



Universidade de São Paulo
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – SP
Programa de Pós - Graduação em Gestão das Organizações de Saúde

Daniela de Cássia Grizzo

**Caracterização da Rede de Atenção às Urgências (RAU) a partir da Central de
Regulação Médica e Indicadores de Regulação Médica de Urgência: estudo sobre
a realidade e as necessidades de um município brasileiro**

*Characterization of the Emergency Care Network (RAU) from the Central of Medical
Regulation and Indicators of medical regulation: study on the reality and needs of a
brazilian city*

Ribeirão Preto – SP

09/2018



Universidade de São Paulo
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – SP
Programa de Pós - Graduação em Gestão das Organizações de Saúde

Daniela de Cássia Grizzo

Caracterização da Rede de Atenção às Urgências (RAU) a partir da Central de Regulação Médica e Indicadores de Regulação Médica de Urgência: estudo sobre a realidade e as necessidades de um município brasileiro.

Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissionalizante em Gestão de Organizações de Saúde, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, como um requisito para obtenção do título de Mestre em Gestão das Organizações de Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Gerson Alves Pereira Júnior

Ribeirão Preto – SP

09/2018

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca Central do Campus Administrativo de Ribeirão Preto / USP

Grizzo, Daniela de Cássia

Caracterização da Rede de Atenção às Urgências (RAU) a partir da Central de Regulação Médica e Indicadores de Regulação Médica de Urgência: estudo sobre a realidade e as necessidades de um município brasileiro.

Ribeirão Preto - SP, 2018.

72 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Gestão.

Orientador: Prof. Dr. Gerson Alves Pereira Júnior

1. Medicina de emergência; 2. Cuidados críticos; 3. Socorro de urgência. 4. Serviços médicos de emergência.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Daniela de Cássia Grizzo

Caracterização da Rede de Atenção às Urgências (RAU) a partir da Central de Regulação Médica e Indicadores de Regulação Médica de Urgência: estudo sobre a realidade e as necessidades de um município brasileiro

.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissionalizante em Gestão de Organizações de Saúde, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, como um requisito para obtenção do título de Mestre em Gestão das Organizações de Saúde.

Aprovado em: ____/____/____.

Prof. Dr.

Instituição:

Assinatura: _____

Prof. Dr.

Instituição:

Assinatura: _____

Prof. Dr.

Instituição:

Assinatura: _____

Prof. Dr.

Instituição:

Assinatura: _____

.

DEDICATÓRIA

“Dedico este trabalho a meus pais, José Carlos e Mara, meus irmãos, Junior e Juliana, meu cunhado, André, e meu esposo, Tadeu por sempre me apoiaram e jamais duvidaram da minha capacidade e nem do meu desejo em buscar conhecimento. A eles, também, agradeço pela compreensão pelos períodos de ausência, pelo apoio incondicional em todos os momentos, principalmente nos de incerteza, muito comuns para quem tenta trilhar novos caminhos. Sem vocês nenhuma conquista valeria a pena.

A Central de Regulação de Urgência e Emergência do município de Ribeirão Preto e todos os colegas da Rede de Urgência e Emergência, que proporcionaram o cenário de minha atuação como Médica Reguladora, a todas as categorias envolvidas, a todos os pacientes encaminhados, a todas as vagas zero realizadas. Vocês foram os grandes impulsionadores deste artigo. E pelo suporte que me foi oferecido durante a elaboração deste estudo, em especial a funcionária e amiga, Helena Gregghi Pedrão, por sua capacidade e dedicação ao serviço, e a coordenadora do meu departamento, Ilka Barbosa Pegoraro, pelo apoio, exemplo e incentivo, que contribuíram para o melhor resultado deste.

E às pessoas que convivi nesses anos que contribuíram para minha formação acadêmica, em especial minha amiga paraibana, Sayane Marlla Silva Leite Montenegro, por ser esse exemplo de superação e comprometimento para com a gestão pública e o próximo.

A todos, dedico este trabalho. Muito obrigada!”

AGRADECIMENTOS

“Agradeço, primeiramente a Deus, por ter me concedido força, proteção e sabedoria para a conclusão deste grande desafio.

A instituição e professores do Mestrado em Gestão das Organizações em Saúde, e às pessoas que convivi nesses anos que contribuíram para minha formação acadêmica, a todos os docentes que pude conviver e que deixaram sua contribuição em minha formação e em meu trabalho, em especial ao professor André Lurciton por seu profissionalismo e caráter, e, ao meu orientador, Professor Gerson Alves pelos excelentes ensinamentos proporcionados e a Professora Alessandra Mazzo pela admirável atenção concedida quando solicitada auxílio.

Ao meu Esposo Tadeu Felipe Pires pelo incentivo e companheirismo.

Agradeço a Central de Regulação de Urgência e Emergência e ao Samu Regional de Ribeirão Preto que dentro do caos de um sistema de regulação de urgência me impulsionaram a buscar respostas e, inexoravelmente, por ser o grande “observatório” para trilhar o caminho para esta vitória.”

ABREVIATURAS

ANS	Agência Nacional de Saúde
APH	Atendimento Pré-Hospitalar
CRU	Central de Regulação de Urgência
DRS	Departamento Regional de Saúde
MS	Ministério da Saúde
NIR	Núcleo Interno de Regulação
PIB	Produto Interno Bruto
PNAU	Programa Nacional de Atendimento a Urgência
RAU	Rede de Atenção às Urgências
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SAMU	Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SU	Sistema de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
TARM	Técnico Auxiliar de Regulação Médico
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBDS	Unidade Básica Distrital de Saúde
UE	Urgência e Emergência
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USA	Unidade de Suporte Básico
USB	Unidade de Suporte Avançado

ÍNDICE DE TABELAS

Capítulo 2

Tabela 1	População por distrito de saúde e total no período de 2013 a 2017.	19
Tabela 2	Número de casos encaminhados em vaga zero por especialidade e por hospital no período de 2013 a 2017. Ribeirão Preto, 2018.	28

Capítulo 3

Tabela 1	Variação do número de solicitações de regulação (A) e de atendimentos (B) em relação ao ano anterior nas unidades não hospitalares 24 horas. Ribeirão Preto, 2018.	52
Tabela 2	Variação do número anual de regulações de pacientes encaminhados em relação ao ano anterior em cada Pronto-Socorro hospitalar. Ribeirão Preto, 2018.	55
Tabela 3	Número anual de regulações de pacientes encaminhados para os Pronto-Socorros hospitalares de Otorrinolaringologia e Oftalmologia. Ribeirão Preto, 2018.	55

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Capítulo 2

Gráfico 1	Distribuição dos atendimentos totais nas Unidades de Pronto Atendimento no período de 2013 a 2017. Ribeirão Preto, 2018.	25
Gráfico 2	Distribuição de solicitações de regulação nas Unidades de Pronto Atendimento por distrito de saúde no período de 2013 a 2017.	25
Gráfico 3	Distribuição dos casos regulados totais no período de 2013 a 2017. Ribeirão Preto, 2018.	26
Gráfico 4	Distribuição das solicitações indeferidas dos casos regulados no período de 2013 a 2017. Ribeirão Preto, 2018.	26
Gráfico 5	Distribuição dos casos regulados totais por Pronto-Socorros hospitalares no período de 2013 a 2017. Ribeirão Preto, 2018.	27

Gráfico 6	Distribuição dos casos regulados totais encaminhados em vaga zero por unidade hospitalar no período de 2013 a 2017. Ribeirão Preto, 2018.	28
------------------	---	-----------

Capítulo 3

Gráfico 1	Distribuição dos casos de cuidados paliativos regulados anualmente no período de 2013 a 2017. Ribeirão Preto, 2018.	56
Gráfico 2	Distribuição dos casos com evolução para óbito nos Pronto Socorros hospitalares no período de 2013 a 2017. Ribeirão Preto, 2018.	59

ÍNDICE DE QUADRO

Capítulo 2

Quadro 1	Hospitais conveniados ao SUS no período de 2013 a 2017. Ribeirão Preto, 2018.	21
-----------------	---	-----------

Capítulo 3

Quadro 1	Caracterização do Serviço de Regulação no que diz respeito à população abrangida, número de atendimentos e casos regulados nas unidades de Pronto Atendimento 24 horas. Ribeirão Preto, 2018.	50
Quadro 2	Caracterização do Serviço de Regulação no que diz respeito à porcentagem de atendimento por faixa etária dos pacientes nas unidades de Pronto Atendimento 24 horas. Ribeirão Preto, 2018.	51
Quadro 3	Hospitais conveniados ao SUS no período de 2013 a 2017. Ribeirão Preto, 2018.	53
Quadro 4	Distribuição dos casos regulados totais por Pronto-Socorros hospitalares no período de 2013 a 2017. Ribeirão Preto, 2018.	54
Quadro 5	Distribuição dos casos atendidos por tipo de transporte utilizado pelo paciente no período de 2013 a 2017. Ribeirão Preto, 2018.	57
Quadro 6	Distribuição dos casos regulados totais encaminhados em vaga zero por Unidade de Pronto-Socorro hospitalar no período de 2013 a 2017. Ribeirão Preto, 2018.	58

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1: Apresentação	12
CAPÍTULO 2: Caracterização da Rede de Urgência e Emergência (RUE) com interface na Central de Regulação Médica.	13
RESUMO/ ABSTRACT	13
1. INTRODUÇÃO	15
2. METODOLOGIA	17
2.1.Tipo de Estudo	17
2.2.Local do Estudo	17
2.3.Amostra	18
2.4.Análise e Apresentação dos dados	18
2.5.Aspectos Éticos	18
3. RESULTADOS	18
3.1.Caracterizar a organização da rede de urgência e emergência do SUS no município de Ribeirão Preto.	18
3.2. Caracterizar os hospitais conveniados ao SUS, sua capacidade de resolução em termos de complexidade de recursos (humanos, diagnósticos e terapêuticos) e disponibilidade de leitos de urgência.	20
3.3.Caracterizar o processo de trabalho dentro da Central de Regulação de Urgência de Ribeirão Preto para avaliação da solicitação e as opções de encaminhamento dos pacientes.	24
4. DISCUSSÃO	31
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39

CAPÍTULO 3: Indicadores de Regulação Médica de Urgência: estudo sobre a realidade e as necessidades de um município brasileiro	43
RESUMO/ ABSTRACT/ RESUMEM	43
1. INTRODUÇÃO	45
2. METODOLOGIA	47
2.1.Tipo de Estudo	47
2.2.Local do Estudo	47
2.3.Amostra	48
2.4.Análise dos Dados	48
2.5.Aspectos Éticos	48
3. RESULTADOS	49
3.1.Definir os indicadores demográficos e epidemiológicos dos pacientes com necessidade de avaliação e internação de urgência.	49
3.2.Definir os indicadores de resolutividade e encaminhamentos da rede pré-hospitalar fixa para a rede hospitalar de urgência conveniada nos diversos Distritos de Saúde do município.	52
3.3.Definir os critérios de despachos das unidades de suporte básico e avançado, e os indicadores de monitoramento de indicações para cada tipo de transporte.	56
3.4.Definir os indicadores para monitoramento da vaga zero.	57
3.5.Definir o número de óbitos nos hospitais conveniados ao SUS de Ribeirão Preto.	58
4. DISCUSSÃO	59
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68

CAPÍTULO 1

APRESENTAÇÃO

Conforme disposto no parágrafo 3, artigo 7 da Portaria Normativa publicada no DOU de número 7, de 22 de junho de 2009, que trata dos produtos originários de Programa de Mestrado Profissional da FMRP-USP, foi feita a escolha pela entrega da dissertação na forma de artigos para que possam ser lidos e que seus conteúdos sejam repassados de geração e que o conhecimento se espalhe. A presente dissertação apresenta uma contribuição para o município de Ribeirão Preto por caracterizar a Rede de Atenção às Urgências (RAU) frente a Central de Regulação Médica e Indicadores de Regulação Médica de Urgência: estudo sobre a realidade e as necessidades de um município brasileiro.

O leitor encontrará ao longo desta dissertação a realidade assistencial da rede de encaminhamentos de urgência no município de Ribeirão Preto/SP. Uma das características mais marcantes no trabalho desenvolvido é a apresentação do perfil dos casos regulados no período estudado. A experiência dos pesquisadores oferece um vislumbre da situação, que permite superar os estreitos limites do conhecimento atual.

Chega a ser surpreendente constatarmos quanta coisa se descortina ao longo dos tempos pela temática do paciente crítico, qualidade assistencial e indicadores de saúde, principalmente a taxa de mortalidade. Igualmente constatamos o quão redutora é a perspectiva biológica que habitualmente rege as ações de segurança ao paciente no Sistema Único de Saúde (SUS). Este artigo consegue nos mostrar, não apenas pela variedade e complexidade de facetas que envolvem o paciente que necessita de internação/regulação de urgência, mas a rede de urgência que o cerca. Quando pensamos em mudanças assistenciais e de paradigmas somos obrigados a pensar em como a gestão de recursos humanos e de insumos pode afetar na qualidade e aplicabilidade da assistência prestada. Essas informações nos levam a pensar sobre outras realidades que conhecemos e a nos perguntar como o problema se expressará em outras unidades de saúde.

CAPÍTULO 2

CARACTERIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS (RAU) E SUA INTERFACE COM A CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA.

Characterization of the Emergency Care Network (RAU) from the Central of Medical Regulation

Daniela de Cassia Grizzo¹, Gerson Alves Pereira Júnior²

¹Mestranda da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Gestão de Organizações de Saúde. Ribeirão Preto-SP, Brasil.

²Docente do Curso de Medicina da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo. Bauru-SP, Brasil.

Autor correspondente: Daniela de Cássia Grizzo

SAMU Regional de Ribeirão Preto

Avenida Treze de Maio, 353

CEP 14090-270, Ribeirão Preto-SP

Telefone: (16) 3977- 9171

Email: dcgrizzo@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: O estudo tem por objetivo caracterizar a organização da rede de atenção de urgência do SUS no município de Ribeirão Preto, caracterizando a rede de pronto atendimento não hospitalar 24 horas, o processo de trabalho dentro da Central de Regulação de Urgência para avaliação da solicitação e as opções de encaminhamento dos pacientes, os hospitais conveniados ao SUS com sua disponibilidade de leitos de urgência, e a capacidade de resolução em termos de complexidade de recursos (humanos, diagnósticos e terapêuticos). **Método:** Estudo transversal, de caráter descritivo e retrospectivo. Os dados foram coletados nos bancos de dados da Secretaria Municipal de Saúde presentes nos Sistemas Hygia® e True® e exportados para planilhas do Microsoft Excel para consolidação. **Resultados:** O município está dividido em cinco distritos de saúde e cada distrito possui uma unidade não hospitalar de pronto atendimento de

urgência 24 horas: Central (Unidade Distrital de Saúde Central ou P.S. Central), Norte (Unidade Distrital de Saúde do *Simioni*), Oeste (Unidade Distrital de Saúde do Centro de Saúde Escola – Sumarezinho), Leste (Unidade de Pronto Atendimento – UPA – Leste) e Sul (Unidade Distrital de Saúde da *Vila Virgínia*). A rede hospitalar de referência do SUS de Ribeirão Preto é composta pelos hospitais: A, B, C, D, E, F, G e H. O número de regulações efetivas anual gira em torno de 41.000 regulações, a média de indeferimento de solicitações é de 2.468 e a média de casos regulados em vaga zero é de 5.741. **Considerações finais:** O aumento de atendimentos nos pronto atendimentos extra-hospitalares, do número de solicitações, do número de solicitações indeferidas e do número de regulações realizadas em vaga zero, indicam a baixa resolutividade da rede pré-hospitalar fixa e a escassez de leitos hospitalares para pacientes agudos, o que prejudica o processo de assistência em todos os níveis de atenção do SUS. Um sistema único de informatização do processo regulatório possibilitará o desenvolvimento de indicadores de processo e resultados com subsídios para revisão de práticas, conceitos e estratégias.

ABSTRACT

Objective: The purpose of this study is to characterize the organization of the SUS emergency network in the city of Ribeirão Preto, characterizing the network of 24-hour non-hospital care, the work process within the Emergency Regulation Center for assessment of the request and the patient referral options, hospitals agreed to the SUS with their availability of emergency beds, and the ability to solve in terms of resource complexity (human, diagnostic and therapeutic). **Method:** Cross-sectional study, with a descriptive and retrospective character. The data were collected in the databases of the Municipal Health Department present in Hygia® and True® Systems and exported to Microsoft Excel spreadsheets for consolidation. **Results:** The municipality is divided into five health districts and each district has a non-hospital 24-hour emergency care unit: Central (Central Health Unit or PS Central), North (Simioni District Health Unit), West (District Health Unit of the School Health Center - Sumarezinho), Eastern (Emergency Care Unit - UPA - Lest) and South (District Health Unit of Vila Virginia). The hospital network of reference of the SUS of Ribeirão Preto is made up of hospitals: A, B, C, D, E, F, G and H. The number of annual approved regulations revolves around 41,000 regulations and of these the average of rejection is of 2,468 and the average of cases regulated in vacancy zero is of 5,745. **Final considerations:** The increase in outpatient visits, the number of requests, the number of requests rejected and the number of regulations made in vacancy zero indicate the low resolution of the fixed prehospital network and the shortage of hospital beds for acute patients, which undermines the care process at all levels of SUS care. A unique system of computerization of the regulatory process will enable the development of process and results indicators with subsidies to review practices, concepts and strategies.

Palavras – Chave: Medicina de emergência; 2. Cuidados críticos; 3. Socorro de urgência. 4. Serviços médicos de emergência.

Key - words: Emergency medicine; 2. Criticalcare; 3. Emergency relief. 4. Emergency medical services.

1. INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos a assistência à população brasileira, nos serviços de urgência e emergência (UE), ainda se mostra em um quadro bastante desfavorável. Assim como outros serviços de urgência ao redor do mundo, no Brasil tais instituições são alvos de intensas reclamações por parte dos usuários e sofrem grandes pressões da imprensa, de órgãos governamentais e organizações sociais para executarem suas tarefas de forma mais eficiente (SCARPELINI, 2007; NG et al., 2010).

A superlotação transforma essa área numa das mais problemáticas do sistema de saúde (BRASIL, 2011). Os componentes da rede de UE lidam com a aglomeração e a insatisfação de pacientes, o que dificulta a gerência e a assistência, aumenta os riscos para trabalhadores e usuários, e tem sido objeto de exposição negativa do SUS. Múltiplos fatores concorrem para esse quadro, como a mudança do perfil demográfico e epidemiológico dos países do hemisfério norte, também em curso acelerado no Brasil; os casos de agudização das doenças crônicas (NAGREE et al., 2012; PRESTON L, CHAMBERS D, CAMPELL F et al, 2018) e neoplasias, em função das melhorias no sistema de saúde e o desenvolvimento contínuo das estratégias de tratamento; além do aumento da sobrevivência dos pacientes associados as intercorrências relacionadas e ao aumento na procura dos serviços de UE pelos portadores dessas doenças, entre outro (PAZIN FILHO A, SCARPELINI S., 2010).

Associa-se ainda a esse quadro um aumento da demanda nos últimos anos pelo crescimento do número de acidentes e da violência urbana, assim como a insuficiente estruturação da rede de UE para tal fim, o que têm contribuído decisivamente para a sobrecarga de serviços de UE disponibilizados para o atendimento da população (DUMAS RP, SEAMON MJ, SMITH BP ET AL 2018).

Para minimizar essas e outras situações, o Ministério da Saúde (MS) propôs em 2011, a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), que incluem entre outras a Rede de Urgência e Emergência (RUE). A RUE tem como objetivo o acolhimento com classificação de risco e resolutividade, a articulação e integração de todos os equipamentos de saúde para amplificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência, de forma ágil e oportuna. A RAS tem como estratégia fundamental a consolidação do SUS de modo a promover e assegurar a universalidade e integralidade da atenção, a equidade do acesso, além da transparência na alocação de recursos. É uma estratégia elaborada no intuito de superar a fragmentação da atenção e

da gestão nas regiões de saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS (BRASIL, 2011).

A RAS incorporou ainda a Política Nacional de Regulação, consolidando um importante eixo para a gestão do SUS, viabilizando assim a operacionalização por parte dos gestores e garantindo aos usuários uma oferta regulada, dentro de um fluxo que permite o caminho mais oportuno na resposta das necessidades do cidadão (BRASIL, 2011).

A Rede de Atenção às Urgências (RAU), está incluída nas RAS e tem como objetivo o acolhimento com classificação de risco e resolutividade, a articulação e integração de todos os equipamentos de saúde para amplificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência, de forma ágil e oportuna. (BRASIL, 2011).

O Complexo Regulador Assistencial ligado ao SUS vem sendo citado desde a Portaria/SAS/MS nº 356, de 22 de setembro de 2000, como aquele que compreende a concepção que institui ao poder público o desenvolvimento de sua capacidade sistemática em responder às demandas de saúde em seus diferentes níveis e etapas do processo de assistência, enquanto um instrumento ordenador, orientador e definidor da atenção à saúde, fazendo-o de forma rápida, qualificada e integrada, com base no interesse social e coletivo (BRASIL, 2000).

Em 2002, a Portaria nº 2048 instituiu o regulamento técnico do atendimento das urgências e emergências, definindo a participação dos componentes de atendimento pré-hospitalar fixo (unidades básicas de saúde e unidades não hospitalares de pronto atendimento) e móvel (unidades de suporte básico e avançado), classifica as unidades hospitalares e introduziu a Regulação Médica como o elemento ordenador e orientador dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência (Brasil, 2002).

Mais adiante a Portaria nº 2.657/GM/MS, de 16 de dezembro de 2004, estabeleceu 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) e em 21 de maio de 2012, a Portaria nº 1.010, redefiniu as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 192 e sua Central de Regulação das Urgências (CRU), componente da Rede de Atenção às Urgências (BRASIL, 2004; BRASIL, 2012).

Nesse contexto, cabe ressaltar que gestores das mais diversas regiões do país têm buscado se apropriar desses elementos regulatórios na tentativa de atender as orientações,

organizar os fluxos e adequar a oferta de serviços a população. Tais tarefas que nem sempre tem sido facilmente alcançadas, principalmente considerando-se as características dos municípios e da população.

A cidade de Ribeirão Preto está organizada em cinco grandes distritos sanitários, e cada distrito possui uma unidade não hospitalar de pronto atendimento de urgência: Norte (Unidade Distrital de Saúde do *Simioni*), Sul (Unidade Distrital de Saúde da *Vila Virgínia*), Leste (Unidade de Pronto Atendimento – UPA – *Castelo*), Oeste (Unidade Distrital de Saúde do Centro de Saúde Escola – *Sumarezinho*) e Central (Unidade Distrital de Saúde Central ou P.S. *Central*).

Nesse sentido, para compreensão desse processo de forma global, é necessário descrever como tem se dado o funcionamento da Central de Regulação de Urgência municipal de Ribeirão Preto – SP, em termos de atendimentos, abrangência e sistema de informação, a partir das informações regulatórias e assistenciais de atendimento pré-hospitalar fixo em Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Unidade Básicas Distritais de Saúde (UBDSs), que são unidades não hospitalares de pronto atendimento ainda não reformadas e habilitadas como UPAS, CRU e unidades hospitalares de referência para casos de urgência.

Desta forma este estudo tem como objetivos caracterizar a organização da rede de atenção de urgência do SUS no município; descrever o processo de trabalho dentro da Central de Regulação de Urgência de Ribeirão Preto para avaliação da solicitação e as opções de encaminhamento dos pacientes e caracterizar os hospitais conveniados ao SUS municipal e sua disponibilidade de leitos de urgência.

2. METODOLOGIA

2.1. Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo transversal, de caráter descritivo e retrospectivo.

2.2. Local do Estudo

Este estudo foi realizado na Secretaria de Saúde de Ribeirão Preto, São Paulo, tomando por base dados secundários dos serviços que compõem a rede de urgência municipal e do Sistema de Regulação do município.

2.3. Amostra

Foram coletados os dados relacionados aos atendimentos realizados no período de 2013 a 2017 no Sistema de Regulação do município, nos bancos de dados da Secretaria Municipal de Saúde presentes no Sistema Hygia® (sistema informatizado privado, utilizado no município desde 1994) e do Sistema TRUE® (sistema privado, instalado desde 01/11/2012 no município, que informatizou a Central de Regulação de UE) do SAMU. Foram ainda utilizados dados documentais do município já divulgados para complemento das descrições.

2.4. Análise e Apresentação dos Dados

A análise e apresentação dos dados foram realizadas através da importação dos dados para planilhas do Microsoft Excel. Para análise foi utilizado software estatístico Minitab®. As variáveis categóricas foram expressas em porcentagem e os resultados apresentados na forma de gráficos, tabelas e relatório discursivo.

2.5. Aspectos Éticos

De acordo com as normas contidas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL 2012) este estudo, após autorização da Comissão de Avaliação de Projeto de Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do município em que o estudo foi realizado, foi apreciado e aprovado em Comitê de Ética sob o Parecer 2.765.643. Por tratar-se do uso de dados secundários foi solicitada a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TLCE).

3. RESULTADOS

3.1. Caracterização da organização da RUE do SUS no município de Ribeirão Preto.

O município de Ribeirão Preto está dividido em cinco distritos de saúde e cada distrito possui uma unidade não hospitalar de pronto atendimento (UPA) de urgência 24 horas: Central (Unidade Distrital de Saúde Central ou P.S. Central), Norte (Unidade Distrital de Saúde do *Simioni*), Oeste (Unidade Distrital de Saúde do Centro de Saúde Escola – Sumarezinho), Leste (Unidade de Pronto Atendimento – UPA – Leste) e Sul (Unidade Distrital de Saúde da *Vila Virgínia*). Todas essas unidades possuem

classificação de risco, sala de estabilização, farmácia, coleta de exames laboratoriais de urgência com liberação de resultado com tempo médio de 04 horas, radiografias de urgência e base descentralizada do SAMU com unidades de suporte básico (USB). A base central do SAMU fica acoplada à UPA Leste, onde localiza-se a Central de Regulação de Urgência e duas ambulâncias de suporte avançado (USAs).

Dentro de cada distrito de saúde, definido geograficamente, há entre cinco e oito unidades básicas de saúde que funcionam em horários comerciais e que recebem o paciente por demanda espontânea ou programada. Algumas demandas espontâneas são casos de urgência. A cobertura populacional de cada distrito está demonstrada na Tabela 1.

Tabela 1: População por distrito de saúde e total no período de 2013 a 2017. Ribeirão Preto, 2018.

Ano	Central	Sul	Leste	Norte	Oeste	Total
2013	105.246	91.372	171.661	118.837	162.440	649.556
2014	106.624	92.568	173.908	120.392	164.567	658.059
2015	106.650	92.591	173.950	116.520	176.612	666.323
2016	107.943	93.714	176.060	117.934	178.754	674.405
2017	109.207	94.811	178.122	119.315	180.847	682.326

Fonte: Dados populacionais (estimativas do IBGE, 2017).

Entre os anos do estudo (2013 a 2017), o aumento populacional no município foi de 5,04%, variando entre os diversos distritos: Central, Leste e Sul de 3,76%; Norte de 0,4% e Oeste de 11,33%. Embora no mesmo período tenha ocorrido o fechamento da UBDS Oeste em 2015, comparando-se o número de habitantes com o número de atendimentos nas UBDSs e UPA de cada distrito, visto no Gráfico 1, nota-se que houve um aumento de 17% no número de atendimentos. Ou seja, como se cada habitante tenha sido atendido 1,17 vezes na UPA, sem contar os atendimentos realizados nas unidades básicas de saúde no mesmo período.

Há de se considerar ainda que a população do município com plano de saúde privado é a menor desde 2009, segundo informações da Agência Nacional de Saúde (ANS). Em dezembro de 2017, 57,9% da população dependia exclusivamente do SUS. A população com plano de saúde no referido período é de 287.200 habitantes (42,1%), segundo estimativa populacional do IBGE.

Isto quer dizer que do total de habitantes do município em 2017, excluindo os habitantes com planos de saúde e supondo que não procurassem o SUS para atendimento nas UBDSs e UPA nos cinco distritos de saúde, houve 1,92 atendimento por habitante.

3.2. Caracterização dos hospitais conveniados ao SUS do município, sua capacidade de resolução em termos de complexidade de recursos (humanos, diagnósticos e terapêuticos) e disponibilidade de leitos de urgência.

A rede hospitalar do município é composta por oito hospitais, aqui denominados de A, B, C, D, E, F, G e H, conforme disposto em Quadro 1. Podemos ver as características de cada hospital em termos de complexidade de recursos, número de leitos e especialidades disponíveis. O número de leitos dos hospitais A, B e C está estacionado há mais de uma década, em que pese o aumento da população do município e da região. Apenas o hospital A é exclusivo para atendimentos de urgência, sendo referência de média e alta complexidade, assim como os hospitais B e C, que também e prioritariamente atendem casos eletivos. O hospital D é um hospital de média complexidade foi introduzido na rede de saúde em 2011 com foco para desafogar a demanda de casos de menor complexidade dos hospitais A, B e C. Os demais hospitais são destinados a casos eletivos e ocasionalmente recebem casos selecionados da área de urgência.

Quadro 1: Hospitais conveniados ao SUS no período de 2013 a 2017. Ribeirão Preto, 2018.

Assistência Hospitalar SUS da RUE Ribeirão Preto – SP			
Nome do Hospital	Característica do Hospital	Caracterização dos leitos /especialidade	Caracterização dos leitos /urgência e enfermaria
Hospital A	<p>É um hospital de referência regional e nacional, de complexidade quaternária, exclusivo para atendimento de urgências traumáticas e não traumáticas em adultos, crianças e gestantes.</p> <p>Referência para: traumatizado grave; traumatismo crânio encefálico; casos ortopédicos adultos e infantis; intoxicação exógena; ideação suicida; trombólise para AVC em janela; grandes queimados; lesão vascular; Cirurgia pediátrica; Ginecologia; Urologia; Moléstias infecciosas com necessidade de isolamento; regulação de urgência de Oftalmologia; regulação de urgência de Otorrinolaringologia; regulação de urgência para Cirurgia de Cabeça e Pescoço; regulação de urgência em Psiquiatria.</p>	<p>Ortopedia 12; Cirurgia de Cabeça e Pescoço 2; Queimado Adulto 14; Neurocirurgia 4; Ginecologia 4; Cirurgia Geral 24; Neurologia 15; Clínica Geral 26; Unidade Isolamento 4; UTI Adulto Tipo III/UCO 28; UTI Pediátrica Tipo III 8; Pediatria Clínica 22</p> <p>Total de Leitos: 171</p>	<p>Enfermaria 125</p> <p>CTI/UTI 36</p> <p>Urgência 10</p>
Hospital B	<p>É um hospital de média e alta complexidade que atende casos de menor complexidade quando comparados ao Hospital A.</p> <p>Referência para: traumatismo crânio encefálico, casos ortopédicos adultos e infantis sem suspeita de lesão vascular; ferimentos por arma de fogo ou arma branca, também sem lesão vascular; Urologia; casos cirúrgicos ou traumas podem ser encaminhados apenas acima dos 14 anos. Tem porta aberta para casos que realizam seguimento no serviço de oncologia e nefrologia (diálise).</p>	<p>Neurologia 11; Ortopedia 11; Cirurgia Geral 25; Cardiologia 9; Clínica Geral 34; Cardiologia 18; AIDS 2; UTI Neonatal Tipo III 10; UTI Adulto Tipo II 16; UTI Pediátrica Tipo II 1; Obstetricia Cirúrgica 14; Pediatria Clínica 12</p> <p>Total de Leitos: 163</p>	<p>Enfermaria 136</p> <p>CTI/UTI 27</p> <p>Urgência 8</p>
Hospital C	<p>É um hospital de alta e média complexidade, que tem porta aberta para os pacientes com seguimento na oncologia e</p>	<p>Cardiologia 2; Ginecologia 1; Plástica 1; Oncologia 2; Nefrologia urologia 1; Cirurgia Geral 13; Ortopedia</p>	<p>Enfermaria 83</p>

	<p>nefrologia. Os casos são encaminhados para um plantão geral e divididos em clínica e cirurgia.</p> <p>Referência para: Oncologia; Cirurgia vascular; Pé diabético; Síndrome Coronariana Aguda.</p>	<p>Traumatologia 16; Torácica 2; Neurocirurgia 2; Gastroenterologia 2; Bucomaxilofacial 1; Hematologia 3; Pneumologia 5; Cardiologia 8; Oncologia 3; Clínica Geral 25; Neurologia 3; Nefrourologia 3; UTI Coronariana Tipo II 9; UTI Adulto Tipo II 9</p> <p>Total de Leitos: 102</p>	<p>CTI/UTI 18</p> <p>Urgência 1</p>
Hospital D	<p>É um hospital de média complexidade que atende casos de Clínica Médica de média e baixa complexidade. Possui leitos de UTI adulto, pediátrica e neonatal.</p> <p>Referência para: casos de ortopedia de baixa e média complexidade; casos de pediatria atende crianças até 14 anos com queixas que não necessite de avaliação de subespecialidade.</p>	<p>Neurocirurgia 1; Cirurgia Geral 2; Ortopedia Traumatologia 5; Hematologia 1; Neonatologia 1; Oncologia 1; Neurologia 2; Clínica Geral 34; Nefrourologia 1; UTI Neonatal Tipo III 6; UTI Adulto Tipo II 5; UTI Pediátrica Tipo III 4; Obstetrícia Cirúrgica 1; Pediatria Clínica 9</p> <p>Total de Leitos: 73</p>	<p>Enfermaria 57</p> <p>CTI/UTI 15</p> <p>Urgência 1</p>
Hospital E	<p>É um hospital de alta complexidade que atende casos de menor complexidade dentro da Urgência e Emergência, quando comparados ao Hospital A.</p> <p>Referência para (dentro da Urgência e Emergência): UTI neonatal com prematuro extremo; gestante alto risco; moléstias infecciosas.</p> <p>Observação: a Central de Regulação de vagas de Urgência e Emergência não tem acesso aos leitos de internação do referido hospital, possui autonomia apenas para encaminhar os casos para as especialidades citadas acima.</p>	<p>Ortopedia traumatologia 45 ; Buco maxilo facial 5; Queimado adulto 6; Oncologia 35; Torácica 4; Oftalmologia 15; Neurocirurgia 14; Ginecologia 18; Gastroenterologia 7; Otorrinolaringologia 8; Transplante 22; Nefrologiaurologia 10; Cirurgia geral 27; Plástica 4; Cardiologia 15; Queimado pediátrico 2; Hematologia 1; Neurologia35; Aids 27; Pneumologia 5; Nefrourologia 9; Cardiologia 15; Clínica geral 50; Oncologia 37; Hansenologia 2; Geriatria10; Dermatologia 5; UTI neonatal - tipo III 16; Unidade isolamento 24; UTI de queimados 2; UTI adulto - tipo III 20; UTI pediátrica - tipo III 8; Unidade de cuidados intermediários neonatal convencional 22; UTI adulto - tipo II 10; Obstetrícia cirúrgica 22; Obstetrícia clinica 6; Pediatria clinica 58;</p>	<p>Enfermaria 641</p> <p>CTI/UTI 56</p> <p>Urgência 0</p>

		Pediatria cirúrgica 5; Pneumologia sanitária 5; Reabilitação 6; Psiquiatria 28; Crônicos 17; Saúde mental 16; Cirúrgico/diagnóstico/terapêutico 10; Aids 14; Intercorrência pós-transplante 6 Total de Leitos: 697	
Hospital F	É um hospital de média complexidade que atende casos de Ginecologia e Obstetrícia de média e baixa complexidade. Referência para: casos de Obstetrícia de média e baixa complexidade, que atende gestantes que não necessite de avaliação de subespecialidade.	Ginecologia 4; Clínica Geral 2; Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional 5; Obstetrícia Cirúrgica 32; Obstetrícia Clínica 2; Pediatria Clínica 2; Cirúrgico/Diagnóstico/Terapêutico 2; Total de Leitos: 49	Enfermaria 49 CTI/UTI 0 Urgência 0
Hospital G	É um hospital de média complexidade que atende casos de Ginecologia e Obstetrícia de média e baixa complexidade dentro da grade de Regulação de UE. Referência para: casos de Obstetrícia de média e baixa complexidade, atende gestantes que não necessite de avaliação de subespecialidade, encaminhadas pelo projeto Nascer da Secretaria de Saúde do Município.	Oftalmologia 1; Cirurgia Geral 6; Ginecologia 1; Obstetrícia Cirúrgica 4; Obstetrícia Clínica 8; Pediatria Clínica 6; Total de Leitos: 26	Enfermaria 26 CTI/UTI 0 Urgência 0
Hospital H	É um hospital de média complexidade que atende casos de Clínica Médica de média e baixa complexidade. Não possui leitos de UTI adulto. Recebe casos para cuidados paliativos. Referência para: casos de baixa e média complexidade; que não necessite de avaliação de subespecialidade.	Cirurgia Geral 3; Plástica 1; Oftalmologia 1; Otorrinolaringologia 1; Gastroenterologia 2; Nefrourologia 1; Clínica Geral 38; Unidade Isolamento 2; Pediatria Cirúrgica 1; Pediatria Clínica 2; Cirúrgico/diagnóstico/terapêutico 1; Total de Leitos: 53	Enfermaria 52 CTI/UTI 0 Urgência 1

Fonte: Central de Regulação Médica do Município e CNES, 2017.

