

OFICINA 1 - ALINHAMENTO CONCEITUAL DA REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA & EMERGÊNCIA MACRORREGIÃO PLANALTO NORTE

Região de Mafra

Secretaria de Estado da Saúde - Santa Catarina



Redes de Atenção a Saúde
“Somos Nós”

GUIA DO PARTICIPANTE



Ministério
da Saúde



MACRORREGIÃO PLANALTO NORTE



Ministério
da Saúde



AGRADECIMENTOS

GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA

Luiz Henrique da Silveira (Governador)

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA – SES/SC

Luiz Eduardo Cherem (Secretário de Estado da Saúde)

DIRETORIA GERAL

Carmen Emília Bonfá Zanotto (Diretora)

SUPERINTENDÊNCIA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO

Rosina Moritz dos Santos (Superintendente)

DIRETORIA DE PLANEJAMENTO, CONTROLE E AVALIAÇÃO

Maria Teresa Rogério Locks

CONSELHO DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DE SANTA CATARINA

Celso Luiz Dellagiustina

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE

Carmen Emília Bonfá Zanotto

GERÊNCIAS REGIONAIS DE SAÚDE - NORDESTE E PLANALTO NORTE

23º Gerência de Saúde de Joinville – Douglas Calheiros Machado

24º Gerência de Saúde de Jaraguá do Sul – Marina Fernandes

25º Gerência de Saúde de Mafra – Álvaro José Weber

26º Gerência de Saúde de Canoinhas – Andréia Carina S. de Paula e Silva

DIRETORIA DE ARTICULAÇÃO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE/SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE/MINISTÉRIO DA SAÚDE – DARA/SAS/MS

Dr. Adail de Almeida Rollo (Diretor)

EQUIPE DARAS/SAS/MS:

Adriana de Azevedo Mafra, Glória Delfim Walker, Maria Emi Shimazak e Sérgio Zanetta

ELABORAÇÃO DA OFICINA:

Adriana de Azevedo Mafra e Maria Emi Shimazaki



CONTATOS E INFORMAÇÕES

**Diretoria de Articulação de Redes de Atenção
Secretaria de Atenção à Saúde / Ministério da Saúde**

**Esplanada dos Ministérios, Bl "G", 9º andar, sala 949
Edifício Sede – Asa Sul – Brasília/DF – CEP 70.058-900**

Telefones: 61 3315-3196 / 3874 / 3969

E-mail: daras@saude.gov.br

Site web: www.saude.gov.br/sas

**Gerência de Planejamento do SUS/Secretaria de
Estado da Saúde**

**Rua Esteves Júnior, 160 – 6º andar - Centro
CEP 88015-130 Florianópolis-SC**

Telefones: 48 3221-2233 / 2095 / 2117

E-mail: gepsa@saude.sc.gov.br

Site web: www.saude.sc.gov.br



ALINHAMENTO CONCEITUAL SOBRE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

✓ OBJETIVOS:

- Compreender a fundamentação teórica que orienta o desenho e a operacionalização das redes de atenção:
 - Compreender a organização dos sistemas de atenção à saúde;
 - Compreender os fundamentos da construção de redes de atenção à saúde;
 - Compreender os componentes que constituem uma rede de atenção à saúde;
 - Compreender a proposta de implantação da Rede de Atenção à Urgência e Emergência;

✓ PLANEJAMENTO DA REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

➤ OBJETIVOS:

- Compreender o diagnóstico da Urgência e Emergência (U & E) nas Macrorregiões Norte e Nordeste.
- Elaborar a programação dos pontos de atenção, segundo os parâmetros do Ministério da Saúde e da literatura internacional.
- Identificar os problemas existentes relacionados à organização da rede de U/E.
- Elaborar um plano de organização da rede de U & E.



ROTEIRO DE PROGRAMAÇÃO

DIA 17/11/2009 – PERÍODO DA MANHÃ		
08h00 – 09h00	RECEPÇÃO COM COFFE BREAK	
09h00 - 09h15	EXPOSIÇÃO DIALOGADA - 01	Revisão dos fundamentos da construção e os componentes das redes de atenção
09h15 – 09h45	EXPOSIÇÃO DIALOGADA - 02	A Rede de Atenção à Urgência e Emergência
09h45 - 10h15	GRUPO DE TRABALHO (GT) - ESTUDO DIRIGIDO – 01 – Preenchimento das Matrizes nº 1, 2, 3, 4 e 5	O Desenho da Rede de Atenção à Urgência e Emergência
10h15 – 10h30	PLENÁRIA / APRESENTAÇÃO	O Desenho da Rede de Atenção à Urgência e Emergência
10h30 – 10h45	EXPOSIÇÃO DIALOGADA - 03	O Plano de Urgência e Emergência de Joinville: Situação atual
10h45 – 12h00	GT - ESTUDO DIRIGIDO – 02 – Preenchimento da Matriz nº 6 (6A, 6B e 6C)	Elaboração do Plano de Organização da Rede de Urgência e Emergência nas Macrorregiões Planalto Norte – Parte I
12h00 – 13h30	INTERVALO - ALMOÇO	
DIA 17/11/2009 – PERÍODO VESPERTINO		
13h30 – 14h45	GT - ESTUDO DIRIGIDO – 03 - Preenchimento da Matriz nº 7 e 8	Elaboração do Plano de Organização da Rede de Urgência e Emergência nas Macrorregiões Planalto Norte – Parte II
14h45 – 15h30	PLENÁRIA / APRESENTAÇÃO	Elaboração do Plano de Organização da Rede de Urgência e Emergência nas Macrorregiões Planalto Norte – Parte I e II
15h30	COFFE BREAK e ENCERRAMENTO	



ABERTURA

Objetivos: Saudar e apresentar os participantes, apresentar os objetivos da oficina, explicar a metodologia de trabalho, alinhar as expectativas dos participantes e apresentar o grupo de trabalho.



EXPOSIÇÃO DIALOGADA 1 - REVISÃO DOS FUNDAMENTOS E COMPONENTES DA CONSTRUÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.

Objetivo: Compreender os fundamentos que dão base à construção de redes de atenção à saúde, assim como seus componentes.



EXPOSIÇÃO DIALOGADA 2 - A REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Objetivo: Compreender o processo de construção da rede de atenção à urgência e emergência, assim como dos parâmetros de qualidade segundo o Ministério da Saúde e a literatura; Avaliar a pactuação entre os diversos pontos de atenção em urgência e emergência.



GRUPO DE TRABALHO - ESTUDO DIRIGIDO 1 - O DESENHO DA REDE DE ATENÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

⇒ Dividam-se em grupos, escolham um coordenador e um relator;

⇒ O grupo deverá ler os textos de apoio 03 e 04 e preencher as matrizes 1, 2, 3, e 4.

➤ A ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

➤ O ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.

⇒ A seguir, o grupo deverá identificar os pontos de atenção da rede de urgência e emergência, com respectivas competências e territórios sanitários de abrangência, existentes na Macrorregião do Planalto Norte, preenchendo a matriz 1 - MATRIZ DE PONTOS DE ATENÇÃO.

