua Central de Regulação, pois ela já está funcionando parcialmente com alguns médicos de plantão no período diurno, disse que têm um projeto de reestruturação com recursos federais já liberados que já está em andamento de adequação e reforma de um galpão do almoxarifado e acredita que em julho o projeto estará concluído. Alertou dizendo que com o funcionamento da Central de Regulação não vai resolver o problema, pois o problema maior é a falta de leitos, a garantia da oferta.

Dr. Antônio Faleiros explicou que o que falta, muitas vezes, é a maneira de referenciar o paciente, alguns casos pode ser resolvido em uma cidade próxima, mas é demandado para

Goiânia porque acha que só aqui é que pode resolver. Com a regulação pode racionalizar os encaminhamentos.

Dr. Elias Rassi disse que já se reuniram com a SES referente ao Complexo Regulador Estadual, leu um documento da SMS de Goiânia com os considerando e condições para assumir essa função, mas ainda depende de mais reuniões, discussões e decisões.

Dr. Amilton perguntou se será regulação de urgência, de Complexo Regulador Municipal com Regional ou do SAMU? Então será ente Complexo Regulador. Entende que a proposta da SMS de Goiânia não inviabiliza a do Estado. É preciso tornar viável o mais rápido possível e a parceria tem que ser duradoura.

Dra. Lucélia reiterou dizendo da importância do assunto porque esta é a resposta dos sonhos dos Secretários Municipais.

Dr. Antônio Faleiros disse que o item fica aprovado desde que continue as discussões entre a SES e a Secretaria Municipal de Goiânia com os outros Complexos Reguladores.

## **5 – INFORMES:**

**5.1 - Data para a entrega das bases para a revisão nas pactuações para a competência Junho/11 é 05/05/2011** (Superintendência de Controle e Avaliação Técnica de Saúde/SES)

Dr. Sílvio informou que é só para reforçar que todos os Municípios entreguem as bases de dados para fechar a nova Programação Pactuada e Integrada – PPI.

**5.2 - Conforme as novas orientações em Nota Técnica do Ministério da Saúde, o Estado de Goiás foi contemplado com mais 13 Unidades de Pronto Atendimento - UPA, pelo Programa de Aceleração do Crescimento – PAC II, a serem implantadas no período de 2011 a 2014. Informamos que a Superintendência de Controle e Avaliação Técnica de Saúde / Gerência de Regulação elaborou proposta de distribuição destas UPA's para a discussão e consenso nos Colegiados Regionais. (SCATS)**

Dr. Sílvio disse que foi feito à proposta de implantação das UPA's que estão sendo enviadas aos Colegiados e Regionais de Saúde para análise, avaliação e aprovar ou não e fazer as adequações.

Dr. Amilton questionou o Dr. Sílvio sobre o QualiSUS, pois tem muitos Municípios que não estão querendo investimento em UPA, estão querendo ampliação de leitos, de hospital. É necessário uma cobrança por parte dos Estados junto ao Ministério para acontecer expansão, descentralização dos serviços. Que UPA não aumenta leitos para internação e nem de UTI.

Dra. Lucélia disse que tem ouvido do Dr. Helvécio é que a política de UPA pode ser redirecionada, inclusive está sendo feito estudo para financiamento para quem tem o serviço e não só para construção e implantação.

[...]

**5.5** - A partir de junho de 2011 será descentralizada a emissão de vale exames e consultas especializadas dos pacientes do interior para os municípios de origem. (SMS Goiânia).

Dr. Fernando Machado disse que estão tendo um problema grande com a emissão de vale exames nas unidades de Goiânia. Na questão de referenciamento está tendo filas grandes, tem demanda reprimida de alguns exames e as filas geram tumulto, insatisfação e não tem como dar prioridade para idosos e quem está com criança de colo. Será feito uma maior abrangência para a distribuição de vale exames e a SMS de Goiânia vai fornecer toda logística e consultoria, emprestar o software para que os próprios Municípios possam desenvolver o sistema para emitir o vale exame mesmo para prestador dentro de Goiânia, no sentido de dar mais comodidade para o munícipe e facilitar a comunicação. Estão fazendo alguns estudos técnicos e dentro de alguns dias os Municípios serão chamados para fazerem o treinamento. O software é muito parecido com que faz a marcação das consultas especializadas, mas tem condição de uma referência imediata e quando emitir o exame já sabe para onde o paciente vai ser encaminhado.

[...]