3.3. Caracterização do processo de trabalho dentro da Central de Regulação de Urgência de Ribeirão Preto para avaliação da solicitação e as opções de encaminhamento dos pacientes.

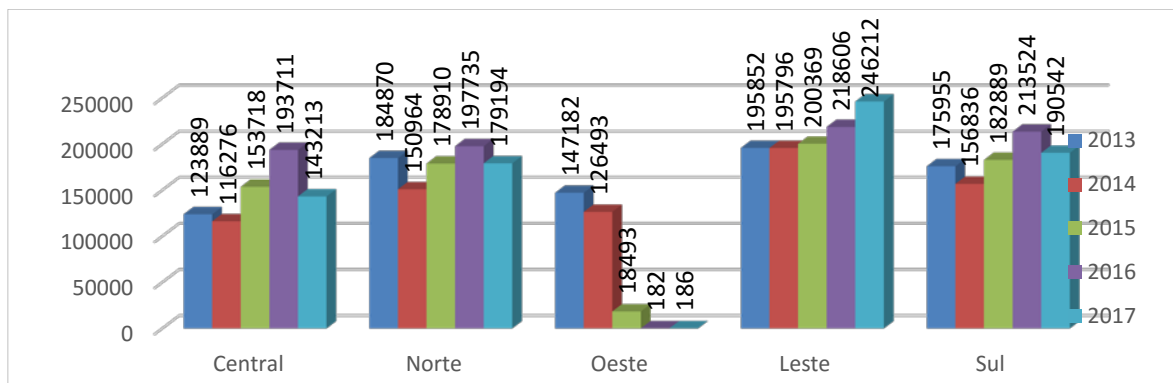
O SAMU de Ribeirão Preto localiza-se junto a Central de Regulação de Urgência (CRU), que está dividida em Regulação Primária e Regulação Secundária. Na Regulação Primária todos os chamados realizados a partir de domicílios e vias públicas são atendidos pelo telefone 192 e recepcionados por Técnicos Auxiliares de Regulação Médica (TARMs). Esses técnicos fazem o registro em um sistema informatizado, no qual todas as ligações telefônicas são gravadas. Após o registro inicial, dependendo da solicitação, a própria TARM define e encaminha a resposta ou para o chamado para o médico da Regulação Primária, que responde pelo setor, sete dias por semana, 24 horas por dia, e este faz a triagem de gravidade presumida discernindo a gravidade de cada caso, indicando e enviando o recurso necessário intervindo (por meio de orientações), acompanhando o desenrolar do caso pelas informações prestadas pela equipe de atendimento em cena na escuta do rádio quando é definida a gravidade comprovada e, de acordo com a complexidade individual de cada caso, define qual o destino mais próximo e mais adequado em termos de recursos humanos, diagnósticos e terapêuticos dentro da oferta disponível de serviços e leitos, podendo lançar mão também do recurso de “vaga zero”.

No município de Ribeirão Preto, os chamados oriundos das unidades básicas de saúde do município e das unidades de pronto-atendimento extra hospitalares tendo o paciente já sido atendido, passam por um processo de regulação própria e são encaminhados para três profissionais médicos da Regulação Secundária, que trabalham com gravidade comprovada e determinam o destino da porta de urgência, consultas de agendamento priorizado com especialidades ou exames complementares, além de determinarem o tipo de transporte a ser realizado (meios próprios, unidade de suporte básico ou avançado). Também podem lançar mão do recurso de “vaga zero”.

Observa-se no Gráfico 1 que os números de atendimentos nas Unidades de Pronto Atendimento apresentam diferentes desenhos nas Distritais de Saúde, sendo marcados por aumentos entre 2014 e 2016 nas Distritais Central, Norte, Leste e Sul. Em 2017, entretanto, verifica-se uma queda no número de atendimentos, excetuando-se na Distrital Leste, que apresentou aumento do número total de atendimentos. Entre os anos do estudo (2013 a 2017), o número de atendimentos no município diminuiu de 8,26%, com o

fechamento da Distrital Oeste a partir do início de 2015 para reforma. Neste mesmo período, o Distrito Leste teve seu número de atendimento aumentado em 25,71%, o Central e Sul, respectivamente, 15,6% e 8,3%.

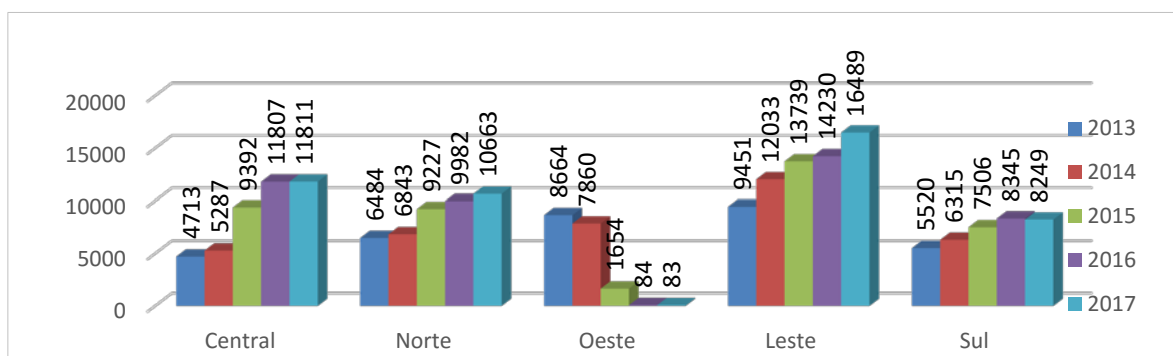
Gráfico 1: Distribuição dos atendimentos totais nas Unidades de Pronto Atendimento no período de 2013 a 2017. Ribeirão Preto, 2018.



Fonte: Hygia®, 2017.

O Gráfico 2 demonstra um aumento gradativo da solicitação de vagas entre 2013 a 2017, em todas as unidades, com exceção da UBDS Sul que teve um pequeno decréscimo em 2017 quando comparada ao ano anterior e a Distrital Oeste que tem em seu histórico o fechamento. O número de solicitações de regulação aumentou 35,78% no período de estudo em todo o município, e excetuando o Distrito Oeste que teve o Pronto Atendimento fechado em 2015, os demais Distritos Central, Leste, Norte e Sul aumentou 150,6%; 74,47%; 64,45% e 49,44%, respectivamente.

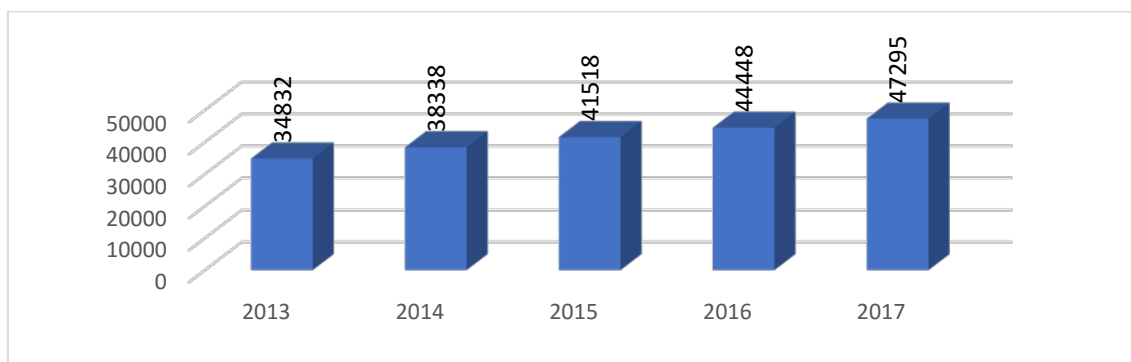
Gráfico 2: Distribuição de solicitações de regulação nas Unidades de Pronto Atendimento por distrito de saúde no período de 2013 a 2017.



Fonte: Hygia®, 2017.

Em relação a distribuição dos casos regulados, observa-se no Gráfico 3 que ocorreu aumento gradativo no número de regulações entre 2013 a 2017 e considerando-se a distribuição das solicitações indeferidas dos casos regulados no período, observa-se uma redução entre 2013 e 2015, com curva crescente entre 2015 a 2017. No período do estudo (2013 e 2017), o número de casos regulados dos Pronto Atendimentos aumentou 35,78%.

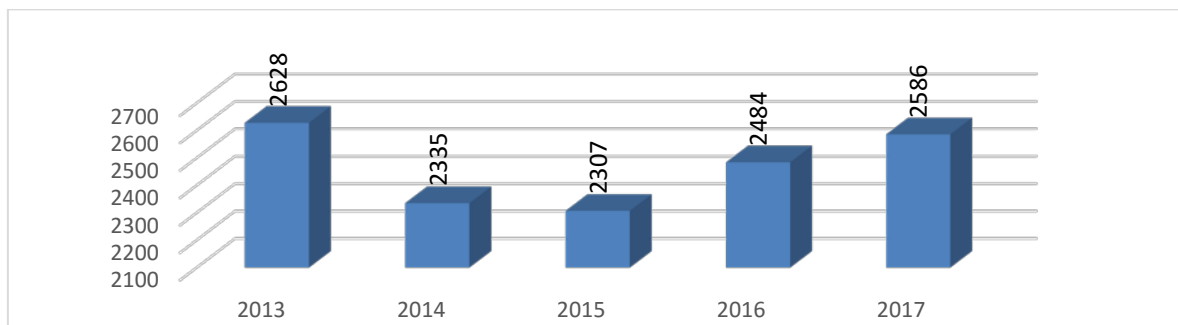
Gráfico 3: Distribuição dos casos regulados totais no período de 2013 a 2017. Ribeirão Preto, 2018.



Fonte: Hygia®, 2017.

O Gráfico 4 mostra a distribuição das solicitações indeferidas dos casos regulados no período de 2013 a 2017. Quanto às solicitações indeferidas, existe a crítica em relação ao sistema Hygia®, pois as causas/motivos nem sempre são claras, por exemplo, paciente conveniado não se consegue indeferir por esse motivo sendo, na maioria das vezes cancelada por “cancelamento pelo médico assistente” ou “paciente não encontrado”. O cancelamento, por vezes, não é contabilizado se o caso for concluído/regulado antes do cancelamento por parte do médico assistente.

Gráfico 4: Distribuição das solicitações indeferidas dos casos regulados no período de 2013 a 2017. Ribeirão Preto, 2018.

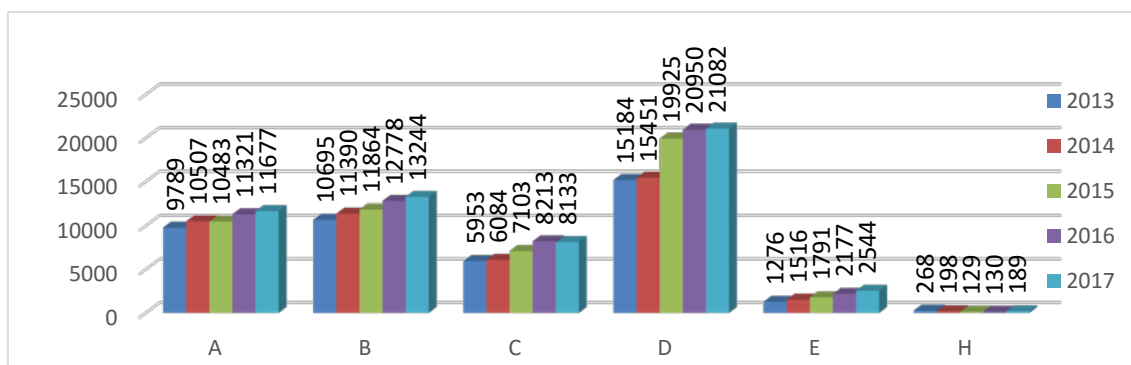


Fonte: Hygia®, 2017.

Pode-se observar no gráfico 5 que os casos regulados para Prontos-Socorros Hospitalares apresentam aumento progressivo ao longo dos anos de 2013 a 2017, nos hospitais A, B, C, D, E, sendo que estas mesmas Unidades Hospitalares tiveram aumento de casos regulados em Vaga Zero (Gráfico 6) em 2017.

No período de estudo (2013 a 2017), o número de casos regulados para os hospitais conveniados ao SUS aumentou 35,78%. Houve um aumento individual em todos os hospitais de diferentes ordens: A (19,29%), B (23,83%), C (36,62%), D (38,84%) e E (99,37%). É muito interessante notar que o hospital D, de média complexidade, foi bastante utilizado em número absoluto de casos ao longo do tempo para desafogar os hospitais A, B e C que devem receber os casos mais complexos, cumprindo seu papel.

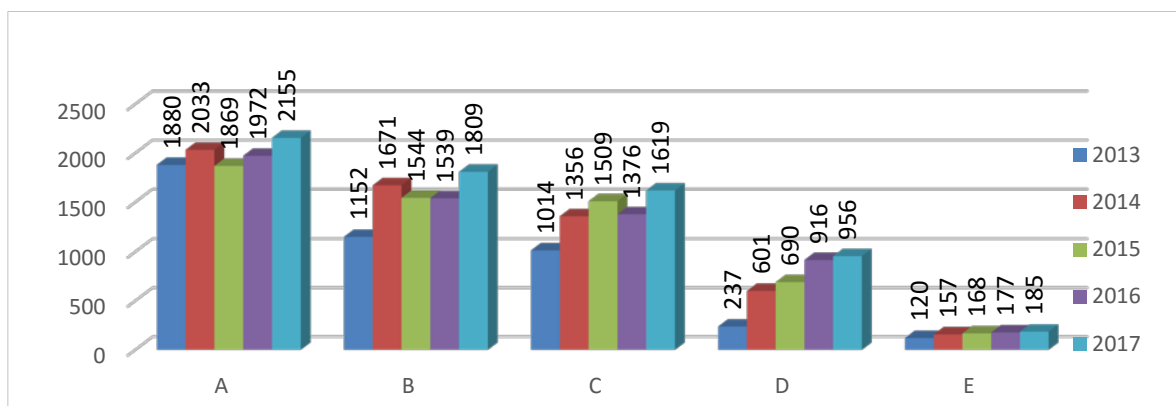
Gráfico 5: Distribuição dos casos regulados totais por Pronto-Socorros hospitalares no período de 2013 a 2017. Ribeirão Preto, 2018.



Fonte: Hygia®, 2017.

O número de casos encaminhados em vaga zero no período de estudo (2013 e 2017) aumentou 52,71%. Houve um aumento individual do número de vagas zero em todos os hospitais de diferentes ordens: A (14,63%), B (57,03%), C (59,66%), D (303,38%) e E (54,17%). Mais uma vez é possível notar que o hospital D, de média complexidade, foi bastante utilizado para desafogar os hospitais A, B e C, e assim receberem casos mais complexos.

Gráfico 6: Distribuição dos casos regulados totais encaminhados em vaga zero por unidade hospitalar no período de 2013 a 2017. Ribeirão Preto, 2018.



Fonte: Hygia®, 2017

O número de casos encaminhados em vaga zero por especialidade em cada hospital no período de estudo é mostrada na Tabela 2. O hospital A, sendo referência terciária em urgências traumáticas e não traumáticas, tem os encaminhamentos de vaga zero concentrados em clínica médica, neurologia, ortopedia, cirurgia geral e trauma. No hospital B, os casos em vaga zero encaminhados concentram-se em clínica médica, ortopedia, cardiologia e cirurgia geral. No hospital C, as vagas zero estão concentradas na clínica médica, ortopedia e cirurgia geral.

Tabela 2: Número de casos encaminhados em vaga zero por especialidade e por hospital no período de 2013 a 2017. Ribeirão Preto, 2018.

