

Eliana Maria Ribeiro Dourado

**ANÁLISE DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS:  
UMA PROPOSTA**

Brasília  
2013



**Faculdade de Ciências da Saúde**  
**Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**

Eliana Maria Ribeiro Dourado

**ANÁLISE DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS:  
UMA PROPOSTA**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília

Orientadora: Profa. Dra. Daphne Rattner

Co-orientador: Prof. Dr. Antonio José Costa Cardoso

Brasília

2013

ELIANA MARIA RIBEIRO DOURADO

**ANÁLISE DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS:  
UMA PROPOSTA**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília

Aprovada em 30 de janeiro de 2013

**BANCA EXAMINADORA**

Profa. Dra. Daphne Rattner – (presidente)

Universidade de Brasília

Prof. Dr. José Antonio Iturri de la Mata

Universidade de Brasília

Prof. Dr. Nelson Ibañez

Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

*Dedico este trabalho às queridas filhas Livia e Ana  
Carolina*

## AGRADECIMENTOS

À Profa.Dra. Daphne Rattner, minha orientadora, pela convivência e dedicação preciosa ao trabalho em todos os momentos, e que me permitiu reflexões importantes sobre os rumos do SUS.

Ao meu pai e minha mãe (*in memoriam*), que gostariam de estar aqui juntos.

Aos meus amigos e colegas de trabalho do Conass, pela ajuda, compreensão e torcida.

À Lore Lamb, amiga e colega pela presteza e paciência.

Aos queridos amigos que entenderam a minha ausência temporária.

Aos professores e funcionários da Faculdade de Ciências da Saúde e do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (UnB) pelo convívio e aprendizado nas diversas disciplinas.

## RESUMO

No Brasil, o modelo de atenção à saúde predominante é fragmentado, apesar dos avanços na organização do Sistema Único de Saúde e em particular a priorização da atenção básica como porta principal para atender às necessidades de saúde da população. Nos últimos 10 anos, tem-se fortalecido a ideia de que redes de atenção constituem um modelo de saúde adequado para dar resposta à fragmentação da atenção, e estratégias estão sendo desenvolvidas para a implementação de políticas com diretrizes de redes de atenção à saúde, como redefinições de políticas prioritárias, portarias pactuadas e instituição de novos dispositivos legais, sendo a Rede de Atenção às Urgências (RAU) uma das redes prioritárias e objeto desse estudo. Este trabalho foi realizado com os objetivos de levantar a legislação e outros documentos referentes à instituição da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) a partir de 1998 até 2012; elaborar a matriz do desenho regional de uma rede de atenção às urgências, com a definição das ações e serviços em cada nível de atenção e tendo como referência a linha de cuidado para atenção ao Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), considerado nesse contexto como doença traçadora; e elaborar modelos de questionários, com base nas portarias relacionadas ao tema, principalmente a Portaria GM/MS n.º 1.600/2011, com a finalidade de propiciar a avaliação do momento atual de implantação da rede de atenção às urgências. Para tanto, foram realizados levantamentos documentais de normas, portarias ativas e revogadas, documentos oficiais, publicações técnicas, relatórios da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e outros nos sistemas de informação referentes a essa produção, assim como a busca de documentos correlatos sobre esse histórico, visando identificar atividades, ações, publicações e outras iniciativas governamentais estruturadas no sentido de qualificar a atenção às urgências no Sistema Único de Saúde. Como primeiro resultado do levantamento documental, foi possível elaborar um artigo, intitulado “A rede de atenção às urgências: reflexões sobre os rumos da nova política”, que já foi protocolado em revista de circulação nacional. Um segundo resultado foi a construção de uma matriz com o desenho de uma rede integral e integrada de atenção às urgências voltada à linha de cuidado do IAM. Como terceiro resultado, foram elaborados questionários dirigidos aos gestores de diferentes instâncias ligadas à rede de urgências dos níveis estadual e municipal, que permitirão avaliar o processo de gestão, tanto para implantação da Rede de Atenção às Urgências (RAU), como para seus processos de gestão e atenção.

Palavras-chave: Urgências; Políticas; História; Gestão em Saúde; Redes de Atenção em Saúde.

## ABSTRACT

In Brazil the predominant health care model is fragmented, despite advances in the organization of the Unified Health System and in particular the prioritization of primary health care as the main door to meet the health needs of the population. During the past 10 years the idea that care networks are the right health model to address the fragmentation of care has grown, and strategies are being developed to implement policies with guidelines of health care networks, as redefinitions of priority policies, agreed ordinances and new legal provisions, with the Emergency Care Network (RAU) as one of the priority networks and the object of this study.

This study was conducted with the objective of raising legislation and other documents related to the establishment of the National Emergency Care Policy (PNAU) from 1998 to 2012; elaborate the matrix design of a regional network of care for emergencies, with definition of actions and services at every level of care, having as a reference the line of care for Acute Myocardial Infarction (AMI), considered in this context as tracer disease; and develop model questionnaires based on ordinances related to the theme, mainly the Ordinance GM/MS nº 1.600/2011, in order to provide an assessment of the present situation of the emergency care network.

To this end, norms, active and repealed ordinances, official documents, technical publications, reports from the Tripartite Inter-management Commission (ITC) and other information related to this production were surveyed, in order to identify the activities, actions, publications and other governmental initiatives structured in order to qualify the emergency care in the Unified Health System.

As a first result of the documentary survey, it was possible to produce an article titled "The care network for emergencies: reflections on the directions of the new policy," which has been filed in a national journal.

A second result was the construction of a matrix with the design of a comprehensive and integrated network of care for emergencies for the line of care of AMI.

As a third result, questionnaires were prepared for managers of various departments linked to the emergencies of state and municipal levels, which will allow to assess the management process, for both the implementation of the Emergency Care Network (RAU) and their processes of management and care.

Keywords: Emergencies; Policies; History; Health Management; Health Care Networks.

## Lista de Quadros

### Artigo

Quadro 1 – Dispositivos Legais relacionados à implantação da Política Nacional de Atenção às Urgências – Período: 1998 a 2012

Quadro 2 – Relação dos Dispositivos Legais revogados e respectivas portarias que os revogaram– Período: 1998 a 2012

Quadro 3: Outros dispositivos legais relacionados ou que fazem interface com a Política Nacional de Atenção às Urgências– Período: 1998 a 2012

Quadro 4: Outros Documentos relacionados (Riscos e Agravos) – Período: 1998 a 2012

### Dissertação

Quadro 1 – Componentes e Ações e Serviços da Rede de Atenção às Urgências - Doença Traçadora: Infarto Agudo do Miocárdio

Quadro 2 – Desenho da Estrutura Operacional da Rede de Urgências - Doença Traçadora: Infarto Agudo do Miocárdio

Quadro 3 – Componentes e Ações / Serviços da Rede de Atenção Básica nas Urgências – Doença Traçadora: Infarto Agudo do Miocárdio

Quadro 4 – Componentes e Ações / Serviços da Rede de Atenção Secundária nas Urgências – Doença Traçadora: Infarto Agudo do Miocárdio

Quadro 5 – Componentes e Ações / Serviços da Rede de Atenção Terciária nas Urgências – Doença Traçadora: Infarto Agudo do Miocárdio

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>Sigla/Abreviatura</b>	<b>Significado</b>
AB	Atenção Básica
AD	Atenção Domiciliar
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CFM	Conselho Federal de Medicina
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CGSES	Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado da Saúde
CGUE	Coordenação Geral de Urgências e Emergências
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública
Conass	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
Conasems	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
Cosems	Conselho Secretarias Municipais de Saúde
DAE	Departamento de Atenção Especializada
DAPES	Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EMAD	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipe Multiprofissional de Apoio
ESF	Estratégia Saúde da Família
GM	Gabinete do Ministro
GT	Grupo Técnico
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
LCIAM	Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio
MS	Ministério da Saúde
NAQH	Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica
Noas	Norma Operacional da Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
Opas	Organização Pan-americana de Saúde

PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAR	Plano de Ação Regional
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAU	Política Nacional de Atenção às Urgências
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PSE	Programa de Saúde na Escola
PT	Portaria
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RAU	Rede de Atenção às Urgências
RBCE	Rede Brasileira de Cooperação em Emergências
RENASES	Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
Samu	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAS	Secretaria de Atenção À Saúde
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SCO	Síndrome Coronariana Aguda
SHAC	Serviço Hospitalar de Alta Complexidade
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCO	Unidade Coronariana
UCP	Unidade de Cuidados Prolongados
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USB	Unidade de Suporte Básico
USA	Unidade de Suporte Avançado
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VIR	Veículo de intervenção Rápida

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>MÉTODOS.....</b>	<b>19</b>
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>22</b>
<b>ARTIGO .....</b>	<b>23</b>
RESUMO .....	23
INTRODUÇÃO .....	25
MÉTODOS .....	29
RESULTADOS .....	30
DISCUSSÃO.....	45
CONCLUSÕES.....	47
REFERÊNCIAS.....	48
<b>MATRIZ DO DESENHO REGIONAL DA REDE .....</b>	<b>50</b>
QUADRO 1.....	51
QUADRO 2.....	52
QUADRO 3.....	53
QUADRO 4.....	54
QUADRO 5.....	55
<b>QUESTIONÁRIOS PARA A GESTÃO ESTADUAL.....</b>	<b>56</b>
<b>QUESTIONÁRIOS PARA A GESTÃO MUNICIPAL</b>	<b>97</b>
<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>127</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>130</b>
<b>APÊNDICE.....</b>	<b>132</b>

## INTRODUÇÃO

Nos últimos vinte anos observaram-se mudanças significativas na organização da atenção à saúde no Sistema Único de Saúde brasileiro, seguindo os princípios constitucionais de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde – lei n. 8.080 de setembro de 1990 e suas instruções normativas, como as NOBs e Noas, e o Pacto pela Saúde.

Mais recente importante fato foi a publicação da regulamentação da Lei n. 8.080 de 1990 pelo Decreto n. 7.508, em 28 de junho de 2011, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, sendo que esta tem como princípios para a implementação das ações e serviços de saúde: a Região de Saúde, o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), as Portas de Entrada, as Comissões Intergestores, o Mapa da Saúde, a Rede de Atenção à Saúde, os Serviços Especiais de Acesso Aberto e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.

O Decreto n. 7.508/2011 enfatiza que a Região de Saúde, para ser instituída, deve possuir no mínimo ações e serviços de saúde de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, e vigilância em saúde. Também sublinha que a integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, representando assim um grande desafio para os gestores a constituição da Rede de Atenção à Saúde nas regiões.

No Brasil, de modo geral, o modelo de atenção predominante é fragmentado e está voltado para a organização do atendimento às condições agudas; por outro lado os serviços de saúde são distribuídos de forma insuficiente ou concentrados localmente, por vezes inexistentes. A concentração desses leva à superposição de oferta de serviços, ao passo que sua inexistência acarreta a desassistência em muitas situações.

Esta situação desarticulada dos serviços, sem considerar o escopo e a escala, tem como consequência a sobrecarga dos serviços de atendimentos de urgências de condições agudas de baixa ou média gravidade, ou de condições crônicas passíveis de serem resolvidas pelo conjunto de outros serviços de atenção à saúde, desde

que organizados em redes de complexidades e densidades tecnológicas diferentes e coordenadas pela atenção primária, exceto as condições agudas de maior gravidade, que devem ser atendidas pelas portas da rede de urgências e ordenadas pela Central de Regulação de Urgências.

Esta situação colabora também com a dispersão de recursos, na medida em que, na maioria das vezes, essas condições agudas são decorrentes de doenças crônicas que, se não acompanhadas, podem levar a episódios de agudizações recorrentes, ou ainda são processos inicialmente agudos que evoluem para condições crônicas.

Isso acontece com os traumas, com as doenças isquêmicas do coração, com os acidentes vasculares cerebrais, sendo esses exemplos de condições inicialmente agudas que levam frequentemente à cronificação, seguida de episódios de agudizações que exigem, por parte dos serviços de saúde organizados com essa finalidade, o acompanhamento mais ou menos permanente das pessoas no território em que vivem, para que sejam devidamente acompanhadas pela equipe da atenção primária e especialidades, se necessário, garantindo a continuidade do cuidado e prevenindo na sequência a agudização dessas condições ao mínimo possível. Segundo Mendes (2009), essas condições devem ser enfrentadas pela rede de atenção à saúde organizada e integrada, tendo a atenção primária como coordenadora da atenção e ordenadora do cuidado.

De acordo com Schramm *et al.* (2004), há uma relação muito estreita entre a transição das condições de saúde e a transição dos sistemas de atenção à saúde, vez que ambas constituem a transição da saúde.

Analisando a situação de saúde no Brasil, observa-se que o quadro epidemiológico é caracterizado pela tripla carga de doenças, decorrente da persistência das doenças infecciosas, do aumento das doenças crônicas, entre elas as doenças cardiovasculares (que respondem aproximadamente 30% do total os óbito e estão em situação ascendente na maioria dos estados, segundo o Sistema de Informações sobre Mortalidade), ao lado do número crescente de mortes por causas externas (violências e acidentes de trânsito). A modificação no perfil de saúde da população, em que as doenças crônicas e suas complicações são prevalentes, resulta em mudanças no padrão de utilização dos serviços de saúde e no aumento de gastos, considerando a necessidade de incorporação tecnológica para o tratamento das mesmas (Chaimowicz, 1997). Isso reforça a necessidade de

se promover mudanças dos arranjos organizacionais para as redes de atenção à saúde e, em especial, para fortalecer o papel da atenção primária na condução da rede (Mendes, 2009).

Nos últimos 10 anos tem-se fortalecido a ideia de que redes de atenção constituem um modelo adequado para dar resposta à fragmentação da atenção à saúde. O modelo de atenção a saúde é o terceiro elemento constitutivo das redes de atenção à saúde (sendo os dois primeiros a população e o território) e, segundo Mendes (2009),

[...] é um sistema lógico que organiza o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, sendo definido em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade.

Para tanto, as políticas de saúde implementadas ao longo desse período devem ser revistas à luz dos novos conceitos de redes, das experiências locais e regionais bem sucedidas e segundo o enfoque de redes consubstanciadas na portaria GM/MS n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece as diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde. A partir da priorização dessa nova abordagem de redes de atenção à saúde, procedeu-se à revisão de diversas políticas de saúde prioritárias, agora organizadas em redes temáticas por linhas de cuidado de saúde, demandando o estabelecimento de prioridades para sua implantação. Nesse contexto, foram pactuadas no espaço da tripartite pelo Conass, Conasems e MS, nos últimos dois anos, a redefinição das políticas de saúde prioritárias a partir do novo conceito de redes de atenção, destacando-se entre essas a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), que institui a Rede de Atenção às Urgências (RAU), eleita aqui para proceder-se a análise da implantação desde a sua instituição.

Para análise do grau de complexidade nos processos de decisão em saúde sobre elaboração e implementação de políticas, tomamos como exemplo a portaria GM/MS n. 2.048/2002, importante norma que regulamentou os Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência vigente a partir de 1998, constituindo-se em um marco importante na instituição da PNAU em 2003, pactuada pelos gestores e publicada pelo MS, por meio da portaria GM/MS n. 1.863, que definiu as diretrizes de regionalização e implantação de sistemas estaduais, regionais e municipais de

atenção integral às urgências, a partir da organização de redes locais em conformidade com a Norma Operacional Básica (Noas) vigente na época, estabelecendo as ações a serem desenvolvidas em cada estabelecimento de saúde; foi seguida pela Portaria n. 1.864/2003 que instituiu o componente pré-hospitalar móvel, por intermédio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (Samu 192).

A PNAU à época era composta pelos seguintes componentes:

- Componente Pré-Hospitalar Fixo: composto pelas unidades básicas de saúde/unidades de saúde da família com as equipes de agentes comunitários de saúde (ACS), ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias, e Unidades não hospitalares de Atendimento às Urgências;
- Componente Pré-Hospitalar Móvel: constituído pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (Samu) e os serviços associados de salvamento e resgate, sob regulação médica de urgências e com número único nacional para urgências médicas – 192 (Samu 192), operados pelas Centrais de Regulação Médica das Urgências, integradas ao Complexo Regulador da Atenção no SUS.

Este componente foi implantado como primeira etapa da nova política, induzido por recursos de investimentos e incentivo para a adequação da área física das Centrais de Regulação das Urgências e custeio federal de 50%, cabendo aos estados e municípios a complementação dos recursos e utilizando-se como critério para a alocação de recursos o porte populacional da área de cobertura do Samu – 192.

- Componente Hospitalar: constituído pelas portas hospitalares de atenção às urgências das unidades hospitalares gerais de tipo I e II e das unidades hospitalares de referência tipo I, II e III, bem como toda a gama de leitos de internação passando pelos leitos gerais e especializados de retaguarda, de longa permanência e os de terapia semi-intensiva e intensiva, mesmo que esses leitos estejam situados em unidades hospitalares que atuem sem porta aberta às urgências;
- Componente Pós-Hospitalar: incluindo as modalidades de Atenção Domiciliar, Hospitais-Dia e Projetos de Reabilitação Integral com componente de reabilitação de base comunitária;

Apesar da exitosa expansão do Samu 192 no território nacional, proporcionando ao longo dos anos altas coberturas territoriais, os demais componentes não foram implementados na mesma dimensão. Na atenção básica, a despeito da sua crescente importância, não ficou evidenciada a incorporação do atendimento às urgências de baixa gravidade neste nível. A Atenção básica deve ser porta de entrada para as ações e serviços da rede de atenção das condições crônicas e para o atendimento dos casos agudos e crônicos agudizados menos complexos

A implementação do componente Samu permaneceu na agenda governamental de forma prioritária até 2009, quando a partir de então foram estabelecidas as diretrizes para a implantação das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e Salas de Estabilização, como parte da prioridade de implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes locais de atenção às urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências de 2003. Portanto até aqui, é evidente a priorização dos componentes da rede de urgências por etapas, de forma isolada dos demais níveis de atenção, e com hiatos muito grandes entre a formulação da política em 2003 e a implementação dos demais pontos de atenção necessários à conformação da rede de urgência.

Para as UPA foram proporcionados recursos financeiros apenas para as novas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) construídas e equipadas segundo padrão nacional, inicialmente com recursos da Caixa Econômica Federal (CEF) e posteriormente com recursos do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC 1 e 2 ) do governo federal, sendo os recursos de custeio muito aquém do custeio real para sua manutenção, que tiveram que ser complementados por estados e municípios. Todavia, foi mantida a mesma estratégia, em geral com funcionamento isolado, não integrado à atenção primária e secundária e há casos de vazios assistenciais que decorreram de UPAs que foram implantadas em substituição à própria atenção primária.

Nesse período, os componentes hospitalar e pós-hospitalar da rede de urgências foram pouco destacados, apesar da instituição do Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgências – Programa QualiSUS em 2006, que destinou recursos para a qualificação dos hospitais que possuíam portas de urgências e Samu regionais, e que teve continuidade em 2008.

Corroborando o juízo a respeito dessa situação, os valores financeiros correspondentes na época a 50% do custeio, repassados pelo Ministério da Saúde a

estados e municípios para custeio do Samu 192, não foram atualizados. Apenas em dezembro de 2008 foi retomada a discussão sobre o Samu 192 e a Central de Regulação das Urgências, com o objetivo de fomentar a regionalização do Samu 192.

Vê-se que até então a elaboração de políticas e a tomada de decisão sobre sua implementação são processos complexos, dos quais os gestores participam em diferentes momentos, e percebe-se que o conhecimento e as condições técnicas e financeiras nem sempre estão em consonância com esses processos. A descontinuidade e o longo prazo na implementação das políticas de saúde pactuadas entre os gestores contribui e muito para a intensa fragmentação persistente, trazendo inúmeros prejuízos à função gestora e impactando negativamente nas condições de saúde da população.

Restabeleceu-se a partir de 2011 um novo compromisso entre os gestores durante as discussões na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) sobre a importância para o SUS da rede de atenção às urgências, sendo apontados novos caminhos para a superação das dificuldades encontradas desde a sua formulação como política em 2003, com possibilidades inclusive de potencializar experiências locais preexistentes com base nos novos conceitos de rede, e com incentivos financeiros capazes de potencializar a sua efetiva implantação em rede.

Este trabalho espera contribuir para o acompanhamento da implantação da política nesse novo contexto e deve possibilitar a identificação de fatores facilitadores e entraves na sua formulação para o desenvolvimento em rede, apontando necessidades de readequações e atualizações frente a realidade. Espera proporcionar a análise do novo modelo e da integração dos diversos pontos de atenção, contribuindo para a superação do modelo de atenção fragmentada hoje vigente.

Dadas essas considerações, este trabalho foi realizado com os objetivos de: (1) levantar a legislação específica e correlacionada à RAU e outros documentos referentes à Política Nacional de Atenção às Urgências; (2) Construir o desenho regional da rede de urgências tomando como referência as diretrizes para atenção ao infarto agudo do miocárdio (IAM) de acordo com a linha de cuidado prioritária da rede de atenção às urgências e o protocolo de Síndromes Coronarianas Agudas (SCA) publicado pelo MS em dezembro de 2011, considerado nesse contexto como

doença traçadora; e (3) estruturar, com base nas portarias relacionadas ao tema, tendo como base a portaria GM/MS n. 1.600/2011, os instrumentos de avaliação para redes de atenção às urgências, tanto da gestão da rede como de alguns de seus processos.

Este trabalho, portanto, se constitui na fase preliminar de um projeto de grande envergadura, a ser desenvolvido em etapa posterior, que envolverá captação de recursos específicos para esse fim.

## MÉTODOS

As definições da avaliação são numerosas, no entanto a definição seguinte hoje é objeto de um amplo consenso: “a avaliação consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um dos seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa), ou ser elaborado a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa). A intervenção é um conjunto de meios organizados em um contexto específico, em um dado momento, para produzir bens ou serviços para modificar uma situação problemática” (HARTZ *et al.*, 1997).

A avaliação normativa é uma atividade comum em uma organização ou em um programa e consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos disponíveis na organização (estrutura), os serviços existentes (processos) e os resultados obtidos com critérios e normas (HARTZ *et al.*, 1997).

A avaliação normativa proposta tem como objetivos oficiais, a partir de uma situação problema, no caso o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), no contexto da região de saúde, subsidiar os gestores em todos os níveis com informações para a tomada de decisão. Neste caso, espera-se trazer subsídios para a implementação da Política Nacional de Atenção às Urgências; e se propõe a contribuir para melhorar/rever as condições para a sua operacionalização no decorrer da sua implantação. Este trabalho permitirá também, a partir da descrição do percurso histórico dessa política, identificar os pontos de consenso para o desenvolvimento das redes de atenção às urgências e, ainda, retratar as condições favoráveis e desfavoráveis ao longo desse período que não são identificadas pelos métodos tradicionais quantitativos. Será possível a busca de informações, a partir dos sujeitos demandantes da política e dos gestores participantes e das normas existentes, de forma a abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões (MINAYO, 2010).

Assim, adotou-se como delineamento a pesquisa avaliativa de análise normativa voltada para definir a imagem-objetivo, ou seja, como devem ser as intervenções, o processo de implementação do programa e os resultados, que remetem às teorias do programa. O levantamento normativo foi relativo aos

documentos legais originários do âmbito federal, em que foram identificados os princípios norteadores e as diretrizes e critérios para implantação dos componentes da política e para sua operacionalização (HARTZ *et al.*, 1997) .

Foram realizados levantamentos documentais de normas, portarias ativas e revogadas, documentos oficiais, publicações técnicas, relatórios da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e de outras instituições representativas que atuam no processo de institucionalização da área de urgências, levantados através dos sistemas de informações referentes a essa produção, assim como a busca de documentos correlatos sobre esse histórico, visando identificar as atividades, ações, publicações e outras iniciativas governamentais estruturadas no sentido de qualificar a atenção às urgências no Sistema Único de Saúde. Adotou-se como marco inicial o ano de 1998, quando da implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências. O levantamento documental buscou diferentes fontes, incluindo portarias ministeriais e da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), manuais e informes técnicos da área de urgências e de outras áreas do MS, como a atenção básica e as de desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e agravos na Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS); também foram pesquisados os relatórios das reuniões da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) de 2000 a 2012.

Em seguida buscou-se nos diferentes documentos a identificação da participação dos principais atores na formulação, reformulação e implantação da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) como: gestores federais, estaduais e municipais, trabalhadores da área de urgências e entidades representativas de categoria, além de entidades não governamentais que atuam na área de urgências, para todo o período de 1998 a 2012, que contribuíram na formulação da PNAU de 2003 e para sua reformulação em 2011.