Concluindo, nós, Lirce Lamounier, Elisabeth Iracema Bueno Cabral, Lílian José Guedes de Castro, Marina Soares de Oliveira e Sizaltina Pereira de Amorim, ouvimos a gravação da reunião e lavramos a presente Ata, que após lida e aprovada, será assinada por todos os membros que tiveram assento a mesa.

Antônio Faleiros Filho – SES

---

Sílvio Divino de Melo – SCATS

---

Tânia da Silva Vaz – SUVISA

---

Carlos Luz Elias– SUNAS

---

Halim Antônio Girade SUPLEX

---

Meire Incarnação Ribeiro Soares - SEST

---

Mabel Del Socorro Cala de Rodriguez - SPAIS

---

Amilton Fernandes Prado – SMS Jataí

---

Lucélia Borges Abreu Ferreira – SMS de Iporá

---

Marta Selma da Silveira - SMS de Turvânia

---

Antônio Gilberto Carvalhais - SMS de Jussara

---

Elias Rassi Neto – SMS Goiânia

---

Gercilene Ferreira – SMS de Senador Canedo

---

Patrocínia Maria F. Lima Assunção – SMS de Minaçu

---

Rosângela Marinho de Souza e Silva – SMS de Santa Isabel

---

**ANEXO 5 - RELATÓRIO DO SAME/HUGO/SES, JAN. A JUN. DE 2012**



**SECRETARIA  
DE ESTADO DA SAÚDE**



1

**Hospital de Urgências de Goiânia**

**HUGO - QUANTITATIVO DE PACIENTES POR SETOR DO PRONTO ATENDIMENTO - 2012**

SETOR	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Total	%	M.M.	M. D.
Emergência - EMG	2.232	1.965	1.613	934	944	998	8.686	30,72	1.448	48
Classificação de Risco	898	866	960	1.879	2.018	1.848	8.469	29,95	1.412	47
Pronto Atendimento - Retorno	1.051	1.754	2.559	1.762	2.119	1.874	11.119	39,33	1.853	61
<b>Total</b>	<b>4.181</b>	<b>4.585</b>	<b>5.132</b>	<b>4.575</b>	<b>5.081</b>	<b>4.720</b>	<b>28.274</b>	<b>100,00</b>	<b>4.712</b>	<b>155</b>

**HUGO - QUANTITATIVO DE PAC. DO PRONTO ATENDIMENTO POR FAIXA ETÁRIA, SEXOS E CLASSIFICAÇÃO - 2012**

CLÍNICOS	FEMININO	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Total	%	M.M.	M. D.
	0-17	61	55	66	64	88	77	411	12,73	69	2
18-34	102	93	114	114	126	115	664	20,57	111	4	
35-52	131	125	132	130	139	130	787	24,38	131	4	
53-69	130	111	128	129	146	119	763	23,64	127	4	
70 acima	100	104	104	87	106	102	603	18,68	101	3	
<b>TOTAL</b>	<b>524</b>	<b>488</b>	<b>544</b>	<b>524</b>	<b>605</b>	<b>543</b>	<b>3228</b>	<b>100</b>	<b>538</b>	<b>18</b>	
MASCULINO	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Total	%	M.M.	M. D.	
0-17	153	137	154	159	151	111	865	14,84	144	5	
18-34	283	290	313	327	267	225	1705	29,25	284	9	
35-52	272	278	298	265	162	124	1399	24	233	8	
53-69	241	248	283	223	62	57	1.114	19,11	186	6	
70 acima	166	160	150	140	67	64	747	12,81	125	4	
<b>TOTAL</b>	<b>1.115</b>	<b>1.113</b>	<b>1.198</b>	<b>1.114</b>	<b>709</b>	<b>581</b>	<b>5.830</b>	<b>100</b>	<b>972</b>	<b>32</b>	

TRAUMÁTICOS	FEMININO	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Total	%	M.M.	M. D.
	0-17	109	112	149	131	128	133	762	16,86	127	4
18-34	189	226	237	208	316	282	1458	32,26	243	8	
35-52	118	125	134	123	293	249	1042	23,05	174	6	
53-69	63	51	56	75	250	244	739	16,35	123	4	
70 acima	56	64	42	59	157	141	519	11,48	87	3	
<b>TOTAL</b>	<b>535</b>	<b>578</b>	<b>618</b>	<b>596</b>	<b>1.144</b>	<b>1.049</b>	<b>4.520</b>	<b>100</b>	<b>753</b>	<b>25</b>	
MASCULINO	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Total	%	M.M.	M. D.	
0-17	332	376	433	394	426	350	2311	15,73	385	13	
18-34	883	1094	1231	1062	1111	1127	6508	44,28	1.085	36	
35-52	534	642	765	636	752	725	4054	27,59	676	22	
53-69	188	218	269	188	244	264	1371	9,33	229	8	
70 acima	70	76	74	61	90	81	452	3,08	75	2	
<b>TOTAL</b>	<b>2.007</b>	<b>2.406</b>	<b>2.772</b>	<b>2.341</b>	<b>2.623</b>	<b>2.547</b>	<b>14.696</b>	<b>100</b>	<b>2.449</b>	<b>81</b>	