Hospital	Especialidade	2013	2014	2015	2016	2017
A	Cirurgia cabeça	29	30	19	39	46
	Cirurgia geral	330	401	285	215	349
	Ginecologia e Obstetrícia	49	62	81	70	97
	Neurologia	292	307	289	246	310
	Oftalmologia	1	4	2	-	1
	Oncologia	2	1	2	-	-

	Ortopedia	242	349	222	250	194
	Otorrino	4	1	2		2
	Pediatria	116	103	141	254	252
	Plantão trauma	115	107	93	137	123
	Plantão clínica	696	660	730	759	778
	Psiquiatra	4	8	3	2	3
	Total	1.880	2.033	1.869	1.972	2.155
<hr/>						
	Casos de USA	289	330	283	297	329
<hr/>						
	Porcentagem de vaga zero transportados por USA 15,42					
B	Cardiologia	229	293	219	135	87
	Cirurgia geral	152	244	193	241	353
	Neuro cirurgia	9	18	23	22	22
	Bucomaxilo	-	-	-	-	1
	GO	69	99	129	119	129
	Nefro	8	8	8	4	3
	Neurologia	59	127	107	109	108
	Oncologia	1	-	1	-	3
	Ortopedia	147	353	311	390	414

	Otorrino	-	-	-	-	1
	Pediatria	33	48	109	108	80
	Plantão trauma	131	143	89	57	146
	Plantão clínica	302	309	342	326	414
	Urologia	12	29	13	28	48
	Total	1.152	1.671	1.544	1.539	1.809
Casos de USA		146	190	152	166	122
Porcentagem de vaga zero transportados por USA 10,05						
C	Cirurgia geral	201	214	350	388	475
	Bucomaxilo	-	-	2	-	1
	GO	-	1	-	-	1
	Neurologia	12	7	10	23	14
	Oncologia	3	-	2	3	1
	Ortopedia	125	205	267	292	352
	Plantão clínica	673	929	878	670	775
	Total	1.014	1.356	1.509	1.376	1.619
Casos de USA		61	66	88	89	80
Porcentagem de vaga zero transportados por USA 5,58						
D	Cirurgia geral	-	1	-	1	2

	Ortopedia	9	25	10	16	15
	Pediatria	6	23	40	19	11
	Plantão clínica	220	549	635	879	928
	Radiologia	2	3	5	1	
	Total	237	601	690	916	965
<hr/>						
	Casos de USA	1	2	12	4	4
<hr/>						
	Porcentagem de vaga zero transportados por USA	0,67				
E	Cirurgia Cabeça e Pescoço	-	-	1	-	-
	Clínica médica	2	4	2	-	4
	GO	115	152	164	173	177
	Moléstias infecciosas	1		1	-	-
	Neonatologia	2	1		4	4
	Total	120	157	170	177	185
<hr/>						
	Casos de USA	13	25	16	24	31
	Porcentagem de vaga zero transportados por USA	13,47				
<hr/>						

Fonte: Hygia®, 2017.

4. DISCUSSÃO

O SUS como o maior sistema público universal de saúde do mundo para mais de 100 milhões de usuários necessita de uma melhor resolutividade da atenção primária com adequação do acesso aos leitos hospitalares e da racionalização do uso dos recursos humanos, diagnósticos e terapêuticos, caso contrário, as fragilidades são expostas. As

demandas superam as ofertas, nos mais diferentes níveis de complexidade da atenção a saúde, o que coloca em risco o trabalho de organização e controle da central de regulação (GOLDWASSERS, LOBO MSC, ARRUDA EF, ANGELO SA et al 2016, EVANGELISTA PA, BARRETO SM, GUERRA HL, 2008).

Considerando o número de habitantes de Ribeirão Preto, a proporção da população com plano de saúde no município (42,1% - 287.200 habitantes), é maior do que a média nacional de 22,7% e a do Estado de São Paulo de 38%. Isto quer dizer que do total de habitantes do município atendidos exclusivamente pelo SUS em 2017, as UBDSs e UPA dos cinco distritos de saúde tiveram 1,92 atendimento por habitante, sem considerar os atendimentos realizados na atenção básica. Isto mostra a pouca resolutividade da rede pública de saúde.

No ano de 1999, ainda na ausência de políticas públicas mais específicas para atenção básica, urgência e regulação da assistência, constatou-se que apesar da região de saúde de Ribeirão Preto contar com uma boa estrutura para atenção básica, havia baixa resolubilidade nas suas ações clínicas e na coordenação do acesso à rede assistencial, bem como insuficiência na oferta de serviços hospitalares de média complexidade. Esta situação induzia à aglomeração e ao excesso de atendimentos nos serviços especializados e de Unidade de Emergência do Hospital de Clínicas, que é referência terciária.

Diante desta aglomeração dos atendimentos de urgência de baixa e média complexidade na unidade de UE do Hospital das Clínicas e de seus desdobramentos assistenciais, administrativos, éticos e jurídicos, desencadeou-se um movimento para reorientar o papel desse hospital na rede assistencial que culminou, no ano de 2000, na instalação do Comitê Regional de Urgência (SANTOS et al., 2003; LOPES; SANTOS; SCARPELINI, 2007; FERRI et al., 2012; SANTOS et al., 2012).

Este Comitê, formado por representantes dos gestores estaduais e municipais, dos prestadores, das universidades, do Ministério Público, do corpo de bombeiros e dos usuários, dentre outros, planejou a instalação da Central de Regulação de Urgência do município.

Dessa forma, após janeiro de 2000, firmou-se acordo entre os hospitais da região que atendem casos de urgência, as Secretarias Municipais de Saúde e o Departamento Regional de Saúde da 13ª região do Estado de São Paulo (DRS XIII). Nesse acordo, os pacientes passaram a ser encaminhados aos hospitais de referência somente após o atendimento inicial nas unidades básicas de saúde de Ribeirão Preto, nos hospitais de pequeno porte das cidades da região, nas unidades não hospitalares de pronto atendimento

ou no componente móvel pré-hospitalar do SAMU. Ressalta-se que o encaminhamento de todos os casos, deveria ser feito por meio da Central de Regulação Médica municipal ou regional, mediante contato telefônico obrigatório com o médico responsável pela equipe que irá atender o paciente no hospital de referência.

Em alguns municípios têm se discutido tanto as dificuldades dos recursos e da implantação dos processos de regulação, como a dificuldade do acesso a leitos e a qualificação dos reguladores (YAMAGUCHI et al 2014; VILARINS et al 2012).

O número total de leitos agudos nos hospitais conveniados ao SUS no período do estudo manteve-se estável em 1.334 leitos, com 99 leitos de UTI adulto e 53 leitos de UTI pediátrica e neonatal. Para o cálculo da necessidade de leitos de UTI, destinados a pacientes adultos, o Ministério da Saúde (MS) publicou a Portaria GM/MS nº 1.101, de 12 de junho de 2002, que estabelece a necessidade de 2,5 a 3 leitos hospitalares por 1.000 habitantes, assim como define o número de leitos de UTI necessário em um hospital, ou seja, de 4% a 10% do total de leitos hospitalares (média para municípios grandes e regiões).

A população atendida na DRS XIII é estimada em 1.500.000 habitantes, sendo que 682.302 habitantes pertencem ao município de Ribeirão Preto. Ao se considerar para a análise uma população de 1.000.000 de habitantes dentro do município, a necessidade proporcional de leitos hospitalares seria de 1.705 a 2.046 leitos, atualmente temos 1.334 leitos, ou seja, um déficit de leitos corrigido para o total da população é de 371 a 712 leitos. Considerando que de 4 a 10 % do total dos leitos devam ser de UTI, ou seja, dentro da necessidade de leitos para a população estimada seria de 100 a 120 leitos, o município apresenta 152 leitos de UTI, estando acima da média preconizada e acima da exigência do total de leitos UTI dentro dos leitos do município. Conclui-se que perante os critérios do MS estamos abaixo da necessidade de leitos totais, mas acima da necessidade de leitos UTI, havendo uma necessidade de melhor gestão de tais leitos, uma vez que nenhum sistema de controle de leitos interopera com outro dentro do município.

No município estudado, o número de leitos ficou estacionado nos cinco anos de acompanhamento dos dados, mesmo com o aumento da população em 5,04%, considerando ainda que em dezembro de 2017; 57,9% da população dependia principalmente do SUS e o restante utilizava convênios privados. Mesmo com uma redução de 8,26% no número de atendimentos de 2013 a 2017, o número de casos atendidos nas UPAs que solicitou regulação médica aumentou em média 35,78%.

Com o fechamento da UBDS do Distrito Oeste no início de 2015, o aumento de regulação nas demais unidades 24 horas variou de 49,43 a 150,60%. O número de casos efetivamente regulados no período de estudo (2013 a 2017) aumentou 35,78%. Com isto, o número anual de casos atendidos em Pronto-socorros e regulados para os hospitais conveniados ao SUS aumentou de 34.832 em 2013 para 47.295 em 2017, com percentual de casos de vagas zero encaminhadas pela Central de Regulação de Urgência chegando a 52,71% no mesmo período.

Esses dados mostram a baixa resolutividade da rede pública de saúde que, na presença de um déficit de leitos corrigido para o total da população de 371 a 712 leitos, superlota os pronto socorros, aumenta o número de encaminhamentos em vaga zero e pode fazer com que os pacientes mais graves e críticos percam o *timing* de internação em leitos de cuidados intensivos, expressando maior morbi-mortalidade.

No município estudado, assim como em outros, observa-se que os serviços hospitalares atendem as diversas necessidades quanto a diversidade de leitos e oferta de serviços, estando de acordo com a literatura que ressalta que o escopo da central de internações hospitalares deve ser configurado com os leitos das diversas clínicas, de UTI e de retaguarda aos prontos-socorros, os quais têm baixa disponibilidade e dificuldades de acessibilidade (GOLDWASSER RS, LOBO MSC, ARRUDA EF, ANGELO SA et al 2016).

Quanto aos recursos mencionados na Portaria 2048/2002 (no anexo de regulamento técnico, que trata da observação de unidades 24 horas não hospitalares de atendimento às urgências) o município de Ribeirão Preto demonstra adequação quando comparados com a relação entre cobertura populacional, número de atendimentos em 24 horas, número de profissionais médicos por plantão, número de leitos de observação, percentual de pacientes em observação e percentual de encaminhamentos para internação (BRASIL, 2002). No entanto, as UPAs estão permanentemente lotadas com pacientes aguardando leitos de internação hospitalar, assim como as portas hospitalares mantendo um estado crônico de superlotação, gerado tanto pela baixa resolutividade da atenção primária, do atendimento nas próprias UPAs e do número de leitos agudos que se mantém estacionados há mais de uma década antes do início deste estudo.

Alguns autores têm pontuado entre os problemas do atendimento às urgências pré-hospitalares móveis no Brasil a limitação da atenção primária como componente da rede de urgências. Esse aspecto requer um enfrentamento complexo. Dividida entre o atendimento de demandas programadas e a demanda espontânea, a atenção primária,

justificadamente, não consegue se responsabilizar pelo atendimento às urgências da sua população adscrita (MINAYO; DESLANDES, 2008; TANNEBAUM; ARNOLD, 2001; EVANGELISTA et al., 2008; CICONET et al., 2008; O'DWYER et al.; 2013).

A população estimada no município (Tabela 2) oscilou de 649.556 a 682.302 habitantes no período do estudo, o que comporta, de acordo com a Portaria 2048, quatro UBDSs e uma UPA porte III (Brasil, 2002), pode ser importante causa para o aumento gradativo no número de regulações anualmente, assim como no número total de atendimento no pronto-atendimento.

Embora a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) identifique a necessidade de a atenção primária contar com as salas de estabilização para garantir o atendimento às urgências no seu horário de atendimento, a expansão da atenção primária no Brasil não ocorreu com um padrão de investimento arquitetônico coerente com essa necessidade.

As UPAs se constituíram no principal componente fixo de urgência pré-hospitalar e têm se estabelecido como importante ponto de acesso ao sistema, instituindo-se enquanto unidades intermediárias entre a atenção básica e as emergências hospitalares. Na proposta de rede permanece o projeto de expansão dos serviços de atendimento às urgências, já evidenciado no começo dos anos 2000, assim como o forte financiamento federal. Entre as propostas de investimentos previstos até 2018, destacam-se para o componente pré-hospitalar, 100% de cobertura e regionalização pelo SAMU; ampliação para 1.096 UPAs; criação de 900 Salas de Estabilização e investimento e qualificação para as portas hospitalares de urgência, considerando hospitais com 100 ou mais leitos (KONDER; O'DWYER, 2015).

A UPA deve complementar a atenção primária e não deve funcionar como hospital de baixa resolutividade por falta de leitos. A insuficiência de leitos hospitalares tem gerado algumas distorções, pois alguns gestores acham que a UPA resolve a falta de hospitais (O'DWYER, 2017). Desta forma, a dificuldade de acesso ao hospital, tanto pela superlotação dos pronto-socorros, quanto pela escassez de leitos clínicos de enfermaria e leitos de terapia intensiva, também limita o impacto da atuação das UPAs pela falta de continuidade dos cuidados que deveria ocorrer. Essas unidades têm simultaneamente a possibilidade de prover atendimento inicial complexo a pacientes graves e atendimento de média e baixa complexidade mais perto das residências das pessoas. Todavia, as dificuldades de conformação de uma rede têm restringido o benefício que essas unidades poderiam representar, passando a “internar” pacientes por dias, o que não deveria ocorrer.

A permanência de pacientes mais de 24 horas nas UPA por falta de vaga impacta a qualidade do atendimento (CONASS, 2015). Mais de quatro horas para transferência do paciente para o leito hospitalar agrava seu quadro (O'DWYER, 2017). Essa longa permanência é uma questão relevante, que reflete as dificuldades da rede hospitalar (BITTENCOURT, 2009). No estudo constatou-se que muitos pacientes “internados” nas UPAs estavam realizando exames de imagem (principalmente ultrassom e tomografia computadorizada) em hospitais para diagnósticos e retornando às UPAs para tomada de condutas terapêuticas.

Ao se observar o número total de solicitações de regulação, o município apresenta valor absoluto acima do preconizado pela Portaria 2048, ou seja, uma média anual de 41.286 regulações, que corresponde a 5,3% dos atendimentos do pronto-atendimento extra-hospitalar, em contra-partida do preconizado que é de 3% do total de atendimento (BRASIL, 2002). No município registrou-se aumento no número de regulações efetivas anualmente e de solicitações indeferidas a partir de 2015. Quanto ao aumento das regulações em vaga zero no último ano estudado, ressalta-se que todo serviço de saúde deve disponibilizar vagas para receber pacientes independente de sua disponibilidade de vagas no momento, pelo que diz a condição de vaga zero. Tal aumento, entretanto, pode representar para além da garantia do atendimento, a necessidade de investimento em ferramentas de gestão para minimizar a superlotação demonstrada (VELOSO; ARAUJO; ALVES, 2012).

Segundo o artigo 17 da Resolução 2077/2014 do Conselho Federal de Medicina, a “vaga zero” é um recurso essencial para garantir acesso imediato aos pacientes com risco de morte ou sofrimento intenso, devendo ser considerada como situação de exceção e não uma prática cotidiana na atenção às urgências. O encaminhamento de pacientes como “vaga zero” é prerrogativa e responsabilidade exclusiva dos médicos reguladores de urgências, que deverão, obrigatoriamente, tentar fazer contato telefônico com o médico que irá receber o paciente no hospital de referência, detalhando o quadro clínico e justificando o encaminhamento. Em caso de transferência de pacientes de unidades de saúde para hospitais de maior complexidade em “vaga zero”, as informações detalhadas em relação ao quadro clínico do paciente deverão ser encaminhadas, por escrito, pelo médico solicitante do serviço de saúde de origem. No caso de utilizar-se a “vaga zero” em Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência superlotado ou sem capacidade técnica de continuidade do tratamento, caberá à equipe médica estabilizar o paciente e, após obtidas as condições clínicas que permitam a transferência, comunicar o fato à regulação,

persistindo a responsabilidade do gestor público pela obtenção de vagas para a continuidade do tratamento e, se necessário, com a compra de leitos na forma da lei (CFM, 2014).

O Núcleo Interno de Regulação (NIR) constitui a interface com as Centrais de Regulação para delinear o perfil de complexidade da assistência que sua instituição representa no âmbito do SUS e disponibilizar consultas ambulatoriais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, além dos leitos de internação, segundo critérios pré-estabelecidos para o atendimento, além de buscar vagas de internação e apoio diagnóstico e terapêutico fora do hospital para os pacientes internados, quando necessário (PNHOSP, 2013).

A rede hospitalar deve ter um número de leitos adequado e bem distribuídos em termos de especialidades médica, com pactuação entre os serviços dos vários níveis de atenção, definindo-se o tempo de espera e permanência em cada linha de cuidado. As centrais de regulação de leitos eletivos e de urgência devem ter acesso informatizado aos leitos disponíveis e os Núcleos Internos de Regulação (NIR) dos hospitais devem ser ativos e conectados às centrais de regulação.

Para o sistema de urgência que deve funcionar obrigatoriamente em rede, as comissões municipais e regionais, previstas na Portaria 2048, devem estar em funcionamento pleno e ter o acesso aos dados da rede de toda a atenção em tempo real (BRASIL, 2002). As reuniões devem servir para a discussão de estratégias corretivas das não conformidades. O que ocorreu no município estudado foi que os bons conceitos e práticas inicialmente utilizados no processo de implantação do Complexo Regulador e da organização dos hospitais não tiveram os desdobramentos e a evolução necessária, sendo que, ao contrário, as ações das comissões deixaram de ser regulares pela própria falta de reuniões e o sistema em rede com a inclusão de todos os atores deixou de funcionar, chegando na realidade atual. As medidas tomadas mais atualmente foram pontuais, como a inclusão do hospital D, porém na falta de outras medidas complementares, seu benefício foi pequeno e logo suplantado.