⇒ Deverá também identificar os sistemas de apoio (apoio diagnóstico laboratorial e por imagem, assistência farmacêutica e sistema de informação) e logísticos (transporte, prontuário, regulação e cartão de identificação) disponíveis nas macrorregiões, preenchendo as matrizes 2, 3 e 4 correspondentes.

⇒ Cada relator terá 05 minutos para a apresentação das conclusões do grupo em plenária.

MATRIZ 1- IDENTIFICAÇÃO DOS PONTOS DE ATENÇÃO E COMPETÊNCIAS EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA MACRORREGIÃO:

NÍVEL DE ATENÇÃO	PONTO DE ATENÇÃO	COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO (o que realiza)	TERRITÓRIO SANITÁRIO (População que Atende)
PRIMÁRIA			
SECUNDÁRIA			
TERCIÁRIA			

**MATRIZ 2 - IDENTIFICAÇÃO DOS SISTEMAS DE APOIO NA ATENÇÃO À SAÚDE EM
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA MACRORREGIÃO**

NÍVEL DE ATENÇÃO	PONTO DE ATENÇÃO	SISTEMA DE APOIO (apoio diagnóstico laboratorial e por imagem, assistência farmacêutica e sistema de informação)	TERRITÓRIO SANITÁRIO (Municipal, Regional ou Macrorregional)
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE			
ATENÇÃO SECUNDÁRIA À SAÚDE			
ATENÇÃO TERCIÁRIA À SAÚDE			

**MATRIZ 3 - IDENTIFICAÇÃO DOS SISTEMAS LOGÍSTICOS NA ATENÇÃO À SAÚDE EM
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA MACRORREGIÃO**

SISTEMA LOGÍSTICO	COMPETÊNCIA (o que realiza)	NÍVEL DE ATENÇÃO (Primária, Secundária e Terciária).
TRANSPORTE EM SAÚDE		
REGULAÇÃO		
PRONTUÁRIO ELETRÔNICO		
CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO		

VALIDAÇÃO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Dividam-se em grupos contemplando as quatro microrregiões, escolham um coordenador e um relator.

⇒ Cada grupo deverá discutir a Rede de Urgências de Joinville quanto aos seguintes aspectos:

- ▶ Pontos de conformidade ou que contemplam a demanda da microrregião;
- ▶ Pontos de não conformidade ou que não atendem às demandas da microrregião;

⇒ Graduar as conformidades na **Matriz 4** como se segue:

(1) concordo fortemente,	(3) não concordo nem discordo,	(5) discordo fortemente.
(2) concordo,	(4) discordo e	

⇒ Justificando as discordâncias na **Matriz 5**.

⇒ **MATRIZ 4 - A REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (Região de Mafra)**

	PONTO DE ATENÇÃO	COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO	
ATENÇÃO PRIMÁRIA	SAMU 192	() Classificar o risco; orientar; ativar a ambulância.	MUNICÍPIO
	Unidade Básica de Saúde/PSF	() 1º atendimento para vermelho , laranja e amarelo () Atendimento para verde e azul	
	Sociedade Mãe Divina Providência (São Bento do Sul)	() 1º atendimento para vermelho , laranja e amarelo () Atendimento para vermelho , laranja e amarelo de acordo com os protocolos () Atendimento para amarelo . () Atendimento para verde e azul , fora do horário de funcionamento da UBS	
	Hospital São Luiz (Campo Alegre)	() 1º atendimento para vermelho , laranja e amarelo () Atendimento para vermelho , laranja e amarelo de acordo com os protocolos () Atendimento para amarelo . () Atendimento para verde e azul , fora do horário de funcionamento da UBS	
	Fundação Hospitalar Municipal Santo Antônio (Itaiópolis)	() 1º atendimento para vermelho , laranja e amarelo () Atendimento para vermelho , laranja e amarelo de acordo com os protocolos () Atendimento para amarelo . () Atendimento para verde e azul , fora do horário de funcionamento da UBS	
	Associação de Caridade São Vicente de Paula (Mafra)	() 1º atendimento para vermelho , laranja e amarelo () Atendimento para vermelho , laranja e amarelo de acordo com os protocolos () Atendimento para amarelo . () Atendimento para verde e azul , fora do horário de funcionamento da UBS	
	Maternidade Dona Catarina Kuss (Mafra)	() 1º atendimento para vermelho , laranja e amarelo () Atendimento para vermelho , laranja e amarelo de acordo com os protocolos () Atendimento para amarelo . () Atendimento para verde e azul , fora do horário de funcionamento da UBS	

	PONTO DE ATENÇÃO	COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO	
	Sociedade Hospitalar Comunitária Pe. Clemente Kampmann (Monte Castelo)	☐ 1º atendimento para vermelho , laranja e amarelo ☐ Atendimento para vermelho , laranja e amarelo de acordo com os protocolos ☐ Atendimento para amarelo . ☐ Atendimento para verde e azul , fora do horário de funcionamento da UBS	
	Hospital São Sebastião (Papanduva)	☐ 1º atendimento para vermelho , laranja e amarelo ☐ Atendimento para vermelho , laranja e amarelo de acordo com os protocolos ☐ Atendimento para amarelo . ☐ Atendimento para verde e azul , fora do horário de funcionamento da UBS	
	Fundação Hospitalar Rio Negrinho (Rio Negrinho)	☐ 1º atendimento para vermelho , laranja e amarelo ☐ Atendimento para vermelho , laranja e amarelo de acordo com os protocolos ☐ Atendimento para amarelo . ☐ Atendimento para verde e azul , fora do horário de funcionamento da UBS	
ATENÇÃO SECUNDÁRIA		☐ 1º atendimento para vermelho e laranja ☐ Atendimento para amarelo e verde ☐ Atendimento para verde e azul , fora do horário de funcionamento da UBS	MICRORREGIÃO
	Hospital Regional Hans Dieter Schmidt (Joinville)	☐ 1º atendimento para vermelho e laranja ☐ Atendimento para vermelho e laranja por protocolos ☐ Atendimento para amarelo ☐ Acolhimento para verde e azul ☐ Atendimento referenciado segundo protocolo	
	Hospital Municipal São José (Joinville)	☐ 1º atendimento para vermelho e laranja ☐ Atendimento para vermelho e laranja por protocolos ☐ Atendimento para amarelo ☐ Acolhimento para verde e azul ☐ Atendimento referenciado segundo protocolo	
	Maternidade Darcy Vargas (Joinville)	1º atendimento para vermelho e laranja ☐ Atendimento para vermelho e laranja por protocolos ☐ Atendimento para amarelo ☐ Acolhimento para verde e azul ☐ Atendimento referenciado segundo protocolo	
	Hospital Infantil Jeser Amarante Faria (Joinville)	☐ 1º atendimento para vermelho e laranja ☐ Atendimento para vermelho e laranja por protocolos ☐ Atendimento para amarelo ☐ Acolhimento para verde e azul ☐ Atendimento referenciado segundo protocolo	
	SAMU	☐ Atendimento a vermelho , laranja e amarelo	