## ANEXO 6

Demonstrativo dos pronto-atendimentos e solicitações de EU e IU de Unidades não hospitalares de urgência - CAIS e CIAMS/ SMS, Goiânia.  
Período - Janeiro de 2012.

UNIDADE	PRONTO ATENDIMENTOS	ENCAMINHAMENTOS AUTORIZADOS						INTERNAÇÕES AIHS	% ENCAM. /ATEND.	% INTERN. /ATEND.
		HUGO	HMI	HDT	HC - UFG	OUTROS	TOTAL			
CIAMS NOVO HORIZONTE	14115	127	101	22	101	344	695	352	4.9	2.5
CAIS BAIRRO GOIÁ	7926	81	32	12	44	245	414	184	5.2	2.3
CAIS CHÁCARA DO GOVERNADOR	7302	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0
CAIS CÂNDIDA DE MORAIS	6755	50	21	5	56	244	376	103	5.6	1.5
CAIS JARDIM CURITIBA	6499	72	18	23	56	351	520	136	8.0	2.1
CIAMS JARDIM AMÉRICA	5450	54	35	9	30	163	291	173	5.3	3.2
CAIS NOVO MUNDO	5408	72	16	1	30	68	187	1	3.5	0.0
CAIS VILA NOVA	5304	87	22	19	87	234	449	96	8.5	1.8
CIAS FINSOCIAL	5233	39	5	8	21	110	183	98	3.5	1.9
CAIS CAMPINAS	5116	125	38	22	87	109	381	305	7.4	6.0
CAIS JARDIM GUANABARA	4843	36	23	3	69	137	268	82	5.5	1.7
CIAMS URIAS MAGALHÃES	4352	64	20	12	34	132	262	69	6.0	1.6
CAIS AMENDOEIRAS	3109	36	10	2	19	109	176	47	5.7	1.5
<b>TOTAL</b>	81412	843	341	138	634	2246	4202	1646	5.2	2.0

**Fonte:** Secretaria Municipal de Saúde Goiânia-GO, 2012

**ANEXO 7- PREVISÃO DAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO  
(UPA24H)**

E-MAIL SOBRE UPAS  
COORDENAÇÃO DAS URGÊNCIAS/ SMS GOIÂNIA / 3524-1586

---

From: courgdas@hotmail.com  
To: daysevsbarbosa@hotmail.com  
Subject: RE: mapa unidades de urgência  
Date: Tue, 31 Jul 2012 22:43:14 +0300

[...] Quanto a informação sobre as UPAs, o nosso Município contará com 06 UPAs novas (construídas):

UPA Itaipú (Porte III) - está em fase final de construção predial;