Mesmo com o excessivo e crescente número de vagas zero ao longo dos anos, não houve qualquer medida efetiva que tentasse resolver esta situação, que demonstra claramente a insuficiência entre a oferta e a demanda de recursos de saúde.

Uma crítica ao sistema de dados, refere-se a carência da forma que a documentação dos casos é realizada, pois não se consegue diferenciar os casos graves, que necessitam de leito monitorizado. Uma sugestão seria colocar um item obrigatório

para preenchimento, que por sua vez possa ser tabulado pelo serviço. Além disso, sugere-se que os dois sistemas atualmente utilizados dentro da Central de Regulação de Vagas de Urgência se comuniquem e complementem. Um paciente encaminhado em vaga zero, não necessariamente é um paciente instável e que necessite de cuidados intensivos, pode ser que o mesmo necessite de avaliação e/ou procedimento e/ou recurso específico do hospital, e o mesmo por falta de leitos acaba sendo encaminhado em vaga zero.

A porcentagem de casos encaminhados em vaga zero e transportados por USA é maior nos hospitais de maior complexidade como o A (15,42) e B (10,05). Conclui-se também que, no máximo, 15% dos casos encaminhados em vaga zero, necessitaram de cuidados intensivos no momento da transferência e provavelmente permaneceram em cuidados intensivos.

Desta forma, o número de vaga zero é condicionado ao número de atendimentos no pronto-atendimento, número de solicitação de vagas e rotatividade dos leitos, além da gravidade do caso ou esgotamento de recurso necessário para aquele paciente.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse estudo o aumento de atendimentos nos pronto atendimentos não hospitalares, o aumento do número de solicitações de encaminhamentos para a rede hospitalar, assim com o aumento do número de solicitações indeferidas e do número de regulações realizadas em vaga zero, indicam a necessidade de se avaliar a resolutividade do atendimento da atenção primária e das UPAs, bem como o insuficiente número de leitos agudos e da qualidade do atendimento prestado.

Nos serviços hospitalares de urgência do município, ferramentas de gestão tais como os NIRs podem promover maior eficácia, melhor dinamicidade e mais resolutividade no que concerne à superlotação, assim como auxiliar na organização dos leitos de observação.

A porta de entrada dos serviços têm sido as UPAs e os pronto-socorros hospitalares, o que leva um ônus para os usuários e contribui para a não desejada reputação de um SUS ineficiente, sobrecarregando os atendimentos às urgências, tanto física, psíquica, como emocionalmente. Deve-se salientar nesse sentido a necessidade de uma melhoria na cobertura da atenção básica para as demandas de urgência, como maior

facilidade de acesso, atendimento de qualidade e maior resolutividade em qualquer ponto da rede de serviços de saúde.

No município estudado mostrou-se que não houve a maturação do sistema de atendimento de urgência, embora tenha tido bons conceitos e prática na sua implantação, resultando na situação atual de crescentes vagas zero e superlotação. As comissões municipais e regionais de urgência são instrumentos valiosos de gestão e discussão das estratégias corretivas perderam-se no tempo.

Além disso observa-se que para solucionar a problemática da superlotação faz-se necessário a adequação do número de leitos de atendimento aos pacientes agudos, assim como lançar mão de ferramentas de gestão para garantir o envolvimento de todos os atores da rede de saúde nos diferentes níveis de atenção.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barbosa, DVS; Barbosa, NB; Najberg, E. Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. Cad. Saúde Colet., 2016, Rio de Janeiro, 24 (1): 49-54.

Bittencourt RJ, Hortale VA. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. Cad. Saúde Publica. 2009;25(7):1439-54.

Brasil. Comissão Intergestores Tripartite. **Implementação das redes de atenção às urgências/ emergências** – RUE. Nota Técnica da CIT. 19/05/11. 2011b.

Brasil. Ministério da Saúde. **Lei nº 8142/90**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 28 de dez 1990.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria 2.048** de 05 de novembro de 2002. Estabelece o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília, 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria GM 1863** de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências. Diário Oficial da União nº 193, de 6 de outubro de 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria GM 2.072**, de 30 de outubro de 2003. Institui o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências. Diário Oficial da União, de 31 outubro de 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. **Normas e manuais técnicos**. Série Pactos pela Saúde, vol.3, 2006b.

Brasil. Ministério da Saúde. **Regulação médica das urgências**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006d. 126 p.: il.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria GM 2970** de 08 de dezembro de 2008. Institui diretrizes técnicas e financeiras de fomento à regionalização da Rede Nacional SAMU. Brasília, 2008b.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria GM 1020** de 13 de maio de 2009. Estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes locais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília, 2009a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 84 p.: il.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP).

Conselho Federal de Medicina - RESOLUÇÃO CFM nº 2.077/14. Brasília, 24 de julho de 2014.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Rede de Atenção às Urgências e Emergências: avaliação da implantação e do desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). Brasília (DF): CONASS; 2015. (CONASS Documenta, 28). Disponível em: http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/Conass_Documenta_28.pdf. [Acesso em 31 ago 2018].

DRS-XIII. Regionais de saúde do estado de São Paulo. Disponível em:<http://www.saude.sp.gov.br/ses/institucional/departamentos-regionais-de-saude/regionais-de-saude><http://www.saude.sp.gov.br/ses/institucional/departamentos-regionais-de-saude/regionais-de-saude> . Acesso em 12 de novembro de 2014.
<http://ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/vigilancia/vigep/tabnet/i16obitos.php>
<http://www.samu.uff.br/comitegestor/qualidadedeservicosurgencia.pdf>

Dumas, RP; Seamon, MJ; Smith, BP. The epidemiology of emergency department thoracotomy in a statewide trauma system: does center volume matter? *J Trauma Acute Care Surg.* 2018 Apr 17. doi: 10.1097/TA.0000000000001937. [E puba head of print]

Evangelista, PA.; Barreto, SM.; Guerra, HL. Central de regulação de leitos do SUS em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: avaliação de seu papel pelo estudo das internações por doenças isquêmicas do coração. *Cad Saúde Publica.* 2008;24(4):767-76.

Ferri, SMN; Ferreira, JBB; Almeida, EF; Santos, JS. Protocolos clínicos e de regulação: motivações para elaboração e uso. In: SANTOS, J.S.; (Coord.) *Protocolos Clínicos e de Regulação: Acesso à Rede de Saúde.* Rio de Janeiro: Elsevier, 2012, cap. 1, p. 3-15.

Goldwasser, RS; Lobo, MSC; Arruda, EF; Angelo, SA. Dificuldades de acesso e estimativas de leitos públicos para unidades de terapia intensiva no estado do Rio de Janeiro. *Rev Saúde Pública* 2016;50:19.

Lopes, SL; Santos, JS; Scarpelini, S. The implementation of the Medical Regulation Office and Mobile Emergency Attendance System and its impact on the gravity profile of non-traumatic afflictions treated in a University Hospital: a research study. *BMC Health Serv Res, London,* v. 7, p. 173. Out., 2007.

Machado, CV; Salvador, FGF; O'Dwyer, G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. *Rev. saúde pública.* São Paulo, v. 45, n. 3, p. 519-528, 2011.

Minayo, MCS; Deslandes, SF. Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras. *Cad. saúde pública.* Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1877-1886, 2008.

Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Regionalização da Assistência à Saúde: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 – 2. ed. – Brasília, DF, 2002.

Nagree, Y; Cameron, P; Gosbell, A; Mountain, D. Telephone triage is not the answer to ED overcrowding. *Emerg Med Australas, Melbourne,* v. 24, nº 2, p. 123-6, Abr., 2012.

O'Dwyer, GO. A gestão da atenção às urgências e o protagonismo federal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5):2395-2404, 2010.

O'Dwyer GO, Konder MT, Reciputti LP, Lopes MGM, Agostinho DF, Alves GF. O processo de implantação das unidades de pronto atendimento no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2017;51:125.

Pazin Filho, A; Scarpelini, S. Medicina de emergência na FMRP-USP – você pode fugir, mas não há como se esconder! *Revista de Escola de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto*, v. 42, n. 4, p. 432-443, 2010.

Ribeirão Preto. Revisão das áreas de abrangência das Unidades de Saúde e Estimativa Populacional de acordo com o Censo IBGE 2010 por Unidade. Divisão de Planejamento em Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, 2011. Disponível em:http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/.../doc-ubs_populacao.pdf

Preston L, Chambers D, Campbell F. What evidence is there for the identification and management of older people in the emergency department? A systematic review. Southampton (UK): NIHR Journals Library; 2018 Apr.

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.

Yamaguchi, MU; Otto, Guido LG; Barbosa, ADC; Francioli ALS; Cáceres NA. Complicações maternas e neonatais em fila de espera da Central de Regulação de Leitos na macrorregião de Maringá. *Mundo saúde (Impr.)*; 38(2): 197-203, jan.-abr. 2014. Tab.

Veloso, IS; Araujo, MT; Alves, M. Práticas de poder no serviço de atendimento móvel de urgência de Belo Horizonte. *Revista Gaúcha Enfermagem*, v.33, n.4, p.126-132, 2012.

Vilarins, GCM; Shimizui, HE; Gutierrez, MMU. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 640-647, out./dez. 2012.

CAPÍTULO 3

Indicadores de Regulação Médica de Urgência: estudo sobre a realidade e as necessidades de um município brasileiro

Indicators of urgency medical regulation: study on the reality and needs of a brazilian city

Daniela de Cassia Grizo¹, Gerson Alves Pereira Júnior²

¹Mestranda da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Gestão de Organizações de Saúde. Ribeirão Preto-SP, Brasil.

²Docente do Curso de Medicina da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo. Bauru-SP, Brasil.

Autor correspondente: Daniela de Cássia Grizzo

SAMU Regional de Ribeirão Preto

Avenida Treze de Maio, 353

CEP 14090-270, Ribeirão Preto - SP

Telefone: (16) 3977- 9171

Email: dcgrizzo@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: Descrever indicadores (demográficos, epidemiológicos, de transporte, resolutividade e de encaminhamentos da rede pré-hospitalar fixa para a rede hospitalar de urgência conveniada) previstos na Portaria 2048 e em outros documentos no município e apontar outros indicadores que poderiam ser acrescentados no sentido de melhorar a assistência em atendimentos de urgência. **Método:** Estudo transversal, de caráter descritivo e retrospectivo. Os dados foram coletados nos bancos de dados da Secretaria

Municipal de Saúde presentes nos Sistemas Hygia® e True® exportados para planilhas do Microsoft Excel para consolidação. **Resultados:** No período foram realizados 3.891.597 atendimentos nos pronto-atendimento não hospitalares, dos quais 5,3% foram regulados. A maior concentração está na faixa etária de 13 a 60 anos. Ocorreu crescimento anual de regulações. O Hospital D teve o maior número de regulações, o que evitou a superlotação dos hospitais de maior complexidade. 560 casos de cuidados paliativos foram transferidos para leitos de retaguarda. O número de transporte de USB e USA permaneceu relativamente estável entre 16.805 e 20.838 por ano com percentual de utilização da USA variando entre 6,89 e 10,33% em relação ao despacho das USB. O número de casos encaminhados em vaga zero no período teve aumento de 52,71%. **Considerações finais:** Os dados apresentados demonstram a falta de um planejamento adequado da rede de atenção às urgências e a ausência de uma linha de ação. A aplicação de indicadores pode ser implantado satisfatoriamente no eixo de porta de entrada de urgência, por meio de um sistema informatizado e uniforme, uma vez que o setor é carente de dados para a discussão entre as diversas gestões e o gerenciamento de situações de superlotação.

ABSTRACT

Objective: Describe indicators (epidemiological, demographic, transportation, referrals and efficaciousness of pre-hospital network for hospital network fixed urgency partnership) laid down in Ordinance 2048 and other official documents applied in the city and point other indicators that could be added to improve assistance in emergency calls. **Method:** Cross-sectional study, with a descriptive and retrospective character. The data were collected in the databases of the Municipal Health Department present in Hygia® and True® Systems and exported to Microsoft Excel spreadsheets for consolidation. **Results:** In the period were carried out 3,891,597 attendances in non-hospital emergency room, of which 5.3% were regulated. The highest concentration is in the age group from 13 to 60 years. Annual growth occurred. The Hospital (D) had the largest number of adjustments, which avoided overcrowding of hospitals of greater complexity. 560 cases of palliative care were transferred to beds in the rear. The number of USB transport and USE remained relatively stable between 16,805 and 20,838 per year with percentage of use of USE ranging from 6.89 and 10.33% in relation to the order of the USB. The number of cases sent in wave zero in the period had 52.71% increase. **Final considerations:** The data submitted demonstrate the lack of proper planning of network attention to urgencies and the absence of a line of action. The application of indicators can be implemented satisfactorily on the entrance door of urgency, by means of a computerized system and uniform, since the industry is lacking in data to the discussion between the various managements and the situations of management overcrowding.

Palavras – Chave: Medicina de emergência; 2. Cuidados críticos; 3. Socorro de urgência. 4. Serviços médicos de emergência; 5. Indicadores.

Key - words: Emergency medicine; 2. Critical care; 3. Emergency relief. 4. Emergency medical services; 5. Indicator.

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, a falta ou a dificuldade de acesso à assistência nos serviços de atenção básica, sua baixa resolubilidade e a não viabilidade de contra referência do paciente para o acompanhamento ambulatorial induzem pacientes com queixas crônicas e sociais a procurar os serviços de urgência como porta de entrada do sistema de saúde (BARBOSA et al., 2016; KONDER; O'DWYER, 2015).

De maneira geral, 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. Os leitos hospitalares de urgência são insuficientes para demanda e pacientes oriundos de outros municípios e estados, chegam às unidades hospitalares de referência no atendimento às urgências, ora por livre demanda, ora encaminhados por mecanismos de pactuação entre municípios (BARBOSA et al., 2016).

Além disso, são apontadas deficiências de estrutura física, gestão e recursos humanos nos serviços de urgência, causando insatisfação e insegurança entre profissionais e usuários, que somam-se a propensão ao agravamento dos quadros de urgência com progressão para a letalidade ou a maior incidência de sequelas (CFM, 2011; FRAGA; PEREIRA JR; FONTES, 2015).

Tais fatores têm contribuído decisivamente para uma sobrecarga no volume de atendimento nos serviços de urgência gerando uma superlotação que, por sua vez, tem aumentado o risco de morbidade e mortalidade para os casos atendidos independente da gravidade do caso (O'DWYER, 2010; CAMPOS; SENGER, 2013; FRAGA; QUINTAS; ABIB, 2014).

Nesse contexto, emerge a implementação do processo de regulação das urgências, corporificado em políticas públicas, como mecanismo de organização da assistência, com vistas a descentralizar a atenção efetuada portas de atenção as urgências e contribuir para redução dos danos gerados junto a população assistida (BARBOSA ET AL 2016).

A Regulação Médica é uma ferramenta promotora de acessibilidade, equidade e de integralidade proposta pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Tem como objetivo dar respostas as necessidades de organização das ofertas, serviços e recursos vinculados a Rede de Atenção as Urgências (RAU). Trata-se de um instrumento de gestão que em saúde tem estreita relação com o planejamento, com o controle, com a avaliação e com os diversos níveis de complexidade da assistência, visando a assistência integral aos

usuários do SUS (BARBOSA ET AL 2016, LEMÕES, 2013, VILARINS 2012, NASCIMENTO, 2009).

Devido a sua posição dentro da organização da rede de serviços de saúde, a Central de Regulação de Urgência ordena a demanda da atenção às UE garantindo o acesso à rede básica de saúde, à rede de serviços especializados (consultas médicas, exames subsidiários e procedimentos terapêuticos), à rede hospitalar (internações em leitos gerais, especializados, de terapia intensiva e outros), à assistência e transporte social, além de outras que se façam necessárias (VILARINS 2012, BRASIL, 2002).

Desta forma, consiste em um observatório privilegiado da saúde, com capacidade de monitorar de forma dinâmica, sistematizada e em tempo real, todo o funcionamento do sistema de saúde, gerando informações regulares para a melhoria imediata e mediata do sistema de atenção às urgências e de saúde em geral (BRASIL, 2002). O monitoramento possibilita um gerenciamento eficaz, que comporta mecanismos de ajuste, como organização horizontal e variação na composição das equipes (LEMÕES, 2013, BRASIL, 2003).

A monitoração contínua do processo de gestão, o conhecimento da clientela, e a comunicação entre os diferentes parceiros da rede de assistência, necessitam invariavelmente de dados clínicos, epidemiológicos e administrativos de qualidade.

Um sistema de informação que facilite a contínua vigilância epidemiológica do desempenho, como um elemento vital de todo processo de garantia de qualidade. Os sistemas de informação para serem efetivos, devem ser válidos, rapidamente acessíveis e apresentados em um formato prático, a fim de que se possam extrair informações úteis às decisões, o que nem sempre acontece. (PSALTIKIDIS, MOLINA et al, 2012).

Para a melhor gestão do processo e uma efetiva gestão do sistema regulatório, os dados devem oferecer um conjunto definido de indicadores, que possam ser utilizados como uma potente ferramenta no processo e que sirvam como padrão de medida comum e homogêneo. Nesse sentido, é necessário um sistema de informação com uma linguagem comum, pois a informatização é sem dúvida um avanço (PSALTIKIDIS et al., 2012; BRASIL, 2003).