A análise dos documentos anteriores e posteriores a 2011 possibilitou nessa etapa a elaboração de uma matriz de modelagem da rede de atenção às urgências idealmente constituída, que permitirá ao gestor visualizar as diversas ações e serviços dos componentes da rede por níveis de complexidade. Essa etapa permitirá auxiliar o gestor na tomada de decisão sobre a necessidade de implementação desses componentes, visando a atenção integral nas urgências.

Embora trate-se de uma avaliação normativa, este material nessa etapa subsidiou a elaboração de questionários, aplicáveis futuramente a gestores dos

níveis estadual e municipal, que permitirão avaliar por meio de uma pesquisa avaliativa o processo de gestão envolvendo diferentes atores, tanto para implantação da Rede de Atenção às Urgências (RAU), como para os processos de gestão e da atenção dos diferentes componentes de uma intervenção.

Segundo Kessner (1973),

A definição de condição traçadora constitui técnica avaliativa da atenção à saúde fundamentada na análise do cuidado prestado a um conjunto de condições ou patologias de modo a evidenciarem-se a resolatividade da atenção, o uso adequado de exames complementares, as oportunidades das ações, o acesso à medicação e a serviços de referência, e outros.

Para compreender melhor, na prática, o funcionamento da RAU, adotou-se como doença traçadora o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), que é uma das linhas de cuidado prioritárias da rede de atenção às urgências (sendo as outras o Acidente Vascular Cerebral e o Trauma). Há muita produção de diretrizes clínicas sobre IAM, assim como material dirigido aos seus principais riscos e à promoção da saúde relacionados a esta condição, o que o torna condição adequada para esta avaliação.

Para a elaboração dos questionários, foram consolidados os principais aspectos referentes à gestão de redes, promoção da saúde, diagnóstico precoce do IAM, tratamento oportuno e reabilitação descritos nas portarias e documentos, que consta no Apêndice. Esse levantamento serviu de base para a definição das perguntas que poderiam ser dirigidas a cada um dos gestores: – para o nível estadual: gestor (secretário) e coordenações de Atenção Básica, Samu, Rede de Urgências, Atenção Hospitalar; e estas mesmas para o nível municipal, apenas sem a coordenação do Samu.

Espera-se que esses nove questionários, produzidos após essa cuidadosa análise, possam ser úteis para o futuro diagnóstico da gestão da implantação e dos processos da rede de urgências, adotando como doença traçadora o IAM, podendo através dessas informações auxiliar no planejamento para melhorar uma intervenção, beneficiando assim seus usuários, além de contribuir para a evolução dos conhecimentos subsidiando uma revisão teórica dessa Rede.

## RESULTADOS

Como primeiro resultado do levantamento documental, foi possível elaborar um artigo, intitulado “A rede de atenção às urgências: reflexões sobre os rumos da nova política”, que já foi protocolado em revista de circulação nacional.

Um segundo resultado foi a elaboração do modelo lógico teórico de uma rede de atenção às urgências voltada a linha de cuidado do IAM, que se encontra descrito no Quadro 1, e em mais detalhes, nos Quadros de 2 a 5. Nesses quadros estão descritos, por níveis de atenção, os pontos de atenção e respectivas ações e serviços referentes à atenção básica, que engloba a promoção da saúde, atenção básica (Unidade Básica de Saúde, Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família) e Atenção Domiciliar; a atenção secundária, com ambulatório de especialidades, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu192), Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e outros Serviços de Urgência 24 horas, e Hospital Geral com Pronto Socorro com classificação de risco; e atenção terciária, com Hospitais Especializados Tipo I e Tipo II. O Quadro 2 detalha os sistemas de Apoio, Logístico e de Governança, que são transversais a todos os níveis da rede. As características de hospitais gerais, Tipo I e Tipo II estão explicitadas num quadro específico do Apêndice.

Neste trabalho apresenta-se como resultado uma série de questionários, elaborados tomando como base o levantamento documental, que permitirão ter uma visão abrangente do processo de implantação da rede de atenção às urgências em regiões de saúde. Considerou-se estratégico investigar:

- ao nível da gestão estadual: o gestor (Secretário), as coordenações de Atenção Básica, Atenção Hospital, Urgências e Samu;
- ao nível da gestão municipal: o gestor (Secretário), as coordenações de Atenção Básica, Atenção Hospital e Urgências.

Também estarão sendo solicitados, para análise, o Plano de Ação Regional e a Política Estadual e Municipal de Atenção às Urgências, caso tenham sido elaboradas.

## ARTIGO

### **A Rede de Atenção às Urgências: reflexões sobre os rumos da nova política.**

#### **Emergency healthcare services network: Reflections on the new policy trends**

#### **Autores:**

Eliana Maria Ribeiro Dourado <sup>a</sup>

Daphne Rattner <sup>b</sup>

Antonio José Costa Cardoso <sup>b</sup>

<sup>1</sup> do Mestrado Profissional do Departamento de Saúde Coletiva/ Faculdade de Ciências da Saúde/ Universidade de Brasília

<sup>b</sup> Departamento de Saúde Coletiva/ Faculdade de Ciências da Saúde/ Universidade de Brasília

**Versão em 25/01/2013**

**A pesquisa não recebeu financiamento para sua realização**

#### **Resumo**

**Problema:** mudança no perfil de morbimortalidade, com aumento de doenças crônicas e de causas externas, e persistência das transmissíveis; necessidade de rever as políticas públicas para atender necessidades da população, reduzir riscos e elevar o patamar de saúde. Por outro lado, a atenção é fragmentada e hospitalocêntrica; há insuficiências qualitativas e quantitativas da força de trabalho; e ações de promoção da saúde são pouco valorizadas; ainda que esta seja política prioritária na agenda de gestores e formuladores públicos de saúde, e uma preocupação da população.

**Objetivo:** explicitar a complexidade do processo de implantação de políticas, tomando como exemplo a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU).

**Método:** levantamento documental em diferentes fontes, identificando atores envolvidos na formulação e implantação da PNAU e suas principais linhas.

**Resultados:** identificaram-se três fases, correspondentes aos períodos 1998 a 2008; 2008 a 2010; e 2011-2012. Também se constatou que, embora documentos apontem a necessidade de conformação de redes de atenção estruturadas e hierarquizadas, em cada fase prevaleceu investimento em um componente da rede de urgência, e que o papel da atenção primária ainda não está adequadamente configurado.

Espera-se contribuir para a discussão dos rumos da PNAU e reorientação do modelo de atenção no país.

**Palavras-chave:** Urgências; Políticas; História; Gestão em Saúde; Redes de atenção à Saúde.

## **Abstract**

**Problem:** shift in the morbidity and mortality populational profile, with increase of chronic diseases and external causes, while infectious diseases persist; need to review public policies in order to meet people's needs, reduce risks and increase the level of health. On the other hand, care is fragmented and hospital-centered; work force is insufficient qualitative and qualitatively; and health promotion activities are not valued enough, even if this is a priority among health policies designers and managers, and a concern for the population.

**Objective:** to explicit the complexity of implementation of policies, adopting as an example the National Policy for Emergency Care (NPEC).

**Method:** Survey of documents from different sources, identifying the main actors involved in formulating and implementing NPEC, and their main lines of action.

**Results:** We identified three phases, corresponding to years 1998-2008; 2008 –2010; and 2011 and 2012. Data showed that, while documents point out to the need of structuring hierarchical health care networks, in each phase one of the components of the urgency network was privileged for investment, and that the primary health care is not well shaped in the NPEC.

This paper intends to contribute to the discussion of the NPEC trends and to reorient its model of care in the country.

**Key-words:** Emergency services; Policy; History; Health Services Management; Health Care Networks

## INTRODUÇÃO

### **Dimensionando o problema**

No Brasil, o aumento das doenças crônicas e a persistência das doenças transmissíveis mantêm o perfil de morbimortalidade elevado para ambos os padrões. Além disso, as causas externas (violências e acidentes de trânsito) representam um importante fator de mortes prematuras e aumento da carga de doenças no Brasil, o que demanda a necessidade de rever os arranjos organizacionais com a finalidade de promover a atenção adequada às necessidades da população e evitar a dispersão dos recursos de saúde. Segundo Schramm<sup>1</sup> (2004), há uma relação muito estreita entre a transição das condições de saúde e a transição dos sistemas de saúde, uma vez que ambas se constituem na transição da saúde.

O país ainda está às voltas com o controle das doenças transmissíveis, mas busca implementar estratégias para a efetiva prevenção e tratamento das doenças crônicas e suas complicações, que levam a uma perda de autonomia e qualidade de vida. Em um contexto de envelhecimento da população, com a inversão da pirâmide populacional observada nas últimas décadas, amplia-se a demanda por mais ações e serviços de saúde para atender essas novas necessidades, o que resulta em mudanças no padrão de utilização dos serviços de saúde e no aumento de gastos, considerando a necessidade da incorporação tecnológica para o tratamento das mesmas<sup>2</sup>.

Esta transição epidemiológica brasileira obriga investir em uma nova agenda para as políticas de saúde setoriais e intersetoriais, que possam promover a redução dos principais riscos e agravos que acometem a população, por meio do desenvolvimento de ações e serviços que levem em conta o acesso à atenção humanizada e de qualidade. Apesar dos avanços na inversão do modelo de atenção à saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) ainda é fortemente centrado na atenção hospitalar que, por meio das portas dos prontos-socorros, atende às

urgências de baixa gravidade, sem que haja uma contrarreferência formalizada para os demais pontos de atenção de forma a promover a continuidade do cuidado.

Ainda que ao longo dos últimos vinte anos os municípios tenham se empenhado notadamente na ampliação da atenção básica, alcançando taxas de cobertura crescentes (em 2012 as 33.434 equipes na Estratégia de Saúde da Família representaram uma cobertura teórica de cerca de 55% da população – Comunicação do Secretário de Atenção a Saúde Helvécio Miranda Magalhães Júnior na reunião da Comissão Intergestores Tripartite de 05/12/2012), os serviços básicos ainda não foram organizados para fazer o primeiro acolhimento e a classificação de risco nas situações de baixa gravidade nas urgências. Em geral, o atendimento nas unidades de saúde se dá apenas por meio de consultas agendadas e, na maioria das vezes, as instalações físicas são inadequadas e sem estrutura para observação de casos; além disso, funcionam apenas em horário regular, mantendo suas portas fechadas nos períodos noturnos e nos finais de semana, o que faz com que população demande as unidades de pronto atendimento e pronto socorros para ações de atenção que seriam passíveis de solução no serviço local. Por sua vez, os serviços de atenção especializada ainda são em número insuficiente e não interagem com a rede de atenção básica.

A atenção fragmentada, insuficiente, inadequada e centrada na atenção hospitalar; a pouca disponibilidade tecnológica de apoio diagnóstico; o desconhecimento e as deficiências qualitativas e quantitativas da força de trabalho; a pouca valorização médica e de outros profissionais em relação aos aspectos de promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde impõem a necessidade de alto investimento na área das urgências e isso deve ser considerado na redefinição do modelo de atenção a saúde.

Bittencourt<sup>3</sup> (2009) afirma que:

“a superlotação nos Serviços de Emergência Hospitalar (SEH) é um fenômeno mundial e indica um baixo desempenho do sistema de saúde. Caracteriza-se por:

todos os leitos do SEH ocupados; pacientes acamados nos corredores; tempo de espera para atendimento acima de uma hora; alta tensão na equipe assistencial; grande pressão para novos atendimentos. Indica, em última instância, baixo desempenho do sistema de saúde, como um todo, e do hospital em particular, e induz à baixa qualidade assistencial.”

Segundo O’ Dwyer<sup>4</sup> (2010), no Brasil, as portas de entrada dos serviços de saúde de urgências são alvo de críticas predominantes, como consequência da desorganização do sistema que colabora para a superlotação das urgências, o que aumenta o risco de mortalidade decorrente da demora no atendimento dos casos graves; assim, as portas das urgências se constituem em importante observatório das condições de saúde da população e da atuação do sistema de saúde<sup>5</sup>.

### **A solução: porque são importantes as redes de atenção**

Nesse processo de construção do SUS, novos desafios vêm sendo apresentados aos gestores e formuladores de políticas de saúde. O mais recente diz respeito à regulamentação da Lei n. 8.080 pelo Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011<sup>6</sup>, que dispõe sobre: o planejamento das ações e serviços em redes de atenção prioritárias em Regiões de Saúde; a assistência à saúde ofertada pelo SUS; a articulação interfederativa; o mapa da saúde; e o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). Esse Decreto enfatiza o papel do planejamento na Região de Saúde que, para ser instituída, deve possuir no mínimo ações e serviços de saúde de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, e vigilância em saúde, e define que a integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, sendo que estas ações e serviços constam na Portaria GM/MS n. 841/2012<sup>7</sup>. Segundo Mendes<sup>8,9,10</sup>, a situação atual de saúde deve ser enfrentada pelas redes de atenção à saúde organizada e integrada, tendo a atenção primária como coordenadora da rede e ordenadora do cuidado.

O modelo de atenção a saúde é o terceiro elemento constitutivo das redes de atenção à saúde, sendo uma população e a estrutura organizacional os outros elementos fundamentais e, segundo Mendes<sup>9</sup>,

“é um sistema lógico que organiza o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definindo em função da visão prevacente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade”.

No final de 2010, foram pactuadas na instância gestora tripartite do SUS as diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde. Em 2011, foram discutidos os dispositivos legais e as normas para as políticas de saúde prioritárias, além da governança regional da rede de atenção, que resultou em diversas pactuações tripartites de novas normas de organização de redes temáticas regionais por linhas de cuidado de saúde, tendo o Ministério da Saúde (MS) condicionado o repasse de incentivos financeiros à sua efetiva implantação.

A redefinição da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), criada em 2003 e priorizada na conformação das regiões de saúde pelo Decreto 7508 de 2011, foi a segunda rede temática da agenda tripartite, logo em seguida à Rede Cegonha. Para que seja instituída uma região de saúde, esta deve incluir ações e serviços de atenção às urgências. A partir de maio de 2011, com a discussão de novas estratégias para a instituição da Rede de Atenção às Urgências (RAU) e com base na nova concepção de Redes de Atenção à Saúde (RAS), foram publicadas séries de portarias seguidas de revisões e de novas portarias, assim como documentos orientadores da implantação dos diversos componentes dessa rede, o que ocupou de maneira significativa a agenda de discussão tripartite no segundo semestre de 2011 e em 2012.

Este trabalho tem como objetivo analisar a complexidade do processo de implantação de políticas, tomando como exemplo a Política Nacional de Atenção às Urgências, a partir de levantamento documental que inclui dispositivos legais que antecederam a sua redefinição, em 2011. A finalidade desta produção de conhecimento, que a justifica, é contribuir para uma reflexão acadêmica, mas também de governo, acerca do processo de implantação da PNAU e sua possível reorientação.

## MÉTODOS

Segundo Contandriopoulos *et al.*<sup>11</sup>, pesquisa avaliativa é

“um julgamento que é feito sobre as práticas sociais a partir da formulação de uma pergunta não respondida ainda na literatura especializada, sobre as características dessas práticas em geral ou em um contexto em particular, através do recurso a metodologias científicas. As práticas que têm sido mais frequentemente objeto de avaliação são políticas, programas e serviços de saúde.”

Este trabalho assumiu o delineamento de uma pesquisa avaliativa da produção normativa para a estruturação da Política Nacional de Atenção às Urgências. Para tal, foi realizado levantamento documental abrangente das normas, portarias ativas e revogadas, documentos oficiais, publicações técnicas, relatórios da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e outros nos sistemas de informação referentes a essa produção, assim como a busca de documentos correlatos sobre esse histórico, visando identificar as atividades, ações, publicações e outras iniciativas governamentais estruturadas no sentido de qualificar a atenção às urgências no Sistema Único de Saúde.

Esses documentos foram organizados em diferentes quadros por temáticas afins e analisados sob o ponto de vista de desenvolvimento histórico da política, à luz de um projeto de sistema de saúde com redes de atenção conformadas segundo linhas de cuidado, presente em várias

portarias e na produção teórica sobre o SUS mais recentes. A análise também é baseada na reflexão crítica a partir da vivência empírica desse processo de desenvolvimento da política.

## RESULTADOS

O levantamento dos documentos sobre a trajetória da política de atenção às urgências refere-se ao período entre 1998 e 2012, e foram encontrados decretos, portarias, resoluções, notas técnicas, manuais e relatórios técnicos referentes ao tema e dispostos nos quadros descritos adiante.

### Quadro 1 – Dispositivos Legais relacionados à implantação da Política Nacional de Atenção às Urgências – Período: 1998 a 2012

Fases	N.	Dispositivo Legal	Data	Assunto
Fase I: 1998 a 2008	1	Portaria GM/MS n. 2.923	09/06/1998	Institui o programa de apoio à implantação dos sistemas estaduais de referência Hospitalar para atendimento de urgência e emergência.
	2	Portaria GM/MS n. 2.925 (revogada)	09/06/1998	Criou mecanismos para a implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para o atendimento de Urgências e Emergências.
	3	Portaria GM/MS n. 3.459	14/08/1998	Os Hospitais Universitários e de Ensino – HUES que recebem FIDEPS podem integrar os Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar, em atendimento de Urgências e Emergências.
	4	Portaria GM/MS n. 479	15/04/1999	Cria mecanismos para implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em atendimento de Urgências e Emergências.
	5	Portaria GM/MS n. 824 (revogada)	26/06/1999	Aprova a normatização de atendimento pré-hospitalar (móvel).
	6	Portaria GM/MS n. 814 (revogada)	01/06/2001	Estabelece o conceito geral, os princípios e as diretrizes da Regulação Médica das Urgências e a normatização dos Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel de Urgências.
	7	Portaria GM/MS n. 2.048	05/11/2002	Regulamenta o atendimento dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência; estabelece seus princípios e diretrizes; define normas, critérios de funcionamento, classificação e cadastramento dos hospitais de urgência.
	8	Portaria GM/MS n. 1.863 (revogada)	29/09/2003	Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), a ser implementada em todas as unidades federadas.
	9	Portaria GM/MS n. 1.864	29/09/2003	Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação do Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (Samu 192), e o financiamento para o investimento e custeio do Samu –192.

Fase II: 2008 a 2010	10	Portaria GM/MS n. 2.072	30/10/2003	Institui o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências e define suas atribuições e responsabilidades.
	11	Decreto n. 5.055	27/04/2004	Institui o Samu em municípios e regiões do território nacional e estabelece o processo de adesão para esse tipo de serviços.
	12	Portaria GM/MS n. 1.828	02/09/2004	Institui o incentivo financeiro para adequação da área física das Centrais de Regulação Médica de Urgência em estados, municípios e regiões de todo território nacional.
	13	Portaria GM/MS n. 1.927	15/09/2004	Estabelece incentivo financeiro aos Estados e municípios, com Serviços de Atendimento Móvel de Urgência – Samu 192, para a adequação de áreas físicas das Centrais de Regulação Médica de Urgências.
	14	Portaria GM/MS n. 2.420	09/11/2004	Constitui Grupo Técnico – GT visando avaliar e recomendar estratégias de intervenção do Sistema Único de Saúde – SUS, para abordagem dos episódios de morte súbita.
	15	Portaria GM/MS n. 2.657	16/12/2004	Estabelece as atribuições das Centrais de Regulação Médica de Urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais de Regulação Médicas de Urgências – Samu 192.
	16	Portaria GM/MS n. 3.125.	07/12/2006	Institui o Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde – Programa QualiSUS e define as diretrizes de estruturação e organização da atenção à saúde nas urgências nos componentes pré-hospitalares fixos e hospitalar da Rede de Atenção às Urgências.
	17	Portaria SAS/MS n. 98	01/03/2007	Constitui, no âmbito da Secretaria de Atenção à Saúde, GT com a finalidade de apresentar proposta de Regulamentação do Programa de Qualificação da Atenção às Urgências.
	18	Portaria SAS/MS n. 491	09/09/2008	Institui a Câmara de Assessoramento Técnico à Coordenação Geral de Urgência e Emergência, do Departamento de Atenção Especializada, da Secretaria de Atenção à Saúde (CGUE/DAE/SAS/MS), para desenvolvimento de estudos, elaboração de descritivos técnicos e termos de referência, voltados aos editais de aquisição de itens relacionados ao Samu 192.
	19	Portaria GM/MS n. 2.922 (revogada)	02/12/2008	Estabelece as diretrizes para o fortalecimento e implementação do componente de organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências da Política Nacional de Atenção às Urgências, e define conceitos, atribuições e pré-requisitos para a implementação das UPA e SE em locais/ unidades estratégicas para a configuração dessas redes.
	20	Portaria GM/MS n. 2.970 (revogada)	08/12/2008	Institui as diretrizes técnicas e financeiras de fomento à regionalização da Rede Nacional Samu.
	21	Portaria GM/MS n. 2.971	08/12/2008	Institui o veículo motocicleta – motolância como integrante da frota de intervenção do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em toda a Rede Samu 192 e define critérios técnicos para sua utilização.
	22	Portaria GM/MS n. 2.972	09/12/2008	Orienta a continuidade do Programa QualiSUS

Fase III: 2011 e 2012				da Atenção Hospitalar de Urgência no SUS, priorizando a organização e a qualificação de redes loco-regionais de atenção integral às urgências.
	23	Portaria GM/MS n. 1.020 (revogada)	13/05/2009	Estabelece as diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo – UPA e SE – para a organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências.
	24	Portaria GM/MS n. 3.767	01/12/2010	Informa os municípios selecionados pelo Programa de Aceleração do Crescimento – PAC 2 a serem contemplados com Unidades de Pronto Atendimento – UPA 24h referente ao ano 2011.
	25	Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.443	09/06/2011	Aprova a conformação da Rede de Urgências e a Criação da Força Nacional de Saúde no SUS.
	26	Portaria GM/MS n. 1.600	07/07/2011	Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde.
	27	Portaria GM/MS n. 1.601 (revogada)	07/07/2011	Estabelece as diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências.
	28	Portaria GM/MS n. 2.026 (revogada)	24/08/2011	Aprova as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu 192) e sua Central de Regulação Médica das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências.
	29	Portaria GM/MS n. 2.029 (revogada)	24/08/2011	Institui a Atenção Domiciliar estabelecendo as normas para cadastramento e habilitação dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) e os valores do incentivo para o seu cadastramento.
	30	Portaria GM/MS n. 2.301 (revogada)	29/09/2011	Altera os artigos 35 e 40 da portaria GM/MS n. 2.026, de 24 de agosto de 2011, que aprova as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (Samu 192).
	31	Portaria GM/MS n. 2.338	03/10/2011	Estabelece as diretrizes e cria mecanismos para a implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências.
	32	Portaria GM/MS n. 2.395	11/10/2011	Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
	33	Portaria GM/MS n. 2.527	27/10/2011	Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
	34	Portaria GM/MS n. 2.648	07/11/2011	Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências em conformidade com a Política Nacional de Urgências.
35	Portaria GM/MS n. 2.649 (revogada)	07/11/2011	Altera e acresce dispositivos à portaria GM/MS n. 2026, de 24 de agosto de 2011, do Samu.	
36	Portaria GM/MS n. 2.820 (revogada)	28/11/2011	Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para o Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de	

			Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências.
37	Portaria GM/MS n. 2.821 (revogada)	28/11/2011	Dispõe sobre o incentivo financeiro de custeio para o Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências.
38	Portaria SAS/MS n. 804	28/11/2011	Identifica, no Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES), as Centrais de Regulação Médica das Urgências e as equipes de atendimento das unidades de suporte básico, suporte avançado, atendimento aéreo, ambulância, motolância e veículo de intervenção rápida
39	Portaria GM/MS n. 2.994	13/12/2011	Aprova a Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e o Protocolo de Síndromes Coronarianas Agudas (SCA), cria e altera procedimentos na Tabela de procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais do SUS.
40	Portaria SAS /MS n. 66, (vigente)	24/01/2012	Adéqua no Sistema de Informação Ambulatorial os procedimentos relacionados ao uso de Trombolíticos;
41	Portaria GM/MS n. 665	12/04/2012	Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Trombólise no Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do SUS, institui incentivo e aprova a Linha de Cuidados em AVC.
42	Portaria GM/MS n. 1.010	21/05/2012	Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (Samu 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências.
43	Portaria GM/MS n. 1.171	05/06/2012	Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção e ampliação no âmbito do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências.
44	Portaria GM/MS n. 1.172	05/06/2012	Dispõe sobre o incentivo financeiro de custeio para o Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências.
45	Portaria GM/MS n. 1.533	16/07/2012	Altera e acresce dispositivos à portaria n. 2.527 de 27 de outubro de 2011, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde.
46	Portaria GM/MS n. 1.663	06/08/2012	Dispõe sobre o Programa SOS Emergências, considerando a necessidade de institucionalização de um programa governamental voltado para os grandes estabelecimentos hospitalares que atendem as

				demandas mais complexas de atenção às urgências.
	47	Portaria GM/MS n. 2. 809	07/12/2012	Estabelece a organização dos cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às Redes Temáticas de Atenção no SUS.