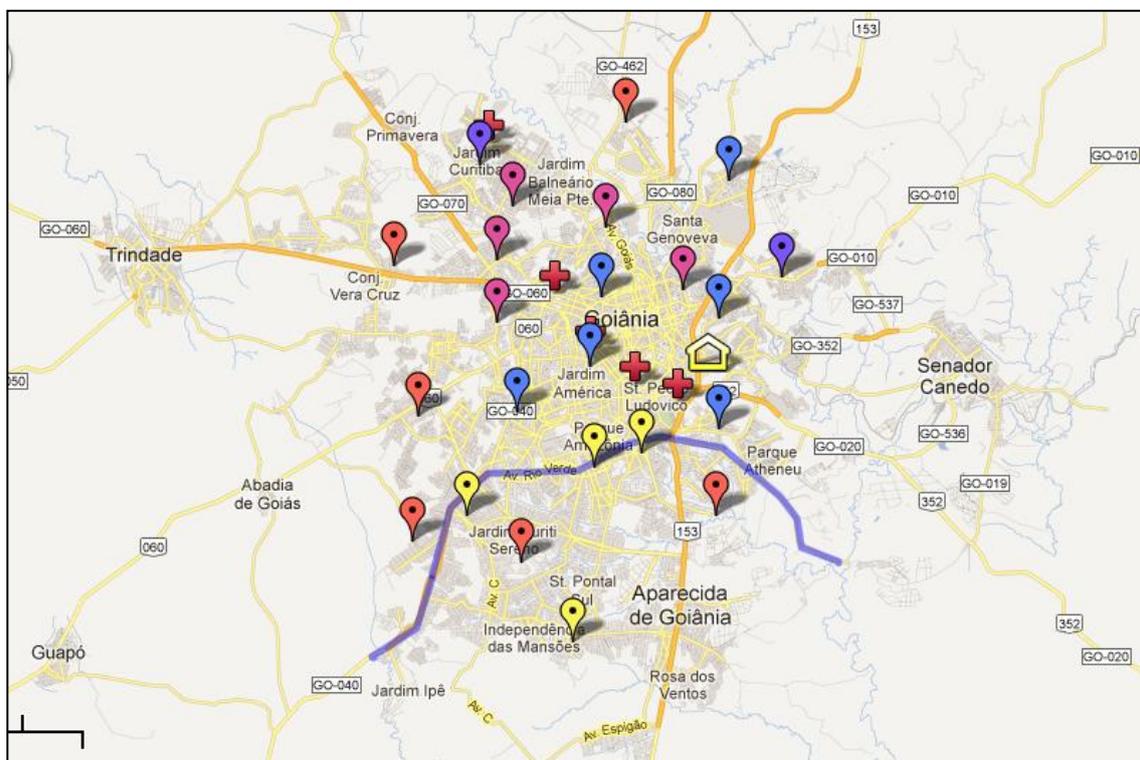
UPA Leste (Porte III) - o processo está em andamento, já passou por processo licitatório;

UPA Noroeste (Porte III) - a concorrência será realizada provavelmente neste mês de agosto de 2012;

03 UPAs porte II a serem construídas, projetos em fase inicial.

Atenciosamente,  
Apoio Urgência

## ANEXO 8 - MAPA DAS UNIDADES DE URGÊNCIA NO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA E FUTURAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA 24H)



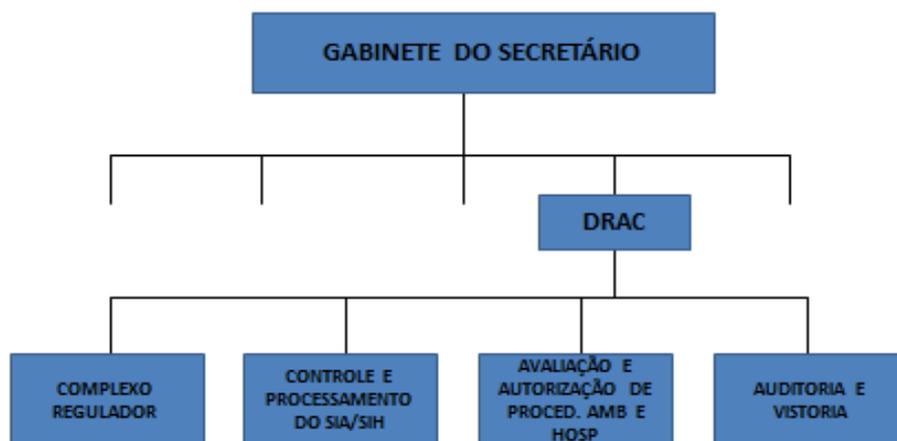
- |  |                                 |  |                            |
|--|---------------------------------|--|----------------------------|
|  | CAIS CAMPINAS                   |  | CROF                       |
|  | PS WASSILY CHUC                 |  | NASCER CIDADÃO             |
|  | CAIS JD AMERICA AMPLIADA        |  | Linha 2                    |
|  | CIAMS NOVO HORIZONTE AMPLIADA   |  | LIMITES                    |
|  | CAIS BAIRRO GOIA                |  | UPA ITAIPU CONSTRUINDO     |
|  | CAIS CANDIDA DE MORAES          |  | UPA OESTE A CONSTRUIR      |
|  | CAIS FINSOCIAL                  |  | UPA VILLAGE A CONSTRUIR    |
|  | CAIS CURITIBA TROCADA           |  | MATERNIDADE DONA IRIS      |
|  | CIAMS URIAS                     |  | UPA BRASICON               |
|  | CAIS JD. GUANABARA III AMPLIADA |  | CAIS GARAVELLO             |
|  | CAIS AMENDOEIRAS TROCADA        |  | CAIS NOVA ERA              |
|  | CAIS JD NOVO MUNDO AMPLIADA     |  | MATER MARLENE TEIXEIRA     |
|  | PAÇO MUNICIPAL                  |  | CAIS COLINA AZUL           |
|  | CAIS CHAC. GOVERNADOR AMPLIADA  |  | UPA BURITI A CONSTRUIR     |
|  | CAIS DEP. JOÃO NATAL            |  | UPA FLAMBOYANT A CONSTRUIR |
|  | AMB. QUEIMADURAS                |  | UPA SHANGRI-LA A CONSTRUIR |