Os indicadores de regulação podem estar relacionados à demanda como, por exemplo, o número de pacientes atendidos em relação ao total da população em um dado período de tempo, ou a qualidade, como a capacidade do serviço em resolver o problema que determinou sua busca, dentro de um período razoável de tempo; associados a qualidade podendo incluir a estrutura (existência no serviço de uma estrutura adequada a

prestar o atendimento ao qual se propõe), processo (relacionados ao desenvolvimento do processo assistencial, a partir de um padrão pré-estabelecido ou aqueles que medem o funcionamento do serviço de urgências do ponto de vista organizativo e da qualidade dos processos); e ainda ao resultado (aqueles que medem o resultado final da atividade assistencial, informam a qualidade e a capacidade técnica e resolutiva do serviço de urgências) (BRASIL, 2006; VENANCIO et al., 2017).

Existem ainda os indicadores relacionados às demandas que implicam na quantificação das solicitações de assistência que se apresentam nos serviços de urgências. Tem um valor informativo, prestando-se a avaliação do uso dos recursos assistenciais e sua gestão, além de permitirem uma comparação do rendimento da unidade frente a outros serviços de urgência (BRASIL, 2006; VENANCIO et al., 2017).

Todavia, o que tem ocorrido nos sistemas regulatórios é que o acúmulo de dados frente a sua pequena utilização para apoio à tomada de decisões, reflete a falta de integração das informações. Ou seja, o fato dos sistemas existentes nos diversos cenários não estarem interligados, impossibilitam que os dados sejam suficientes para garantir assistência de qualidade e análise objetiva do processo assistencial e dos seus resultados. Desta forma, há impossibilidade de realizar-se, de maneira sistemática a avaliação e comparação entre os serviços de urgência, tanto numa perspectiva quantitativa quanto qualitativa, deixando-se de fazer um benchmarking interno e externo.

Nesse contexto, este estudo tem como objetivos descrever indicadores (demográficos, epidemiológicos, de transporte, resolutividade e de encaminhamentos da rede pré-hospitalar fixa para a rede hospitalar de urgência conveniada) previstos na Portaria 2048 e em outros documentos oficiais aplicados no município de Ribeirão Preto e apontar outros indicadores que poderiam ser acrescentados no sentido de melhorar a assistência em atendimentos de urgência.

2. METODOLOGIA

2.1. Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo transversal, de caráter descritivo e retrospectivo.

2.2. Local do Estudo

Este estudo foi realizado junto a Secretaria de Saúde do município de Ribeirão Preto, situado no noroeste do Estado de São Paulo, a 313 km da capital, com 627 km² de área (140 km² na zona urbana e 487 km² na zona rural) (IBGE, 2017).

O município de Ribeirão Preto está dividido em cinco distritos de saúde e cada distrito possui uma unidade não hospitalar de pronto atendimento (UPA) de urgência 24 horas denominadas Norte, Sul, Leste, Oeste e Central. Todas as unidades possuem classificação de risco, sala de estabilização, farmácia, coleta de exames laboratoriais de urgência, as quais possuem liberação de resultado com tempo médio de quatro horas, radiografia de urgência e base descentralizada do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e Emergência (SAMU).

2.3. Amostra

Foram utilizados os dados relacionados aos atendimentos realizados no período de 2013 a 2017, encontrados nos bancos de dados da Secretaria Municipal de Saúde do município, presentes no Sistema Hygia® (sistema informatizado privado utilizado desde 1994 no município) e Sistema TRUE® (sistema privado da Central de Regulação de Urgência do município, utilizado desde 2012).

2.4. Análise dos Dados

Após os dados serem importados de planilhas do Microsoft Excel a análise dos dados foi realizada através do software estatístico Minitab®. As variáveis categóricas foram expressas em porcentagem e os resultados apresentados na forma de gráficos, tabelas e relatório discursivo.

2.5 Aspectos Éticos

De acordo com as normas contidas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), este estudo foi submetido a apreciação em CEP, sendo aprovado sob Parecer 2.765.643. Por tratar-se do uso de dados secundários foi solicitada e consentida a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3. RESULTADOS

3.1. Definir os indicadores demográficos e epidemiológicos dos pacientes com necessidade de avaliação e internação de urgência.

Entre os anos de 2013 a 2017 no município de estudo foram realizados 3.891.597 atendimentos nas cinco unidades de pronto atendimento não hospitalares, entre os quais 206.431 foram solicitados regulação (5,3%).

O Quadro 1 mostra a população estimada, o número de atendimentos e os casos regulados nas Unidades de Pronto Atendimento. A maior concentração do número de regulações está compreendida na faixa etária de 13 a 60 anos. Observa-se que nas faixas etárias de 01 ano até 13 anos houve pouca oscilação no número de atendimentos nas Unidades de pronto atendimento pediátrico anualmente. O número de atendimento teve maior oscilação na população adulto jovem e idosa, sendo a população da UBDS Central com maior porcentagem de atendimento em pessoas maiores de 60 anos.

O Quadro 2 mostra a porcentagem de atendimento por faixa etária dos pacientes nas unidades de Pronto Atendimento 24 horas. Observou-se ainda um aumento considerável de regulações pediátricas a partir de 2016 nas Unidades de Saúde do Norte, Sul e UPA, em detrimento à Distrital Oeste e Central, sendo que a Distrital Oeste está fechada desde 2015 e a do Distrito Central, muitas vezes, teve o fluxo de atendimento pediátrico desviado para outras unidades devido ao déficit de profissionais.

Quadro 1 - Caracterização do Serviço de Regulação no que diz respeito à população abrangida, número de atendimentos e casos regulados nas unidades de Pronto Atendimento 24 horas. Ribeirão Preto, 2018.

Unidades de Saúde	População estimada (IBGE*)					Atendimentos no Pronto-Atendimento					Casos que foram solicitados regulação									
	2013	2014	2015	2016	2017	2013	2014	2015	2016	2017	2013		2014		2015		2016		2017	
											n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Central	105.246	106.624	106.650	107.943	109.207	123.889	116.276	153.718	193.711	143.213	4.713	3,80	5.287	4,55	9.392	6,11	11.807	6,10	11.811	8,25
Norte	118.837	120.293	120.392	117.934	119.315	184.870	150.964	178.910	197.735	179.194	6.484	3,51	6.843	4,53	9.227	5,16	9.982	4,67	10.663	5,95
Oeste	162.440	164.567	176.612	178.754	180.847	147.182	126.493	184.93	182	186	8.664	5,89	7.860	6,21	1.654	8,94	84	46,15	83	44,62
Leste	171.661	173.908	173.950	176.060	178.122	195.852	195.796	200.369	218.606	246.212	9.451	4,83	12.033	6,15	13.739	6,86	14.230	6,51	16.489	6,70
Sul	91.372	92.568	92.591	93.714	94.811	175.955	156.836	182.889	213.524	190.542	5.520	3,14	6.315	4,03	7.506	4,10	8.345	3,91	8.249	4,33
Total	649.556	658.059	666.323	674.405	682.326	827.748	746.365	734.379	823.758	759.347	34.832	4,21	38.338	5,14	41.518	5,65	44.448	5,40	47.295	6,23

Quadro 2 - Caracterização do Serviço de Regulação no que diz respeito à porcentagem de atendimento por faixa etária dos pacientes nas unidades de Pronto-Atendimento 24 horas. Ribeirão Preto, 2018.

Unidades de Saúde	Porcentagem de atendimento por faixa etária de pacientes regulados														
	2013			2014			2015			2016			2017		
	<13	13 a 60	>60	<13	13 a 60	>60	<13	13 a 60	>60	<13	13 a 60	>60	<13	13 a 60	>60
Central	137 (2,9%)	2.663 (56,5%)	1.913 (40,6%)	153 (2,9%)	3.669 (69,4%)	1.465 (27,7%)	582 (6,2%)	6.048 (64,4%)	2.762 (29,4%)	460 (3,9%)	7.793 (66,0%)	3.554 (30,1%)	272 (2,3%)	7.843 (66,4%)	3.696 (31,3%)
Norte	907 (14,0%)	3.566 (55,0%)	2.011 (31,0%)	1.026 (15,0%)	4.380 (64,0%)	1.437 (21,0%)	1.338 (14,5%)	5.850 (63,4%)	2.039 (22,1%)	1.378 (13,8%)	6.249 (62,6%)	2.355 (23,6%)	1.226 (11,5%)	6.899 (64,7%)	2.538 (23,8%)
Oeste	892 (10,3%)	4.471 (51,6%)	3.301 (38,1%)	1.210 (15,4%)	4.457 (56,7%)	2.193 (27,9%)	213 (12,9%)	992 (60,0%)	449 (27,1%)	3 (2,9%)	49 (58,8%)	32 (38,3%)	3 (4,1%)	29 (34,7%)	51 (61,2%)
Leste	1.059 (11,2%)	4.744 (50,2%)	3.618 (38,6%)	1.480 (12,3%)	7.749 (64,4%)	2.804 (23,3%)	1.607 (11,7%)	8.779 (63,9%)	3.353 (24,4%)	1.736 (12,2%)	8.894 (62,5%)	3.600 (25,3%)	2.407 (14,6%)	10.223 (62,0%)	3.859 (23,4%)
Sul	764 (12,1%)	3.59 (56,9%)	1.958 (31%)	865 (13,7%)	4.263 (67,5%)	1.187 (18,8%)	1.111 (14,8%)	4.759 (63,4%)	1.636 (21,8%)	1.143 (13,7%)	5.533 (66,3%)	1669 (20,0%)	1.114 (13,5%)	5.436 (65,9%)	1.699 (20,6%)
Total	34.832			38.338			41.418			44.448			47.295		

3.2. Definir os indicadores de resolutividade e encaminhamentos da rede pré-hospitalar fixa para a rede hospitalar de urgência conveniada nos diversos Distritos de Saúde do município.

Nos dados analisados foi possível ainda observar variação do número de solicitações de regulação e do número de atendimentos nos pronto atendimentos não hospitalares, como mostrado na Tabela 1. Excetuando-se o ano de 2016, em todos os demais houve um maior aumento percentual de solicitação de regulação de casos do que do número de atendimentos, apontando sua baixa resolutividade.

Tabela 1. Variação do número de solicitações de regulação (A) e de atendimentos (B) em relação ao ano anterior nas unidades não hospitalares 24 horas. Ribeirão Preto, 2018.

Unidade	Variação do número de solicitações de regulação (A) e de atendimento (B) em relação ao ano anterior							
	2014		2015		2016		2017	
	A	B	A	B	A	B	A	B
Central	+ 12,2%	+ 6,5%	+ 77,6%	+ 24,1%	+ 25,7%	+ 26%	+ 0,03	- 26,1
Norte	+ 14,3%	+ 46,2%	+ 4,8%	- 3,2%	+ 8,2%	+ 10,5%	+ 6,8%	- 9,4%
Oeste	+ 9,3%	- 6,2%	fechado	fechado	fechado	fechado	fechado	fechado
Leste	+ 27,3%	+ 0,2%	+ 14,2%	+ 2,3%	+ 3,6%	+ 9,1%	+15,9%	+12,6%
Sul	+ 14,4%	+ 16,5%	+ 18,9%	+ 3,94%	+1,2%	+ 16,8%	- 1,2%	- 10,8%
TOTAL	77,50%	63,20%	115,50%	27,14%	38,70%	62%	21,53%	33.70%

Fonte: Hygia®, 2017.

A rede hospitalar do município é composta por oito hospitais de referência para encaminhamento de pacientes pelo SUS (A, B, C, D, E, F, G e H), conforme descrito no Quadro 3. Podemos ver as características de cada hospital em termos de complexidade de recursos, número de leitos e especialidades disponíveis. O número de leitos dos hospitais A, B e C está estacionado há mais de uma década, em que pese o aumento da população do município e da região. Apenas o hospital A é exclusivo para atendimentos de urgência, sendo referência de média e alta complexidade, assim como os hospitais B e C, que também e prioritariamente atendem casos eletivos. O hospital D é um hospital de média complexidade foi introduzido na rede de saúde em 2011 com foco para desafogar a demanda de casos mais simples dos hospitais A, B e C. Os demais hospitais são

destinados a casos eletivos e ocasionalmente recebem casos selecionados da área de urgência.

Quadro 3: Hospitais conveniados ao SUS no período de 2013 a 2017. Ribeirão Preto, 2018.

Assistência Hospitalar SUS da RUE Ribeirão Preto – SP		
Hospital	Característica do Hospital	Leitos
Hospital A	Referência regional, de complexidade quaternária, para atendimento de urgências traumáticas e não traumáticas em adultos, crianças e gestantes.	139
Referência para: traumatizado grave; traumatismo crânio encefálico; casos ortopédicos adultos e infantis; intoxicação exógena; ideação suicida; trombólise para AVC em janela; grandes queimados; lesão vascular; cirurgia pediátrica; ginecologia; urologia; moléstias infecciosas com necessidade de isolamento; regulação de urgência de Oftalmologia; regulação de urgência de Otorrinolaringologia; regulação de urgência para Cirurgia de Cabeça e Pescoço; regulação de urgência em Psiquiatria.		
Hospital B	Hospital de média e alta complexidade que atende casos de menor complexidade quando comparados ao Hospital A.	163
Referência para: traumatismo crânio encefálico, casos ortopédicos adultos e infantis sem suspeita de lesão vascular; ferimentos por arma de fogo ou arma branca, também sem lesão vascular; urologia; casos cirúrgicos ou traumas podem ser encaminhados apenas acima dos 14 anos. Tem porta aberta para casos que realizam seguimento no serviço de oncologia e nefrologia (diálise).		
Hospital C	Hospital de alta e média complexidade, porta aberta para os pacientes com seguimento na oncologia e nefrologia. Os casos são encaminhados para um plantão geral e divididos em clínica e cirurgia.	102
Referência para: oncologia; Cirurgia vascular; Pé diabético; Síndrome Coronariana Aguda.		
Hospital D	Hospital de média complexidade que atende casos de Clínica Médica de média e baixa complexidade. Possui leitos de UTI adulto, pediátrica e neonatal.	73
Referência para: casos de ortopedia de baixa e média complexidade; casos de pediatria atende crianças até 14 anos com queixas que não necessite de avaliação de subespecialidade.		
Hospital E	Hospital de alta complexidade que atende casos de menor complexidade quando comparados ao Hospital A.	84
Referência para: UTI neonatal com prematuro extremo; Gestante alto risco; moléstias infecciosas.		

Hospital F	Hospital de média complexidade que atende casos de Ginecologia e Obstetrícia de média e baixa complexidade.	49
Referência para: casos de Obstetrícia de média e baixa complexidade, atende gestantes que não necessite de avaliação de subespecialidade.		
Hospital G	Hospital de média complexidade que atende casos de Ginecologia e Obstetrícia de média e baixa complexidade dentro da grade de Regulação de UE.	26
Referência para: casos de Obstetrícia de média e baixa complexidade, atende gestantes que não necessite de avaliação de subespecialidade, encaminhadas pelo projeto Nascer da Secretaria de Saúde do Município.		
Hospital H	É um hospital de média complexidade que atende casos de Clínica Médica de média e baixa complexidade. Não possui leitos de UTI adulto. Recebe casos para cuidados paliativos.	52
Referência para: casos de baixa e média complexidade; que não necessite de avaliação de subespecialidade.		

Fonte: Central e Regulação Médica e CNES 2017.

No período de estudo (2013 a 2017) foi observado um número crescente anual de regulações de pacientes encaminhados para os Pronto-Socorros hospitalares, com exceção do hospital H. Nesse período foram regulados 206.431 pacientes no município. A maior parte deles para o Hospital D, conforme demonstra o Quadro 4, que cumpriu seu papel de evitar que casos de média complexidade superlotassem os hospitais de maior complexidade (A, B e C).

Quadro 4: Distribuição dos casos regulados totais por Pronto-Socorros hospitalares no período de 2013 a 2017. Ribeirão Preto, 2018.

Número de regulação anual por hospital					
	2013	2014	2015	2016	2017
A	9789	10507	10483	11321	11677
B	10695	11390	11864	12778	13244
C	5953	6084	7103	8213	8133
D	15184	15451	19925	20950	21082
E	1276	1516	1791	2177	2544
H	268	198	129	130	189

Fonte: Hygia®, 2017.

A Tabela 2 apresenta a variação do número anual de regulações de pacientes encaminhados em relação ao ano anterior em cada pronto-socorro hospitalar. Nesse período é importante salientar que o número de leitos hospitalares do hospital D apresentou decréscimo de 2013 a 2014 de 16,95% e de 2014 a 2015 um aumento de 48,97%. Os demais hospitais mantiveram seu número de leitos neste mesmo período.

Tabela 2. Variação do número anual de regulações de pacientes encaminhados em relação ao ano anterior em cada Pronto-Socorro hospitalar. Ribeirão Preto, 2018.

Variação do número anual de regulações de pacientes encaminhados para os Pronto-Socorros hospitalares				
Unidade Hospitalar	2014	2015	2016	2017
A	+ 7,33%	- 0,03%	+ 7,99%	+ 3,14%
B	+ 6,49%	+ 4,16%	+ 7,70%	+ 3,64%
C	+ 2,20%	+ 16,74%	+ 15,62%	-0,01%
D	+ 1,75%	+ 28,75%	+ 5,14%	+ 0,06%
E	+18,80%	+18,13%	+21,55%	+16,85%
H	-26,21	+ 18,13%	+ 0,07%	+ 16,85%

Fonte: Hygia®, 2017.

Os hospitais F e G são hospitais/maternidades que recebem baixo fluxo de encaminhamento da urgência, por isso foram desconsiderados para a análise desta variação de casos regulados anualmente para cada hospital.

A Tabela 3 mostra o aumento anual do número de casos regulados para atendimentos específicos de Otorrinolaringologia e Oftalmologia nos hospitais A e E.

Tabela 3. Número anual de regulações de pacientes encaminhados para os Pronto-Socorros hospitalares de Otorrinolaringologia e Oftalmologia. Ribeirão Preto, 2018.