**Quadro 2 – Relação dos Dispositivos Legais revogados e respectivas portarias que os revogaram– Período: 1998 a 2012**

N.	Ano revogação	Dispositivo Legal Revogado	Dispositivo Legal que revoga
1	1999	Portaria GM/MS n. 2. 925, de 09/06/1998	Revogada pela portaria n. 459, de 15 de abril de 1999
2	2001	Portaria GM/MS n. 824, de 01 de junho de 1999	Revogada pela portaria n. 814, de 01 de junho de 2001
3	2002	Portaria GM/MS n. 814, de 01 de junho de 2001	Revogada pela portaria n. 2.048, de 05 de novembro de 2002
4	2011	Portaria GM/MS n. 1.863, de 29 de setembro de 2003.	Revogada pela portaria n. 1.600, de 07 de julho de 2011
5	2012	Portaria GM/MS n. 1.864, de 29 de setembro de 2003	Revogada pela Portaria n. 2.026/2011, por sua vez a Portaria 2.026 foi revogada pela portaria 1.010/ 2012. Obs.: No site Saúde Legis consta como vigente.
6	2009	Portaria GM/MS n. 2.922, de 02 de dezembro de 2008	Revogada pela Portaria n. 1.020, de 13 de maio de 2009
7	2011	Portaria GM/MS n. 2.970, de 08 de dezembro de 2008	Revogada pela portaria n. 2.026, de 24 de agosto de 2011
8	2011	Portaria GM/MS n. 1.020, de 13 de maio de 2009	Revogada pela portaria n. 1.601, de 07 de julho de 2011.
9	2011	Portaria GM/MS n. 1.601, de 07 de julho de 2011	Revogada pela portaria 2.648, de 07 de novembro de 2011
10	2012	Portaria GM/MS n. 2.026, de 24 de agosto de 2011	Revogada pela portaria 1.010, de 21 de maio de 2012
11	2011	Portaria GM/MS n. 2.029, de 24 de agosto de 2011	Revogada pela portaria 2.529, de 19 de outubro de 2011
12	2012	Portaria GM/MS n. 2.301 de 29 de setembro de 2011	Revogada pela portaria n. 1.010, de 21 de maio de 2012
13	2012	Portaria GM/MS n. 2.649, de 07 de novembro de 2011 (	Revogada pela portaria 1.010, de 21 de maio de 2012
14	2012	Portaria GM/MS n. 2.820, de 28 de novembro de 2011	Revogada pela portaria 1.171, de 05 de junho de 2012
15	2012	Portaria GM/MS n. 2.821, de 28 de novembro de 2011	Revogada pela portaria 1.172, de 05 de junho de 2012

**Quadro 3 – Outros dispositivos legais relacionados ou que fazem interface com a Política Nacional de Atenção às Urgências– Período: 1998 a 2012**

N.	Dispositivo Legal	Data	Assunto
1	Resolução do Conselho Federal de Medicina n. 1.529	28/08/1998	Regulamenta o atendimento pré – hospitalar, atividade de médico regulador, a regulação

	Revogada		das urgências e requisitos mínimos dos profissionais no Brasil.
2	Portaria GM/MS n. 737	16/05/2001	Institui a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por acidentes e violências
3	Portaria GM/MS n. 344	19/02/2002	Aprova o “Projeto de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito – Mobilizando a Sociedade e Promovendo a Saúde” no âmbito do SUS.
4	Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) n.1. 671	29/07/2003	Dispõe sobre a normatização da atividade na área de urgência na fase pré-hospitalar a regulamentação do atendimento pré-hospitalar, caracterizando o pré hospitalar como serviço de atendimento móvel sob regulação médica
5	Portaria GM/MS n. 1.035	31/05/2004	Amplia o acesso à abordagem e tratamento do tabagismo para a rede de atenção básica e de média complexidade do SUS.
6	Portaria SAS/MS n.442	13/08/2004	Aprova o Plano para Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo no SUS e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dependência à Nicotina.
7	Portaria GM/MS n. 936	19/05/2004	Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação de Núcleos de Prevenção à Violência em estados e Municípios.
8	Portaria GM/MS n. 687	30/03/2006	Institui a Portaria Nacional de Promoção da Saúde
9	Portaria GM/MS n. 4.279	30/12/2010	Estabelece as diretrizes para a organização, os fundamentos conceituais e operativos ao processo de organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS.
10	Portaria GM/MS n. 1.459	24/06/2011	Institui a Rede Cegonha no SUS
11	Portaria GM/MS n. 2. 488	21/10/2011	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
12	Portaria GM/MS n. 3.088	23/12/ 2011	Institui a rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do SUS.
13	Portaria GM/MS N. 793	24/04/2012	Institui a Rede de cuidados à pessoa com deficiência no âmbito do SUS.

**Quadro 4 – Outros Documentos relacionados (Riscos e Agravos)- – Período: 1998 a 2012**

N.	Tema	Ano	Responsável
1	A vigilância e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde. Brasília. (1)	2005	Organização Pan-Americana da Saúde
2	Obesidade (2)	2006.	Cadernos de Atenção Básica, n. 12,

			Ministério da Saúde.
3	Prevenção Clínica de Doenças Cardiovascular, Cerebrovascular e Renal Crônica. (2)	2006	Cadernos de Atenção Básica, n. 14, Ministério da Saúde
4	Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde. (2)	2006	Cadernos de Atenção Básica, n. 15, Ministério da Saúde.
5	Diabetes Melitus. (2)	2006	Cadernos de Atenção Básica, n. 16, Ministério da Saúde.
6	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças por Inquérito Telefônico. (3)	2012.	Ministério em Saúde
7	Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. (2)	2012.	Ministério da Saúde

Notas: (1) Disponível em [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doencas\\_cronicas.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doencas_cronicas.pdf)

(2) Disponível em [www.saude.gov.br/dab](http://www.saude.gov.br/dab).

(3) Disponível em

[http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/Ago/22/vigitel\\_2011\\_final\\_0812.pdf](http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/Ago/22/vigitel_2011_final_0812.pdf)

No quadro 1 estão relacionados 47 dispositivos legais que foram publicados ao longo desse período, sendo 45 portarias, um decreto e uma resolução do Conselho Nacional de Saúde, salientando-se que 21 dessas portarias foram publicadas entre 2011 e 2012, ou seja, data posterior à redefinição da Política Nacional de Atenção às Urgências.

No quadro 2 estão relacionadas as quinze (15) portarias que foram revogadas nesse mesmo período e, no quadro 3, os treze (13) dispositivos legais relacionados à Política Nacional de Atenção Básica, à Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito e Violências, à Política Nacional de Promoção da Saúde e as portarias principais que instituíram as Redes Temáticas prioritárias em 2011, a partir da organização em redes de atenção à saúde, e que fazem interface com os componentes da rede de atenção às urgências. Foram também relacionadas duas resoluções do Conselho Federal de Medicina que regulamentam a atividade do médico regulador.

Finalmente, no quadro 4 estão relacionados sete documentos que tratam da prevenção das principais doenças crônicas e fatores de risco que impactam de forma significativa na organização das ações e serviços de atenção às urgências.

A análise destas normas evidencia que, em um contexto de aumento da demanda, sobrecarga de atendimentos nas portas hospitalares em consequência ao aumento de acidentes, violências e doenças crônicas e insuficiência da rede básica, a atenção às urgências no Brasil foi centrada na atenção hospitalar e, a partir da segunda metade da década de 90, na implantação das Centrais da Regulação Médica de Urgências e do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) nas grandes capitais, como linha auxiliar da porta hospitalar.

Essa atribuição, assumida em grande parte inicialmente pelos estados e grandes municípios, inspirados no modelo do Samu francês, que é uma referência para diversos países, foi desenvolvida nesse período por meio de um acordo de cooperação técnica da França com o Brasil.<sup>12</sup>

Ao se analisar a implementação da rede de urgências, podem ser identificadas três fases: a primeira, em que predomina a proposta de implantação de Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para o atendimento de Urgências e Emergências, com a proposta de Samu como serviço de atendimento pré-hospitalar; a segunda, centrada na implantação das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs 24hs); e a terceira, em que se discute as urgências inseridas numa rede de atenção, sintonizadas na política geral de conformação de redes, como uma das redes prioritárias. Essas fases serão melhor explicitadas a seguir.

## **Fase I**

1998 – 2008: Instituição e implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para atendimento às urgências e do Samu – itens de n. 01 a 19 do quadro I:

Nesta fase foi priorizada a organização do Samu, entendido como um serviço de atendimento pré-hospitalar, com o objetivo de organizar e regular a demanda de urgências através das

centrais, agilizando o atendimento e favorecendo a organização das portas de prontos socorros, assim como a organização dos leitos de retaguarda para as internações hospitalares, mediante classificação de acordo com a complexidade dos hospitais; também ocorreu aumento do valor dos procedimentos da tabela específicos para hospitais de urgências, incluindo hospitais de ensino e universitários.

Em 1998 o Ministério da Saúde (MS) tomou a iniciativa de criar um programa de implantação de Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências, com o objetivo de apoiar financeiramente os serviços de atendimento às urgências, reconhecendo a carência desses serviços de atendimento nos grandes centros urbanos. Em 1999, com a finalidade de dar prosseguimento ao programa, o MS estabelece um valor adicional aos procedimentos de internação hospitalar de urgência, segundo o nível de complexidade dos hospitais.

Entre 1999 e 2002 é priorizada, na agenda do MS, a formulação de normas de atendimento pré-hospitalar móvel, com a participação do Conselho Federal de Medicina e de profissionais que atuavam na área da regulação e do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu). A partir de 2001 as considerações sobre a necessidade de implantação de uma Política Nacional de Atenção às Urgências são levadas em conta nas portarias e norteadas pelas Normas Operacionais Básicas (Noas 01/2001 e 01/2002<sup>13,14</sup>) e pela organização de sistemas regionalizados. A principal delas, a portaria n. 2.048, publicada em 2002, proporcionou as bases para a instituição da política vigente.

Também em 2001, foi instituída a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, que norteia as ações que se relacionem com o tema objeto deste trabalho, sob a coordenação da Secretaria de Políticas de Saúde/MS. No ano seguinte, foi lançado o projeto de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito, cujo objetivo é mobilizar a sociedade e desenvolver ações de promoção da saúde, compreendendo os

acidentes de trânsito como importante problema de saúde pública no país. Foi criada uma Comissão Técnica de Acompanhamento do Projeto, coordenada pela Secretaria de Políticas de Saúde/MS, composta por representantes de diversas áreas do MS e com a responsabilidade de assessoria, planejamento, avaliação das ações dos estados e municípios.

Em continuidade, a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) foi instituída mediante pactuação tripartite em 2003. A proposta foi elaborada por profissionais do MS e entidades que agregavam profissionais da área de urgências. Destacou-se nessa formulação a Rede Brasileira de Cooperação em Emergências (RBCE), que havia se reunido em Goiânia em 2000, e que apresentou a proposta “Bases para uma Política Nacional de Atenção às Urgências” ao Ministério da Saúde<sup>15</sup>. A partir de então, a RBCE compôs o grupo de trabalho, designando um profissional para representar especificamente a área de urgências no MS, inexistente até então. A RBCE havia sido criada em 1995, quando da inauguração do Samu de Porto Alegre, por profissionais que atuavam na área de urgências, e tinha como objetivo formular propostas e debater as questões relacionadas à organização do atendimento às urgências do SUS, buscando influenciar os espaços de decisão sobre o tema Federal, dos Estados e Municípios.

Em 2003, o tema *atenção às urgências* esteve presente na agenda da CIT em diversas ocasiões: em maio foi discutida e aprovada nesse âmbito a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), com as principais diretrizes para a organização da atenção em âmbito regional e estabelecendo o papel de regulação dos estados e municípios. Em agosto, ocorreu a pactuação para o início da implantação do Serviço de Atendimento Móvel 192 (Samu 192) e das Centrais de Regulação de Urgências (Central 192), que passaram a receber recursos compartilhados entre estados e municípios: caberia à união 50% do valor estimado desses custos e o restante ficaria sob a responsabilidade de estados e municípios, por decisão das Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e obedecidos os seguintes critérios de prioridade:

municípios em gestão plena de sistema e identificados no Plano Diretor de Regionalização segundo a Noas; e deveriam ter serviço de urgência implantado conforme a portaria 2.048/2002, que aprovou o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência.

Em outubro desse mesmo ano foi criado o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências, com representação das diversas instâncias do SUS, de outros ministérios e de várias entidades ligadas à saúde. E em novembro foi apresentado na CIT um balanço do processo de implantação das propostas referentes à 1ª fase do componente Samu com a cobertura de 1.463 municípios e representando cerca de 60 milhões de habitantes. Também ocorreu a publicação da portaria que autorizou o custeio da rede Samu 192 em São Paulo, Recife, Aracajú, Porto Alegre, Belo Horizonte e Fortaleza, concluindo o ano com 77,57% do programado do projeto Samu nesse período (informação constante nos relatórios das reuniões da CIT de maio, agosto, outubro e novembro de 2003).

Em abril de 2004, o Ministro da Saúde fez um balanço na CIT do que foi realizado em 2003 e destacou a importância das ações de implantação do Samu 192, com meta de implantação em 1.700 municípios e aquisição de 1.480 ambulâncias em 2004, além da instalação de 152 Centrais de Regulação nesse mesmo ano. Nesta ocasião foi assinado o decreto n. 5.055 que instituiu o Samu nacionalmente, assim como foram assinados diversos protocolos com a Polícia Rodoviária Federal, assim como com o Ministério da Defesa, para a realização de trabalhos em conjunto com a Marinha e a Aeronáutica.

No mês de junho, foi realizado em Aracaju um seminário com as equipes de Samu e de Saúde Mental com a finalidade de apresentar um projeto integrado de atenção às urgências na área de saúde mental. E também em 2004 foi publicada a portaria que dispôs sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, a portaria GM/MS n. 936/2004, com o objetivo de articular as ações do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Área Técnica de Prevenção da Violência e Causas Externas, da Secretaria de

Atenção à Saúde (DAPES/SAS/MS), com os núcleos de prevenção à violência de estados e municípios.

Com relação à organização do componente hospitalar da rede de urgências, o processo foi dificultado pela crise dos hospitais, principalmente os filantrópicos, agravada pela situação financeira dessas instituições, seu perfil assistencial e de gestão inadequados e seu fraco processo de inserção local regional, o que contribuiu para a baixa inserção desse componente na rede de urgências, apesar do governo federal ter alocado recursos financeiros com regras de contratualização. Foi longo o período para sua efetivação, com resultados aquém dos esperados. Por outro lado a extensa rede de Hospitais de Pequeno Porte (HPP) com menos de 50 leitos existente no país, 3.297 em 2012 (levantamento realizado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde em novembro de 2012), não absorveu parte dessa demanda, apesar do incentivo financeiro do MS para a adesão ao Programa de Hospitais de Pequeno Porte instituído por portaria.

Infelizmente, há poucos documentos relevantes sobre a implantação da política nesta fase, marcada pela priorização da expansão do Samu.

No final de 2006, por meio da portaria n. 3.125, foi instituído o Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência – Programa QualiSUS – que definiu as diretrizes para a estruturação e organização da atenção às urgências nos componentes pré-hospitalar fixo (incluindo a rede básica) e hospitalar da RAU. A partir de então, o QualiSUS vem destinando recursos para a qualificação dos hospitais que possuam portas de atendimento às urgências e Samu 192 implantados regionalmente. Também em 2006 foi pactuada a Política Nacional de Promoção da Saúde, sob a coordenação da Secretaria de Vigilância de Saúde (SVS) e foram publicados os Cadernos de Atenção Básica com diversos temas referentes a riscos e agravos relacionadas às doenças crônicas como obesidade, doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, hipertensão arterial sistêmica e diabetes melitus.

## **Fase II**

2008 – 2010: Implantação das UPAs – itens de n. 20 a 25 do Quadro I:

Continuidade do processo de implantação do Samu e priorização da implantação do componente fixo pré-hospitalar UPA, que é um serviço intermediário entre os de atenção básica e os hospitais, implantado estrategicamente em locais com Samu regionais; também inclui suporte a essas UPAs e local de estabilização prévio à transferência para hospitais.

Em 2008 foi apresentado na CIT de novembro um conjunto de portarias, retomando-se a discussão do Samu 192 na lógica de redes assistenciais regionais e levando em consideração parâmetros de tempo-resposta, e não os parâmetros de quantitativos populacionais; também foram redefinidos os valores de custeio para Centrais de Regulação regionais, a serem compartilhados entre estados e municípios. Além de restabelecer a discussão desse componente nos espaços tripartite, foram pactuadas a implantação das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs 24h), com leitos de observação e funcionando 24 horas como estruturas intermediárias entre a atenção básica e hospitalar, e Salas de Estabilização (SE) instaladas em unidades de saúde localizadas em zona rural ou em municípios com grande extensão territorial e com isolamento geográfico de comunidades.

Foram destinados ainda recursos de investimento para a construção de novas unidades, de acordo com porte estabelecido nessa portaria, e para a adequação de unidades de pronto atendimento 24h já existentes. Além disso, foram definidos recursos de custeio mensal repassados pelo MS, com condições para a suspensão de quaisquer pagamentos relativos à produção de serviços da unidade contemplada; o custeio seria compartilhado entre estados e municípios, recolocada também a necessidade de retomar a discussão do componente hospitalar. Também nessa ocasião foi instituído o veículo motocicleta como integrante da frota do Samu 192 (Relatório da CIT de novembro de 2008).

As portarias de fomento à regionalização do Samu 192 e à criação das UPAs foram revogadas e novas diretrizes foram estabelecidas para as UPA na portaria 1.020, de maio de 2009, que não contempla a disponibilização de recursos para a readequação das UPAS já existentes. Para 2009 foram propostas 250 novas UPA e mais 250 em 2010, sendo selecionadas efetivamente 139 unidades em 2010. Em 2011 havia 109 UPA em funcionamento e 487 em execução, conforme relatório de 2011 do Departamento de Atenção Especializada (DAE/SAS) do MS (segundo Nota Técnica do Departamento de Atenção Especializada (DAE/SAS/MS), de 19/05/ 2011, apresentada na Câmara Técnica da CIT). Até o final de 2010 esta fase esteve voltada para a expansão das unidades de Pronto Atendimento 24h, a despeito das demandas da CIT sobre a necessidade de inserir na discussão a Rede de Atenção à Saúde e o papel da Atenção Primária.

### **Fase III**

2011 – 2012: redefinição da política e pactuação tripartite dos componentes da Rede de atenção às urgências (RAU) – itens de n. 26 a 47 do quadro I:

A partir de 2011 até o momento atual (dezembro de 2012) ocorreu intensificação das discussões na agenda tripartite, com pactuação sobre a redefinição da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) e dos componentes específicos.

Em 2011, o tema redes de atenção foi retomado pelos gestores, em função do avanço alcançado pelo alinhamento conceitual expresso no documento: Diretrizes Gerais sobre a organização da Rede de Atenção no SUS, publicado em dezembro de 2010; também houve aceleração nas discussões das redes temáticas com os gestores, principalmente as redes prioritárias, entre as quais a Rede de Atenção às Urgências. Com isso, iniciou-se um novo processo de discussão e pactuação de redes temáticas e da rede de atenção às urgências em particular, seguida de novas portarias por componentes específicos que constituem a atual Rede de Atenção às Urgências.

Também naquele ano foi pactuada na CIT a redefinição da RAU: em conformidade com os princípios e diretrizes das redes de atenção, esta é constituída por todo um conjunto de componentes e operacionalizada segundo as fases de: adesão; desenho regional da rede e elaboração do Plano de Ação Regional; contratualização dos pontos de atenção; qualificação dos componentes; e certificação da rede. O acolhimento com classificação do risco, a qualidade e a resolutividade na atenção constituem a base do processo e dos fluxos assistenciais de toda e qualquer Rede de Atenção às Urgências e devem ser requisitos de todos os pontos de atenção. Todavia, a partir da portaria 1.600, foram realizadas revisões das normas anteriores a 2011 dos seguintes componentes:

- Samu192 e Central de Regulação de Urgências, com custeio diferenciado para a Região Amazônica (+30%) (Portaria GM/MS n. 1.010/2012);
- UPA, mantido o processo de expansão de novas UPAs e retomado a definição do custeio mensal para as UPAs reformadas anteriores à regulamentação (Portarias GM/MS n. 2.648/2011 e GM/MS n. 1.172/2012);
- Sala de Estabilização: instalação da SE em serviços de saúde, públicos ou filantrópicos, preferencialmente em Hospitais de Pequeno Porte, habilitados ou não, com até 30 leitos e fora da área de abrangência de UPA 24 horas, podendo também ser instalada em outras unidades como Unidade Básica de Saúde (UBS) e Unidade Mista, desde que garantidas as condições para seu funcionamento integral por 24 horas em todos os dias da semana (Portaria GM/MS n. 2.338/2011);
- Atenção Domiciliar, uma nova modalidade de atenção, estabelecendo as normas para os Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), tendo a Atenção Básica como ordenadora do cuidado e da ação territorial (Portaria GM/MS n. 1.533/2012);
- Hospitais que são parte integrante da rede de urgências foram reclassificados segundo o nível de complexidade, e foi redefinido o financiamento segundo: a organização da porta de

entrada e a disponibilidade de novos leitos de retaguarda; também previu a ampliação de novos leitos de UTI e de leitos para cuidados prolongados organizados em hospitais gerais ou especializados, voltados para as linhas de cuidados prioritárias (Infarto Agudo do Miocárdio, Acidente Vascular Cerebral e Traumas), induzindo-a por meio de incentivos de custeio e investimentos. Preliminarmente foram selecionados 11 hospitais localizados em áreas metropolitanas com demandas mais complexas de atenção às urgências para participação do Programa SOS Emergências (Portarias GM/MS n. 2.395/2012 e GM/MS n. 1.663/2011)

## **DISCUSSÃO**

Esta revisão do percurso da implantação da Política de Atenção Urgências se propõe a trazer subsídios para a definição da futura trajetória, uma vez que permitiu observar seus muitos pontos positivos, assim como detectar algumas lacunas, que são decorrentes da fragmentação persistente na organização do SUS. O grande esforço do Ministério da Saúde no sentido da construção das redes prioritárias evidencia-se nos vários documentos produzidos para discussão e pactuações, além das publicações sobre a atenção às urgências; também há grande engajamento dos gestores estaduais e municipais, patente na intensidade das discussões na CIT e pelos compromissos assumidos nessa instância.

Um problema de base para a estruturação da RAU é que o modelo de atenção existente é fortemente contrário a organização das redes de atenção, pois, conforme descrito na portaria 4.279, de 2010<sup>16</sup>:

“o modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento da RAS, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definido em

função da visão prevalente da saúde, das situações demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade.

O modelo de atenção definido na regulamentação do SUS preconiza uma contraposição ao modelo atual, que é centrado na doença e em especial no atendimento à demanda espontânea e na agudização das condições crônicas. Aponta para a necessidade de uma organização que construa a intersetorialidade para a promoção da saúde, contemple a integralidade dos saberes com o fortalecimento do apoio matricial, considere as vulnerabilidades de grupos ou populações e suas necessidades, fortalecendo as ações sobre as condições crônicas.

A diferença entre RAS baseada na APS e a rede de urgências e emergências está no papel da APS. Na rede de atenção às condições crônicas, ela funciona como centro de comunicação, mas na rede de atenção às urgências e emergências ela é um dos pontos de atenção, sem cumprir papel de coordenação dos fluxos e contrafluxos dessa Rede. Um dos problemas contemporâneos centrais da crise dos modelos de atenção à saúde consiste no enfrentamento das condições crônicas na mesma lógica das condições agudas, ou seja, por meio de tecnologias destinadas a responder aos momentos agudos dos agravos – normalmente momentos de agudização das condições crônicas, autopercebidos pelas pessoas – através da atenção à demanda espontânea, principalmente, em unidades de pronto atendimento ou de internações hospitalares de urgência ou emergência. Isto é desconhecer a necessidade imperiosa de uma atenção contínua nos momentos silenciosos dos agravos, quando as condições crônicas insidiosamente evoluem (anexo da portaria 4.279/2010). Portanto, para a implantação da RAS, é necessária uma mudança no atual modelo de atenção hegemônico no SUS, ou seja, esta proposta exige uma intervenção concomitante sobre as condições agudas e crônicas<sup>8</sup>.