Fonte: Coordenação das Urgências - SMS de Goiânia, 2012

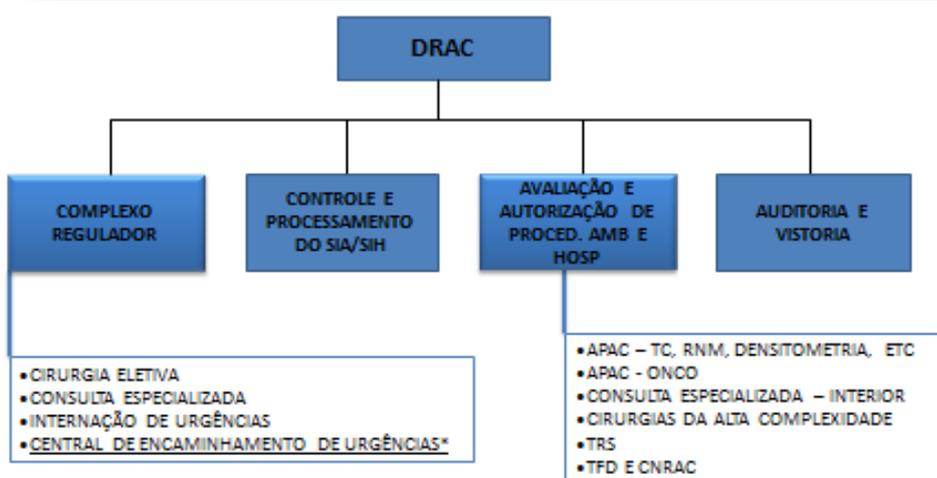
## ANEXO 9 - ESTRUTURA ORGANIZACIONAL SMS DE GOIÂNIA/DRAC/CRgG

### SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOIÂNIA DIRETORIA DE REGULAÇÃO AVALIAÇÃO E CONTROLE

#### ESTRUTURA ORGANIZACIONAL



### SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOIÂNIA DIRETORIA DE REGULAÇÃO AVALIAÇÃO E CONTROLE



\* Característica de Goiânia por ter uma estrutura de saúde voltado para pré-hospitalar

**ANEXO 10- Demonstrativo da Oferta de Serviços de Urgência nas Unidades Pré-hospitalares SMS / CRgG**

DATA:				TURNO:						RESPONSÁVEL:						
UNIDADE	CLINICO	PEDIAT	SUTURA	RAIO-X	LABORATÓRIO	CREATININA E URÉIA	ODONTOLOGIA DE URGÊNCIA	ECG	SARE SAT	HGT	VM	OXIGÊNIO			ENFERMEIROS	
												BALAS EM USO	BALAS CHEIAS	BALAS VAZIAS	URGÊNCIA	CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
CAIS AMENDOEIRAS						—	—									
CAIS CAMPINAS						—	—									
CAIS CHÁC GOVERNADOR							—									
CAIS CANDIDA DE MORAIS																
CAIS CURITIBA						—	—									
CAIS FINSOCIAL						—	—									
CAIS GOIÁ						—	—									
CAIS JD. GUANABARA																
CIAMS JD. AMÉRICA						—	—									
CIMS NOVO HORIZONTE																
CAIS NOVO MUNDO																
CAIS VILA NOVA						—										
CIAMS URIAS MAGALHÃES																
AMB. QUEIMADURAS																
CROF																
CIRURGIÕES																
GINECOL. CAMPINAS																
TROPONINA																
CLOPIDOG - PLAVIX																
OBSERVAÇÕES:																

Fonte: CRgG/ SMS, Goiânia, 2012.