	PONTO DE ATENÇÃO	COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO	
ATENÇÃO TERCIÁRIA	SAMU	() Atendimento a vermelho , laranja e amarelo	MACRORREGIÃO
	Hospital Regional Hans Dieter Schmidt (Joinville)	() Atendimento a vermelho , laranja e amarelo () Acolhimento para verde e azul () Atendimento referenciado cardiovascular	
	Hospital Municipal São José (Joinville)	() Atendimento a vermelho , laranja e amarelo () Acolhimento para verde e azul () Atendimento referenciado trauma e AVE	
	Maternidade Darcy Vargas (Joinville)	() Atendimento a vermelho , laranja e amarelo () Acolhimento para verde e azul () Atendimento referenciado gestante	
	Hospital Infantil Jeser Amarante Faria (Joinville)	() Atendimento a vermelho , laranja e amarelo () Acolhimento para verde e azul () Atendimento referenciado pediátrico	

⇒ **MATRIZ 5 - JUSTIFICATIVAS DAS DISCORDÂNCIAS (Região de Mafra)**

	PONTO DE ATENÇÃO	COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO	
PRIMÁRIA	SAMU 192		MUNICÍPIO
	Unidade Básica de Saúde/PSF		
	Sociedade Mãe Divina Providência (São Bento do Sul)		
	Hospital São Luiz (Campo Alegre)		
	Fundação Hospitalar Municipal Santo Antônio (Itaiópolis)		
	Associação de Caridade São Vicente de Paula (Mafra)		
	Maternidade Dona Catarina Kuss (Mafra)		
	Sociedade Hospitalar Comunitária Pe. Clemente Kampmann (Monte Castelo)		
	Hospital São Sebastião (Papanduva)		
	Fundação Hospitalar Rio Negrinho (Rio Negrinho)		

	PONTO DE ATENÇÃO	COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO	
SECUNDÁRIA			MICRORREGIÃO
	Hospital Regional Hans Dieter Schmidt (Joinville)		
	Hospital Municipal São José (Joinville)		
	Maternidade Darcy Vargas (Joinville)		
	Hospital Infantil Jeser Amaury Faria (Joinville)		
	SAMU		
TERCIÁRIA	SAMU		MACRORREGIÃO
	Hospital Regional Hans Dieter Schmidt (Joinville)		
	Hospital Municipal São José (Joinville)		
	Maternidade Darcy Vargas (Joinville)		
	Hospital Infantil Jeser Amaury Faria (Joinville)		



EXPOSIÇÃO DIALOGADA 3 - O DESENHO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO MUNICÍPIO DE JOINVILLE

Objetivo: Compreender o processo de construção da rede de urgência e emergência, assim como dos parâmetros de qualidade segundo o Ministério da Saúde e a literatura; Avaliar a pactuação entre os diversos pontos de atenção em urgência e emergência.

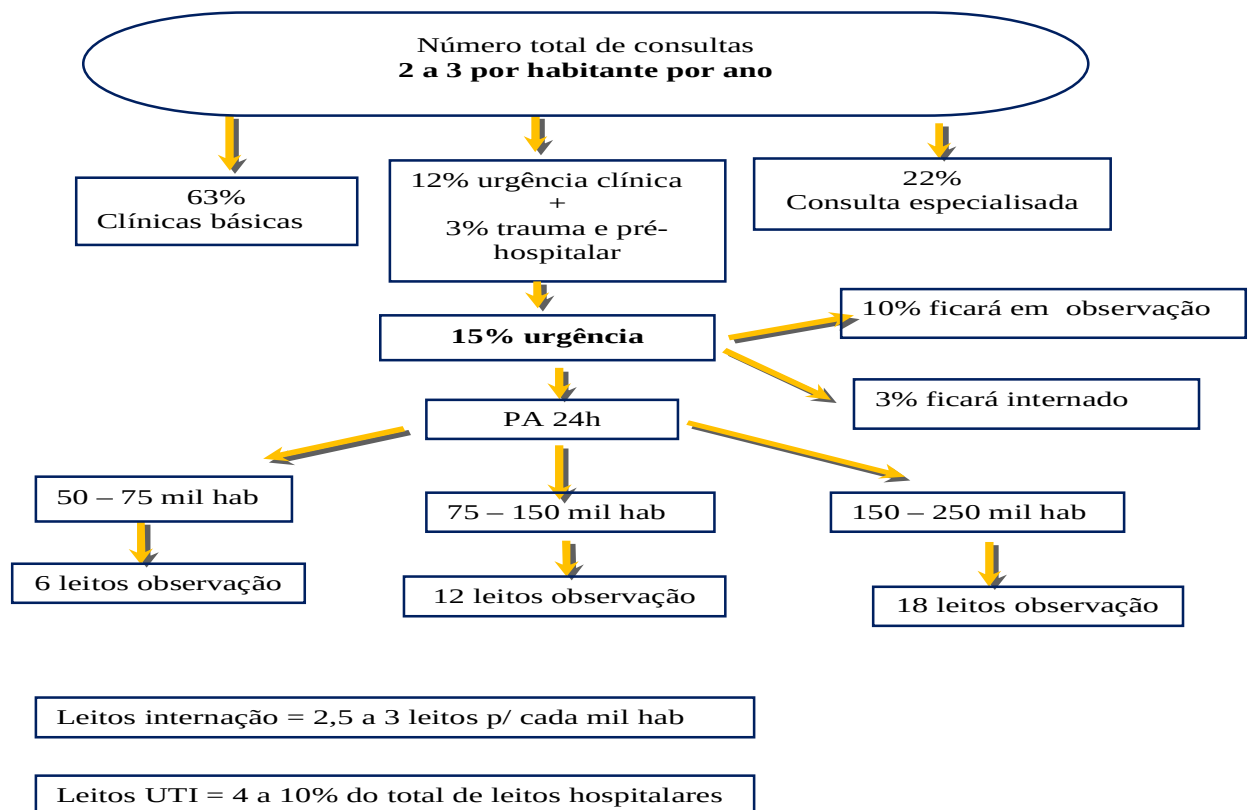


ESTUDO DIRIGIDO 2 - ELABORAÇÃO DA PROGRAMAÇÃO DA U&E PARA AS MACRORREGIÕES PLANALTO NORTE DA SANTA CATARINA – PARTE I

- ⇒ Dividam-se em 2 grupos por macrorregiões, escolham um coordenador e relator.
- ⇒ Cada grupo deverá aplicar os parâmetros sobre a população da Macrorregião do Planalto Norte utilizando a **Matriz 6 – A Programação para a Rede de Urgência e Emergência**, preenchendo as colunas da situação desejada e da situação atual, assim como o detalhamento dos municípios da macrorregião do Planalto Norte.

- ⇒ Considerando os Hospitais Nível 1 de trauma e doença cardiocerebrovascular, discutir se os hospitais da Rede de Urgência e Emergência de Joinville contemplam as Macrorregiões Norte e Nordeste.
- ⇒ Considerando o tempo-resposta para o trauma, infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico além de outras urgências clínicas e cirúrgicas incluindo ortopedia, onde seria necessário um hospital Nível III ou de vazío assistencial? O planejamento da estruturação destes serviços deverá ser feito a partir do preenchimento da situação atual das **Matrizes 6A, 6B e 6C**

A Programação para a Rede de U&E.