O Programa Governamental SOS Emergências, criado pela portaria GM/MS n. 1663/2012, priorizou a ampliação e qualificação das portas de entrada dos maiores hospitalares públicos

ou sem fins lucrativos que atendem urgências do país, selecionados pelos gestores; flexibilizou a exigência de apresentação do Plano de Ação Regional (PAR) e foi pactuado nos espaços bipartites inicialmente. Embora justo e necessário, esse processo ocorreu desvinculado da organização da rede de atenção, o que pode favorecer distorções ou descomprometimento na governança da rede de atenção às urgências, por se tratar de uma proposta isolada de um contexto de rede.

Outra fonte potencial de problemas são as possíveis consequências advindas de portarias que são revogadas e republicadas, como mostra o quadro II, o que dificulta o entendimento das gestões estaduais e municipais e afeta a governança da rede, ocasionando atrasos nos processos de pactuação bipartite e consequentemente na implantação desses componentes.

## **CONCLUSÕES**

Este trabalho de revisão da Política Nacional de Atenção às Urgências é oportuno porque este é um momento de reorientação da política de atenção às urgências no SUS. Evidencia que é necessário avaliar em profundidade a implementação dessa política no momento atual, para apontar novos rumos e corrigir distorções ainda existentes e decorrentes de vários problemas, como o desfinanciamento do SUS, a falta de qualificação da força de trabalho para o exercício dessas funções, os problemas de gestão dos serviços e sistemas e a inadequação dos serviços, entre outros.

Embora haja experiências pontuais exitosas de implantação da rede de urgências no país, em particular a partir da implantação do Samu 192, reconhecidamente pertinente no país e que é um observatório privilegiado das condições de saúde nos territórios em que se situam, fica

evidente que estes, isoladamente, não têm potência para induzir a organização dos demais componentes da rede.

Fica evidente também que a atenção primária precisa ser qualificada para atender às doenças agudas de baixa gravidade, assim como a necessidade de implantação do acolhimento com classificação de risco, que seria a base da PNAU nesse contexto. As chamadas para o Samu 192 e as portas de urgência dos hospitais se manterão em alta, caso o SUS não enfrente os dilemas da fragmentação das ações e de serviços desconectados das redes.

Finalmente, ainda que a prevenção de agravos e promoção da saúde tenham ganho visibilidade nesta última década no MS, estas áreas ainda estão interagindo pouco com o restante do sistema de saúde e, quiçá, o diálogo pudesse ser potencializado caso conseguissem se articular melhor na rede, por meio da atenção básica.

## REFERÊNCIAS

1. SCHRAMM JMA. et al. Transição Epidemiológica e o estudo da carga de doenças no Brasil. *Rev C S Col.* 2004;9(4):897-908.
2. CHAIMOWICZ F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev Saúde Pública.* 1997;31(2):184-200.
3. BITTENCOURT JR, HORTALE VA. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. *Cad. Saúde Publ.* 2009;25(7):1.439-54.
4. O'DWYER G. A gestão da atenção às urgências e o protagonismo federal. *Rev C S Col.* 2010;15(5): 2395-404.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Regulação Médica das Urgências. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 126 p.
6. BRASIL. Decreto n. 7.508, de 28/6/2011. Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. *DOU* de 29/06/2011.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 841, de 2/5/2012. Relação Nominal de Ações e Serviços de Saúde (RENASES). *DOU* de 3/5/2012, Seção 1, p. 2.
8. MENDES EM. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009. 848 p.
9. MENDES EM. As redes de atenção à saúde. *Rev C S Col.* 2010;15(5): 2297-305.
10. MENDES EM. As Redes de Atenção à Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011. 549 p.
11. CONTANDRIOPOULOS AP, CHAMPAGNE F, DENIS JL, PINEAULT R, 1997. A avaliação na área de saúde: Conceitos e métodos. In: *Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à*

- Prática na Análise da Implantação de Programas (Z. M. A. Hartz, org.), p. 29-47, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
12. ALMOYNA MM, NITSCHKE CS. Regulação médica dos serviços de atendimento médico de urgência. Samu, 1999. [acesso em 2013 Jan 15]. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/samu>.
  13. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 95 de 25/1/2001. Norma Operacional Básica da Assistência à Saúde SUS (Noas – SUS) n. 01/2001. DOU de 29/1/2001, Seção I, p. 23
  14. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 373, 27/2/2002 – Norma Operacional Básica da Assistência à Saúde/SUS (Noas – SUS) n. 01/2002. DOU de 28/2/2002, Seção I, p. 52
  15. REDE BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO EM EMERGÊNCIAS (RBCE) – IV Congresso da Internacional, Goiânia, 2000. [acesso em 2013 Jan 13]. Disponível em: [www.rbce.org.br](http://www.rbce.org.br).
  16. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 4.279, de 30/12/2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). DOU de 31/12/2010, Seção I, p. 88.

EMR Dourado trabalhou na concepção, levantamento de dados, redação do trabalho.

D Rattner trabalhou na concepção, redação e revisão das versões intermediárias.

AJC Cardoso fez a revisão final.

## **RESULTADOS - II**

### **MATRIZ DO DESENHO REGIONAL DA REDE**

## Quadro 1 – Componentes e ações e serviços da rede de atenção às urgências

### Doença traçadora – infarto agudo do miocárdio (IAM)

COMPONENTE DA REDE	NÍVEL DE ATENÇÃO							
	Atenção Básica			Atenção Secundária				Atenção Terciária
	Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde	Atenção Básica em Saúde (ABS) – UBS, ESF e NASF	Atenção Domiciliar – Coordenado pela Atenção Básica	Ambulatório de Especialidades (AE) (1)	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu 192)	Unidade de Pronto Atendimento– UPA e Serviços de Urgência 24 horas	Hospital Geral com Pronto Socorro com classificação de risco	Hospital Especializado em Urgência (Tipos I e II) com Pronto Socorro com classificação de risco
AÇÕES E SERVIÇOS DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS	1. Ações de promoção e prevenção de riscos (Política de Promoção da Saúde) –	1. Primeiro Cuidado as Urgências com classificação de risco	1. Atenção domiciliar com equipe multiprofissional de atenção domiciliar (EMAD)	1. Acompanhamento Cardiológico	1. Atendimento Móvel de Urgência e emergência	1. Atendimento de Urgência e emergência com classificação de risco	1. Atenção Cardiovascular de Média Complexidade	1. Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade em Cardiologia com Hemodinâmica 24h
	2. Ações intersetoriais de educação em saúde	2. Suporte para diagnóstico por Telemedicina	2. Atenção Domiciliar pós-alta hospitalar	2. Acompanhamento em Endocrinologia	2. Suporte para diagnóstico por Telemedicina	2. Suporte para diagnóstico por Telemedicina	2. Suporte para diagnóstico por Telemedicina	2. Internação em UTI / Unidade Coronariana (UCO)
	3. Participação social	3. Controle e monitoramento da Hipertensão; Diabetes; Obesidade; Tabagismo.		3. Controle e monitoramento da Hipertensão; Diabetes; Obesidade; Tabagismo.	3. Realização de reperfusão arterial no IAM com trombolítico Tenecteplase (TNK)	3. Realização de reperfusão arterial no IAM com trombolítico Tenecteplase (TNK)	3. Realização de reperfusão arterial no IAM com trombolítico Tenecteplase ou Alteplase	3. Realização de Angioplastia Primária
	4. Academia da Saúde	4. Acompanhamento pós-alta hospitalar		4. Acompanhamento pós-alta hospitalar			4. Enfermarias de Retaguarda + Unidades de Cuidados	4. Realização de reperfusão arterial no IAM com trombolítico Tenecteplase ou Alteplase.
				5. Fisioterapia de reabilitação.			5. Acompanhamento pós-alta hospitalar	5. Unidade de Cuidados Prologados (UCP)
							6. Serviço de Atenção Domiciliar	6. Acompanhamento pós-alta hospitalar e SAD
	REGULAÇÃO ←————→				REGULAÇÃO			
	(1) A Portaria GM/MS 1600, de 2011, não menciona o AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE como componente da rede							
DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO (SADT)		Exames laboratoriais e diagnósticos		Exames laboratoriais e diagnósticos	Exames laboratoriais e diagnósticos	Exames laboratoriais e diagnósticos	Troponina I (TNI) e T (TNT), Creatinofosfoquinase	Troponina I (TNI) e T (TNT), Creatinofosfoquinase, Hemodinâmica 24h

**Quadro 2 – Desenho da estrutura operacional da rede de urgências  
Doença traçadora – infarto agudo do miocárdio (IAM)**

SISTEMAS		NÍVEL DE ATENÇÃO		
		Atenção Básica	Atenção Secundária	Atenção Terciária
SISTEMA DE APOIO	Diagnóstico e Terapêutico (SADT)	Assegurar o acesso a exames laboratoriais e diagnósticos necessários a promoção, prevenção do IAM		
	Assistência Farmacêutica	Assegurar o acesso aos medicamentos necessários ao tratamento de riscos e agravos relacionados ao IAM		
	Informação em Saúde	Sistemas de Informação que permitam identificar os riscos e agravos na população		
SISTEMA LOGÍSTICO	Cartão de Identificação	Possibilita o acompanhamento dos usuários para acesso aos diversos níveis de atenção.		
	Prontuário	Preferencialmente informatizado possibilitando o acompanhamento dos usuários em todos os níveis de atenção.		
	Transporte em Saúde	Possibilita o acesso dos usuários aos pontos de atenção da rede de urgência e aos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico.		
SISTEMA DE GOVERNANÇA	Sistema Gerencial	Comissão Intergestores Regionais (CIR) , Comitês Gestores das Redes Regionais de Atenção às Urgências, sob coordenação estadual		
	Financiamento	Recursos Financeiros compartilhados entre os gestores para a Rede de Atenção às Urgências		

**Quadro 3 – Componentes e ações/serviços da rede de atenção básica nas urgências  
Doença traçadora: infarto agudo do miocárdio (IAM)**

	NÍVEL DE ATENÇÃO		
	Atenção Básica		
COMPONENTE DA REDE	Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde	Atenção Básica em Saúde (ABS) – UBS, ESF e NASF	Atenção Domiciliar – Coordenado pela Atenção Básica
<b>AÇÕES E SERVIÇOS DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS</b>	1. Ações de promoção e prevenção de riscos (Política de Promoção da Saúde) –	1. Primeiro Cuidado as Urgências com classificação de risco	1. Atenção domiciliar com equipe multiprofissional de atenção domiciliar (EMAD)
	2. Ações intersetoriais de educação em saúde	2. Suporte para diagnóstico por Telemedicina	2. Atenção Domiciliar pós-alta hospitalar
	3. Participação social	3. Controle e monitoramento da Hipertensão; Diabetes; Obesidade; Tabagismo.	
	4. Academia da Saúde	4. Acompanhamento pós-alta hospitalar	
<b>SISTEMA DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO (SADT)</b>		Exames laboratoriais e diagnósticos	

**Quadro 4 – Componentes e ações/serviços da rede de atenção secundária nas urgências  
Doença traçadora: infarto agudo do miocárdio (IAM)**

NÍVEL DE ATENÇÃO	Atenção Secundária			
<b>COMPONENTE DA REDE</b>	Ambulatório de Especialidades (AE) (1)	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu 192)	Unidade de Pronto Atendimento– UPA e Serviços de Urgência 24 horas	Hospital Geral com Pronto Socorro
<b>AÇÕES E SERVIÇOS DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS</b>	1. Acompanhamento Cardiológico	1. Atendimento Móvel de Urgência e emergência	1. Atendimento de urgência e emergência com classificação de risco	1. Atenção Cardiovascular de Media Complexidade
	2. Acompanhamento em Endocrinologia	2. Suporte para diagnóstico por Telemedicina	2. Suporte para diagnóstico por Telemedicina	2. Suporte para diagnóstico por Telemedicina
	3. Controle e monitoramento da Hipertensão; Diabetes; Obesidade; Tabagismo.	3. Realização de reperfusão arterial no IAM com trombolítico Tenecteplase (TNK)	3. Realização de reperfusão arterial no IAM com trombolítico Tenecteplase (TNK)	3. Realização de reperfusão arterial no IAM com trombolítico Tenecteplase ou Alteplase
	4. Acompanhamento pós-alta hospitalar			4. Enfermarias de Retaguarda + Unidades de Cuidados Prolongados
	4. Fisioterapia de reabilitação.			5. Acompanhamento pós-alta hospitalar
				6. Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)
<b>SISTEMA DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO (SADT)</b>	Exames laboratoriais e diagnósticos	Exames laboratoriais e diagnósticos	Exames laboratoriais e diagnósticos	Troponina I (TNI) e T (TNT), Creatinofosfoquinase, ECG, Hemodinâmica

(1) A Portaria GM/MS 1600, de 2011, não menciona o AE como componente da rede

**Quadro 5 – Componentes e ações/serviços da rede de atenção terciária nas urgências  
Doença traçadora: infarto agudo do miocárdio (IAM)**

NÍVEL DE ATENÇÃO	Atenção Terciária
<b>COMPONENTE DA REDE</b>	Hospital Especializado em Urgência (Tipos I e II) com Pronto Socorro
<b>AÇÕES E SERVIÇOS DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS</b>	1. Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade em Cardiologia
	2. Internação em UTI / Unidade Coronariana (UCO)
	3. Realização de Angioplastia Primária
	4. Realização de reperfusão arterial no IAM com trombolítico Tenecteplase ou Alteplase.
	5. Unidade de Cuidados Prolongados(UCP)
	6. Acompanhamento pós-alta hospitalar e SAD
<b>SISTEMA DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO (SADT)</b>	Troponina I (TNI) e T (TNT), Creatinofosfoquinase, ECG, Hemodinâmica 24h

## **RESULTADOS III - A**

**QUESTIONÁRIOS PARA A GESTÃO ESTADUAL**

**PESQUISA: AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS  
URGÊNCIAS EM REGIÃO DE SAÚDE**

**Profissional: Gestor Estadual**

Data da Entrevista: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_

Endereço:

\_\_\_\_\_

Telefone: ( ) \_\_\_\_\_

Este questionário faz parte de uma pesquisa sobre a implantação da Rede de Atenção às Urgências na Região de Saúde. Sua participação é muito importante para que possamos saber como está funcionando a rede de atenção às urgências na Região de Saúde do Estado.

Suas respostas serão mantidas em sigilo. Ao final do questionário encontra-se o Termo de Consentimento e Livre e Esclarecido que informa sobre os objetivos da pesquisa e que deverá ser assinado caso você concorde em participar da pesquisa.

Agradecemos antecipadamente e solicitamos que todas as questões sejam respondidas.

**PESQUISA: AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS  
URGÊNCIAS EM REGIÃO DE SAÚDE**

**Perfil e Formação Profissional:**

Sexo:

( ) Feminino ( ) Masculino

Faixa etária:

( ) De 20 a 30 anos.

( ) De 31 a 40 anos.

( ) De 41 a 50 anos.

( ) De 51 a 60 anos.

( ) Mais de 60 anos.

Graduação em \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_

Nome da Faculdade \_\_\_\_\_ Pública ( ) Privada ( )

Especialização: Não ( ) Sim ( ) Especifique \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_

Mestrado: Não ( ) Sim ( ) Ano \_\_\_\_\_

Doutorado: Não ( ) Sim ( ) Ano \_\_\_\_\_

Há quanto tempo é Gestor (anos e meses) \_\_\_\_\_

**PESQUISA: AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS  
URGÊNCIAS EM REGIÃO DE SAÚDE**

**Roteiro de Entrevista: Gestor estadual**

1 – Considerando o processo de institucionalização da Política de Atenção às Urgências a partir de 2003, como se deu a implantação dos componentes (pré-hospitalar fixo, pré-hospitalar móvel, hospitalar e pós-hospitalar) da rede de atenção às urgências no estado?

---

---

---

---

---

2 – Quantas Regiões de Saúde estão criadas no estado? \_\_\_\_\_

3 – Existe uma Política Estadual de Atenção às Urgências instituída no estado?

Não ( )      Sim ( )

**Operacionalização da Rede de Atenção às Urgências:**

4 – Conhece as normas federais vigentes que instituíram a Rede de Atenção às Urgências (RAU) no SUS? (portaria 1600/2011 e portarias específicas dos componentes da Rede de Atenção às Urgências)?

Não ( )      Sim ( )

### Fase I de Adesão e Diagnóstico:

5 – Qual a Região inicial aprovada para a implementação da Rede de Atenção às Urgências? \_\_\_\_\_

6 – Um elemento importante na redefinição da nova Política de Atenção às Urgências é a constituição do Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção às Urgências\* com a participação da CIB. Este foi instituído

( ) Não ( ) Sim, data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\* O Grupo Condutor da Rede de Atenção às Urgências no Distrito Federal será composto pela Secretaria de Saúde e pela CGSES/DF, com apoio institucional do Ministério da Saúde.

7 – Se sim, qual a composição do Grupo Condutor Estadual:

( ) SES

( ) Cosems

( ) Apoio Institucional do MS, quem \_\_\_\_\_

( ) Outro. Quem? \_\_\_\_\_

8 – Houve publicação oficial do Grupo Condutor Estadual:

Não ( ) Sim ( ) Se sim, qual o ato formal e a data:

Resolução n. \_\_\_\_\_ data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Portaria n. \_\_\_\_\_ data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Norma n. \_\_\_\_\_ data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Outro: \_\_\_\_\_ data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

9 – Como tem sido a atuação do Grupo Condutor Estadual (entrevistador: essas atribuições são: mobilizar os dirigentes políticos em cada fase, apoiar na organização dos processos de trabalho para a implantação da rede, identificar

e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase, monitorar e avaliar o processo de implantação da rede, etc.)

---

---

---

---

---

**Fase II de Desenho Regional da Rede e Plano de Ação Regional (CIR,  
CGSES/DF e CIB)**

10 – Como foram dimensionadas as necessidades de atendimento às urgências no nível estadual?

---

---

---

---

---

11 – Há municípios que apresentaram propostas isoladas para componentes da rede?

Não  Sim. Se sim, N. de municípios \_\_\_\_\_

12 – As informações dos municípios foram consolidadas em diagnósticos regionais? :

Não  Sim

13 – Se sim, qual a área / setor responsável pela consolidação?

---

14 – Esses diagnósticos consolidados foram aprovados na CIR, CGSES/DF e CIB?

( ) Não ( ) Sim

Neste estado estaremos estudando a organização da rede de urgências da Região Metropolitana de \_\_\_\_\_

15 – Quantos municípios a compõem? \_\_\_\_\_

As próximas perguntas se referem a essa região.

16 – O Desenho Regional dessa Rede e o Plano de Ação Regional (PAR) de Atenção às Urgências foram elaborados e pactuados na CIR/ CGSES/DF, e CIB?

( ) Não ( ) Sim, data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Se sim, poderia fornecer uma cópia (pode ser eletrônica)?

17 – Quantas oficinas foram realizadas para a elaboração do Desenho da Rede e Plano de Ação Regional (PAR)

n. \_\_\_\_\_

18 – Participaram das oficinas os representantes:

- ( ) CIR da Região Metropolitana
- ( ) Grupo Condutor Estadual
- ( ) Todas as Secretarias Municipais Envolvidas
- ( ) Apenas \_\_\_\_\_ Secretarias Municipais
- ( ) Representantes das áreas técnicas da SES

- ( ) Representantes das áreas técnicas dos Municípios
- ( ) Apoiadores do Ministério da Saúde
- ( ) Comitê Gestor Estadual da Rede de Atenção às Urgências
  
- ( ) Outras: \_\_\_\_\_

### Fase III: Contratualização dos Pontos de Atenção

19 – Como está constituída a Governança da Rede na Região de Saúde selecionada?

---

---

---

---

---

**PESQUISA: AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS  
URGÊNCIAS EM REGIÃO DE SAÚDE**

**Profissional: Coordenador Estadual de  
Atenção Básica**

1. Data da Entrevista: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
2. Entrevistador: \_\_\_\_\_
3. Município: \_\_\_\_\_
4. UF: \_\_\_\_\_
5. Endereço:  
\_\_\_\_\_
6. Telefone: (    ) \_\_\_\_\_

Este questionário faz parte de uma pesquisa sobre a implantação da Rede de Atenção às Urgências na Região de Saúde Sua participação é muito importante para que possamos saber como está funcionando a rede de atenção às urgências na Região de Saúde.

Suas respostas serão mantidas em sigilo. Ao final do questionário encontra-se o Termo de Consentimento e Livre esclarecido que informa sobre os objetivos da pesquisa e que deverá ser assinado caso você concorde em participar da pesquisa.

Agradecemos antecipadamente e solicitamos que todas as questões sejam respondidas.

**PESQUISA: AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS  
URGÊNCIAS EM REGIÃO DE SAÚDE**

**Perfil e Formação Profissional:**

7. Sexo:     ( ) Feminino   ( ) Masculino

8. Faixa etária:

( ) De 20 a 30 anos.

( ) De 31 a 40 anos.

( ) De 41 a 50 anos.

( ) De 51 a 60 anos.

( ) Mais de 60 anos.

9. Graduação em \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_

10. Nome da Faculdade \_\_\_\_\_

11. Pública ( ) Privada ( )

12. Especialização: Não ( ) Sim ( ) Especifique \_\_\_\_\_  
Ano \_\_\_\_\_

13. Mestrado: Não ( ) Sim ( ) Ano \_\_\_\_\_

14. Doutorado: Não ( ) Sim ( ) Ano \_\_\_\_\_

15. Há quanto tempo é Coordenador da Atenção Básica (anos e meses)

\_\_\_\_\_

## **PESQUISA: AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS EM REGIÃO DE SAÚDE**

### **Roteiro de Entrevista: Coordenador Estadual da Atenção Básica**

1-Considerando o processo de institucionalização da Política de Atenção às Urgências a partir de 2003, como se deu a implantação dos componentes (pré-hospitalar fixo, pré-hospitalar móvel, hospitalar e pós-hospitalar) da rede de atenção às urgências?

---

---

---

---

---

2- A Coordenação estadual de AB disponibiliza assessoria /cooperação técnica aos municípios para o fortalecimento da AB?

Não ( ) Sim ( )

3. Se sim, quais assessorias/cooperações técnicas foram realizadas aos municípios no último ano para o fortalecimento da AB?

---

---

---

---

---

4- Como a Coordenação estadual de AB faz o acompanhamento e a avaliação das ações de atenção básica desenvolvidas pelo município?

---

---

---

---

---

Componentes: Atenção Básica em Saúde e Promoção,

## Prevenção e Vigilância à Saúde.

5- No seu ponto de vista, qual o papel da AB na rede de atenção às urgências?

---



---



---



---



---

6- O Coordenação Estadual da AB participa de fóruns de discussões no âmbito da gestão estadual para a implantação/implementação da Rede de Atenção às Urgências nas regiões? Quais? (admite mais de uma resposta)

- ( ) Grupo Condutor Estadual da Rede de Urgências  
 ( ) Coordenação Estadual de Urgências  
 ( ) Coordenação Estadual das Redes de Atenção  
 ( ) Comissão Intergestores Bipartite  
 ( ) Comissão Intergestores Regional (CIR)  
 ( ) Conselho Estadual de Saúde  
 ( ) Outros (Coordenação UPA, Coordenação do SAMU, Coordenação Hospitais, Coordenação de Atenção ou Assistência à Saúde, Coordenação de Redes).  
 ( ) Comitê Gestor Estadual da rede de Atenção às Urgências.  
 Outros. Citar \_\_\_\_\_

7- A Coordenação Estadual de AB acompanha as discussões sobre a operacionalização do componente AD nos fóruns de discussão bipartite ?

Sim ( ) Não ( )

8- Com relação ao Desenho Regional dessa Rede e o Plano de Ação Regional (PAR) da Atenção às Urgências:

Responda **(N)** para Não e **(S)** para Sim

- ( ) A atenção básica à saúde é componente da rede de atenção às urgências  
 ( ) A atenção básica à saúde é ordenadora da rede de atenção às urgências

( ) A atenção básica à saúde é ordenadora do cuidado na Atenção Domiciliar na sua área de abrangência

( ) O SAMU 192 é referência para a UBS na transferência dos casos para outras unidades considerados de média e alta gravidade atendidos nessas unidades

9- A Coordenação da AB participou na elaboração do Plano Estadual de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde? .

Não ( ) Sim ( )

10- A Coordenação estadual da AB, em conjunto com a vigilância à saúde, promove as ações de Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde que visem a redução dos riscos de DCNT?

Não ( ) Sim ( )

11- A Coordenação estadual participa do Núcleo Estadual de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde?