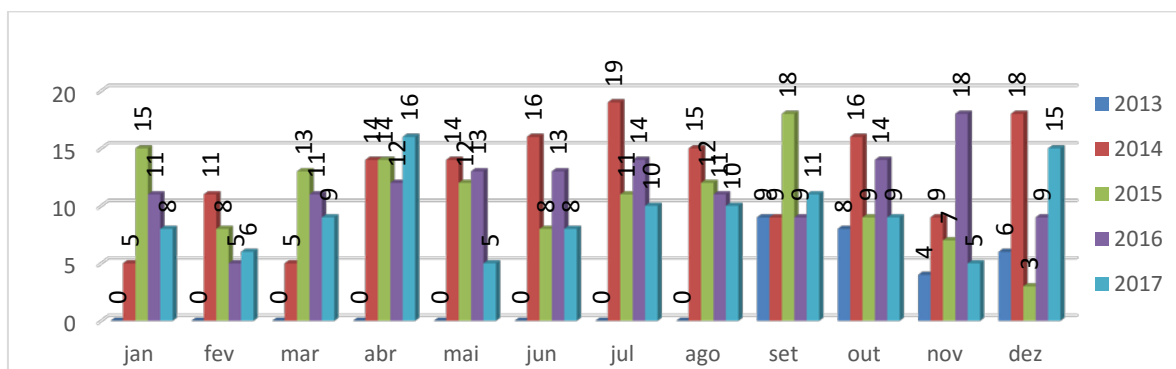
Número anual de regulações de pacientes encaminhados para os Pronto-Socorros hospitalares de Otorrinolaringologia e Oftalmologia					
	2013	2014	2015	2016	2017
Oftalmologia Hospital A	3654	3910	3779	3567	3817

Otorrinolaringologia Hospital A	632	637	939	1112	1432
Otorrinolaringologia Hospital E	699	1017	1245	1359	1690
Total	4985	5554	5963	6038	6939

Fonte: Hygia®, 2017.

Ainda no que diz respeito à caracterização dos casos regulados, cumpre salientar que no período de estudo 560 casos de cuidados paliativos foram transferidos para leitos de retaguarda, o que liberou o mesmo número de vagas para novas internações nos hospitais onde estes casos estavam internados, conforme mostrado no Gráfico 1.

Gráfico 1: Distribuição dos casos de cuidados paliativos regulados anualmente no período de 2013 a 2017. Ribeirão Preto, 2018.



Fonte: TRUE®, 2017.

3.3. Definir os critérios de despachos das unidades de suporte básico e avançado, e os indicadores de monitoramento de indicações para cada tipo de transporte.

De acordo com a gravidade do paciente o meio de transporte é solicitado pelo médico assistente e definido pelo médico regulador. Os meios de transporte são diversificados: Unidades de Suporte Avançado – USA (pacientes graves, que necessitam de cuidados intensivos), Unidades de Suporte Básico – USB (pacientes estáveis, que necessitam de cuidados de enfermagem), meios próprios do paciente, Unidades de Transporte (mesma complexidade da USB) que são destinadas a realizar o transporte apenas de paciente regulados para pronto-socorros hospitalares e vans contratadas pelo município podem ser utilizados. O Quadro 5 apresenta o número de casos regulados por tipo de transporte utilizado pelos pacientes no período estudado. Embora tenha sido

estimulado e aumentou expressivamente o transporte por meios próprios e por vans, o número de transporte de USB e USA permaneceu relativamente estável entre 16.805 e 20.838 por ano com percentual de utilização da USA variando entre 6,89 e 10,33% em relação ao despacho das USB.

Quadro 5: Distribuição dos casos atendidos por tipo de transporte utilizado pelo paciente no período de 2013 a 2017. Ribeirão Preto, 2018.

Número de regulações por tipo de transporte					
	2013	2014	2015	2016	2017
USA	1435	1706	1585	1776	1605
USB	19403	16087	15220	15424	15208
Meios Próprios	741	22890	24933	28160	31948
Unidade de Transporte	1800	3521	3425	3670	3421
Van	90	2570	2559	2453	2469

Fonte: TRUE®, 2017.

As solicitações de regulação já são preenchidas com o tipo de transporte solicitado no Sistema TRUE®. Em 2013 o sistema inseriu a opção de meios próprios apenas no final do ano, por isso a diferença significativa na tabela. Raramente o médico regulador altera o tipo de transporte. Pode ocorrer falha no registro de transporte medicalizado, quando a USA está empenhada e o médico da unidade de saúde solicita o transporte avançado, porém opta por acompanhar o paciente em USB ou a USB em alguns casos questionam a gravidade do paciente atendido e solicitam que a USA realize o transporte. Caso esta esteja empenhada, o médico assistente irá acompanhar no traslado.

3.4. Definir os indicadores para monitoramento da vaga zero.

O Quadro 6 mostra o número de casos encaminhados em vaga zero no período de estudo (2013 a 2017), havendo um aumento de 52,71%.

Quadro 6: Distribuição dos casos regulados totais encaminhados em vaga zero por Unidade de Pronto-socorro hospitalar no período de 2013 a 2017. Ribeirão Preto, 2018.

Número de regulação em vaga zero anual por hospital					
	2013	2014	2015	2016	2017
A	1880	2033	1869	1972	2155
B	1152	1671	1544	1539	1809
C	1014	1356	1509	1376	1619
D	237	601	690	916	956
E	120	157	168	177	185

Fonte: Hygia®, 2017.

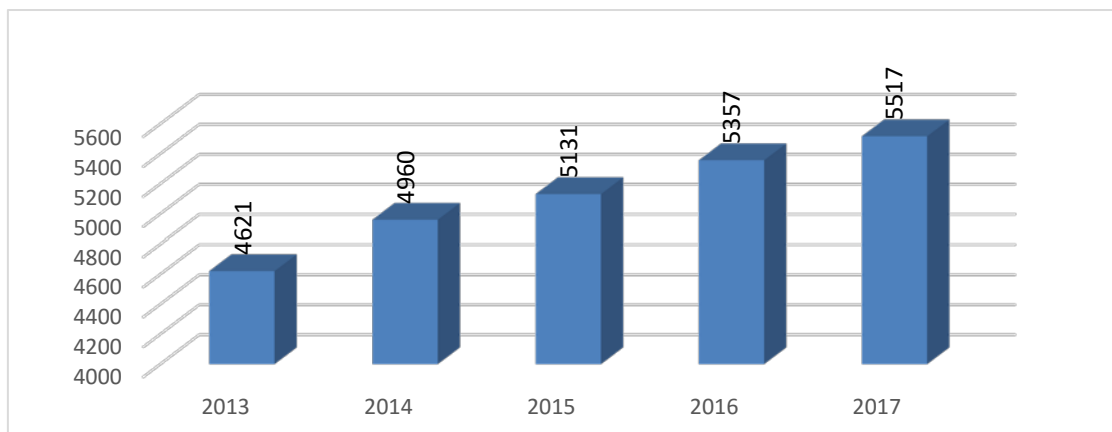
O hospital A, sendo referência terciária em urgências traumáticas e não traumáticas, tem os encaminhamentos de vaga zero concentrados em clínica médica, neurologia, ortopedia, cirurgia geral, trauma e pediatria. No hospital B, os casos em vaga zero encaminhados concentram-se em trauma, clínica médica, ortopedia, cardiologia e cirurgia geral. No hospital C, as vagas zero estão concentradas na clínica médica, ortopedia e cirurgia geral. No hospital D, as vagas zero estão concentradas na clínica médica e pediatria. E no hospital E, as vagas zero estão concentradas na UTI neonatal e Obstetrícia.

Infelizmente a classificação em vaga zero não determina, em ambos os sistemas, a gravidade dos casos, sendo esta uma importante crítica e necessidade de intervenção nos sistemas, a fim de se conseguir gerar melhores indicadores para a CRU do município.

3.5. Definir o número de óbitos nos hospitais conveniados ao SUS de Ribeirão Preto.

O número crescente de óbitos nos hospitais conveniados ao SUS ao longo do período de estudo mostrada no Gráfico 2 é o resultado óbvio do desfecho final da situação em que se encontra o atendimento de urgência no município. Os dados abaixo referem-se ao número total de óbitos em ambiente intra-hospitalar no período estudado (2013 a 2017)

Gráfico 2: Distribuição dos casos com evolução para óbito nos Pronto-Socorros hospitalares no período de 2013 a 2017. Ribeirão Preto, 2018.



Fonte: Dados obtidos do site da Secretaria Municipal de Saúde. Ribeirão Preto, 2018.

4. DISCUSSÃO

Os serviços de atendimento de UE parecem com o crescente aumento das demandas, ocasionadas pela dificuldade de acesso regular aos demais níveis de atenção à saúde e às mudanças das características de longevidade da população (Cassetari, Mello, 2017). Nesse estudo, tais dados se tornam ainda mais alarmantes ao considerarmos que, o município, tem sido avaliado como um dos três mais populosos do estado de São Paulo, e um dos vinte municípios mais populosos do Brasil. Seu Produto Interno Bruto (PIB) é um dos mais rentáveis do país, o que atrai um alto número de pessoas na fase adulta (IBGE, 2017).

Considerando o número de habitantes de Ribeirão Preto, a proporção da população com plano de saúde no município (42,1% - 287.200 habitantes), é maior do que a média nacional de 22,7% e a do Estado de São Paulo de 38%. Isto quer dizer que do total de habitantes do município atendidos exclusivamente pelo SUS em 2017, as UPAs dos cinco distritos de saúde tiveram 1,92 atendimento por habitante, sem considerar os atendimentos realizados na atenção básica. Isto mostra a pouca resolutividade da rede pública de saúde.

As unidades de pronto atendimento, como demonstrado nos Quadros 1e 2 e na Tabela 2, vêm enfrentando um crescente e desordenado aumento de demanda, originados pelo aumento populacional e também pela necessidade de reestruturações físicas das unidades, ocasionados pelas necessidades de atendimentos mais complexos e com maior carga tecnológica a essa população, o que impacta diretamente nas UPAs e nos encaminhado dos casos a serem regulados. No município o posicionamento estratégico

da Unidade de Pronto Atendimento Central em região de grande fluxo de transeuntes, com fácil acesso a transportes públicos (próxima a terminais de transportes que ligam o município, regiões intermunicipais e estaduais) a colocam como referência para a população na busca de serviços de saúde. Tais fatos, acrescidos do encerramento de algumas unidades para reforma física, levaram como demonstram os dados, a um aumento visível no período dessa coleta de dados, nos atendimentos da Unidade Central, assim como das outras unidades de Pronto Atendimento do município (Tabela 1).

No que diz respeito à idade dos pacientes atendidos no pronto-atendimento, cumpre ressaltar que para a Secretaria Municipal de Saúde define como atendimento pediátrico a faixa etária de 0 a 12 anos e 11 meses e 29 dias. As demais faixas etárias são atendidas pelo Clínico Geral do plantão. Os pacientes acima de 60 anos tem prioridade no atendimento, conforme Quadro 2.

Entre os anos de 2013 a 2017 no município de estudo foram realizados 3.891.597 atendimentos nas cinco unidades de pronto atendimento não hospitalares, entre os quais 206.431 foram solicitados regulação (5,3%). O valor preconizado é de 3% do total de atendimento (BRASIL, 2002). Excetuando-se o ano de 2016, em todos os demais houve um maior aumento percentual de solicitação de regulação de casos do que do número de atendimentos, apontando sua baixa resolutividade. Em 2017, o percentual de casos atendidos nas UPAs que foi solicitado regulação de urgência foi de 6,23%, o que mostra que a situação de baixa resolutividade vem piorando.

Quanto à estrutura de ambulâncias do SAMU, originalmente a legislação recomendava a constituição de frota na proporção de 1 USB e 1 USA para cada 150 mil e 450 mil habitantes, respectivamente. Esse critério se mostrou insuficiente para o alcance de tempos-resposta satisfatórios (intervalo entre acionamento e chegada da ambulância à cena), principal indicador de qualidade do SAMU. Condições geográficas e de mobilidade, além de distribuição e densidade populacional, passaram a ser consideradas como critérios mais úteis para alocação de ambulâncias (O'DWYER, 2017). No município estudado, temos 1 USA para cada 340 mil habitantes e 1 USB para cada 48 a 56 mil habitantes, ou seja, em ambos os casos mais que o preconizado. Um dado a ser melhor avaliado é que o número de transporte de USB e USA permaneceu relativamente estável entre 16.805 e 20.838 por ano com baixo percentual de utilização da USA variando entre 6,89 e 10,33% em relação ao despacho das USB, o que equivale a 4 a 5 despachos da USA por dia, que dividido em duas ambulâncias representa muito pouco

para um equipe especializada e cara. Este percentual é bem mais baixo que outros valores referenciados na literatura nacional (DUARTE et al, 2011; ALMEIDA et al, 2016)

Cabe destacar que de 30,0 a 40,0 % do número total de regulação para o hospital A e E estão relacionadas a especialidade de Otorrinolaringologia e Oftalmologia, conforme acordo firmado no município. Os casos de Oftalmologia são todos encaminhados para o hospital A. Os casos de Otorrinolaringologia são encaminhados para o hospital E de segunda a sexta-feira, das 07 às 18 horas; nos sábados, domingos e feriados e no horário noturno, são encaminhados para o hospital A, conforme Tabela 3.

Os leitos de cuidados paliativos, abertos para pacientes com internações prolongadas, teve início em agosto de 2013 nas cidades de Guariba, São Simão e Monte Alto. A oscilação do número de transferência oscila perante a rotatividade dos leitos que depende da própria evolução de cada caso, estando todas as referências sempre com todos os leitos ocupados, o que auxilia em desocupar/liberar leitos nos hospitais terciários a fim de receber novos pacientes do pronto atendimento não hospitalar. O NIR tem atuado ativamente para o remanejamento dos leitos a fim de proporcionar o rodízio dos leitos e diminuição do tempo de internação.

No município o sistema hospitalar vem sendo estudado há longa data, tanto no que diz respeito à fonte de financiamento como de ocupação (ROCHA, 1975, MONTERO D'OLEO, R. de J. & FÁVERO, M, 1992) e demonstram que a realidade local transformou-se de tal forma que, que de taxas de ocupação em torno de 70% na década de 70 a 60% na década de 90, passa agora a enfrentar regulações em vaga zero, com número crescente e proporcional ao número de regulações ano a ano. Os motivos de tais ocorrências nem sempre podem ser analisados devido ao sistema Hygia®, que não oferece tal classificação, o que pode ser considerado um fator limitante desse estudo. O manejo da vaga zero no ambiente intra-hospitalar conta com o apoio e destreza dos Núcleos Internos de Regulação (NIRs), que realizam trabalho direto com a CRU para alinhamento dos casos e condução de situações de superlotação, ainda que com limitações. Os NIRs têm contribuído com a integração em rede e com a integralidade da assistência, fundamentais ao enfrentamento da fragmentação do cuidado, desafio maior das urgências e emergências no SUS (PNHOSP, 2013).

A Portaria 2048, publicada em 05 de novembro de 2002, relaciona como deverá se dar o acompanhamento e avaliação das ações, definindo um a lista de indicadores de desempenho, os quais deveriam ser enviados ao Ministério da Saúde, e que estariam

atrelados aos repasses financeiros, entretanto, eles não estão relacionados à regulação dos casos do pronto atendimento não hospitalar:

- Tempo médio de resposta entre a chamada telefônica e a chegada da equipe no local da ocorrência.
- Tempo médio decorrido no local da ocorrência.
- Tempo médio de transporte até a unidade de referência.
- Tempo médio de resposta total (entre a solicitação telefônica de atendimento e a entrada do paciente no serviço hospitalar de referência).
- Indicadores de adequação da regulação (% de saídas de veículos de Suporte Avançado após avaliação realizada pela equipe de Suporte Básico).
- Taxas de mortalidade evitável e mortalidade geral no ambiente de atenção pré-hospitalar, com avaliação do desempenho segundo padrões de sobrevivência e taxa de seqüelas e seguimento no ambiente hospitalar.
- Mortalidade hospitalar imediata dos pacientes transportados (24 horas).
- Casuística de atendimento de urgência por causa clínica e as relacionadas às causas externas, considerando localização das ocorrências e suas causalidades, idade, sexo, ocupação, condição gestante e não gestante.

As dificuldades encontradas para a obtenção desses indicadores são: a falta de acesso online aos leitos disponíveis e a necessidade de se trabalhar com o critério vaga zero, a falta de um sistema informatizado e unificado de regulação e a fragmentação do processo perante os diversos cenários e instituições que compõe a RAU. Por não haver unificação dos sistemas informatizados entre o componente pré-hospitalar fixo e atenção básica, atendimento pré-hospitalar móvel e o sistema hospitalar. Desta forma a RAU não pode ser observada como um todo e em tempo real.

Devido a isso ocorre o descumprimento dos critérios de inclusão e priorização vigentes nos protocolos de acesso ao paciente, desestabilização emocional dos médicos reguladores no exercício de suas funções, considerando a responsabilização civil e criminal imposta, desobediência ao princípio do SUS equidade do acesso aos serviços de saúde, alterações no planejamento e na execução orçamentária da saúde e promoção de duplicidade na fila de espera, pois o paciente encaminhado via regulação de urgência pode estar aguardando uma avaliação ambulatorial.

A integração dos sistemas de regulação de leitos eletivos e de urgência, consultas e exames especializados com os sistemas de gestão hospitalar implantado nos hospitais

de grande porte, os quais estariam integrados aos sistemas do Ministério da Saúde (CADSUS, CNES, SIGTAP, entre outros), que permita a visualização da situação contratual do serviço e reserva técnica (leitos) e que disponibilize um painel de informações gerenciais, em tempo real, de acordo com a necessidade de cada central, ambulatorial ou hospitalar, além dos leitos de observação, internação, CTI e retaguarda.