MATRIZ 6 – A PROGRAMAÇÃO PARA A REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

ORIENTAÇÕES

Utilizar a População abaixo para base dos cálculos.

Região de Saúde de Mafra		Região de Saúde de Canoinhas		Região de Saúde de Joinville		Região de Saúde de Jaraguá do Sul	
Município	2008	Município	2008	Município	2008	Município	2008
Campo Alegre	11.715	Bela Vista do Toldo	6.111	Araquari	22.467	Corupá	13.248
Itaiópolis	20.431	Canoinhas	54.408	Balneário Barra do Sul	7.634	Guaramirim	31.334
Mafra	52.697	Irineópolis	10.662	Barra Velha	19.474	Jaraguá do Sul	136.282
Monte Castelo	8.337	Major Vieira	7.609	Garuva	14.022	Massaranduba	14.331
Papanduva	17.605	Porto União	33.290	Itapoá	11.251	Schroeder	13.559
Rio Negrinho	44.023	Três Barras	18.576	Joinville	492.101		208.754
São Bento do Sul	75.543		130.656	São Francisco do Sul	39.341		
	230.351			São João do Itaperiú	3.404		
					609.694		

Fonte: Resolução nº 8, de 27 de agosto de 2008, publicado do DOU 167, de 29/08/2008

INDICADOR	PARÂMETRO	Fonte	SITUAÇÃO DESEJADA			SITUAÇÃO ATUAL		
			Região de Mafra	Região de Canoinhas	Macro Norte	Região de Mafra	Região de Canoinhas	Macro Norte
Total de consultas médicas por habitante no ano	2 a 3 consultas médicas por hab./ano	Portaria 1101/GM/2002						
Nº consultas médicas básicas por habitante / ano	63% do total de consultas médicas são de consultas básicas							
Nº consultas médicas básicas de urgência por habitante no ano	12% do total de consultas médicas são consultas básicas de urgência							
Nº consultas médicas de urgência pré-hospitalar e trauma por habitante / ano	3% do total de consultas médicas são de urgência pré-hospitalar e trauma							

INDICADOR	PARÂMETRO	Fonte	SITUAÇÃO DESEJADA			SITUAÇÃO ATUAL		
			Região de Mafra	Região de Canoinhas	Macro Norte	Região de Mafra	Região de Canoinhas	Macro Norte
Nº consultas médicas especializadas por habitante no ano	22% do total de consultas médicas são de consultas especializadas							
Nº pacientes atendidos em unidades 24 horas não hospitalares de atendimento às urgências	100 pacientes/24 horas para 50 a 75 mil habitantes	Portaria 2048/GM						
	300 pacientes/24 horas para 75 a 150 mil habitantes							
	450 pacientes/24 horas para 150 a 250 mil habitantes							
Nº leitos de observação em unidades 24 horas não hospitalares de atendimento às urgências	06 leitos de observação em unidades 24 h não hospitalares para 50 a 75 mil habitantes							
	12 leitos de observação em unidades 24 h não hospitalares para 75 a 150 mil habitantes							
	18 leitos de observação em unidades 24 h não hospitalares para 150 a 250 mil habitantes							

INDICADOR	PARÂMETRO	Fonte	SITUAÇÃO DESEJADA			SITUAÇÃO ATUAL		
			Região de Mafra	Região de Canoinhas	Macro Norte	Região de Mafra	Região de Canoinhas	Macro Norte
% de pacientes em leitos de observação em unidades 24 h não hospitalares de atendimento às urgências	10% de pacientes em leitos de observação em unidades 24 h não hospitalares							
% de pacientes em leitos de observação em unidades 24 h não hospitalares encaminhados para internamento	3 % de pacientes em leitos de observação em unidades 24 h não hospitalares encaminhados para internação							
Nº ambulâncias por habitante/ano	01 veículo suporte básico vida para 100 a 150 mil hab	Portaria 1864/GM/						
	01 veículo suporte avançado vida para 400 a 450 mil hab							
Nº leitos para cada 1000 habitantes	Leitos Hospitalares Totais = 2,5 a 3 leitos para cada 1.000 habitantes	Portaria 1102/GM/2002						
	Leitos de UTI: 4% a 10% do total de Leitos Hospitalares							
	Leitos em Unidades de Recuperação (pós-cirúrgico): 2 a 3 leitos por Sala Cirúrgica							

INDICADOR	PARÂMETRO	Fonte	SITUAÇÃO DESEJADA			SITUAÇÃO ATUAL		
			Região de Mafra	Região de Canoinhas	Macro Norte	Região de Mafra	Região de Canoinhas	Macro Norte
	Leitos para Pré Parto: no mínimo 02 leitos por sala de parto							

MATRIZ 6 – A PROGRAMAÇÃO PARA A REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

(cada Município deverá trazer preenchido para o dia da oficina a Situação Atual do seu município)

INDICADOR	PARÂMETRO	Fonte	SITUAÇÃO DESEJADA	SITUAÇÃO ATUAL
Total de consultas médicas por habitante no ano	2 a 3 consultas médicas por hab./ano	Portaria 1101/GM/2002		
Nº consultas médicas básicas por habitante / ano	63% do total de consultas médicas são de consultas básicas			
Nº consultas médicas básicas de urgência por habitante no ano	12% do total de consultas médicas são consultas básicas de urgência			
Nº consultas médicas de urgência pré-hospitalar e trauma por habitante / ano	3% do total de consultas médicas são de urgência pré-hospitalar e trauma			
Nº consultas médicas especializadas por habitante no ano	22% do total de consultas médicas são de consultas especializadas			
Nº pacientes atendidos em unidades 24 horas não hospitalares de atendimento às urgências	100 pacientes/24 horas para 50 a 75 mil habitantes 300 pacientes/24 horas para 75 a 150 mil habitantes 450 pacientes/24 horas para 150 a 250 mil habitantes	Portaria 2048/GM		
Nº leitos de observação em unidades 24 horas não hospitalares de atendimento às urgências	06 leitos de observação em unidades 24 h não hospitalares para 50 a 75 mil habitantes 12 leitos de observação em unidades 24 h não hospitalares para 75 a 150 mil habitantes 18 leitos de observação em unidades 24 h não hospitalares para 150 a 250 mil habitantes			
% de pacientes em leitos de observação em unidades 24 h não hospitalares de atendimento às urgências	10% de pacientes em leitos de observação em unidades 24 h não hospitalares			
% de pacientes em leitos de observação em unidades 24 h não hospitalares encaminhados para internamento	3 % de pacientes em leitos de observação em unidades 24 h não hospitalares encaminhados para internação			