Não ( ) Sim ( )

12- A Coordenação estadual articula ações intersetoriais para a proposição de medidas regulatórias que visem promover a alimentação saudável e reduzir o risco de DCNT ?

Não ( ) Sim ( )

13- A Coordenação estadual participa de ações intersetoriais que tem como objetivo a prevenção da violência e promoção da saúde?

Não ( ) Sim ( )

**PESQUISA: AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS  
URGÊNCIAS EM REGIÃO DE SAÚDE**

**Profissional: Coordenador Estadual de Atenção às  
Urgências**

Data da Entrevista: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_

Endereço:

\_\_\_\_\_

Telefone: (    ) \_\_\_\_\_

Este questionário faz parte de uma pesquisa sobre a implantação da Rede de Atenção às Urgências na Região de Saúde.. Sua participação é muito importante para que possamos saber como está funcionando a rede de atenção às urgências na Região de Saúde.

Suas respostas serão mantidas em sigilo. Ao final do questionário encontra-se o Termo de Consentimento e Livre esclarecido que informa sobre os objetivos da pesquisa e que deverá ser assinado caso você concorde em participar da pesquisa.

Agradecemos antecipadamente e solicitamos que todas as questões sejam respondidas.

**PESQUISA: AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS EM REGIÃO DE SAÚDE**

**Perfil e Formação Profissional:**

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

Faixa etária:

( ) De 20 a 30 anos.

( ) De 31 a 40 anos.

( ) De 41 a 50 anos.

( ) De 51 a 60 anos.

( ) Mais de 60 anos.

Graduação em \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_

Nome da Faculdade \_\_\_\_\_

Pública ( ) Privada ( )

Especialização: Não ( ) Sim ( ) Especifique \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_

Mestrado: Não ( ) Sim ( ) Ano \_\_\_\_\_

Doutorado: Não ( ) Sim ( ) Ano \_\_\_\_\_

Há quanto tempo é Coordenador de Atenção às Urgências (anos e meses)

\_\_\_\_\_

**PESQUISA: AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS  
URGÊNCIAS EM REGIÃO DE SAÚDE**

**Roteiro de Entrevista: Coordenador Estadual de Atenção às Urgências**

Análise do processo no Nível da Gestão Estadual

1 – Considerando o processo de institucionalização da Política de Atenção às Urgências a partir de 2003, como se deu a implantação dos componentes (pré-hospitalar fixo, pré-hospitalar móvel, hospitalar e pós-hospitalar) da rede de atenção às urgências no estado?

---

---

---

---

---

2 – Existe uma política de atenção às urgências instituída pelo estado?

Não ( ) Sim ( )

3 – Existe uma política, programa, normas legais específicas da Rede de Urgências no estado?

Não ( ) Sim ( )

4 – Poderia fornecer uma cópia? Pode ser eletrônica.

5 – A Coordenação Estadual da Rede de Urgências disponibiliza assessoria /cooperação técnica aos municípios como o objetivo de implantação da Rede de Urgências na Região?

Não ( ) Sim ( )

6 – A Coordenação Estadual da Rede de Urgências participa de fóruns de discussões no âmbito da gestão estadual e regional visando a

implantação/implementação da Rede de Atenção às Urgências nas regiões?  
Quais? (admite mais de uma resposta)

- Grupo Condutor Estadual da Rede de Urgências
- Comissão Intergestores Bipartite
- Comissão Intergestores Regional (CIR)
- Conselho Estadual de Saúde
- Comitê Gestor Estadual da Rede de Atenção às Urgências
- Outros (Coordenação UPA, Coordenação do Samu, Coordenação Hospitais, Coordenação de Atenção ou Assistência à Saúde, Coordenação de Redes ). Citar \_\_\_\_\_

7 – A Coordenação Estadual da Rede de Urgências participa de treinamentos e atualizações sobre acolhimento e a classificação de riscos na atenção às urgências, com o objetivo de implantação dessas ações nos pontos de atenção da Rede de Atenção às Urgências, incluindo a AB?

Se sim (admite mais de uma resposta):

- Para unidades estaduais de saúde.
- Para as unidades municipais de saúde .

**Operacionalização da Rede de Atenção às Urgências:**

8 – Conhece as normas federais vigentes que instituíram a Rede de Atenção às Urgências (RAU) no SUS? (portaria 1600/2011 que redefiniu a rede, portaria n. 1.010 de 21/05/2012 que redefine o Samu 192 e as demais portarias específicas dos componentes da rede)?

Não ( ) Sim ( ) apenas uma  
( ) apenas duas ( ) todas

**Fase I – Adesão e Diagnóstico:**

9 – Região inicial aprovada para a implementação da Rede de Atenção às Urgências: \_\_\_\_\_

10 – Um elemento importante na redefinição da nova Política de Atenção às Urgências é a constituição do Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção às Urgências com a participação da CIB. Este foi instituído?

( ) Não ( ) Sim, data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

11 – Como tem sido a atuação do Grupo Condutor Estadual (entrevistador: essas atribuições são: mobilizar os dirigentes políticos em cada fase, apoiar na organização dos processos de trabalho para a implantação da rede, identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase, monitorar e avaliar o processo de implantação da rede, etc.)

---

---

---

---

---

12 – Quantas regiões têm o estado? \_\_\_\_\_

13 – Quantas regiões têm a rede de urgências regionalizada? \_\_\_\_\_

Neste estado estaremos estudando a organização da rede de urgências da Região Metropolitana de \_\_\_\_\_

14 – Quantos municípios a compõem? \_\_\_\_\_

As próximas perguntas se referem a essa região.

15 – Foi realizado diagnóstico da situação dos serviços de atenção às urgências dos municípios dessa região?

Não ( ) Sim ( )

### **Fase II – Desenho Regional da Rede e Plano de Ação Regional (CIR, CGSES/DF, e CIB)**

16 – O Desenho Regional dessa Rede e o Plano de Ação Regional (PAR) da Atenção às Urgências foi:

Responda **(N)** para Não e **(S)** para Sim

- ( ) elaborado e pactuado na CIR/CGSES/DF e CIB:Data \_\_/\_\_/\_\_ da pactuação
- ( ) teve inserção do Samu 192 e a Central de Regulação Regionalizado
- ( ) A atenção básica à saúde é componente da rede de atenção às urgências
- ( ) A atenção básica à saúde é ordenadora da rede de atenção às urgências
- ( )** O Samu 192 é referência para a UBS na transferência dos casos para outras unidades considerados de média e alta gravidade atendidos nessas unidades

17 – Poderia fazer um relato sobre a implantação da Rede de Atenção às Urgências no seu estado a partir de 2011?

---

---

---

---

---

---

18 – Como a Coordenação Estadual de Atenção às Urgências faz o acompanhamento e a avaliação das ações de atenção às urgências desenvolvidas pelos municípios?

---

---

---

---

---

---

19 – No seu ponto de vista, qual o papel da AB na rede de atenção às urgências?

---

---

---

---

---

---

20 – O treinamento para acolhimento com a Classificação de Risco foi realizado na Rede de Atenção às Urgências dessa região? (admita mais de uma resposta)

( ) Nas Unidades Básicas de Saúde

( ) Nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e conjunto de serviços de urgência 24 horas não hospitalares.

( ) Portas Hospitalares de Urgências

Outras. Citar \_\_\_\_\_

21 – Quais pontos de atenção da rede de atenção às urgências foram contratualizados e qualificados até o momento?

Componentes	N. de existentes	N. de contratualizados	N. de qualificados
Atenção domiciliar			
UPA			
Serviços de urgência 24hs não hospitalares			
Samu 192 e Central de Regulação de Urgências Regional			
Sala de Estabilização			
Unidade Hospitalar Estratégica			

22 – A partir de que ano iniciou a implantação da UPA 24hs no estado? (estadual e municipal).

- ( ) existe UPA 24h, citar o ano \_\_\_\_\_  
 ( ) Não existe UPA 24h no estado  
 ( ) Não sabe

23 – Se sim, qual o total de UPA 24hs em funcionamento no estado? (Total estadual e municipal por tipologia):

UPA Tipo I \_\_\_\_\_  
 UPA Tipo II \_\_\_\_\_  
 UPA Tipo III \_\_\_\_\_

24 – Existe Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) em funcionamento e gerenciada pela SES?

- ( ) Não ( ) Sim, se sim, quantas? (Total estadual por tipologia):  
 UPA Tipo I \_\_\_\_\_  
 UPA Tipo II \_\_\_\_\_  
 UPA Tipo III \_\_\_\_\_

25 – Existe Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24hs) ainda em construção?

Não  Sim se sim, quantas \_\_\_\_\_

26 – Existem serviços de urgência 24 horas não hospitalares com funcionamento em período anterior a 2009 gerenciadas pelo estado? (este foi o ano de publicação da legislação federal sobre a UPA 24hs).

Não  Sim se sim, quantas \_\_\_\_\_

27 – Existem Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24hs) em funcionamento e gerenciadas pela SMS?

Não  Sim se sim, quantas \_\_\_\_\_

28 – Nessa região:

Responda **(N)** para Não e **(S)** para Sim

a UPA 24hs está substituindo as UBSs em seu papel de atendimento a casos de baixa complexidade

usuários permanecem na UPA em observação por mais de 24h.

a UPA têm recursos diagnósticos para identificar Infarto Agudo do Miocárdio

a UPA têm condições técnicas e materiais para realizar trombólise em IAM

há um hospital no programa federal SOS Emergências

29 – O Plano de Ação Regional de Atenção às Urgências contempla a Unidade Hospitalar como principal porta de entrada para as urgências da região?

Não  Sim

30 – Se sim, qual a tipologia dos hospitais?

Preencha o quadro abaixo com as informações pertinentes a essa rede

Tipologia dos Hospitais	N. total de hospitais na região	N. com acolhimento com classif. de risco	N. que dispõem de NAQH	N. com SHAC de C/CV	N. com LCIAM/PSC implantados
Hospital Tipo II					
Hospital Tipo I					
Hospital Geral					

**Hospital Tipo II** – Especializado (deve possuir no mínimo dois serviços habilitados em alta complexidade e referência para > 500mil hab.)

**Hospital Tipo I** – Hospital Especializado, deve possuir no mínimo um serviço habilitado alta complexidade Cardiologia/Cardiovascular e ser referência para > 201 a 500 mil hab.

**Hospitais Gerais** – é referência para no mínimo uma Região de Saúde e referência para até 200mil hab., e é de média complexidade.

NAQH = Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar

SHAC de C/CV = serv. habilitado alta complexidade de Cardiologia/ Cardiovascular

LCIAM/PSC = Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio e o Protocolo de Síndromes Coronarianas

31 – Quantos hospitais possuem projeto para readequação da área física e tecnológica aprovado, com investimento do Governo Federal?

	N. de hospitais com projetos aprovados
Hospital Tipo II	
Hospital Tipo I	
Hospital Geral	

32 – A Rede de Atenção às Urgências da Região de Saúde priorizada possui os seguintes números de estabelecimentos hospitalares contratualizados:

\_\_\_\_\_ (n.) públicos municipais e foram contratualizados \_\_\_\_\_ (n.)

\_\_\_\_\_ (n.) públicos estaduais e foram contratualizados \_\_\_\_\_ (n.)

\_\_\_\_\_ (n.) filantrópicos e foram contratualizados \_\_\_\_\_ (n.)

\_\_\_\_\_ (n.) privados e foram contratualizados \_\_\_\_\_ (n.)

33 – Tem o deferimento do MS para o recebimento do custeio diferenciado?

( ) Não      ( ) Sim

34 – Como é realizada a regulação das urgências na Região de Saúde?

Assinale as duas colunas

- |                                    |                          |
|------------------------------------|--------------------------|
| ( ) Central de Regulação Municipal | ( ) gestão municipal     |
| ( ) Central de Regulação Estadual  | ( ) gestão compartilhada |
| ( ) Central de Regulação Regional  | ( ) gestão estadual      |

Outra \_\_\_\_\_ Qual? \_\_\_\_\_

35 – Se necessária, descreva:

---

---

---

---

---

36 – Como é realizada a análise do desempenho desses serviços?

---

---

---

---

---

**PESQUISA: AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS  
URGÊNCIAS EM REGIÃO DE SAÚDE**

**Profissional: Coordenador Estadual de  
Atenção Hospitalar**

Data da Entrevista: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Entrevistador:

\_\_\_\_\_

Município:

\_\_\_\_\_

UF:

\_\_\_\_\_

Endereço:

\_\_\_\_\_

Telefone: (    ) \_\_\_\_\_

Este questionário faz parte de uma pesquisa sobre a implantação da Rede de Atenção às Urgências na Região de Saúde. Sua participação é muito importante para que possamos saber como está funcionando a rede de atenção às urgências na Região de Saúde do estado.

Suas respostas serão mantidas em sigilo. Ao final do questionário encontra-se o Termo de Consentimento e Livre esclarecido que informa sobre os objetivos da pesquisa e que deverá ser assinado caso você concorde em participar da pesquisa.

Agradecemos antecipadamente e solicitamos que todas as questões sejam respondidas.

**PESQUISA: AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS  
URGÊNCIAS EM REGIÃO DE SAÚDE**

**Perfil e Formação Profissional:**

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

Faixa etária:

( ) De 20 a 30 anos.

( ) De 31 a 40 anos.

( ) De 41 a 50 anos.

( ) De 51 a 60 anos.

( ) Mais de 60 anos.

Graduação em \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_

Nome da Faculdade \_\_\_\_\_

Pública ( ) Privada ( )

Especialização: Não ( ) Sim ( ) Especifique \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_

Mestrado: Não ( ) Sim ( ) Ano \_\_\_\_\_

Doutorado: Não ( ) Sim ( ) Ano \_\_\_\_\_

Há quanto tempo é Coordenador de Atenção Hospitalar (anos e meses)

\_\_\_\_\_

**PESQUISA: AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS  
URGÊNCIAS EM REGIÃO DE SAÚDE**

**Roteiro Entrevista: Coordenador Estadual de Atenção Hospitalar**

1 – Considerando o processo de institucionalização da Política de Atenção às Urgências a partir de 2003, como se deu a implantação dos componentes (pré-hospitalar fixo, pré-hospitalar móvel, hospitalar e pós-hospitalar) da rede de atenção às urgências no estado?

---

---

---

---

---

2 – Existe uma política de atenção às urgências instituída pelo estado?

Não ( ) Sim ( )

3 – A Coordenação Estadual de Atenção Hospitalar disponibiliza assessoria /cooperação técnica aos municípios como o objetivo de implantação da Rede de Urgências na Região de Saúde?

Não ( ) Sim ( )

4 – A Coordenação Estadual de Atenção Hospitalar promove treinamento sobre acolhimento e a classificação de riscos na atenção às urgências com o objetivo de implantação dessas ações nos diversos pontos de atenção da Rede de Atenção às Urgências, incluindo a AB?

Se sim (admite mais de uma resposta):

- ( ) Para unidades de saúde estaduais  
( ) Para as unidades de saúde municipais.

Operacionalização da Rede de a Atenção às Urgências:

5 – Conhece as normas federais vigentes que instituiu a Rede Atenção às Urgências (RAU) no SUS? (portaria GM/MS n. 1600/2011, e portarias específicas dos componentes da Rede de Atenção às Urgências)?

Não ( ) Sim ( )

6 – Conhece a portaria federal n. 2.395 de 11 de outubro de 2011 que organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do SUS?

Não ( ) Sim ( )

#### **Fase I – Adesão e Diagnóstico:**

7 – O Coordenação Estadual de Atenção Hospitalar participa de fóruns de discussões no âmbito da gestão estadual e regional visando a implantação/implementação da Rede de Atenção às Urgências nas regiões? Quais? (admite mais de uma resposta)

- ( ) Grupo Condutor Estadual da Rede de Urgências
- ( ) Coordenação Estadual das Redes de Atenção
- ( ) Comissão Intergestores Bipartite
- ( ) Comissão Intergestores Regional (CIR)
- ( ) Conselho Estadual de Saúde
- ( ) Comitê Gestor Estadual da Rede de Atenção às Urgências
- ( ) Outros (Coordenação UPA, Coordenação do Samu, Coordenação Hospitais, Coordenação de Atenção ou Assistência à Saúde, Coordenação de Redes ). Citar\_\_\_\_\_

#### **Fase II – do Desenho Regional da Rede e Plano de Ação Regional (PAR)**

8 – A Coordenação Estadual de Atenção Hospitalar participou das discussões e elaboração do Desenho Regional da Rede e do Plano de Ação Regional (PAR)

Não ( ) Sim ( )

9 – Quais os componentes da rede de atenção às urgências?

---

---

---

---

10 – No seu ponto de vista, qual o papel da AB na rede de atenção às urgências?

---

---

---

---

### **Fase III – Contratualização dos Pontos de Atenção**

11 – O Plano de Ação Regional de Atenção às Urgências contempla a Unidade Hospitalar como principal porta de entrada para as urgências da região?

( ) Não ( ) Sim

12 – Se sim, qual a tipologia dos hospitais?

Preencha o quadro abaixo com as informações pertinentes a essa rede

Tipologia dos Hospitais	N. total de hospitais na região	N. com acolhimento com classif. de risco	N. que dispõem de NAQH	N. com SHAC de C/CV	N. com LCIAM/PSC implantados
Hospital Tipo II					
Hospital Tipo I					
Hospital Geral					

**Hospital Tipo II** – Especializado (deve possuir no mínimo dois serviços habilitados em alta complexidade e referência para > 500mil hab.)

**Hospital Tipo I** – Hospital Especializado, deve possuir no mínimo um serviço habilitado alta complexidade Cardiologia/Cardiovascular e ser referência para > 201 a 500 mil hab.

**Hospitais Gerais** – é referência para no mínimo uma Região de Saúde e referência para até 200mil hab., e é de média complexidade.

NAQH= Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar

SHAC de C/CV= serv. habilitado alta complexidade de Cardiologia/ Cardiovascular

LCIAM/PSC= Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio e o Protocolo de Síndromes Coronarianas

Tipologia dos Hospitais	N. com serviço de hemodinâmica	N. com leitos de UTI-UCO	N. com apoio laboratorial para diagnóstico de IAM	N. que faz trombólise	N. que faz angioplastia primária	N. que fornece Clopidogrel na alta
Hospital Tipo II						
Hospital Tipo I						
Hospital Geral						

Nota: UCO = Unidade Coronariana

Obs.: Trombólise com medicamento trombolítico fibrino-específico usado para promover a reperfusão arterial no IAM

Angioplastia primária: tempo porta balão – espera para insuflação do balão deve ser inferior a 90 minutos)

13 – Quantos hospitais possuem projeto para readequação da área física e tecnológica aprovado, com investimento do Governo Federal?

	N. de hospitais com projetos aprovados
Hospital Tipo II	
Hospital Tipo I	
Hospital Geral	

14 – A SES disponibiliza o medicamento Clopidogrel de acordo com o protocolo clínico e diretrizes clínicas terapêuticas para os pacientes de infarto agudo do miocárdio após a alta hospitalar, para 30 dias?

Não ( ) Sim ( )

15 – Existe contra referência formal para encaminhamento de pacientes pós infarto agudo do miocárdio para continuidade do tratamento em ambulatório de especialidades da Região de Saúde ?

Não ( ) Sim ( )

16 – A Rede de Atenção às Urgências da Região de Saúde priorizada possui os estabelecimentos hospitalares contratualizados:

\_\_\_\_\_ (n.) públicos municipais e foram contratualizados \_\_\_\_\_ (n.)

\_\_\_\_\_ (n.) públicos estaduais e foram contratualizados \_\_\_\_\_ (n.)

\_\_\_\_\_ (n.) filantrópicos e foram contratualizados \_\_\_\_\_ (n.)

\_\_\_\_\_ (n.) privados e foram contratualizados \_\_\_\_\_ (n.)

**PESQUISA: AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS  
URGÊNCIAS EM REGIÃO DE SAÚDE**

**Profissional: Coordenador Estadual do Samu 192 e Central de Regulação  
das Urgências**

Data da Entrevista: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Entrevistador:

\_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_

Endereço:

\_\_\_\_\_

Telefone: (    ) \_\_\_\_\_

Este questionário faz parte de uma pesquisa sobre a implantação da Rede de Atenção às Urgências na Região de Saúde. Sua participação é muito importante para que possamos saber como está funcionando a rede de atenção às urgências na Região de Saúde do estado.

Suas respostas serão mantidas em sigilo. Ao final do questionário encontra-se o Termo de Consentimento e Livre esclarecido que informa sobre os objetivos da pesquisa e que deverá ser assinado caso você concorde em participar da pesquisa.

Agradecemos antecipadamente e solicitamos que todas as questões sejam respondidas.

**PESQUISA: AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS  
URGÊNCIAS EM REGIÃO DE SAÚDE**

**Perfil e Formação Profissional:**

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

Faixa etária:

( ) De 20 a 30 anos.

( ) De 31 a 40 anos.

( ) De 41 a 50 anos.

( ) De 51 a 60 anos.

( ) Mais de 60 anos.

Graduação em \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_

Nome da Faculdade \_\_\_\_\_

Pública ( ) Privada ( )

Especialização: Não ( ) Sim ( ) Especifique \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_

Mestrado: Não ( ) Sim ( ) Ano \_\_\_\_\_

Doutorado: Não ( ) Sim ( ) Ano \_\_\_\_\_

Há quanto tempo é Coordenador do Samu 192 e Central de Regulação das  
Urgências (anos e meses) \_\_\_\_\_

## **PESQUISA: AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS EM REGIÃO DE SAÚDE**

### **Roteiro de Entrevista: Coordenador Estadual do Samu 192 e Central de Regulação de Urgências**

1- Considerando o processo de institucionalização da Política de Atenção às Urgências a partir de 2003, como se deu a implantação dos componentes (pré-hospitalar fixo, pré-hospitalar móvel, hospitalar e pós - hospitalar) da rede de atenção às urgências no estado? Por favor, explique em especial a implantação do componente móvel.

---

---

---

---

---

2- Existe uma política de atenção às urgências instituída pelo estado?

Não ( ) Sim ( )

3- Existe uma política, programa, normas legais específicas do Samu no estado?

Não ( ) Sim ( )

4- Poderia fornecer uma cópia? Pode ser eletrônica.

5- A Coordenação Estadual do Samu 192 disponibiliza assessoria /cooperação técnica aos municípios como o objetivo de implantação da Rede de Urgências na Região?

Não ( ) Sim ( )

6- A Coordenação Estadual do Samu participa de fóruns de discussões no âmbito da gestão estadual e regional visando a implantação/implementação da Rede de Atenção às Urgências nas regiões? Quais? (admite mais de uma resposta)

- Grupo Condutor Estadual da Rede de Urgências
- Coordenação Estadual das Redes de Atenção
- Comissão Intergestores Bipartite
- Comissão Intergestores Regional (CIR)
- Conselho Estadual de Saúde
- Comitê Gestor Estadual da Rede de Atenção às Urgências
- Outros (Coordenação UPA, Coordenação do Samu, Coordenação Hospitais, Coordenação de Atenção ou Assistência à Saúde, Coordenação de Redes ). Citar\_\_\_\_\_

7- A Coordenação Estadual do Samu participa de treinamentos e atualizações sobre acolhimento e a classificação de riscos na atenção às urgências, com o objetivo de implantação dessas ações nos pontos de atenção da Rede de Atenção às Urgências, incluindo a AB?

Se sim (admite mais de uma resposta):

- Para unidades estaduais de saúde.
- Para as unidades municipais de saúde .

Operacionalização da Rede de Atenção às Urgências:

8- Conhece as normas federais vigentes que instituíram a Rede de Atenção às Urgências (RAU) no SUS? (portaria GM/MS nº 1600/2011 que redefiniu a rede, portaria GM/MS nº 1.010 de 21/05/2012 que redefine o Samu 192 e as demais portarias específicas dos componentes da rede)?

Não ( ) Sim ( ) apenas uma  
( ) apenas duas ( ) todas

**Fase I - Adesão e Diagnóstico:**

9- Região inicial aprovada para a implementação da Rede de Atenção às Urgências: \_\_\_\_\_

10- Um elemento importante na redefinição da nova Política de Atenção às Urgências é a constituição do Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção às Urgências com a participação da CIB. Este foi instituído?

( ) Não ( ) Sim, data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

11- Como tem sido a atuação do Grupo Condutor Estadual (entrevistador: essas atribuições são: mobilizar os dirigentes políticos em cada fase, apoiar na organização dos processos de trabalho para a implantação da rede, identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase, monitorar e avaliar o processo de implantação da rede, etc.)