## ANEXO 11 - RELATÓRIO DO SAMU 192 MACRO REGIÃO CENTRO-OESTE, 2012



### SAMU 192 - MACRO REGIÃO CENTRO OESTE DITE - DEPTO. INFO. TÉCNICA E ESTATÍSTICA 2012



CIDADES ATENDIDAS:  
GOIÂNIA - INHUMAS - NEROPOLIS - TRINDADE - GOIANIRA - GUAPÓ - PETROLINA - ITAUCU - ANICUNS

**MÉDIA DE ATENDIMENTOS MENSAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

(Considerar valor absoluto e relativo)

ESPECIALIDADES / MÉDIA	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
TOTAL ATENDIMENTOS GERADOS INCLUINDO ORIENTAÇÃO	35.459	32.678	36.207	34.780	35.319	33.229	34.386						#####
TOTAL ATENDIMENTOS MÊS COM SAÍDA DE VIATURA	3.044	3.103	3.456	3.342	3.404	3.332	3.291						22.972
<b>TOTAIS DE ATENDIMENTOS GERAIS ENVIADOS/REGULADOS</b>													
ESPECIALIDADES / MÉDIA	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
PACIENTES CLÍNICOS ADULTO E PEDIÁTRICO	3.817	3.809	4.266	4.136	4.017	3.814	34.406						58.265
PACIENTES TRAUMÁTICOS	1.765	1.601	1.940	1.732	1.863	1.781	1.808						12.490
PACIENTES OBSTÉTRICOS	305	238	304	237	265	212	234						1.795
PACIENTES PSIQUIÁTRICOS	446	552	550	491	402	413	364						3.218
PACIENTES QUEIMADURAS	11	14	11	7	12	12	8						75
AGRESSÃO/ OUTROS	83	73	91	73	72	79	75						546

\* Dados do Servidor: SRVSAMU

Erlon Murilo de Jesus Límrio  
DITE - Depto. Info. Técnica e Estatística  
SAMU 192 - METROPOLITANO

*Erlon Murilo de Jesus*  
Chefe do DITE  
Sec. Mun. de Saúde de Goiânia  
SAMU 192

Fonte: DITE / SAMU 192 Metropolitano, 2012

**ANEXO 12 - OFÍCIO CIRCULAR Nº 001/2011/ SCATS/ SES**



SECRETARIA DA SAÚDE  
DO ESTADO DE GOIÁS



Governo de Goiás

Ofício Circular nº 001 /2011 /SCATS/SES

Goiânia, 08 de abril de 2011.

Senhor(a)  
Coordenador(a) do SAMU Regional e  
Secretário(a) Municipal de Saúde

Prezado(a) Senhor(a),

Considerando a necessidade de efetivar os fluxos de referência regulada para os pacientes que necessitam de encaminhamentos para os serviços de maior complexidade, em especial os atendimentos de urgência/emergência para a Capital;

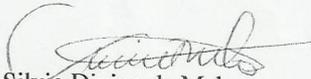
Considerando o acordo firmado entre a Secretaria Estadual de Saúde de Goiás e a Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, informamos o fluxo estabelecido para os encaminhamentos de pacientes graves:

Os paciente considerados graves (atendimento de urgência/emergência) deverão ser **sempre encaminhados por meio do SAMU 192**.

Para tanto as Secretarias Municipais de Saúde deverão acionar o respectivo SAMU Regional que, caso necessário, deverá entrar em contato com a **Central de Regulação de Goiânia** por meio dos telefones: **(062) 3524-1580 e 3524-1616**.

Para maiores esclarecimentos favor entrar em contato com a Gerência de Regulação **(62-3201-4487 e 3201-4482)** ou com a Central Estadual de Regulação **(62- 3201-6443 e 3201-6442)**.

Atenciosamente,

  
Silvío Divino de Melo  
Superintendente

Superintendência de Controle e Avaliação Técnica de Saúde/SCATS/SES  
Av. 1ª Radial nº 586, Bloco I 4º andar Setor Pedro Ludovico Goiânia/GO CEP 74820-300  
Fone: 3201-4484 / 3201-4481

Christiane /Gab/Scats

## ANEXO 13

### **Errata da Portaria nº 199/2011 – Publica-se novamente por ter saído com incorreção no Diário Oficial de nº 5137 de 04 de julho de 2011**

O Secretário Municipal de Saúde, no uso de suas atribuições legais e,

Considerando que, os Serviços de Saúde do Sistema Único de Saúde – SUS estão sob Gestão do Município de Goiânia;

Considerando a Portaria nº 1112/GM Em 13 de junho de 2002 que trata de serviços ofertados em hemodiálise - Terapia Renal Substitutiva (TRS);