As sugestões de adequação e uniformização frente aos indicadores propostos estariam baseados nos indicadores da Política Nacional de Atenção Integral às Urgências (PNAU), os quais são divididos em indicadores de qualidade e demanda.

Os indicadores de demanda são:

- Número de atendimentos em unidades de urgência (= número de atendimentos realizados em período de tempo);
- Percentual de atendimento de urgência segundo área de residência (= número de atendimentos a moradores de determinado local/ número total de atendimentos* 100);
- Percentual de atendimento de urgência segundo período de tempo (=número de atendimentos realizados no serviço de urgência segundo turno de atendimento/ total de atendimento nas 24 horas * 100, = número de atendimentos em um determinado dia da semana/total de atendimentos na semana* 100, = número de atendimentos por mês/total de atendimento no ano * 100);
- Percentual de atendimento segundo motivo da demanda (= número de atendimentos segundo causa (Cid 10) em intervalo de tempo/ por número total de atendimentos no mesmo período*100);

No sistema Hygia® o horário de abertura de ficha é registrado, entretanto, não ocorre a documentação do horário do atendimento inicial.

Em relação à regulação secundária, no referido sistema, apenas na solicitação de regulação é registrado o horário. O tempo médio não é dado no Sistema Hygia®. Aparece apenas na solicitação o horário que o caso foi inserido e este dado não é tabulado. Pelo Sistema TRUE® aparece o horário da solicitação do caso, o horário que o caso foi regulado, que foi passado para a viatura e chegada no destino, entretanto também o horário de conclusão das vagas não são tabulados. Devido a superlotação dos hospitais, uma solicitação de vaga, a qual é inserida no sistema e regulada no mesmo dia, pode chegar no hospital de destino apenas no outro dia, por causa da superlotação das unidades, gerando um grande viés.

Para tanto os indicadores de acompanhamento deste processo seriam:

- Taxa de demanda ao serviço segundo bairro ou outros agregados populacionais (= número de consultas de moradores de determinado bairro em dado período de tempo/ número de moradores desta área geográfica *10 n).

- Taxa de demanda ao serviço segundo residência e causa (= número de consultas de moradores de determinada área geográfica num dado período de tempo segundo causa (Cid 10)/ número de moradores desta área geográfica *10 n).

Existe um déficit da atualização de cadastro no sistema Hygia®, a qual deveria ser feita periodicamente, entretanto, ela não ocorre. Há muitos casos de pacientes não residentes em Ribeirão Preto que possuem número Hygia®.

Os indicadores de qualidade estão relacionados a estrutura, processo e resultado e são divididos em:

- Tempo Médio de Espera para o primeiro atendimento (= \sum tempo de espera, em minutos, da chegada de cada um dos pacientes atendido até seu efetivo atendimento/ total de pacientes atendidos). Uma forma de qualificar este indicador é segmentá-lo por:

- Tempo Médio de Espera por motivo de atendimento (= \sum tempo de espera, em minutos, da chegada de cada um dos pacientes atendido até seu efetivo atendimento, segundo diagnóstico/ total de pacientes atendidos com o mesmo diagnóstico);

- Tempo Médio de Espera em situações de maior gravidade (= \sum do tempo de permanência de cada paciente na unidade de urgência em dado período de tempo/ pelo número total de atendimentos em dado período de tempo);

Este indicador também pode ser segmentado por motivo de atendimento:

- Tempo Médio de Espera para o primeiro atendimento devido a deficiência estrutural para o atendimento de situações específicas (= \sum do tempo de permanência de cada paciente na unidade de urgência em dado período de tempo segundo um dado diagnóstico/ pelo número total de atendimentos com diagnóstico idêntico no mesmo período de tempo).

Pode-se propor ainda alguns parâmetros a serem monitorados:

- % de pacientes que permanecem mais de três horas no Serviço de Urgência;

- % de pacientes que permanecem mais de seis horas no Serviço de Urgência.

Tais indicadores nas unidades de pronto-atendimento fazem parte da classificação de risco já implantada nas unidades de saúde.

Os casos de maior gravidade, os quais tem indicação de transporte medicalizado, muitas vezes é regulado de forma rápida, de 5 a 30 minutos, entretanto, algumas vezes o médico do ambiente hospitalar solicita um tempo extra para arrumar/remanejar o leito monitorizado, estendendo o tempo resposta. Em outros casos a USA está empenhada e o médico solicitante opta em aguardar a USA, pois sua unidade está equipada com respirador e monitor.

As solicitações dos pronto-atendimentos, com raras exceções, não permanecem mais de 24 horas aguardando finalização do caso, a maioria não passa de 12 horas para que a unidade solicitante saiba o destino do paciente.

Julga-se necessário para uma regulação eficaz e efetiva, uma história clínica completa, assim como hipótese diagnóstica e intercorrências. Portanto, para resolutividade dessa questão, os indicadores necessários seriam:

- Grau de preenchimento da história clínica, segundo critérios (= número de histórias clínicas corretamente preenchidas/ número de histórias clínicas avaliadas*100);
- Percentual de Codificação dos diagnósticos de alta com a CID 10 (= número de altas corretamente codificadas/ total de alta em igual período*100)
- Proporção de Internações (= número de pacientes atendidos no serviço em determinado período de tempo que foram internados/número total de atendimento no serviço*100).
- Taxa de retorno ao Serviço de Urgências dentro das 72 horas seguintes ao atendimento (=número de pacientes que retornam ao Serviço de Urgências nas 72 horas as seguintes a seu atendimento em um período determinado de tempo/ Número total de pacientes atendidos no SU no mesmo período *100t).

Esta necessidade de reinternação ocorre nos diversos hospitais do Sistemas de Saúde (SU), entretanto, não há forma de documentá-lo em ambos os sistemas. Em algumas situações é informada pelo médico solicitante, outras pela equipe de Atendimento Pré-Hospitalar (APH) e outras apenas na pesquisa de dados do paciente no Sistema Hygia®.

O sucesso do atendimento é baseado no grau de recuperação do paciente, por isso a taxa de mortalidade é um potencial indicador de qualidade.

Para tanto, o PNAU padronizou os indicadores:

- Taxa de mortalidade nas Urgências (= número de pacientes falecidos no SU em um período de tempo definido / número total de pacientes atendidos no SU no mesmo período de tempo*100).
- Taxa de mortalidade hospitalar imediata dos pacientes transportado em 24 horas (= número total de óbitos hospitalares ocorridos nas 24h, de pacientes atendidos em ambiente pré-hospitalar, em um dado período / número total de pacientes atendidos no período).

Sendo parte integrante da assistência do paciente, torna-se crucial que a qualidade e a sua quantificação se façam presentes em todas as áreas de atendimento, a exemplo da urgência. Este setor, de acordo com a Portaria GM 2048/2002, foi regulamentado pelo Ministério da Saúde, que determinou os princípios e as diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgências e Emergências, as normas de funcionamento, estruturando a classificação e os critérios para habilitação dos serviços que integramos Planos Estaduais de Atenção às Urgências e Emergências (BRASIL, 2002).

Segundo a Portaria GM 1600/2011, as Redes de Atenção às Urgências devem estender e qualificar os serviços de forma eficiente e efetiva. Para isso, a detecção de falhas no atendimento e a implementação de ações que promovam sua resolutividade são essenciais. No entanto, faz-se necessária a utilização de instrumentos capazes de medir, em números, os resultados alcançados, os indicadores (BRASIL, 2011; SCHNEIDER; MENDONÇA, 2015).

Além disso, cada indicador deve conter uma meta a ser alcançada que permita a comparação entre o desejado e o apresentado pela instituição. É fundamental a análise dos processos e das estruturas a fim de se identificar os motivos das distinções encontradas e planejar medidas, não só para o desenvolvimento da qualidade dos serviços, mas também para a eficiência da gestão do cuidado. Vale ressaltar ainda que cada meta pode abranger mais de um indicador (BRASIL, 2017; DEUS, 2016).

No setor da urgência esses instrumentos se tornam ainda mais essenciais. Isso ocorre devido aos pacientes necessitarem não só de um atendimento qualificado, mas também de uma resposta rápida, eficiente e eficaz. Seja pelo quadro clínico ou ainda pelo cansaço gerado pela passagem nos vários níveis de atenção à saúde sem resolutividade dos seus problemas (SILVA; MATSUDA, 2012).

Tal cenário evidencia a necessidade da organização e da melhoria dos serviços de UE. Sua busca, contudo, é um processo contínuo e dinâmico, e requer também a colaboração dos seus executantes. Cabe aos profissionais envolvidos, buscar a implementação de ações e a elaboração de instrumentos que possibilitem a avaliação da qualidade do cuidado ofertado. Assim, o uso de ferramentas de gestão que otimizem a assistência e promovam sua qualidade é essencial (GABRIEL et al., 2014), sendo a implementação de um sistema informatizado e uniforme essencial para monitorar o grau de resolução de medidas propostas.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados apresentados do município estudado mostram a falta de um planejamento adequado da rede de atenção às urgências, a ausência de uma linha de ação e de um espaço de análise da situação posta e reflexões pelos diferentes atores para definição de ações corretivas. A maturação do sistema de urgência tem ocorrido de forma espontânea, sem qualquer definição de linhas de intervenção.

Deve ser salientado que o desenvolvimento de indicadores para avaliar a regulação dos casos de Urgência e Emergência em consonância com as normativas vigentes é uma contribuição importante deste estudo, e, se aplicado e analisado mensalmente pode oferecer maiores contribuições ao desenvolvimento do setor avaliado, bem como possibilitar a melhor gestão dos recursos.

Conhecendo-se a heterogeneidade da realidade brasileira e mesmo no município estudado, é possível que ao se aplicar os indicadores em outros municípios, se produza resultados diferentes aos obtidos. No entanto, ele foi desenvolvido com base na Portaria que regulamenta o componente hospitalar da RUE e é objetivo promover implantação no município ou regional de saúde.

O uso de indicadores, nos serviços de UE, é essencial para a assistência ao paciente, pois possibilita a mensuração da qualidade desses serviços e o reconhecimento de possíveis falhas em seu processo. Essa identificação subsidia o desenvolvimento de ações que visam a resolutividade dos problemas encontrados e a consequente melhoria do cuidado fornecido.

Apesar da relevância do tema, observou-se pouca produtividade na literatura voltada ao uso de indicadores específicos no setor em questão. Ressalta-se, assim, a necessidade da realização de pesquisas relacionadas ao conteúdo explanado. Além disso,

é de grande importância que os profissionais e acadêmicos da área da saúde conheçam as possíveis ferramentas de gestão que podem fazer uso em prol da busca pela qualidade na assistência.

Concluindo, a aplicação de indicadores na CRU no município de Ribeirão Preto do Estado de São Paulo pode ser implantado satisfatoriamente no eixo de porta de entrada de urgência, uma vez que o setor é carente de dados para a discussão entre as diversas gestões e o gerenciamento de situações de superlotação, a fim de se ter maior transparência entre os diversos atores e cenários da UE.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida PMV, Dell'acqua MCQ, Cyrino CMS, Juliani CMCM, Palhares VC, Pavelqueires S. Análise dos atendimentos do SAMU 192: Componente móvel da rede de atenção às urgências e emergências. Esc Anna Nery 2016;20(2):289-295.

Araujo, KM; Leta, J. Os hospitais universitários federais e suas missões institucionais no passado e no presente. Hist. cienc. saude-Manguinhos, Rio de Janeiro , v. 21, n. 4, p. 1261-1281, Dec. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010459702014000401261&lng=en&nrm=iso>. access

on 21 July 2018. Epub Nov 04, 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702014005000022>.

Barbosa, DVS; Barbosa, NB; Najberg, E. Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. Cad. Saúde Colet., 2016, Rio de Janeiro, 24 (1): 49-54

Brasil. Comissão Intergestores Tripartite. Implementação das redes de atenção às urgências/ emergências – RUE. Nota Técnica da CIT. 19/05/11. 2011b.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 2.048 de 05 de novembro de 2002. Estabelece o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília, 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM 1863 de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências. Diário Oficial da União nº 193, de 6 de outubro de 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM 2.072, de 30 de outubro de 2003. Institui o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências. Diário Oficial da União, de 31 outubro de 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Regulação médica das urgências. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006d. 126 p.: il.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM 1020 de 13 de maio de 2009. Estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes locais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília, 2009a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 84 p.: il.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP).

Cassetari, SSR; Mello, ALSF. Pronto Atendimento do município de Florianópolis, Texto Contexto Enferm, 2017; 26(1):e3400015

Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1451/95, de 10 de março de 1995. Define os conceitos de urgência e emergência e equipe médica e equipamentos para os prontos-socorros. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília; 17 mar. 1995. Seção 1, p. 3.

Deus, A. R. Qualidade na assistência à saúde – um olhar sobre a literatura. In: CONGRESSO NACIONAL DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO, 12, 2016, Rio de Janeiro. Anais... Rio de Janeiro: 2016, p. 2-16.

DRS-XIII. Regionais de saúde do estado de São Paulo. Disponível em:<http://www.saude.sp.gov.br/ses/institucional/departamentos-regionais-de-saude/regionais-de-saude>. Acesso em 12 de novembro de 2014.

Duarte SJH, Lucena BB, Lia HMM. Atendimentos prestados pelo serviço móvel de urgência em Cuiabá, MT, Brasil. Rev. Eletr. Enf. 2011 jun/set;13(3):502-7.

Fraga, GP; Pereira, JRGA; Fontes, CER. A situação do ensino de urgência e emergência nos cursos de graduação de medicina no Brasil e as recomendações para a matriz curricular. In: Lampert JB, Bicudo AM, editores. 10 anos das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Medicina. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica; 2014. p. 41-56.2016.

Fraga, GP; Quintas, ML; Abib, SC. Trauma and emergency: is the unified health system (SUS) the solution in Brazil? Rev Col Bras Cir. 2014;41(4):232-3.

Gabriel, CS; Melo, MRAC; Rocha, FLR; Bernardes, A; Miguelaci, T; Silva, MLP. Utilização de indicadores de desempenho em serviço de enfermagem de um hospital público. Rev. Latino-Am. Enfermagem, v. 19, n. 5, [09 telas], set-out. 2011.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa de população 2013-2017 – Microdados. IBGE, 2017.

Konder, MT. *Atenção às urgências: a integração das Unidades de Pronto-atendimento 24 horas (UPA 24h) com a rede assistencial no município do Rio de Janeiro*. 2013. 108 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

Lemões, MAM; Thumé, E; Dilélio, AS; Borges, CLS; Facchini, LA. Caracterização das ações de regulação assistencial articulada à Atenção Primária à Saúde em municípios do Sul e Nordeste do Brasil: 2001 a 2004*. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 22(4):631-640, out-dez 2013

Lopes, SL; Santos, JS; Scarpelini, S. The implementation of the Medical Regulation Office and Mobile Emergency Attendance System and its impact on the gravity profile of non-traumatic afflictions treated in a University Hospital: a research study. **BMC Health Serv Res**, London, v. 7, p. 173. Out., 2007.

Machado, CV; Salvador, FGF; O'Dwyer, G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. *Rev. saúde pública*. São Paulo, v. 45, n. 3, p. 519-528, 2011.

Montero D'Oleo, RJ; Fávero, M. Perfil sociodemográfico da população que demanda assistência médico-hospitalar em região do Estado de São Paulo, Brasil, 1988. *Rev. Saúde públ.*, S.Paulo, 26: 256-63, 1992

Nagree, Y; Cameron, P; Gosbell, A; Mountain, D. Telephone triage is not the answer to ED overcrowding. *EmergMedAustralas*, Melbourne, v. 24, nº 2, p. 123-6, Abr., 2012.

Nascimento, AAS; Damasceno, AK; Silva, MJ; Silva, MVS; Feitoza, AR. Regulação em Saúde: Aplicabilidade para Concretização do Pacto de Gestão do SUS *Cogitar e Enferm* 2009 Abr/Jun; 14(2):346-52

O'Dwyer, GO. A gestão da atenção às urgências e o protagonismo federal. *Ciência&SaúdeColetiva*, 15(5):2395-2404, 2010.

O'Dwyer, GO. Mattos, RA. O SAMU, a regulação no Estado do Rio de Janeiro e a integralidade segundo gestores dos três níveis de governo. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 22 [1]: 141-160, 2012.

O'Dwyer, G; Oliveira, SP; Seta, MH. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1881-1890, 2009.

Pazin Filho, A; Scarpelini, S. Medicina de emergência na FMRP-USP – você pode fugir, mas não há como se esconder! *Revista de Escola de Medicina de Ribeirão Preto*, Ribeirão Preto, v. 42, n. 4, p. 432-443, 2010.

Psaltikidis, EM. Desenvolvimento de Sistema de Apoio à Regulação de Urgência e Emergência para região de Campinas. *BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)*, São Paulo, v. 13, n. 3, jul. 2012. Disponível em <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151818122012000300011&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 06 maio 2018.

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.

Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto. Divisão de Planejamento em Saúde. Acessado o site no dia 08 de agosto de 2017. Disponível em: <http://ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/vigilancia/vigep/tabnet/i16obitos.php>

Silva, LG; Matsuda, LM. Um olhar para a qualidade no processo de atendimento em um serviço de urgência público. Cienc Cuid Saúde, v.11 (suplem.), p. 121-128, 2012.

Rocha, JSY. Utilização de Leitos Hospitalares Gerais em Ribeirão Preto, São Paulo (Brasil) Rev. Saude Publica São Paulo, p 477-93, 1975.

Vilarins, GCM; Shimizu, HE; Gutierrez, MU. A Regulação em Saúde: Aspectos Conceituais e Operacionais Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 640-647, out./dez. 2012.