---



---



---



---



---

12- Quantas regiões têm o estado? \_\_\_\_\_

13- Quantas regiões têm a rede de urgências regionalizada? \_\_\_\_\_

Neste estado estaremos estudando a organização da rede de urgências da Região Metropolitana de \_\_\_\_\_

14- Quantos municípios a compõem? \_\_\_\_\_

As próximas perguntas se referem a essa região.

Considerando as diversidades de Samu 192 implantados no país, quanto à abrangência populacional e a extensão territorial, responda:

15- O SAMU 192 nessa Região de Saúde é regional?

Não ( ) Sim ( )

16- Se não, qual a outra conformação?

---

---

17- A Região de Saúde coincide com a regionalização do Samu Regional?

Não ( ) Sim ( )

18A - Se a resposta for **sim**, descreva como está organizado o Samu 192 e a Central de Regulação das Urgências nesta Região (estrutura física e equipe, território e população de abrangência, funcionamento da central de regulação e frota, meios de comunicação e governança).

---

---

---

---

---

---

18B- Se a resposta for **não**, descreva como está organizado – agrupamento de Centrais municipais ou regionais existentes? (estrutura física e equipe, território e população de abrangência, funcionamento da central de regulação e frota, sistemas de comunicação e informação e governança) o Samu 192 e a Central de Regulação das Urgências nesta Região?

---

---

---

---

---

---

19- Para a implementação da rede de atenção às urgências nessa região, foi realizado diagnóstico da situação do Samu 192 e da Central de Regulação das Urgências?

Não ( ) Sim ( )

20- Quais os parâmetros utilizados para o planejamento da regionalização e ampliação do acesso ao Samu 192?

---

---

21- O Samu e a Central de Regulação de Urgências estão interligados ao Telessaúde, para a adequada atenção aos pacientes?

Não ( ) Sim ( )

**Fase II - Desenho Regional da Rede e Plano de Ação Regional  
(CIR, CGSES/DF e CIB)**

22- O Desenho Regional dessa Rede e o Plano de Ação Regional (PAR) da Atenção às Urgências foi:

Responda (N) para Não e (S) para Sim

(     ) elaborado e pactuado na CIR/CGSES/DF e CIB:Data \_\_/\_\_/\_\_ da pactuação

(     ) teve inserção do SAMU 192 e a Central de Regulação Regionalizado

(     ) A atenção básica à saúde é componente da rede de atenção às urgências

(     ) A atenção básica à saúde é ordenadora da rede de atenção às urgências

(     ) O SAMU 192 é referência para a UBS na transferência dos casos para outras unidades considerados de média e alta gravidade atendidos nessas unidades

23- Poderia fazer um relato sobre a implementação do SAMU 192 e da Central de Regulação das Urgências nessa região a partir de 2011?

---

---

---

---

---

---

---

24- Como a Coordenação Estadual do SAMU 192 faz o acompanhamento e a avaliação das ações de atenção às urgências desenvolvidas pelos municípios?

---

---

---

---

---

25-Quais os componentes da rede de atenção às urgências no estado?

---



---



---



---

26- No seu ponto de vista, a UPA e o conjunto de serviços de urgência 24 horas não hospitalares são serviços de complexidade intermediária entre a UBS e o Hospital?

( ) Não ( ) Sim

27- Onde é feita a regulação dos casos atendidos nas UBS que são referenciados para os outros pontos de atenção da rede de urgências? (admite mais de uma resposta)

- ( ) Atenção básica
- ( ) Central de regulação de internação
- ( ) Central de regulação ambulatorial
- ( ) Central de regulação das urgências

28- O SAMU dessa região tem implantadas as Linhas de Cuidado do

Responda (N) para Não e (S) para Sim

- ( ) AVC
- ( ) Traumatologia-ortopedia
- ( ) Infarto Agudo do Miocárdio e o Protocolo de Síndromes Coronarianas

Se sim, faz trombólise? ( ) Não ( ) Sim

29- O SAMU 192 e Central de Regulação de Urgências têm indicadores de:

( ) Nº de ocorrências atendidas no período? Quantas em 2012: \_\_\_\_\_

( ) Tempo mínimo médio e máximo de resposta? Em 2012:

Tempo mínimo\_\_\_\_\_ Tempo médio\_\_\_\_\_ Tempo máximo\_\_\_\_\_

( ) Identificação dos motivos dos chamados?

( ) Quantitativo de chamados, orientações médicas, saídas de Unidades de Suporte Avançado (USA) e Unidade de Suporte Básico (USB)?

Em 2012 \_\_\_\_\_

- ( ) Localização das ocorrências?
- ( ) Idade e sexo dos pacientes atendido?
- ( ) Identificação dos dias da semana e horários de maior pico de atendimento?
- ( ) Pacientes (nº absoluto e percentual) referenciados aos demais componentes da rede, por tipo de estabelecimento? Em 2012:\_\_\_\_\_

**Fase III**

30- O Samu 192 da Região de Saúde está habilitado para o recebimento dos valores de custeio?

Não ( ) Sim ( )

**Fase IV**

31- O Samu 192 da Região de Saúde está qualificado para recebimento de valores de custeio diferenciados?

Não ( ) Sim ( )

## **RESULTADOS III-B**

### **QUESTIONÁRIOS PARA A GESTÃO MUNICIPAL**

**PESQUISA: AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS  
URGÊNCIAS EM REGIÃO DE SAÚDE**

**Profissional: Gestor Municipal**

Data da Entrevista: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_

Endereço:

\_\_\_\_\_

Telefone: (    ) \_\_\_\_\_

Este questionário faz parte de uma pesquisa sobre a implantação da Rede de Atenção às Urgências na Região de Saúde. Sua participação é muito importante para que possamos saber como está funcionando a rede de atenção às urgências na Região de Saúde do Estado.

Suas respostas serão mantidas em sigilo. Ao final do questionário encontra-se o Termo de Consentimento e Livre e Esclarecido que informa sobre os objetivos da pesquisa e que deverá ser assinado caso você concorde em participar da pesquisa.

Agradecemos antecipadamente e solicitamos que todas as questões sejam respondidas.

**PESQUISA: AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS  
URGÊNCIAS EM REGIÃO DE SAÚDE**

**Perfil e Formação Profissional:**

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

Faixa etária:

( ) De 20 a 30 anos.

( ) De 31 a 40 anos.

( ) De 41 a 50 anos.

( ) De 51 a 60 anos.

( ) Mais de 60 anos.

Graduação em \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_

Nome da Faculdade \_\_\_\_\_ Pública ( ) Privada ( )

Especialização: Não ( ) Sim ( ) Especifique \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_

Mestrado: Não ( ) Sim ( ) Ano \_\_\_\_\_

Doutorado: Não ( ) Sim ( ) Ano \_\_\_\_\_

Há quanto tempo é Gestor (anos e meses) \_\_\_\_\_

**PESQUISA: AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS  
URGÊNCIAS EM REGIÃO DE SAÚDE**

**Roteiro de Entrevista: Gestor municipal**

---

1 – Considerando o processo de institucionalização da Política de Atenção às Urgências a partir de 2003, como se deu a implantação dos componentes (pré-hospitalar fixo, pré – hospitalar móvel, hospitalar e pós-hospitalar) da rede de atenção às urgências no município?

---

---

---

---

---

2 – Um elemento importante na redefinição da nova Política de Atenção às Urgências, a partir de 2011, é a constituição do Grupo Condutor Municipal da Rede de Atenção às Urgências, com apoio institucional da SES: Este foi instituído?

( ) Não                      ( ) Sim, data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

3 – Se sim, qual a composição do Grupo Condutor Municipal?

- ( ) SMS
- ( ) Apoio Institucional da SES
- ( ) Outro. Quem \_\_\_\_\_

4 – Houve publicação oficial do Grupo Condutor Municipal ?

( ) Não                      ( ) Sim,

5 – Se sim, qual o ato formal e a data:

Resolução n. \_\_\_\_\_ data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Portaria n. \_\_\_\_\_ data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Norma n. \_\_\_\_\_ data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Outro: \_\_\_\_\_ data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

6 – Como tem sido a atuação do Grupo Condutor Municipal (atribuições: mobilizar os dirigentes políticos em cada fase, apoiar na organização dos processos de trabalho para a implantação da rede, identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase, monitorar e avaliar o processo de implantação da rede, etc.)

---



---



---



---



---

7 – Para constituir uma rede de atenção às urgências é necessário um diagnóstico da situação dos serviços de saúde do município. Este município realizou o diagnóstico?

( ) Não ( ) Sim

8 – Como foram dimensionadas as necessidades de atendimento às urgências?

---



---



---



---



---

9 – As informações do município foram consolidadas no diagnóstico regional? :

( ) Não ( ) Sim,

10 – Este diagnóstico consolidado foi aprovado na CIB (ou CGSES do DF):

( ) Não ( ) Sim

11 – Foi aprovada na CIB (e aprovada na CIR onde existir) a organização da rede na sua Região?

( ) Não ( ) Sim

12 – Foi elaborado o desenho da rede com todos os seus componentes?

( ) Não ( ) Sim

13 – Seu município apresentou propostas isoladas para componentes da rede no Plano de Ação Regional?

( ) Não ( ) Sim

14 – Para a elaboração do Desenho da Rede e Plano de Ação Regional (PAR), de quantas oficinas esta gestão municipal participou ? n. \_\_\_\_\_

15 – Quantos estabelecimentos vinculados a rede de urgência são de seu município?

\_\_\_\_\_(n.) públicos e foram contratualizados \_\_\_\_\_(n.)

\_\_\_\_\_(n.) filantrópicos e foram contratualizados \_\_\_\_\_(n.)

\_\_\_\_\_(n.) privados e foram contratualizados \_\_\_\_\_(n.)

16 – Todos esses componentes do PAR estão habilitados/qualificados?

( ) Não ( ) Sim

Se não, apenas:

\_\_\_\_\_(n.) públicos

\_\_\_\_\_(n.) filantrópicos

\_\_\_\_\_(n.) privados

17 – Como está constituída a Governança da Rede na Região de Saúde?

---

---

---

---

---

**PESQUISA: AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS  
URGÊNCIAS EM REGIÃO DE SAÚDE**

**Profissional: Coordenador Municipal de  
Atenção Básica**

1. Data da Entrevista: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
2. Entrevistador: \_\_\_\_\_
3. Município: \_\_\_\_\_
4. UF: \_\_\_\_\_
5. Endereço:  
\_\_\_\_\_
6. Telefone: (    ) \_\_\_\_\_

Este questionário faz parte de uma pesquisa sobre a implantação da Rede de Atenção às Urgências na Região de Saúde Sua participação é muito importante para que possamos saber como está funcionando a rede de atenção às urgências na Região de Saúde.

Suas respostas serão mantidas em sigilo. Ao final do questionário encontra-se o Termo de Consentimento e Livre esclarecido que informa sobre os objetivos da pesquisa e que deverá ser assinado caso você concorde em participar da pesquisa.

Agradecemos antecipadamente e solicitamos que todas as questões sejam respondidas.

**PESQUISA: AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS  
URGÊNCIAS EM REGIÃO DE SAÚDE**

**Perfil e Formação Profissional:**

7. Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

8. Faixa etária:

( ) De 20 a 30 anos.

( ) De 31 a 40 anos.

( ) De 41 a 50 anos.

( ) De 51 a 60 anos.

( ) Mais de 60 anos.

9. Graduação em \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_

10. Nome da  
Faculdade \_\_\_\_\_

11. Pública ( ) Privada ( )

12. Especialização: Não ( ) Sim ( ) Especifique \_\_\_\_\_  
Ano \_\_\_\_\_

13. Mestrado: Não ( ) Sim ( ) Ano \_\_\_\_\_

14. Doutorado: Não ( ) Sim ( ) Ano \_\_\_\_\_

15. Há quanto tempo é Coordenador da Atenção Básica (anos e meses)

\_\_\_\_\_

**PESQUISA: AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS  
URGÊNCIAS EM REGIÃO DE SAÚDE**

**Roteiro de Entrevista: Coordenador Municipal da Atenção Básica**

1-Considerando o processo de institucionalização da Política de Atenção às Urgências a partir de 2003, como se deu a implantação dos componentes (pré-hospitalar fixo, pré-hospitalar móvel, hospitalar e pós-hospitalar) da rede de atenção às urgências?

---

---

---

---

---

2- A Coordenação estadual de AB disponibiliza assessoria /cooperação técnica aos municípios para o fortalecimento da AB?

Não ( ) Sim ( )

3- Como a Coordenação municipal de AB faz o acompanhamento e a avaliação das ações de atenção básica desenvolvidas pelo município?

---

---

---

---

4- No seu ponto de vista, qual o papel da AB na rede de atenção às urgências?

---

---

---

---

---

5- O Coordenação Municipal da AB participa de fóruns de discussões no âmbito da gestão municipal para a implantação/implementação da Rede de Atenção às Urgências? Quais? (admite mais de uma resposta)

- Grupo Condutor Municipal da Rede de Urgências
- Coordenação Municipal da Rede de Atenção às Urgências
- Coordenação Municipal das Redes de Atenção
- Comissão Intergestores Bipartite
- Comissão Intergestores Regional (CIR)
- Conselho Municipal de Saúde
- Comitê Gestor Municipal da Rede de Atenção às Urgências
- Outros (Coordenação Municipal UPA, Coordenação Municipal do SAMU, Coordenação Municipal Hospitais, Coordenação Municipal de Atenção ou Assistência à Saúde, Coordenação de Redes ). Citar\_\_\_\_\_
- Comitê Gestor Estadual da Rede de Atenção às Urgências.
- Outros. Citar\_\_\_\_\_

6- A Coordenação Municipal de AB acompanha as discussões sobre a operacionalização do componente AD nos fóruns de discussão bipartite ?

Sim ( ) Não ( )

7- Com relação ao Desenho Regional dessa Rede e o Plano de Ação Regional (PAR) da Atenção às Urgências:

Responda (N) para Não e (S) para Sim

- A atenção básica à saúde é componente da rede de atenção às urgências
- A atenção básica à saúde é ordenadora da rede de atenção às urgências

( ) A atenção básica à saúde é ordenadora do cuidado na Atenção Domiciliar na sua área de abrangência

( ) O SAMU 192 é referência para a UBS na transferência dos casos para outras unidades considerados de média e alta gravidade atendidos nessas unidades

( ) Existe referência para as UBSs das Unidades de Pronto Atendimento 24 (UPA 24h), dos casos agudos e crônicos agudizados, de baixa gravidade e que não necessitam de internação hospitalar

( ) Existe referência formalizada de casos pós-alta hospitalar que necessitam de continuidade de cuidados para as UBS

8- A Coordenação da AB participou na elaboração do Plano Municipal de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde? .

Não ( ) Sim ( )

9- A Coordenação municipal da AB, em conjunto com a vigilância à saúde, promove as ações de Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde que visem a redução dos riscos de DCNT?

Não ( ) Sim ( )

10- A Coordenação municipal articula ações intersetoriais para a proposição de medidas regulatórias que visem promover a alimentação saudável e reduzir o risco de DCNT ?

Não ( ) Sim ( )

11- A Coordenação municipal participa de ações intersetoriais que tem como objetivo a prevenção da violência e promoção da saúde?

Não ( ) Sim ( )

12- Todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) fazem o acolhimento e a classificação de riscos na atenção às urgências menos complexas?

( ) Não ( ) Sim, de \_\_\_\_ UBS, apenas \_\_\_\_ fazem

13- Onde é feita a regulação dos casos de urgências atendidos nas UBS que são referenciados para os outros pontos de atenção da rede de urgências?

- ) Atenção básica
- ) Central de regulação de internação
- ) Central de regulação ambulatorial
- ) Central de regulação das urgências

14- Como é feita a regulação das referências ambulatoriais da UBS?

- ) Cartão SUS
- ) Central de regulação
- ) Prontuário eletrônico
- ) Outra: \_\_\_\_\_

15- A UBS dispõe de referência formalizada para exames laboratoriais e de imagem que auxiliem no diagnóstico das doenças crônicas e agudas?

Não (  ) Sim (  )

16- Todas as UBS dispõem de ECG (12 derivações) que auxiliem no diagnóstico das Síndromes Coronarianas (IAM) ?

(  ) Não (  ) Sim, apenas \_\_\_\_\_ UBS

17- A UBS utiliza de recursos de telemedicina para discussão dos casos ou segunda opinião?

Não (  ) Sim (  )

18- Quais são ações implantadas de Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde e coordenadas pela Atenção Básica?

- ) Vigilância alimentar e nutricional
- ) Elaboração e distribuição do Guia alimentar sobre prevenção e tratamento da obesidade
- ) Programa Academia da Saúde e práticas corporais
- ) Prevenção e Controle do Tabagismo

( ) Promoção de ações intersetoriais para a proposição de medidas regulatórias que visem promover a alimentação saudável e reduzir o risco de DCNT

( ) Articulação e mobilização de ações que favoreçam a prática e hábitos saudáveis de alimentação

19- A Coordenação Municipal participou na elaboração do Plano Municipal de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde? .

Não ( ) Sim ( )

20- A Coordenação Municipal participa do Núcleo Municipal de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde?

Não ( ) Sim ( )

21- A Coordenação Municipal participa de ações intersetoriais que tem como objetivo a prevenção da violência e promoção da saúde?

Não ( ) Sim ( )

22- A Coordenação Municipal participa da implantação do Programa Academia da Saúde e práticas corporais

Não ( ) Sim ( )

23- A Coordenação Municipal participa das ações de prevenção e tratamento do tabagismo

Não ( ) Sim ( )

**PESQUISA: AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS  
URGÊNCIAS EM REGIÃO DE SAÚDE**

**Profissional: Coordenador Municipal de  
Urgências**

Data da Entrevista: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_

Endereço:

\_\_\_\_\_

Telefone: (    ) \_\_\_\_\_

Este questionário faz parte de uma pesquisa sobre a implantação da Rede de Atenção às Urgências na Região de Saúde.. Sua participação é muito importante para que possamos saber como está funcionando a rede de atenção às urgências na Região de Saúde.

Suas respostas serão mantidas em sigilo. Ao final do questionário encontra-se o Termo de Consentimento e Livre esclarecido que informa sobre os objetivos da pesquisa e que deverá ser assinado caso você concorde em participar da pesquisa.

Agradecemos antecipadamente e solicitamos que todas as questões sejam respondidas.

**PESQUISA: AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS  
URGÊNCIAS EM REGIÃO DE SAÚDE**

**Perfil e Formação Profissional:**

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

Faixa etária:

( ) De 20 a 30 anos.

( ) De 31 a 40 anos.

( ) De 41 a 50 anos.

( ) De 51 a 60 anos.

( ) Mais de 60 anos.

Graduação em \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_

Nome da Faculdade \_\_\_\_\_

Pública ( ) Privada ( )

Especialização: Não ( ) Sim ( ) Especifique \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_

Mestrado: Não ( ) Sim ( ) Ano \_\_\_\_\_

Doutorado: Não ( ) Sim ( ) Ano \_\_\_\_\_

Há quanto tempo é Coordenador de Urgências (anos e meses)

\_\_\_\_\_

**PESQUISA: AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS  
URGÊNCIAS EM REGIÃO DE SAÚDE**

Roteiro de Entrevista: Coordenador Municipal de Atenção às Urgências

1 – Considerando o processo de institucionalização da Política de Atenção às Urgências a partir de 2003, como se deu a implantação dos componentes (pré-hospitalar fixo, pré-hospitalar móvel, hospitalar e pós-hospitalar) das urgências no município?

---

---

---

---

---

**Operacionalização da Rede de a Atenção às Urgências:**

2 – Conhece as normas federais vigentes que instituíram a Rede de Atenção às Urgências (RAU) no SUS? (portaria 1600/2011 que redefiniu a rede, portaria n. 1.010 de 21 / 05 /2012 que redefine o Samu 192 e as demais portarias específicas dos componentes da rede)?

Não ( ) Sim ( ) apenas uma  
( ) apenas duas ( ) todas

**Fase I – Adesão e Diagnóstico:**

3 – Um elemento importante na redefinição da nova Política de Atenção às Urgências é a constituição do Grupo Condutor Municipal da Rede de Atenção às Urgências. Este foi instituído?

( ) Não ( ) Sim, data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

4 – Como tem sido a atuação do Grupo Condutor Municipal (entrevistador: essas atribuições são: mobilizar os dirigentes políticos em cada fase, apoiar na organização dos processos de trabalho para a implantação da rede, identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase, monitorar e avaliar o processo de implantação da rede, etc.)

---



---



---



---



---

5 – Quantos Municípios fazem parte dessa Rede? (a rede é regional) \_\_\_\_\_

6 – Foi realizado diagnóstico da situação dos serviços de atenção às urgências do município? :

Não ( ) Sim ( )

**Fase II – Desenho Regional da Rede e Plano de Ação Regional (CIR, CGSES/DF e CIB)**

7 – O Desenho Regional dessa Rede e o Plano de Ação Regional (PAR) da Atenção às Urgências foi:

Responda **(N)** para Não e **(S)** para Sim

- ( ) elaborado e pactuado na CIR/CGSES/DF e CIB:Data \_\_/\_\_/\_\_ da pactuação
- ( ) teve inserção do Samu 192 e a Central de Regulação Regionalizado
- ( ) A atenção básica à saúde é componente da rede de atenção às urgências
- ( ) A atenção básica à saúde é ordenadora da rede de atenção às urgências
- ( ) O Samu 192 é referência para a UBS na transferência dos casos para outras unidades considerados de média e alta gravidade atendidos nessas unidades

8. Como a Coordenação Municipal de Atenção às Urgências faz o acompanhamento e a avaliação das ações de atenção às urgências desenvolvidas pelo município?

---

---

---

---

---

9 – A Coordenação Municipal de Atenção às Urgências participa de fóruns de discussões no âmbito da gestão estadual e regional visando a implantação/implementação da Rede de Atenção às Urgências na Região de Saúde? Quais? (admite mais de uma resposta)

- Grupo Condutor Estadual da Rede de Urgências
- Comissão Intergestores Bipartite
- Comissão Intergestores Regional (CIR)
- Conselho Municipal de Saúde
- Comitê Gestor Municipal da Rede de Atenção às Urgências
- Outros (Coordenação UPA, Coordenação do Samu, Coordenação Hospitais, Coordenação de Atenção ou Assistência à Saúde, Coordenação de Redes ). Citar\_\_\_\_\_

10 – A Coordenação Municipal de Atenção às Urgências promove treinamento e sobre acolhimento e a classificação de riscos na atenção às urgências com o objetivo de implantação dessas ações nos pontos de atenção da Rede de Atenção às Urgências, incluindo a AB ?

Não  Sim

11 – No seu ponto de vista, qual o papel da AB na rede de atenção às urgências?

---

---

---

---

---

12 – Neste município, o acolhimento com Classificação de Risco foi implantado em: (admite mais de uma resposta)

( ) Unidades Básicas de Saúde

( ) Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24hs) e conjunto de serviços de urgência 24 horas não hospitalares.

( ) Portas Hospitalares de Urgências

Outras. Citar \_\_\_\_\_

13 – A partir de que ano iniciou a implantação da UPA 24hs no Município ?

( ) existe UPA 24hs, citar o ano \_\_\_\_\_

( ) não existe UPA 24hs no município

14 – Qual o total de UPA 24hs em funcionamento no município? (Total estadual e municipal por tipologia):

UPA Tipo I \_\_\_\_\_

UPA Tipo II \_\_\_\_\_

UPA Tipo III \_\_\_\_\_

15 – Existe Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) em funcionamento e gerenciada pela SMS?

Não ( ) Sim ( ) se sim, quantas? (Total municipal por tipologia):

UPA Tipo I \_\_\_\_\_

UPA Tipo II \_\_\_\_\_

UPA Tipo III \_\_\_\_\_

16 – Existe Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) ainda em construção?

( ) Não ( ) Sim se sim, quantas \_\_\_\_\_

17 – Existem serviços de urgência 24 horas não hospitalares com funcionamento em período anterior a 2009 gerenciadas pelo município? (ano de publicação legislação federal sobre a UPA 24h).

( ) Não ( ) Sim se sim, quantas \_\_\_\_\_

18 – Existe Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) em funcionamento e gerenciadas pela SMS?

( ) Não ( ) Sim se sim, quantas \_\_\_\_\_

19 – Nesse município:

Responda **(N)** para Não e **(S)** para Sim

( ) a UPA 24hs está substituindo as UBSs em seu papel de atendimento a casos de baixa complexidade

( ) usuários permanecem na UPA em observação por mais de 24h..