Considerando a necessidade de criar mecanismos que facilitem o acesso dos pacientes nefropatas agudos ou crônicos agudizados submetidos à Terapia Renal Substitutiva, quando tecnicamente indicado;

Considerando a necessidade de reformulação do atendimento, garantindo acesso desses pacientes a serviços assistenciais de unidades pré hospitalares fixas do município de Goiânia, sendo então considerados os Cais e Ciams,

#### **Resolve:**

**Art.1º** - Instituir a Hemodiálise como arsenal terapêutico para pacientes atendidos em unidades pré hospitalares fixas e hospitais públicos de Goiânia que não possuem serviços de hemodiálise e o CRER, sob indicação do médico assistente da unidade;

**Art. 2º** - Poderão prestar serviço de Hemodiálise, em unidades pré hospitalares fixas e hospitais conveniados ao SUS que não possuem serviços de hemodiálise em Goiânia, as empresas que tem contrato vigente com a Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia para tratamento de Terapia Renal Substitutiva (TRS);

**Art. 3º** - Assegurar aos contratados com a Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, o pagamento financeiro da sessão de hemodiálise de acordo com o quadro do Anexo 1 e implantação do cateter de acordo com o quadro do Anexo 2;

**Art. 4º** - Somente será assegurado o pagamento de procedimentos dialíticos, devidamente regulados e encaminhados pelo Complexo Regulador desta Secretaria;

**Art. 5º** - Para viabilizar os pagamentos, o credenciado deverá endereçar ofício ao Secretário solicitando via protocolo desta Secretaria apresentando a seguinte documentação:

a) Ofício contendo o nome do (s) paciente (s), juntamente com documento emitido pela Central de Regulação atestando a quantidade de sessões realizadas pelo paciente e a quantidade de Cateter para realização de hemodiálise.

**Anexo1**

Quantidade de pacientes realizando hemodiálise na mesma unidade e no mesmo período de 12 horas	Valor
1 paciente	R\$ 280,00
2 pacientes	R\$ 430,00
3 pacientes	R\$ 580,00

**Anexo 2**

Implantação do Cateter para realização de hemodiálise (inclui o cateter)	R\$ 150,00
--	------------

**Art. 6º** - Esta Portaria entrará em vigor a partir da data da sua assinatura, ficando revogadas as disposições em contrário.

**Cumpra-se e Publique-se**

Gabinete do Secretário Municipal de Saúde de Goiânia, aos nove dias do mês de agosto de 2011.

Elias Rassi Neto  
**Secretário**

Portaria 199 29-06-11  
Red. Dr. Fernando  
R.F.F.

## ANEXO 14

**Errata da Portaria nº 201/2011 – Publica-se novamente por ter saído com incorreção no Diário Oficial de nº 5137 de 04 de julho de 2011**

O Secretário Municipal de Saúde de Goiânia, no uso de suas atribuições legais e regulamentares;

Considerando que, os Serviços de Saúde do Sistema Único de Saúde- SUS estão sob Gestão do Município de Goiânia;

Considerando que, o Pronto Socorro Para Queimaduras é a única unidade hospitalar que atende pacientes vitima de queimadura no Município de Goiânia, sendo que, a mesma é referência para o Estado de Goiás, bem como para os demais Estados das Regiões Centro Oeste e Norte;

Considerando que, o hospital possui dois leitos habilitados pelo SUS de Unidade de Terapia Intensiva de Queimados;

Considerando que, o valor da diária de Unidade de Terapia Intensiva Adulta tipo II, é superior aos pagos para os pacientes vitima de queimaduras sob cuidados em Terapia Intensiva;

Considerando que, todos os atendimentos ambulatoriais e hospitalares realizados no Município de Goiânia estão devidamente regulados e autorizados pela Diretoria de Regulação, Avaliação e Controle, através do Complexo Regulador conforme pactuação vigente;

E, finalmente considerando a necessidade de garantir a manutenção e ampliar atendimentos aos pacientes vítimas de queimaduras em ambiente hospitalar pelo Pronto Socorro Para Queimaduras.