Nº ambulâncias por habitante/ano	01 veículo suporte básico vida para 100 a 150 mil hab 01 veículo suporte avançado vida para 400 a 450 mil hab	Portaria 1864/GM/		
Nº leitos para cada 1000 habitantes	Leitos Hospitalares Totais = 2,5 a 3 leitos para cada 1.000 habitantes Leitos de UTI: 4% a 10% do total de Leitos Hospitalares Leitos em Unidades de Recuperação (pós-cirúrgico): 2 a 3 leitos por Sala Cirúrgica Leitos para Pré Parto: no mínimo 02 leitos por sala de parto	Portaria 1102/GM/2002		

MATRIZ 6A – A PROGRAMAÇÃO PARA A REDE DE U&E - TRAUMA

INDICADOR	PARÂMETRO	FONTE	SITUAÇÃO DESEJADA	SITUAÇÃO ATUAL
Centro de Trauma Altamente Especializado Hospital Nível I	01 para cada 1 a 1.5 milhões habitantes			
Hospital_____				
Equipe cirurgões trauma	Presença física			
Sala de Emergências				
Radiologia (TC, Angio)				
Emergencista	Presença física			
Bloco Cirúrgico 24 h				
Anestesiologia	Presença física			
Orthopedia	Presença física			
Neurocirurgia	Presença física			
Laboratório 24h				
Agência transfusional				
Cirurgia vascular	Sobreaviso			

Cir. torácica	Sobreaviso			
Cir. cardíaca	Sobreaviso			
Cir. pediátrica	Sobreaviso			
Cir. plástica,	Sobreaviso			
Cir.bucomaxilo	Sobreaviso			
Cir.reimplante	Sobreaviso			
Centro de Trauma – Hospital Nível II	01 para cada 1 a 2 CET			
Hospital _____				
Cirurgiões de trauma	Presença física			
Sala Emergências				
Radiologia (TC)				
Bloco Cirúrgico 24 h				
Emergencista	Presença física			
Anestesiologista	Presença física			
Ortopedista	Presença física			
Laboratório 24h				
Agência Transfusional				
Centro de Estabilização – Hospital Nível III	Em áreas remotas			
Hospital _____				
Emergencista	Presença física			
Bloco Cirúrgico 24 h				
Cirurgião Geral	Presença física			
Anestesiologista	Presença física			
Radiologia				
Laboratório 24h				
Capacidade transfusional				
Hospital _____				
Emergencista	Presença física			
Bloco Cirúrgico 24 h				

Cirurgião Geral	Presença física			
Anestesiologista	Presença física			
Radiologia				
Laboratório 24h				
Capacidade transfusional				

MATRIZ 6B – PROGRAMAÇÃO DA REDE DE U&E CARDIOVASCULAR - IAM COM SUPRA STS

INDICADOR	PARÂMETRO	Fonte	SITUAÇÃO DESEJADA	SITUAÇÃO ATUAL
Hospital Regional				
Angioplastia 1ª – Tempo porta – balão	< 90 min	ACC/AHA 2004		
Trombolítico – Tempo porta - agulha	< 30 min	J Am Coll Cardiol 2006		
Serviços de Hemodinâmica	200 a 400 angioplastias / ano	Medical Care. 1995		
Serviços de Hemodinâmica	> 400 exames eletivos / ano	SBC		
	> 36 angioplastias por IAM c/ supra STs / ano			
	Bloco de cirurgia cardíaca no mesmo prédio			
	Escala mínima: ofertar -300 CATs diagnósticos/ano -450 CATs diagnósticos e terapêuticos / ano	Mississippi State Department of Health CON Certificado de Necessidade		
	Capacidade para cirurgia cardíaca a céu aberto			
	Equipe médica: morar e trabalhar na área do hospital			
	Banco de dados disponível			
	Demanda (popul. mínima): 100 000 hab > 20 anos			
Distância entre Centros de Hemodinâmica	20 milhas	Am Heart J 2008		
Hemodinamicista	> 75 exames eletivos / ano	SBC		
	> 11 angioplastias por IAM c/ supra STs / ano	SBC		

MATRIZ 6C – PROGRAMAÇÃO DA REDE DE U&E CARDIOVASCULAR – AVC-I / AVE-I

INDICADOR	PARÂMETRO	FONTE	SITUAÇÃO DESEJADA	SITUAÇÃO ATUAL
Hospital _____				
Unidades AVC / AVE				
Trombolítico (rtPA)	Até 4 ½ h do déficit	Stroke 2007		
rtPA intrarterial	Não recomendado			
Leitos de retaguarda				



ESTUDO DIRIGIDO 4 - ELABORAÇÃO DA PROGRAMAÇÃO DA U&E PARA AS MACRORREGIÕES NORTE E NORDESTE DA SANTA CATARINA – PARTE II

- ⇒ Dividam-se em 2 grupos por macrorregiões, escolham um coordenador e relator.
- ⇒ Elaborem um plano de organização da Rede de Urgência e Emergência utilizando a Matriz 8, 5W2H

MATRIZ 7 - EXEMPLO DE PLANEJAMENTO DA REDE IAM

	O Que	Por Que	Para Que	Como
01	Divulgação	Diagnóstico tardio atrasa tratamento	Diminuir tempo de início do tratamento	Promover veiculação jornais grande circulação
				Promover veiculação jornais das entidades (CRM, CFM, AMMG, AMB, outras)
				Veiculação televisão
				Veiculação rádios
				Panfletos nos Serviços de Urgência
	O Que	Por Que	Para Que	Como
02	Diagnóstico precoce IAMCSST	Reperusão tardia aumenta mortalidade	Diminuir tempo porta – balão e porta – agulha	Equipar ambulâncias com ECG
				Capacitar equipe SAMU a realizar ECG
				Montar Complexo Regulador
				Transmitir ECG para o Complexo Regulador
				Capacitar médico do Complexo Regulador a analisar ECG

	O Que	Por Que	Para Que	Como
03	Comunicar os hospitais de referência	Elevados tempos porta-balão e porta-agulha	Diminuir o tempo para reperfusão	Estudar a produção dos hospitais
				Estudar as potencialidades dos serviços
				Mapear as distâncias entre os hospitais de referência e as cidades
				Pactuar procedimentos para hospitais nível 1 (PTCA 24h)
				Pactuar procedimentos para hospitais nível 2 (PTCA se possível)
				Pactuar procedimentos para hospitais nível 3 (trombolítico)
				Ligar o Complexo Regulador aos hospitais de referência para transmissão do ECG em tempo real
				Disponibilizar trombolítico na ambulância
	O Que	Por Que	Para Que	Como
04	Definir hospitais nível 1, 2 e 3	Pacientes encaminhados para serviços não aptos a recebê-los	Levar o paciente para o lugar certo, no tempo certo	Mapear todos os hospitais que fazem angioplastia
				Mapear hospitais com convênio SUS
				Mapear hospitais que desejam convênio SUS
				Renegociar os credenciamentos com MS
				Mapear hospitais com tempo porta-balão < 90 min e tempo de atraso < 60 min
				Avaliar qualidade dos hospitais (SBC): → Hemodinamicistas - + 75 exames eletivos/ano - + 11 angioplastias 1ª /ano → Serviços - + 400 exames eletivos/ano - + 36 angioplastias 1ª /ano
	O Que	Por Que	Para Que	Como
05	Garantir qualidade angioplastia	Angioplastias 1ª s fora do tempo	Menor mortalidade/complicações	Maior custeio para serviços com hemodinâmica 24h
				Avaliar disponibilidade de angioplastia e trombolíticos nos hospitais nível 1 e 2
				Conferir tempo porta-agulha e tempo de atraso
				Conferir complicações (CRVM, IAM, mortes)
				Garantir trombolítico para hospitais nível 3
	O Que	Por Que	Para Que	Como
06	Leitos de retaguarda	Leitos de UTI e UCo insuficientes	Garantir continuidade do tratamento	Mapear UTIs/UCo disponíveis
				Planejar necessidade UTI/UCo
				Financiar construção e custeio novas UTIs/UCo
				Mapear enfermarias disponíveis
				Planejar necessidade enfermarias
				Redistribuir enfermarias existentes
				Pactuar com Atenção Secundária o seguimento dos pacientes
				Pactuar com Atenção Primária o seguimento posterior dos pacientes
	O Que	Por Que	Para Que	Como
07	Manejo IAMCSST conforme evidências	Grande disparidade nas condutas	Economia de escala, qualidade, menor custo, acesso	Oficina de Rede da Doença Cardiovascular envolvendo gestores, prestadores, academia e entidades
				Construir Protocolo Clínico da Rede Infarto
				Pactuar o protocolo