( ) a UPA têm recursos diagnósticos para identificar Infarto Agudo do Miocárdio

( ) a UPA têm condições técnicas e materiais para realizar trombólise em IAM

( ) a UPA tem referência para UBS e ambulatórios de especialidades formalizada, para encaminhamento de casos agudos e crônicos agudizados que não necessitam de internação hospitalar

( ) há referência de casos pós-alta hospitalar que necessitam de continuidade de cuidados para as UBS

20 – A regulação dos casos atendidos nas UBS e que são referenciados para outros pontos de atenção da rede de urgências é realizada por:

( ) Atenção básica

( ) Central de regulação de internação

( ) Central de regulação ambulatorial

( ) Central de regulação das urgências

21 – Como é feito o encaminhamento das UBSs para atendimento em ambulatório de referência? (admite mais de uma resposta)

- ( ) Cartão SUS  
 ( ) Central de regulação  
 ( ) Prontuário eletrônico  
 ( ) Outra: \_\_\_\_\_

22 – O Plano de Ação Regional de Atenção às Urgências contempla a Unidade Hospitalar como principal porta de entrada para as urgências da região?

- ( ) Não ( ) Sim

23 – Se sim, qual a tipologia dos hospitais?

Preencha o quadro abaixo com as informações pertinentes a essa rede

Tipologia dos Hospitais	N. total de hospitais na região	N. com acolhimento com classif. de risco	N. que dispõem de NAQH	N. com SHAC de C/CV	N. com LCIAM/PSC implantados
Hospital Tipo II					
Hospital Tipo I					
Hospital Geral					

**Hospital Tipo II** – Especializado (deve possuir no mínimo dois serviços habilitados em alta complexidade e referência para > 500mil hab.)

**Hospital Tipo I** – Hospital Especializado, deve possuir no mínimo um serviço habilitado alta complexidade Cardiologia/Cardiovascular e ser referência para > 201 a 500 mil hab.

**Hospitais Gerais** – é referência para no mínimo uma Região de Saúde e referência para até 200mil hab., e é de média complexidade.

NAQH= Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar

SHAC de C/CV= serv. habilitado alta complexidade de Cardiologia/ Cardiovascular

LCIAM/PSC= Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio e o Protocolo de Síndromes Coronarianas

24 – Como é realizada a regulação das urgências na Região de Saúde?

Assinale as duas colunas

( ) Central de Regulação Municipal

( ) gestão municipal

( ) Central de Regulação Estadual

( ) gestão compartilhada

( ) Central de Regulação Regional

( ) gestão estadual

Outra \_\_\_\_\_ Qual? \_\_\_\_\_

25 – Como é realizada a análise do desempenho desses serviços?

---

---

---

---

---

**PESQUISA: AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS  
URGÊNCIAS EM REGIÃO DE SAÚDE**

**Profissional: Coordenador Municipal de  
Atenção Hospitalar**

Data da Entrevista: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Entrevistador:

\_\_\_\_\_

Município:

\_\_\_\_\_

UF:

\_\_\_\_\_

Endereço:

\_\_\_\_\_

Telefone: (    ) \_\_\_\_\_

Este questionário faz parte de uma pesquisa sobre a implantação da Rede de Atenção às Urgências na Região de Saúde. Sua participação é muito importante para que possamos saber como está funcionando a rede de atenção às urgências na Região de Saúde do estado.

Suas respostas serão mantidas em sigilo. Ao final do questionário encontra-se o Termo de Consentimento e Livre esclarecido que informa sobre os objetivos da pesquisa e que deverá ser assinado caso você concorde em participar da pesquisa.

Agradecemos antecipadamente e solicitamos que todas as questões sejam respondidas.

**PESQUISA: AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS EM REGIÃO DE SAÚDE****Perfil e Formação Profissional:**

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

Faixa etária:

( ) De 20 a 30 anos.

( ) De 31 a 40 anos.

( ) De 41 a 50 anos.

( ) De 51 a 60 anos.

( ) Mais de 60 anos.

Graduação em \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_

Nome da Faculdade \_\_\_\_\_

Pública ( ) Privada ( )

Especialização: Não ( ) Sim ( ) Especifique \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_

Mestrado: Não ( ) Sim ( ) Ano \_\_\_\_\_

Doutorado: Não ( ) Sim ( ) Ano \_\_\_\_\_

Há quanto tempo é Coordenador de Atenção Hospitalar (anos e meses)

\_\_\_\_\_

## PESQUISA: AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS EM REGIÃO DE SAÚDE

### Roteiro Entrevista: Coordenador de Atenção Hospitalar Municipal

1 – Considerando o processo de institucionalização da Política de Atenção às Urgências a partir de 2003, como se deu a implantação dos componentes (pré-hospitalar fixo, pré-hospitalar móvel, hospitalar e pós-hospitalar) da rede de atenção às urgências no município?

---

---

---

---

---

2 – A Coordenação Estadual de Atenção Hospitalar disponibiliza assessoria /cooperação técnica ao município como o objetivo de implantar o componente hospitalar na Rede de Urgências na Região de Saúde?

Não ( ) Sim ( )

3 – A Coordenação Estadual de Atenção Hospitalar promove treinamento sobre acolhimento e classificação de riscos na atenção às urgências com o objetivo de implantação dessas ações nos diversos pontos de atenção da Rede de Atenção às Urgências, incluindo a AB?

Não ( ) Sim ( )

4 – Se **Não**, quem faz esse treinamento? \_\_\_\_\_

**Operacionalização da Rede de Atenção às Urgências:**

5 – Conhece as normas federais vigentes que instituiu a Rede Atenção às Urgências (RAU) no SUS? (portaria 1600/2011 e portarias específicas dos componentes da Rede de Atenção às Urgências)?

Não ( ) Sim ( )

6 – Conhece a portaria federal n. 2.395 de 11 de outubro de 2011 que organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do SUS?

Não ( ) Sim ( )

**Fase I – Adesão e Diagnóstico:**

7 – O Coordenação Municipal de Atenção Hospitalar participa de fóruns de discussões, visando a implantação/implementação da Rede de Atenção às Urgências nas regiões? Quais? (admite mais de uma resposta)

( ) Grupo Condutor Estadual da Rede de Urgências

( ) Coordenação Estadual das Redes de Atenção

( ) Comissão Intergestores Bipartite

( ) Comissão Intergestores Regional (CIR)

( ) Conselho Municipal de Saúde

( ) Comitê Gestor Municipal da Rede de Atenção às Urgências

( ) Outros (Coordenação UPA, Coordenação do Samu, Coordenação Hospitais, Coordenação de Atenção ou Assistência à Saúde, Coordenação de Redes ). Citar \_\_\_\_\_

**Fase II – do Desenho Regional da Rede e Plano de Ação Regional (PAR)**

8 – A Coordenação Municipal de Atenção Hospitalar participou das discussões e elaboração do Desenho Regional da Rede e do Plano de Ação Regional (PAR)

Não ( ) Sim ( )

9 – Quais os componentes da rede de atenção às urgências?

---

---

---

---

---

10 – No seu ponto de vista, qual o papel da AB na rede de atenção às urgências?

---

---

---

---

---

**Fase III – Contratualização dos Pontos de Atenção**

11 – O Plano de Ação Regional de Atenção às Urgências contempla a Unidade Hospitalar como principal porta de entrada para as urgências da região?

( ) Não ( ) Sim

## 12 – Se sim, qual a tipologia dos hospitais?

Preencha os quadros abaixo com as informações pertinentes a essa rede

Tipologia dos Hospitais	N. total de hospitais na região	N. com acolhimento com classif. de risco	N. que dispõem de NAQH	N. com SHAC de C/CV	N. com LCIAM/PSC implantados
Hospital Tipo II					
Hospital Tipo I					
Hospital Geral					

**Hospital Tipo II** – Especializado (deve possuir no mínimo dois serviços habilitados em alta complexidade e referência para > 500mil hab.)

**Hospital Tipo I** – Hospital Especializado, deve possuir no mínimo um serviço habilitado alta complexidade Cardiologia/Cardiovascular e ser referência para > 201 a 500 mil hab.

**Hospitais Gerais** – é referência para no mínimo uma Região de Saúde e referência para até 200mil hab., e é de média complexidade.

NAQH= Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar

SHAC de C/CV= serv. habilitado alta complexidade de Cardiologia/ Cardiovascular

LCIAM/PSC= Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio e o Protocolo de Síndromes Coronarianas

Tipologia dos Hospitais	N. com serviço de hemodinâmica	N. com leitos de UTI-UCO	N. com apoio laboratorial para diagnóstico de IAM	N. que faz trombólise	N. que faz angioplastia primária	N. que fornece Clopidogrel na alta
Hospital Tipo II						
Hospital Tipo I						
Hospital Geral						

Nota: UCO = Unidade Coronariana

Obs.: Trombólise com medicamento trombolítico fibrino-específico usado para promover a reperfusão arterial no IAM

Angioplastia primária: tempo porta balão – espera para insuflação do balão deve ser inferior a 90 minutos)

13 – A SES disponibiliza o medicamento Clopidogrel de acordo com o protocolo clínico e diretrizes clínicas terapêuticas para os paciente de infarto agudo do miocárdio após a alta hospitalar, para 30 dias?

Não ( ) Sim ( )

14 – Existe contra referência formal para encaminhamento de pacientes pós-infarto agudo do miocárdio para continuidade do tratamento em ambulatório de especialidades da Região de Saúde ?

Não ( ) Sim ( )

15 – Na Rede de Atenção às Urgências da Região de Saúde priorizada possui os estabelecimentos hospitalares contratualizados:

\_\_\_\_\_ (n.) públicos municipais e foram contratualizados \_\_\_\_\_ (n.)

\_\_\_\_\_ (n.) públicos estaduais e foram contratualizados \_\_\_\_\_ (n.)

\_\_\_\_\_ (n.) filantrópicos e foram contratualizados \_\_\_\_\_ (n.)

\_\_\_\_\_ (n.) privados e foram contratualizados \_\_\_\_\_ (n.)

## DISCUSSÃO

Existe extensa documentação sobre o tema urgências desde 1998 até o presente momento. Na análise documental ficaram evidenciados os distintos momentos na implantação das ações, inicialmente vinculados à atenção hospitalar e ao atendimento móvel e central de regulação médica das urgências, tendo como principais características: o médico regulador da central com a responsabilidade de regular os casos, como autoridade sanitária na área de atuação das urgências que define os encaminhamentos mediante avaliação dos casos; e o deslocamento do Samu desde o local onde se encontra o doente em situações de risco até o destino final, representado pelas portas de entrada dos prontos socorros hospitalares.

A partir de 2002 constata-se que houve no país intensificação da implantação do Samu 192 e das Centrais de Regulação de Urgências, induzidos por recursos federais e com contrapartida estadual e municipal. Assim, pode-se sistematizar a implantação da PNAU em três fases, que correspondem aos períodos 1998-2008; 2008-2010; e 2011-2012.

Em última análise, embora documentos tenham coerência entre si e apontem a necessidade de conformação de redes de atenção estruturadas e hierarquizadas, consideramos que em cada fase prevaleceu o investimento em um componente, Samu e portas de entrada das urgências hospitalares, a despeito da expansão da atenção básica no país. Esses arranjos organizacionais fortalecem o modelo de atenção fragmentada e potencializam o modelo de atenção centrado no hospital, sendo esse a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), mesmo para urgências de média e baixa gravidade. Isso resulta em superlotação dessas portas e insuficiência de leitos de retaguarda. Muitos dos casos que demandam os prontos-socorros seriam passíveis de resolução na atenção básica, tanto nas UBS como em outros pontos de atenção fora do hospital.

Além disso, as UPAs foram implementadas a partir de 2008 com o objetivo de atender os casos de urgência que não necessitassem de internação hospitalar e de ser base das unidades móveis de atendimento às urgências (Samu 192). Atenderiam casos referenciados para estas unidades pelas Centrais de Regulação de Urgências, com o propósito de organizar a demanda

de usuários que demandam atendimento diretamente, ou através do Samu 192, aos hospitais de urgências. Observou-se nesta fase que a implantação de UPAs ocorreu de forma independente, não interligada aos demais pontos de atenção, desprovida de sistemas logísticos potentes e de transportes sanitários capazes de fazer o elo com os diversos pontos de atenção, a exemplo da UBS, que seria a referência principal. Constata-se que o papel da atenção básica ainda não está adequadamente reconhecido nessa forma de organização, assim como não é contemplado o ambulatório de especialidades, que seria referência para continuidade do tratamento pós-alta.

A partir de 2011, constatou-se um grande esforço das diversas áreas do MS na construção de uma nova política baseada nos princípios das redes de atenção e nos fóruns de discussão tripartite. Porém, as sucessivas reformulações e revogações de portarias de reorientação dos processos de implantação, a despeito de clarear a operacionalização dos principais componentes da rede de atenção às urgências, por apresentarem sempre novas versões, retardaram a implementação dessa rede.

Outro aspecto relevante está relacionado ao tratamento do IAM: a portaria SAS/GM n. 66/2011 facultou a possibilidade de realização da trombólise por meio da reperusão arterial nos casos de IAM, quando indicada. A principal novidade é a possibilidade de sua realização em ambiente não hospitalar, evitando mortes por retardo no diagnóstico e tratamento do IAM. Sabe-se que é nas primeiras horas que ocorre a maioria das mortes por isquemia miocárdica aguda e, mediante o uso de medicamento fibrino-específico, como a Tenecteplase – TNK e Alteplase tanto em unidades hospitalares como não hospitalares, que possuam recursos diagnósticos laboratoriais e ECG (com 12 derivações) e telemedicina (como Samu e UPA), as mesmas poderão utilizar a este recurso e reduzir o número de óbitos por IAM. Este procedimento já vinha sendo adotado em diversos estados, ainda antes da publicação em 2011 do protocolo clínico de síndromes coronarianas e dessa portaria. A angioplastia primária é o tratamento de escolha, mas hoje em dia demanda serviços hospitalares especializados de alta complexidade em cardiologia, fato que não é possível em algumas regiões distantes ou de difícil

acesso no país, daí a importância da disponibilização dessa terapia trombolítica.

A portaria SAS/MS n. 66/2011 está vigente, mas ainda não foi operacionalizada; apenas reconhece as compatibilidades mediante criação do procedimento na tabela SIASUS, e tem sido os gestores estaduais ou mesmo municipais que precisam disponibilizar recursos para adquirir o medicamento.

Para melhor compreender a situação atual do processo de implantação da rede de urgências, adotou-se o infarto agudo do miocárdio como doença traçadora e foram elaborados nove questionários. Cogita-se de realizar esta avaliação inicialmente em áreas metropolitanas, que foram áreas priorizadas para implantação. Espera-se que estes possibilitem uma avaliação da situação da implantação da rede de atenção às urgências em regiões selecionadas pelos gestores de forma a que seja possível rever o modelo de atenção às urgências e reorientar os rumos da PNAU, contribuindo assim para o avanço da saúde nas regiões de saúde e no país.

## REFERÊNCIAS

ALMOYNA, M. M.; NITSCHKE, C. S. Regulação médica dos serviços de atendimento médico de urgência. Samu, 1999. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/samu>>. Acesso em: 15 jan. 2013.

BITTENCOURT, J.R; HORTALE, V. A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. Cad. Saúde Publ., ano 25, vol. 7, p. 1.439-1.454, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 95 de 25/1/2001. Norma Operacional Básica da Assistência à Saúde/SUS (Noas – SUS) n. 01/2001. DOU de 29/01/2001, Seção I , p. 23.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 373, 27/2/2002 – Norma Operacional Básica da Assistência à Saúde/SUS (Noas – SUS) n. 01/2002. DOU de 28/02/2002, Seção I, p. 52.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Regulação Médica das Urgências. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 4.279, de 30/12/2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). DOU de 31/12/2010, Seção I, p. 88.

BRASIL. Decreto n. 7.508, de 28/06/2011. Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. DOU de 29/6/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 841, de 2/5/2012. Relação Nominal de Ações e Serviços de Saúde (RENASES). DOU de 3/5/2012, Seção 1, p. 2.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. Rev Saúde Pública, ano 31, vol. 2, p. 184-200, 1997.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. L.; PINEAULT, R., 1997. A avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. p. 29-47.

KESSNER, D. M.; KALK, C. E.; SINGER, J. Assessing health quality: the case for tracers. N Engl J Med., vol. 288, p. 189-94, 1973.

MENDES E. M. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009. 848 p.

MENDES, E. M. As redes de atenção à saúde. Rev C S Col., ano 15, vol. 5, p. 2297-2305, 2010.

MENDES, E. M. As Redes de Atenção à Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

MINAYO, M. C. S. (Org.). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde. Petrópolis: Vozes, 2010.

O'DWYER G. A gestão da atenção às urgências e o protagonismo federal. Rev C S Col., ano 15, vol. 5, p. 2395-2404, 2010.

REDE BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO EM EMERGÊNCIAS (RBCE). IV Congresso da Internacional, Goiânia, 2000. Disponível em: <[www.rbce.org.br](http://www.rbce.org.br)>. Acesso em: 13 jan. 2013.

SCHRAMM, J. M. A. *et al.* Transição Epidemiológica e o estudo da carga de doenças no Brasil. Rev C S Col., ano 9, vol. 4, p. 897-908, 2004.

## APÊNDICE

### **Componentes: ações e serviços da Rede de Atenção às Urgências:**

#### **Componente: Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde.**

A Política Nacional de Promoção da Saúde(PNPS) prioriza o desenvolvimento das ações de promoção com ênfase na Atenção Básica

Norma vigente: Portaria GM/MS n. 687, de 30 de março de 2006.

Tem como objetivo geral promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais.

Possui entre outros os objetivos específicos:

A prevenção dos fatores determinantes e/ou condicionantes de doenças e agravos à saúde.

O estímulo a adoção de modos de viver não violentos e o desenvolvimento de uma cultura de paz.

O desenvolvimento de Ações Intersetoriais visando ampliar a cooperação do setor da saúde com outras áreas de governos, setores e atores sociais para a gestão de políticas públicas e a criação e/ou o fortalecimento de iniciativas que signifiquem redução das situações de desigualdade.

Prioridades de ações:

#### ❖ Alimentação Saudável

Promover ações de vigilância alimentar e nutricional para a prevenção e controle dos agravos e doenças decorrentes da má alimentação.

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) foi atualizada em 17 de novembro de 2011 pela Portaria n. 2715 e contempla as ações de alimentação saudável.

Atenção Básica: Articulação e mobilização que favoreçam a prática da alimentação saudável.

Gestão: Estimular a Participação social na discussão sobre o tema

Atenção Básica: Almoços saudáveis coletivos aconselhamento nutricional – Alimentação saudável.

Gestão: Educação em Saúde.

Gestão: Estimular ações que promovam escolhas alimentares saudáveis por parte dos beneficiários dos programas de transferência de renda e nos ambientes escolares.

Gestão: Articulação e mobilização intersetorial para a proposição e elaboração de medidas regulatórias que visem promover a alimentação saudável e reduzir o risco do DCNT, com especial ênfase para a regulamentação da propaganda e publicidade de alimentos.

Gestão: Produção e distribuição de material educativo (guia alimentar da população brasileira, 10 passos para uma alimentação saudável para diabéticos e hipertensos, cadernos de atenção básica sobre prevenção e tratamento da obesidade e orientações para a alimentação saudável dos idosos).

Gestão: Desenvolvimento de campanhas na grande mídia para orientar e sensibilizar a população sobre os benefícios de uma alimentação saudável.

Gestão: Monitoramento do teor de sódio dos produtos processados, em parceria com a Anvisa e os órgãos da vigilância sanitária em Estados e Municípios.

Gestão / Atenção Básica: Implementação do SISVAN e envio de informações para o Relatório de Análise de Doenças Não Transmissíveis e Violências.

Gestão: Realização de inquéritos populacionais para o monitoramento do consumo alimentar e do estado nutricional da população brasileira de acordo com a Política Nacional de Alimentação e Nutrição.

❖ Ações de Prática Corporal / Atividade Física x Academia da Saúde :

Gestão: Ofertar práticas corporais / atividade física como caminhadas, prescrição de exercícios, práticas lúdicas, esportivas e de lazer, na rede básica de saúde, voltadas tanto para a comunidade como um todo quanto para grupos vulneráveis.

Gestão: Mapear e apoiar as ações de práticas corporais / atividade física existentes nos serviços de Atenção Básica, e inserir naqueles onde não há ações.

Gestão: Incentivar articulações intersetoriais para a melhoria das condições dos espaços públicos para a realização de práticas corporais / atividades físicas (urbanização dos espaços públicos; criação de ciclovias e pistas de caminhadas; segurança, outros).

❖ Ações de Prevenção e Controle do Tabagismo – Política Nacional de Controle do Tabagismo

Atenção Básica: Realizar ações educativas de sensibilização da população para a promoção de “comunidades livres de tabaco”, divulgando ações relacionadas ao tabagismo e seus diferentes aspectos e tratamento do tabagismo.

Gestão: Sistematizar ações educativas e mobilizar ações legislativas e econômicas, de forma a criar um contexto que reduza a aceitação social do tabagismo, reduza o acesso aos derivados do tabaco, aumente o acesso dos fumantes ao apoio para cessação de fumar.

### **Componente: Atenção Básica**

Norma vigente: Portaria n. 2. 488, de 21 de outubro de 2011, estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

*A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a*

*prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (PT 2488 de 21 de outubro de 2011).*

Diretrizes: Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades;

Ações:

Atenção Básica: Identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais;

Atenção Básica é o centro de comunicação x Central de Regulação nas agudizações.

Compete a AB elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Para isso, é necessário incorporar ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado, tais como: gestão das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames), prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos traçadores, eventos-sentinelas e incidentes críticos, dentre outros. As práticas de regulação realizadas na atenção básica devem ser articuladas com os processos regulatórios realizados em outros espaços da rede, de modo a permitir, ao mesmo tempo, a qualidade da microrregulação realizada pelos profissionais da atenção básica e o acesso a outros pontos de atenção nas condições e no tempo adequado, com equidade;

Atenção Básica: Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários.

Ações e atividades da equipe de Atenção Básica:

Atenção Básica: Programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência.

Atenção Básica: Desenvolver ações que priorizem os grupos de risco e os fatores de risco clínico-comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis;

Atenção Básica: Realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade tendo

em vista a responsabilidade da assistência resolutive à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências;

**Atenção Básica:** Realizar atenção à saúde na Unidade Básica de Saúde, no domicílio, em locais do território (salões comunitários, escolas, creches, praças, etc.) e outros espaços que comportem a ação planejada;

**Atenção Básica:** Desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida pelos usuários;

**Atenção Básica:** Desenvolver ações intersetoriais, integrando projetos e redes de apoio social, voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral;

**SAD x Atenção Básica – Equipes EMD e EMAP:** Realizar atenção domiciliar destinada a usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde e realizar o cuidado compartilhado com as equipes de atenção domiciliar nos demais casos.

**Atenção Básica:** Desenvolver ações que priorizem os grupos de risco e os fatores de risco clínico-comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis;

**Atenção Básica:** Realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutive à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências;

**Atenção Básica:** Participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo a primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, se responsabilizando pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

### Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)

Norma vigente: Portaria GM n.2488, de 21 de outubro de 2011, tem como objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade.

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF são constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das Equipes Saúde da Família, das Equipes de atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais, etc.) e academia da saúde, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade destas equipes, atuando diretamente no apoio matricial às equipes da(s) unidade(s) na(s) qual(is) o NASF está vinculado e no território destas equipes. A partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes e/ou Academia da saúde, devem atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde.

#### Ações:

Atenção Básica: Os NASF devem buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários Os NASF devem utilizar as Academias da Saúde como espaços que ampliam a capacidade de intervenção coletiva das equipes de atenção básica para as ações de promoção de saúde.

Programa Saúde na Escola (PSE): Instituído pelo Decreto Presidencial n. 6.286, de 05 de dezembro de 2007.

É uma política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação, na perspectiva da atenção integral (promoção, prevenção, diagnóstico e recuperação da saúde e formação) à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino público básico, no âmbito das escolas e unidades básicas de saúde,

realizada pelas equipes de saúde da atenção básica e educação de forma integrada.

#### Ações do PSE:

Atenção Básica: avaliação clínica e psicossocial que objetivam identificar necessidades de saúde e garantir a atenção integral às mesmas na rede de atenção à saúde;

Atenção Básica: promoção e prevenção que articulem práticas de formação, educativas e de saúde visando a promoção da alimentação saudável, a promoção de práticas corporais e atividades físicas nas escolas, a educação para a saúde sexual e reprodutiva, a prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas, a promoção da cultura de paz e prevenção das violências, a promoção da saúde ambiental e desenvolvimento sustentável;

#### Programa Academia da Saúde: Componente Promoção x Atenção Básica

Norma vigente: Portaria GM n. 719, de 07 de abril de 2011 – tem como objetivo contribuir para a promoção da saúde da população a partir da implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas corporais e atividade física e de lazer e modos de vida saudáveis.