**Resolve:**

**Art.1º** - Garantir o pagamento de forma administrativa a título de complementação aos pacientes vítimas de queimaduras internados na Unidade de Terapia Intensiva do Pronto Socorro Para Queimaduras Ltda. Conforme descrito no quadro abaixo:

<b>Descrição do Procedimento</b>	<b>Valor da Diária de Unidade de Terapia Intensiva dos Queimados SUS</b>	<b>Valor da Diária de Unidade de Terapia Intensiva Adulto Tipo II SUS</b>	<b>Valor da Complementação a ser paga pela Secretaria Municipal de Saúde</b>
<b>Valores</b>	<b>322,22</b>	<b>478,72</b>	<b>635,22</b>

**Art 2º** a condição para que o do Pronto Socorro Para Queimaduras Ltda receba a complementação das diárias de internação é que o mesmo disponibilize para a central de internação da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia o quantitativo mínimo de 3 (três ) leitos de terapia intensiva.

**Art 3º** - Esta portaria entrará em vigor a partir da data da sua assinatura, retroagindo seus efeitos administrativos e financeiros a 01 de junho do corrente ano, ficando revogadas as disposições em contrário.

**Cumpra-se e Publique-se.**

Gabinete do Secretário Municipal de Saúde aos nove dias do mês de agosto de 2011.

Elias Rassi Neto

**Secretário**

Portaria 201 09-08-11

Red. Dr. Fernando

R.F.F

**ANEXO 15 - Portaria SMS/GS nº 261 de 24 de novembro de 2011**

O Secretário Municipal de Saúde, no uso de suas atribuições legais e,

Considerando que os Serviços de Saúde do Sistema Único de Saúde - SUS estão sob Gestão do Município de Goiânia;

Considerando a necessidade de garantir o acesso dos pacientes que tiveram lesões ortopédicas traumáticas de forma ágil;

Considerando a necessidade de garantir qualidade ao atendimento destes pacientes;

Considerando que todas as internações de Urgência e Emergência são autorizadas pelo Complexo Regulador Municipal;

Resolve:

Artigo 1.º - Criar incentivo para realização de internações cirúrgicas traumáticas ortopédicas de urgência.

Parágrafo 1.º - Serão consideradas as internações de Urgência e Emergência Ortopédicas em traumatologia que acarretarem procedimento em Centro Cirúrgico e que tiverem ato anestésico.

Parágrafo 2.º - Somente serão computadas as cirurgias de média complexidade de Urgência/Emergência, encaminhadas e autorizadas pela central de regulação da SMS, faturadas na competência.

Parágrafo 3.º - Não serão computadas as cirurgias autorizadas como Cota Direta exceto as derivadas de internações encaminhadas pela Central de Regulação.

Artigo 2.º - Este incentivo será concedido exclusivamente para os hospitais contratados pagos diretamente pelo Fundo Municipal de Saúde.

Artigo 3.º - O valor para o incentivo será de R\$ 200,00 (Duzentos Reais) por cirurgia a ser pago diretamente ao hospital contratado.

Parágrafo 1.º - deste valor R\$ 150,00 (Cento e Cinquenta Reais) serão para pagamento dos serviços dos cirurgiões Ortopédicos e R\$ 50,00 (Cinquenta Reais) para serviço hospitalar.

Parágrafo 2.º - Em caso de cirurgia de politraumatizado serão acrescidos ao valor do incentivo mais R\$ 150,00 (Cento e Cinquenta Reais) como valor do profissional por sítio cirúrgico até o limite de 2 sítios.

Parágrafo 3.º - Em caso do hospital desejar que o pagamento dos serviços dos cirurgiões seja feito diretamente pela Secretaria Municipal de Saúde, ela deverá encaminhar até o último dia útil do mês anterior ao recebimento a relação dos

pagamentos, de acordo com modelo definido pelo Departamento de Regulação e Avaliação e Controle.

Artigo 4.º - Caberá à Diretoria de Regulação Avaliação e Controle -DRAC desta Secretaria, através dos seus Setores Competentes, promover o acompanhamento da execução dos serviços prestados.

Artigo 5.º - Os hospitais terão que formalizar esta adesão por escrito, indicando o número Máximo de procedimentos, até 30 dias a partir da data da publicação desta portaria.

Parágrafo 1.º - A quantidade ofertada será considerada sua meta máxima, porém o hospital somente receberá o percentual produzido.

Artigo 6.º - Esta Portaria entrará em vigor a partir da data da sua assinatura, ficando revogadas as disposições em contrário.

Cumpra-se.

Gabinete do Secretário Municipal de Saúde de Goiânia,

1º de Novembro de 2011.

Elias Rassi Neto

Secretário

Diário Oficial do Município N° 5.233 - Quinta-feira - 24/11/2011 Página 05