**MATRIZ 8 - PLANEJAMENTO DA REDE U & E MACRORREGIÃO DO PLANALTO
NORTE**

	O Que	Por Que	Para Que	Como
01				
	O Que	Por Que	Para Que	Como
02				
	O Que	Por Que	Para Que	Como
03				
	O Que	Por Que	Para Que	Como
04				
	O Que	Por Que	Para Que	Como
05				
	O Que	Por Que	Para Que	Como
06				
	O Que	Por Que	Para Que	Como
07				

	O Que	Por Que	Para Que	Como
08				
	O Que	Por Que	Para Que	Como
09				
	O Que	Por Que	Para Que	Como
10				
	O Que	Por Que	Para Que	Como
11				



TEXTO DE APOIO 1 - OS FUNDAMENTOS DA CONSTRUÇÃO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS

As redes de atenção à saúde, como outras formas de produção econômica, podem ser organizadas em arranjos produtivos híbridos que combinam a concentração de certos serviços com a dispersão de outros. Em geral, os serviços de atenção primária à saúde, devem ser dispersos; ao contrário, serviços de maior densidade tecnológica, como hospitais, unidades de processamento de exames de patologia clínica, equipamentos de imagem etc, tendem a ser concentrados (*World Health Organization, 2000*).

O modo de organizar as redes de atenção à saúde define a singularidade de seus processos descentralizadores frente a outros setores sociais. Os serviços de saúde estruturam-se numa rede de pontos de atenção à saúde, composta por equipamentos de diferentes densidades tecnológicas que devem ser distribuídos espacialmente de forma ótima. Essa distribuição ótima vai resultar em eficiência, efetividade e qualidade dos serviços.

Economia de escala, grau de escassez de recursos e acesso aos diferentes pontos de atenção à saúde determinam, dialeticamente, a lógica fundamental da organização racional das redes de atenção à saúde.

Os serviços que devem ser ofertados de forma dispersa são aqueles que não se beneficiam de economias de escala, para os quais há recursos suficientes e em relação aos quais a distância é fator fundamental para a acessibilidade. Já os serviços que devem ser concentrados são aqueles que se

beneficiam de economias de escala, para os quais os recursos são mais escassos e em relação aos quais a distância tem menor impacto sobre o acesso (Mendes, 2001).

ECONOMIAS DE ESCALA

As economias de escala ocorrem quando os custos médios de longo prazo diminuem, à medida em que aumenta o volume das atividades e os custos fixos se distribuem por um maior número dessas atividades, sendo o longo prazo um período de tempo suficiente para que todos os insumos sejam variáveis. As economias de escala são mais prováveis de ocorrer quando os custos fixos são altos relativamente aos custos variáveis de produção, o que é comum nos serviços de saúde. A teoria econômica assume que as relações entre custos médios e tamanho de certos equipamentos de saúde tendem a assumir uma forma de U. Assim, aumentos de escala implicam fontes adicionais de custos, de tal forma que além de um determinado volume crítico, os custos médios de longo prazo começam a elevar-se, configurando uma situação de deseconomia de escala. A busca de escala, portanto, é uma condição imprescindível para um sistema de saúde eficiente.

Os estudos mostram evidências de economias de escala em hospitais. Ela só pode ser encontrada em hospitais de mais de 100 leitos e o tamanho ótimo dos hospitais pode estar entre 100 a 450 leitos. As deseconomias de escala vão tornar-se importantes em hospitais de mais de 650 leitos (Aletras, Jones e Sheldon, 1997).

GRAU DE ESCASSEZ DE RECURSOS

Outro fator importante para o desenvolvimento das redes de atenção à saúde é a disponibilidade ou o grau de escassez dos recursos. Recursos muito escassos, sejam humanos, sejam físicos, devem ser concentrados; ao contrário, recursos menos escassos devem ser desconcentrados. Por exemplo, é comum concentrarem-se os médicos superespecializados e desconcentrarem-se os médicos de família que são mais numerosos.

QUALIDADE

Um dos objetivos fundamentais dos serviços de saúde é a qualidade. Os serviços de saúde têm qualidade quando são prestados em consonância com padrões ótimos pré-definidos; são submetidos a medidas de performance nos níveis de estrutura, processos e resultados; são ofertados para atender às necessidades dos usuários; implicam programas de controle de qualidade; são seguros para os profissionais de saúde e para os usuários fazem-se de forma humanizada; e satisfazem às expectativas dos usuários (Dlugacz, Restifo & Greenwood (2004).

Uma singularidade dos serviços de saúde é que parece haver uma relação estreita entre escala e qualidade, ou seja, entre quantidade e qualidade. Esta relação estaria ligada a uma crença generalizada de que serviços de saúde ofertados em maior volume são mais prováveis de apresentar melhor qualidade; nessas condições, dentre outras razões, os profissionais de saúde estariam melhor capacitados a realizar os serviços de saúde (Bunker, Luft e Enthoven, 1982). Por isso, os compradores

públicos de saúde, devem analisar o tamanho dos serviços e o volume de suas operações como indicador de qualidade.

Na Holanda, a busca de escala e qualidade levou à regionalização e concentração de certos serviços de saúde. Por exemplo, cirurgias cardíacas abertas só podem ser realizadas em hospitais que façam, no mínimo, 600 operações anuais (Banta e Bos, 1991). No Reino Unido, bem como na maioria dos países ricos, há uma crescente concentração de hospitais, em busca de escala e qualidade (Ferguson, Sheldon e Posnett, 1997).). No Brasil verificou-se uma associação inversa entre volume de cirurgias cardíacas e taxas de mortalidade por essas cirurgias (Noronha et alii, 2003).

Diante dessas evidências, as redes de atenção à saúde devem configurar-se em desenhos institucionais que combinem elementos de concentração e de dispersão dos diferentes pontos de atenção à saúde.