A equipe do Programa Academia da Saúde deve atuar sob a coordenação da rede de Atenção Primária, considerando princípios, diretrizes e objetivos das Políticas Nacionais de Promoção da Saúde (PNPS) e de Atenção Básica à Saúde (PNAB).

Entre outros tem como Objetivos Específicos:

Ampliar a autonomia dos indivíduos sobre as escolhas de modos de vida mais saudáveis;

Aumentar o nível de atividade física da população;

Estimular hábitos alimentares saudáveis;

Promover mobilização comunitária com a constituição de redes sociais de apoio e ambientes de convivência e solidariedade;

Contribuir para ampliação e valorização da utilização dos espaços públicos de lazer, como proposta de inclusão social, enfrentamento das violências e melhoria das condições de saúde e qualidade de vida da população.

Ações NASF x Academia da Saúde:

Desenvolvidas por profissionais da APS, especialmente os que atuam no NASF:

Promoção de práticas corporais e atividades físicas (ginástica, lutas, capoeira, dança, jogos esportivos e populares, yoga, tai chi chuan, dentre outros).

Orientação para a prática de atividade física.

Promoção de atividades de segurança alimentar e nutricional e de educação alimentar.

Atenção Domiciliar: Norma Vigente: Portaria GM n. 2.527, de 27 de outubro de 2011 – Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Considera-se:

I – Serviço de Atenção Domiciliar (SAD): serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP);

II – Atenção Domiciliar: nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde.

Tem como objetivo a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial e hospitalar, com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de usuários internados, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários.

Diretrizes: A atenção Básica é a ordenadora do cuidado e da ação territorial, está incorporada ao sistema de regulação articulando-se com os pontos de atenção e com os serviços de retaguarda, está inserida nas linhas de cuidado, modelo de atenção centrado no trabalho de equipes multiprofissionais.

Os Municípios poderão ter SAD desde que possuam população igual ou superior a 100 (cem) mil habitantes e população igual ou superior a 40 (quarenta) mil habitantes e inferior a 100 (cem) mil habitantes, desde que estejam localizados em região metropolitana.

Cada EMAD deve atender a uma população adstrita de 100 (cem) mil habitantes. Nos Municípios com população entre 40 (quarenta) mil e 100 (cem) mil habitantes, a EMAD atenderá população adstrita igual à população do Município. O parâmetro de referência para o funcionamento da EMAD é o cuidado concomitante de, em média, 60 (sessenta) usuários.

O SAD deverá organizar o trabalho da EMAD no formato de cuidado horizontal (diarista) de segunda a sexta-feira, 12 horas/dia, e garantir o cuidado nos finais de semana e feriados, podendo utilizar, nesses casos, o regime de plantão, de forma a assegurar a continuidade da atenção.

Todos os Municípios com uma EMAD implantada poderão implantar uma EMAP para suporte e complementação das ações de saúde da Atenção Domiciliar.

### **Componente: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu 192).**

Norma Vigente: Portaria GM n. 2048, de 05 de novembro de 2002– Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.

Norma Vigente: Portaria GM n. 1.010, de 21 de maio de 2012 – Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu 192) e sua Central de Regulação das Urgências.

Para efeito desta Portaria considera-se:

Samu 192: componente assistencial móvel da Rede de Atenção às Urgências que tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras) que possa levar a sofrimento, a sequelas ou mesmo a morte, mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número "192" e acionado por uma Central de Regulação das Urgências;

Central de Regulação das Urgências: estrutura física constituída por profissionais (médicos, telefonistas auxiliares de regulação médica e rádio operadores) capacitados em regulação dos chamados telefônicos que demandam orientação e/ou atendimento de urgência, por meio de uma classificação e priorização das necessidades de assistência em urgência, além de ordenar o fluxo efetivo das referências e contrarreferências dentro de uma Rede de Atenção;

Base Descentralizada: infraestrutura que garante tempo resposta de qualidade e racionalidade na utilização dos recursos do componente Samu 192 regional ou sediado em Município de grande extensão territorial e/ou baixa densidade demográfica, conforme definido no Plano de Ação Regional, com a configuração mínima necessária para abrigo, alimentação, conforto das equipes e estacionamento da(s) ambulância(s);

Os indicadores do Samu 192 são:

I – número geral de ocorrências atendidas no período – Total de Atendimentos /IAM e média mensal 2011 e 2012.

II – tempo mínimo, médio e máximo de resposta;

III – identificação dos motivos dos chamados;

IV – quantitativo de chamados, orientações médicas, saídas de Unidade de Suporte Avançado (USA) e Unidade de Suporte Básico (USB);

V – localização das ocorrências;

VI – idade e sexo dos pacientes atendidos;

VII – identificação dos dias da semana e horários de maior pico de atendimento;

VIII – identificação dos dias da semana e horários de maior pico de atendimento;

IX – pacientes (número absoluto e percentual) referenciados aos demais componentes da rede, por tipo de estabelecimento.

O componente Samu 192 será regionalizado, a fim de ampliar o acesso às populações dos Municípios em todo o território nacional, por meio de diretrizes e parâmetros técnicos definidos pela presente Portaria.

Gestão: Cada região terá um Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências, nos termos definidos em ato do Ministro de Estado da Saúde.

A Rede de Atenção às Urgências estará integrada por sistemas de informação e comunicação que lhe permita a perfeita compreensão das várias situações, o exercício da Telessaúde e, conseqüentemente, a adequada atenção aos pacientes.

Para o planejamento, implantação e implementação da regionalização, interiorização e ampliação do acesso ao Samu 192, deverá ser utilizado, prioritariamente, o parâmetro de tempo-resposta, ou seja, o tempo adequado tecnicamente transcorrido entre a ocorrência do evento de urgência e emergência e a intervenção necessária.

Tipologia das Unidades Móveis:

Unidade de Suporte Básico de Vida Terrestre: tripulada por no mínimo 02 (dois) profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência e um técnico ou auxiliar de enfermagem;

Unidade de Suporte Avançado de Vida Terrestre: tripulada por no mínimo 03 (três) profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência, um enfermeiro e um médico;

Equipe de Aeromédico: composta por no mínimo um médico e um enfermeiro;

Equipe de Embarcação: composta por no mínimo 02 (dois) ou 03 (três) profissionais, de acordo com o tipo de atendimento a ser realizado, contando

com o condutor da embarcação e um auxiliar/ técnico de enfermagem, em casos de suporte básico de vida, e um médico e um enfermeiro, em casos de suporte avançado de vida;

Motolância: conduzida por um profissional de nível técnico ou superior em enfermagem com treinamento para condução de motolância; e

Veículo de Intervenção Rápida (VIR): tripulado por no mínimo um condutor de veículo de urgência, um médico e um enfermeiro.

Atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais Samu-192 – Portaria GM 2657, de 16 de dezembro de 2004:

O médico regulador, ao receber o caso, deverá, num curto espaço de tempo (de 30 segundos a 1 minuto), julgar a gravidade de cada caso e, em se tratando de situação crítica, deverá desencadear imediatamente a melhor resposta, acionando, inclusive, múltiplos meios, sempre que necessário, podendo, em seguida, concluir o detalhamento do caso;

Caso o médico regulador opte pelo envio de equipe de suporte básico ou avançado de vida ao local, deve monitorar todo seu deslocamento e receber o relato do caso quando a equipe lá chegar, confirmando ou alterando a gravidade estimada inicialmente;

Após essa reavaliação, o médico regulador deverá tomar uma segunda decisão a respeito da necessidade do paciente, definindo inclusive para qual unidade de saúde o paciente deve ser transportado, se for o caso;

Se o paciente for transportado, cabe ao médico regulador monitorar e acompanhar todo o atendimento prestado no trajeto;

O médico regulador deve estabelecer contato com o médico do serviço receptor, repassando a ele as informações técnicas sobre cada caso, para que a equipe local possa preparar-se para receber o paciente da melhor maneira possível;

Naquelas situações de atendimento médico no pré-hospitalar móvel, sempre que possível e com conhecimento e autorização do médico regulador, o médico assistente deverá manter-se em contato direto com o médico assistente do serviço de destino definido pela regulação, para repasse das informações sobre o paciente, a fim de instrumentalizar a organização da melhor recepção possível para os casos graves;

Após o adequado recebimento do paciente no serviço determinado, o médico regulador poderá considerar o caso encerrado;

O rádio operador deve acompanhar a movimentação dos veículos do Samu, durante todas as etapas da regulação acima mencionadas.

O Serviço de atendimento pré-hospitalar móvel deve ser entendido como uma atribuição da área da saúde, sendo vinculado a uma Central de Regulação, com equipe e frota de veículos compatíveis com as necessidades de saúde da população de um município ou uma região, podendo, portanto, extrapolar os limites municipais. Esta região de cobertura deve ser previamente definida, considerando-se aspectos demográficos, populacionais, territoriais, indicadores de saúde, oferta de serviços e fluxos habitualmente utilizados pela clientela. O serviço deve contar com a retaguarda da rede de serviços de saúde, devidamente regulada, disponibilizada conforme critérios de hierarquização e regionalização formalmente pactuados entre os gestores do sistema loco-regional.

#### Regulação Médica de Urgências:

A Regulação Médica das Urgências, baseada na implantação de suas Centrais de Regulação, é o elemento ordenador e orientador dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. As Centrais, estruturadas nos níveis estadual, regional e/ou municipal, organizam a relação entre os vários serviços, qualificando o fluxo dos pacientes no Sistema e geram uma porta de comunicação aberta ao público em geral, através da qual os pedidos de socorro são recebidos, avaliados e hierarquizados.

Como já mencionado, as necessidades imediatas da população ou

necessidades agudas ou de urgência, são pontos de pressão por respostas rápidas. Então o Sistema deve ser capaz de acolher a clientela, prestando-lhe atendimento e redirecionando-a para os locais adequados à continuidade do tratamento, através do trabalho integrado das Centrais de Regulação Médica de Urgências com outras Centrais de Regulação de leitos hospitalares, procedimentos de alta complexidade, exames complementares, internações e atendimentos domiciliares, consultas especializadas, consultas na rede básica de saúde, assistência social, transporte sanitário não urgente, informações e outros serviços e instituições, como por exemplo, as Polícias Militares e a Defesa Civil.

Estas centrais, obrigatoriamente interligadas entre si, constituem um verdadeiro complexo regulador da assistência, ordenador dos fluxos gerais de necessidade/resposta, que garante ao usuário do SUS a multiplicidade de respostas necessárias à satisfação de suas necessidades.

**Componente: Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24 h e Serviços de Urgência 24h.**

Norma vigente: Portaria GM n. 2648, de 07 de novembro de 2011 – Redefine as diretrizes para implantação do componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências.

Caracterização: A UPA 24h é o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária situado entre a Atenção Básica à Saúde e a Rede Hospitalar. A UPA 24h deve compor uma rede organizada de atenção às urgências, em conjunto com a Atenção Básica à Saúde e com a Rede Hospitalar. As UPA 24h serão classificadas em Portes I, II e III.

## DEFINIÇÃO DOS PORTES DAS UPA 24H

UPA 24H	POPULAÇÃO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UPA	ÁREA FÍSICA MÍNIMA	NÚMERO DE ATENDIMENTOS MÉDICOS EM 24 HORAS	NÚMERO MÍNIMO DE MÉDICOS POR PLANTÃO	NÚMERO MÍNIMO DE LEITOS DE OBSERVAÇÃO
PORTE I	50.000 a 100.000 habitantes	700 m <sup>2</sup>	até 150 pacientes	02 médicos	07 leitos
PORTE II	100.001 a 200.000 habitantes	1.000 m <sup>2</sup>	até 300 pacientes	04 médicos	11 leitos
PORTE III	200.001 a 300.000 habitantes	1.300 m <sup>2</sup>	até 450 pacientes	06 médicos	15 leitos

A UPA 24h terá as seguintes competências na Rede de Atenção às Urgências:

Acolher os usuários e seus familiares sempre que buscarem atendimento na UPA 24h;

Articular-se com a Atenção Básica à Saúde, Samu 192, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência e ordenando esses fluxos por meio de Centrais de Regulação Médica de Urgências e complexos reguladores instalados na região;

Prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a definir, em

todos os casos, a necessidade ou não de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade;

Fornecer retaguarda às urgências atendidas pela Rede de Atenção Básica à Saúde;

Funcionar como local de estabilização de pacientes atendidos pelo Samu 192;

Realizar consulta médica em regime de pronto atendimento aos casos de menor gravidade;

Realizar atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos demandados à unidade;

Prestar apoio diagnóstico e terapêutico ininterrupto nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, incluídos feriados e pontos facultativos;

Manter os pacientes em observação, por período de até 24 (vinte e quatro) horas, para elucidação diagnóstica e/ou estabilização clínica;

Encaminhar para internação em serviços hospitalares, por meio das centrais reguladoras, os pacientes que não tiverem suas queixas resolvidas nas 24 (vinte e quatro) horas de observação, conforme definido no inciso anterior;

Prover atendimento e/ou encaminhamento adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrado à Rede de Atenção às Urgências a partir da complexidade clínica, cirúrgica e traumática do usuário;

Contra referenciar para os demais serviços de atenção integrantes da Rede de Atenção às Urgências, proporcionando continuidade ao tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo; e

Solicitar retaguarda técnica ao Samu 192, sempre que a gravidade/complexidade dos casos ultrapassarem a capacidade instalada da Unidade.

Compete ao gestor responsável pela UPA 24h:

Implantar processo de Acolhimento com Classificação de Risco, em ambiente específico, considerando a identificação do paciente que necessite de tratamento imediato, com estabelecimento do potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, de modo a priorizar atendimento em conformidade com o grau de sofrimento ou a gravidade do caso;

Estabelecer e adotar o cumprimento de protocolos de atendimento clínico, de classificação de risco e de procedimentos administrativos; e

Garantir apoio técnico e logístico para o bom funcionamento da Unidade.

**Componente: Atenção Hospitalar:**

Norma vigente: Portaria GM n. 2.395 de 11 de outubro de 2011 – Portaria organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A organização dar-se-á por meio da ampliação e qualificação das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, das Enfermarias Clínicas de Retaguarda, das Enfermarias de Retaguarda de Longa Permanência (Unidades de Cuidados Prolongados e dos Leitos de Terapia Intensiva).

Este componente tem como objetivos:

I – organizar a atenção às urgências nos hospitais, de modo que atendam à demanda espontânea e/ou referenciada e funcionem como retaguarda para os outros pontos de atenção às urgências de menor complexidade;

II – garantir retaguarda de atendimentos de média e alta complexidade; procedimentos diagnósticos e leitos clínicos, cirúrgicos, de longa permanência e de terapia intensiva para a rede de atenção às urgências; e

III – garantir a atenção hospitalar nas linhas de cuidado prioritárias, em articulação com os demais pontos de atenção.

Conceito: Portas de entrada hospitalares de Urgência: são os serviços instalados em uma unidade hospitalar para prestar atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas e devem estar instaladas em unidades hospitalares estratégicas para a rede de atenção às urgências.

Obs.: As Portas de Entrada Hospitalares de Urgência de atendimento exclusivo de obstetrícia e psiquiatria não estão incluídas no conjunto de Portas de Entrada Hospitalares de Urgência previstas nessa Portaria.

Requisitos das Unidades hospitalares dessa rede:

I – ser referência regional, realizando no mínimo 10% (dez por cento) dos atendimentos oriundos de outros Municípios, conforme registro no Sistema de Informação Hospitalar (SIH);

II – ter no mínimo 100 (cem) leitos cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos (SCNES);

III – estar habilitada em pelo menos uma das seguintes linhas de cuidado: cardiovascular; neurologia/neurocirurgia; pediatria; e traumato-ortopedia.

Portas de Entrada Portas Hospitalares de Urgência de Urgência:

I – apresentação do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências ao Ministério da Saúde,

II – deferimento, pelo Ministério da Saúde, do incentivo de custeio diferenciado a ser pago.

III – início do repasse, pelo Ministério da Saúde, do incentivo financeiro de custeio.

As Portas de Entrada Hospitalares de Urgência serão consideradas qualificadas ao se adequarem aos seguintes critérios:

I – estabelecimento e adoção de protocolos de classificação de risco, protocolos clínico assistenciais e de procedimentos administrativos no hospital;

II – implantação de processo de Acolhimento com Classificação de Risco, em ambiente específico, identificando o paciente segundo o grau de sofrimento ou de agravos à saúde e de risco de morte, priorizando-se aqueles que necessitem de tratamento imediato;

III – articulação com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu 192), Unidades de Pronto Atendimento (UPA);

IV – submissão da Porta de Entrada Hospitalar de Urgência à Central Regional de Regulação de Urgência, à qual caberá coordenar os fluxos coerentes e efetivos de referência e contra referência;

V – equipe multiprofissional compatível com o porte da Porta de Entrada Hospitalar de Urgência;

VI – organização do trabalho das equipes multiprofissionais de forma horizontal, em regime conhecido como "diarista", utilizando – se prontuário único compartilhado por toda a equipe;

VII – implantação de mecanismos de gestão da clínica, visando a qualificação do cuidado; eficiência de leitos; reorganização dos fluxos e processos de trabalho; implantação de equipe de referência para responsabilização e acompanhamento dos casos;

VIII – garantia de retaguarda às urgências atendidas pelos outros pontos de atenção de menor complexidade que compõem a Rede de Atenção às Urgências da região;

IX – garantia de desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes, por iniciativa própria ou por meio de cooperação; e

X – realização do contra referenciamento responsável dos usuários para os serviços da rede, fornecendo relatório adequado, de forma a garantir a continuidade do cuidado pela equipe da atenção básica ou de referência.

As Portas de Entrada Hospitalares de Urgência deverão se qualificar em um prazo máximo de 06 (seis) meses após o início do repasse do incentivo de custeio diferenciado, ou em um prazo de 12 (doze) meses após o recebimento do incentivo de investimento para adequação da ambiência.

O Componente Hospitalar de Atenção às Urgências deverá garantir e organizar a retaguarda de leitos para a Rede de Atenção às Urgências, por meio da ampliação e qualificação das:

Enfermarias Clínicas de Retaguarda,

Enfermarias de Retaguarda de Longa Permanência

Leitos de Terapia Intensiva

Enfermarias Clínicas de Retaguarda:

As instituições hospitalares, públicas ou privadas, que disponibilizarem leitos de retaguarda às Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, por meio da organização de enfermarias clínicas, receberão custeio diferenciado, no valor de R\$ 300,00 (trezentos reais) por diária do leito novo ou qualificado.

Fluxo para recebimento do custeio diferenciado para Leitos de Retaguarda de Clínica Médica:

I – apresentação do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências ao Ministério da Saúde, para fins de comprovação da necessidade de abertura dos leitos de clínica médica de acordo com os parâmetros da Portaria GM n. 1.101, de 12 de junho de 2002;

II – solicitação de habilitação dos novos leitos de clínica médica ou dos leitos já existentes como "leitos de clínica médica qualificados";

III – deferimento, pelo Ministério da Saúde, do incentivo de custeio diferenciado a ser pago aos novos leitos de clínica médica ou àqueles já existentes;

IV – início do repasse, pelo Ministério da Saúde, do incentivo financeiro de custeio diferenciado aos fundos de saúde, que repassarão os valores aos prestadores de serviços hospitalares.

Atendimento de critérios para qualificação das enfermarias clínicas de retaguarda:

Estabelecimento e adoção de protocolos clínicos, assistenciais e de procedimentos administrativos;

Equipe composta por médicos, enfermeiros e técnicos em enfermagem compatível com o porte da enfermaria clínica de retaguarda, bem como suporte para especialidades nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana; utilizando – se prontuário único, compartilhado por toda a equipe;

Articulação com os Serviços de Atenção Domiciliar da Região de Saúde,

Garantia de realização dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários à complexidade dos casos;

Regulação integral pelas Centrais de Regulação de Leitos;

Taxa de ocupação média mínima de 85% (oitenta e cinco por cento);

Média de Permanência de, no máximo, 10 (dez) dias de internação.

As Enfermarias Clínicas de Retaguarda deverão se qualificar em um prazo máximo de 06 (seis) meses após o início do repasse do incentivo de custeio diferenciado previsto na portaria.

Enfermarias de Retaguarda de Longa Permanência: denominadas Unidades de Cuidados Prolongados (UCP), normatizada pela Portaria n. 2809 , 07 de dezembro de 2012, podendo estar disponibilizados em hospitais gerais ou especializados em cuidados prolongados.

Leitos de UTI: As instituições hospitalares que disponibilizarem novos leitos de UTI, específicos para retaguarda às Portas de Entrada Hospitalares de Urgências, ou que qualificarem os leitos já existentes farão jus a custeio diferenciado do leito de UTI, no valor de R\$ 800,00 (oitocentos reais) por diária de leito. Parágrafo único. A diferença entre o valor real da diária do leito de UTI e o repasse do recurso federal por leito deverá ser custeada por Estados e Municípios, na forma pactuada na Comissão Intergestores Regional (CIR) e na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

As instituições hospitalares que possuem Portas de Entrada Hospitalares de Urgência e disponibilizarem leitos de UTI já existentes poderão qualificar até 80% (oitenta por cento) dos seus leitos de UTI,

As instituições hospitalares que não possuem Portas de entrada Hospitalares de Urgência e disponibilizarem leitos de UTI já existentes poderão qualificar até 70% (setenta por cento) dos seus leitos de UTI, de acordo com os critérios estabelecidos.

Fluxo para solicitação do custeio diferenciado para leitos de terapia intensiva, novos ou já existentes, será observado o seguinte fluxo:

I – apresentação do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências ao Ministério da Saúde, para fins de comprovação da necessidade de abertura dos leitos de terapia intensivo, segundo parâmetros utilizados na Portaria n. 1.101/GM/MS, de 12 de junho de 2002; e/ou

II – solicitação de habilitação dos novos leitos de terapia intensiva ou dos leitos já existentes como "leitos de terapia intensiva qualificados";

III – deferimento, pelo Ministério da Saúde, do incentivo de custeio diferenciado a ser pago aos leitos de terapia intensiva novos ou já existentes.

Para garantir a qualidade da gestão das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência e dos leitos de retaguarda, as instituições hospitalares contempladas por esta Portaria criarão Núcleos de Acesso e Qualidade Hospitalar, compostos por:

- I – coordenador da Urgência/Emergência;
- II – coordenador da UTI;
- III – coordenador das Unidades de internação;
- IV – coordenador da central de internação do hospital; e
- V – representante do gestor local.

### TIPOLOGIA DOS HOSPITAIS DA REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E PROPOSTA DE INCENTIVO FINANCEIRO

<b>Portas de Entrada</b>			
Tipologia	Hospital Especializado Tipo II	<u>Hospital Especializado Tipo I</u>	Hospital Geral
Critérios de habilitação	Hospital de referência que atenda no mínimo a uma macrorregião, obedecendo aos critérios estabelecidos neste documento e deve ser referência para uma cobertura populacional a partir de 501 mil habitantes. Deve possuir, no mínimo, dois serviços de referência, habilitados em alta complexidade, para desempenhar seu papel como neurocirurgia, traumatologia/ortopedia, cardiologia/cardiovascular, ou como referência para pediatria.	Hospital de referência para uma ou mais regiões de Saúde conforme PDR. Com uma cobertura populacional de 201 mil a 500 mil habitantes. Deve possuir, no mínimo, um serviço de referência, habilitado em alta complexidade, para desempenhar seu papel como neurocirurgia e/ou traumatologia/ortopedia e/ou cardiologia/cardiovascular ou como referência para pediatria.	Hospital de referência para, no mínimo, uma Região de Saúde conforme Plano Diretor Regional (PDR). Com cobertura populacional de até 200 mil habitantes. São estabelecimentos que possuem estrutura para realizações de média complexidade.
Recursos Humanos	Deve contar com equipe 24h, composta por médicos especializados, cuja composição depende do perfil assistencial do estabelecimento, equipe multidisciplinar e equipes para manejo de pacientes críticos.	Deve contar com equipe 24h, composta por médicos especializados, cuja composição depende do perfil assistencial do estabelecimento, equipe multidisciplinar e equipes para manejo de pacientes críticos.	Deve contar com equipe 24 horas composta por clínico geral, pediatra, cirurgião, anestesiológico, enfermeiros, técnicos e equipes para manejo de pacientes críticos.
Incentivo Financeiro Mensal	R\$ 300.000,00	R\$ 200.000,00	R\$ 100.000,00