ACESSO

Economia de escala, grau de escassez e qualidade, contudo, devem estar em equilíbrio com o critério do acesso aos serviços. O acesso aos serviços de saúde está em função de quatro variáveis:

- ⇒ o custo de oportunidade da utilização dos serviços de saúde;
- ⇒ a severidade percebida da condição que gera a necessidade de busca dos serviços;
- ⇒ a efetividade esperada dos serviços de saúde;
- ⇒ a distância dos serviços de saúde.

Outras condições sendo iguais, quanto maior o custo de oportunidade, menor a severidade da condição, menos clara a percepção da efetividade e maior a distância, menor será o acesso aos serviços de saúde.

Uma revisão sobre o acesso aos serviços de saúde mostrou algumas evidências (Carr-Hill, Place e Posnett, 1997): a utilização da atenção primária à saúde é sensível à distância, tanto para populações urbanas quanto rurais, sendo isso particularmente importante para serviços preventivos ou para o manejo de doenças em estágios não sintomáticos; há evidência de uma associação negativa, também para serviços de urgência e emergência; não há evidência de associação entre distância e utilização de serviços de radioterapia e de seguimento de câncer de mama; não há associação entre distância e a acessibilidade a serviços hospitalares agudos.

PONTOS DE ATENÇÃO

Os pontos de atenção à saúde são os nós da rede da saúde e configuram-se como um local que se presta um serviço de saúde singular, segundo uma função de produção específica. Exemplos de pontos de atenção à saúde: o domicílio, a unidade básica de saúde, a unidade ambulatorial especializada, a unidade ambulatorial de pronto atendimento, o hospital/dia, os CAPSs, os CEOs etc. O hospital contém, dentro de si, vários pontos de atenção à saúde: o centro cirúrgico, a unidade de cirurgia ambulatorial, a unidade de urgência, o centro de terapia intensiva etc.

DESENHO DA REDE DE ATENÇÃO

O desenho de redes de atenção à saúde faz-se sobre os territórios sanitários, combinando dinamicamente de um lado, economia de escala, escassez relativa de recursos e qualidade dos serviços e, de outro, o acesso aos serviços de saúde. A situação ótima é dada pela concomitância de economias de escala e serviços de saúde de qualidade acessíveis aos cidadãos. Quando se der – como em regiões de baixa densidade demográfica -, o conflito entre escala e acesso, prevalece o critério do acesso. Do ponto de vista prático, em algumas regiões brasileiras, as microrregiões estarão definidas por populações subótimas; assim, também, certos serviços operarão em deseconomias de escala porque não se pode sacrificar o direito do acesso aos serviços de saúde a critérios econômicos.

FORMAS DE INTEGRAÇÃO

Na construção de redes de atenção à saúde devem ser observados os conceitos de integração horizontal e vertical. São conceitos que vêm da teoria econômica e que estão associados às cadeias produtivas.

A integração horizontal se dá entre unidades produtivas iguais, com o objetivo de adensar a cadeia produtiva, e dessa forma, obter ganhos de escala e, conseqüentemente, maior produtividade. É o caso das fusões de bancos ou de provedores de Internet.

A integração vertical, ao contrário, se dá entre unidades produtivas diferentes para configurar uma cadeia produtiva com maior agregação de valor. É o caso de uma empresa que começa com a mineração de ferro, depois agrega a produção de gusa, depois a produção de aço etc.

A integração horizontal que objetiva promover o adensamento da cadeia produtiva da saúde, se faz por dois modos principais: a fusão ou a aliança estratégica. A fusão se dá quando duas unidades produtivas, por exemplo, dois hospitais, se fundem num só, aumentando a escala pelo somatório dos leitos de cada qual e diminuindo custos, ao reduzir a um só alguns serviços administrativos anteriormente duplicados, como a unidade de gestão, a cozinha, a lavanderia etc.

A aliança estratégica é feita quando, mantendo-se as duas unidades produtivas, os serviços são coordenados de modo a que cada uma se especialize numa carteira de serviços, eliminando-se a concorrência entre eles. As carteiras de serviço passam a ser complementares, de forma que o que um faz o outro não fará. Em geral, haverá também, na aliança estratégica, ganhos de escala e maior produtividade.

A integração vertical se faz através de um sistema de comunicação fluido entre as diferentes unidades produtivas da rede de atenção. Ficam na mesma gestão todos os pontos de atenção à saúde, desde a atenção primária à terciária, e eles se comunicam através de sistemas logísticos potentes. Na integração vertical há uma forma especial, na saúde de geração de valor em cada nó da rede de atenção, o que se aproxima do conceito de valor agregado da economia.

Bibliografia

- 1.1. ALETRAS,V., JONES, A & SHELDON, T.A – Economies of scale and scope. In: FERGUSON, B., SHELDON, T.A & POSNETT, J. – Concentration and choice in health care. London, Financial Times Healthcare, 1997.
- 1.2. BANTA, H.D. & BOS, M. – The relation between quantity and quality with coronary artery bypass surgery. Health Policy, 18: 1-10, 1991.
- 1.3. BUNKER, J.P., LUFT, H.S. & ENTHOVEN, A – Should surgery be regionalised? Surgical Clinics of North America, 62: 657-668, 1982.
- 1.4. CARR-HILL, R., PLACE, M. & POSNETT, J. – Access and the utilization of healthcare services. In: FERGUSON, B., SHELDON, T.A & POSNETT, J. – Concentration and choice in health care. London, Financial Times Healthcare, 1997.
- 1.5. DLUGACZ, Y.D., RESTIFO, A. & GREENWOOD, A. – The quality handbook for health care organizations: a manager's guide to tools and programs. San Francisco, John Wiley & Sons, 2004.
- 1.6. FERGUSON, B., TREVOR, A S. & POSNETT,J. – Introduction. In: FERGUSON, B., TREVOR, A S. & POSNETT,J. (Editors) – Concentration and choice in healthcare. London, FT Healthcare, 1997.
- 1.7. MENDES, E.V. – Os grandes dilemas do SUS. Salvador, Casa da Qualidade, Tomo II,2001. MINISTÉRIO DA SAÚDE – A regionalização da saúde: versão preliminar para discussão interna. Brasília, mimeo, 2004.
- 1.8. NORONHA, J.C. de – Avaliação da relação entre volume de procedimentos e a qualidade do cuidado: o caso da cirurgia coronariana. Cadernos de Saúde Pública, 19: 1781-1789, 2003.
- 1.9. WORLD HEALTH ORGANIZATION – The world health report 2000: health systems, improving performance. Geneva, WHO, 2000.



TEXTO DE APOIO 2 - OS COMPONENTES DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE ¹

Numa rede, conforme entende Castells (2000), o espaço dos fluxos está constituído por alguns lugares intercambiadores que desempenham o papel coordenador para a perfeita interação de todos os elementos integrados na rede e que são os centros de comunicação e por outros lugares onde se localizam funções estrategicamente importantes que constroem uma série de atividades em torno da função-chave da rede e que são os nós da rede.

As redes de atenção à saúde estão compostas, além dos nós e do centro de comunicação, por sistemas logísticos, sistemas de apoio e sistemas de gestão.

Nas redes de atenção à saúde, os distintos pontos de atenção à saúde constituem os nós da rede, mas o seu centro de comunicação está localizado na atenção primária à saúde. Nesses casos, contudo,

não há uma hierarquização entre os distintos nós, nem entre eles e o centro de comunicação, apenas uma diferenciação dada por suas funções de produção específicas e por suas densidades tecnológicas respectivas, ou seja, não há hierarquia, mas poliarquia entre os pontos de atenção à saúde.

OS NÓS DA REDE – OS PONTOS DE ATENÇÃO

As redes de atenção à saúde se estruturam através de pontos de atenção à saúde que são os lugares institucionais onde se ofertam determinados serviços produzidos através de uma função de produção singular. São exemplos de pontos de atenção à saúde: os domicílios onde se faz atenção domiciliar terapêutica, as unidades ambulatoriais especializadas, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, os centros de especialidades odontológicas, os centros de enfermagem, os lares abrigados, os centros de convivência para idosos, os centros de atenção paliativa etc. Os hospitais podem abrigar distintos pontos de atenção à saúde: o ambulatório de pronto atendimento, a unidade de cirurgia ambulatorial, o centro cirúrgico, a maternidade, a unidade de terapia intensiva, a unidade de hospital/dia etc.

O CENTRO DE COMUNICAÇÃO DA REDE – A ATENÇÃO PRIMÁRIA

O centro de comunicação da rede de atenção à saúde é o nó intercambiador no qual se coordena os fluxos e os contra-fluxos do sistema de serviços de saúde, constituído pelo ponto de atenção primária à saúde (unidade básica de saúde/equipe do PSF).

Para desempenhar seu papel de centro de comunicação da rede horizontal de um sistema de serviços de saúde, a atenção primária à saúde deve cumprir três papéis essenciais:

- ⇒ O papel resolutivo, intrínseco à sua instrumentalidade como ponto de atenção à saúde, o de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população;
- ⇒ O papel organizador, relacionado com sua natureza de centro de comunicação, o de organizar os fluxos e contra-fluxos das pessoas pelos diversos pontos de atenção à saúde;
- ⇒ O de responsabilização, o de co-responsabilizar-se pela saúde dos cidadãos em quaisquer pontos de atenção à saúde em que estejam.

SISTEMAS DE APOIO

Um terceiro componente das redes de atenção à saúde são os sistemas de apoio. Os sistemas de apoio são os lugares institucionais das redes onde se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde, nos campos do apoio diagnóstico e terapêutico e da assistência farmacêutica. O subsistema de apoio diagnóstico e terapêutico envolve, portanto, os exames de patologia clínica, os exames de imagem e os outros exames de apoio terapêutico. O subsistema de assistência farmacêutica envolve uma organização complexa exercitada “por um grupo de atividades relacionadas com os medicamentos, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade” (Brasil, 1998). Engloba, portanto, intervenções relativas à programação de medicamentos, à aquisição de medicamentos, ao armazenamento dos medicamentos, à distribuição dos medicamentos, à dispensação dos medicamentos, à atenção farmacêutica, e à farmacoeconomia, bem como ações de uso racional

como protocolos de medicamentos, dispensação farmacêutica, atendimento farmacêutico, conciliação de medicamentos, adesão aos tratamentos medicamentosos e farmacovigilância.

SISTEMAS LOGÍSTICOS

Um quarto componente das redes de atenção à saúde são os sistemas logísticos. Os sistemas logísticos são soluções tecnológicas, fortemente ancoradas nas tecnologias de informação, que garantem uma organização racional dos fluxos e contra-fluxos de informações, produtos e usuários nas redes de atenção à saúde. Os principais sistemas logísticos das redes de atenção à saúde são os cartões de identificação dos usuários, as centrais de regulação, os prontuários clínicos e os sistemas de transportes sanitários. O cartão de identificação dos usuários, na proposta do sistema público brasileiro, está representado pelo Cartão SUS. As centrais de regulação são sistemas tecnológicos de informação que se organizam em módulos para prover o acesso regulado da atenção à saúde. O prontuário familiar é o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde das famílias e dos pacientes e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade prestada ao indivíduo (Conselho Federal de Medicina, 2002). Os sistemas de transportes sanitários envolvem o transporte de urgência e emergência, o transporte para procedimentos eletivos, o transporte das amostras para exames e o transporte dos resíduos sólidos das unidades sanitárias.

SISTEMA DE GOVERNANÇA

O quinto componente das redes de atenção à saúde são os sistemas de governança das redes.

A governança da rede envolve a definição de uma institucionalidade de gestão e o uso instrumentos gerenciais. A governança da rede é o arranjo organizativo interinstitucional que permite a governança de todos os componentes das redes de atenção à saúde, de forma a gerar um excedente cooperativo entre os atores sociais em situação e a obter resultados sanitários efetivos e eficientes nas regiões de saúde (macro e microrregiões). A governança da **rede é, pois, diferente da gerência dos pontos de atenção à saúde** (gestão hospitalar, gestão dos ambulatórios especializados etc). No SUS, a gestão da rede se fará através de mecanismos interinstitucionais; nas macrorregiões pela CIBs Macrorregionais ou Estaduais, mas especialmente, nas microrregiões, pelas CIBs Microrregionais. Essas CIBs exercitam a governança das redes de atenção à saúde através de um conjunto de instrumentos de gestão que compõem o Plano Microrregional de Saúde: os observatórios de saúde ou salas de situação; o sistema gerencial da Secretaria de Estado de Saúde, a PPI da assistência, a Programação de Ações Prioritárias (PAP) da vigilância em saúde, o Pacto pela Vida e o Termo de Compromisso de Gestão. O único instrumento gerencial que não pode ser exercitado pelas CIBs são os contratos de serviços com prestadores que são realizados pelas Secretarias Estaduais e Municipais, representadas nas CIBs, uma vez que as CIBs não são entes jurídicos, mas organizações virtuais. Mas o monitoramento e avaliação desses contratos deve ser a participação das CIBs.

Bibliografia:

- 1.1. BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE – Política Nacional de Medicamentos. Portaria nº 3.196 de 30 de outubro de 1998 do Gabinete do Ministro da Saúde. Brasília, 1998.
- 1.2. CASTELLS, M. – A sociedade em rede. São Paulo, Paz e Terra, Volume I, 4ª ed., 2000.
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – Resolução nº 1638, 2002.
- 1.3. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS – SUS Fácil MG, Central de Regulação. Belo Horizonte, Superintendência de Regulação, 2006.



TEXTO DE APOIO 3 - AS REDES DE ATENÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

É visão da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais que a população viva mais e melhor. Viver mais significa reduzir os Anos Vida Perdidos (*Years of Life Lost – YLL*) e viver melhor significa diminuir os Anos Vividos com Incapacidade (*Disability Adjusted Life Years – DALY*).

As principais causas de *YLL* são causas externas e doenças cardiovasculares.

DOENÇA	YLL (em mil)	%	%Ac
Doença Isquêmica Coração	158	9,2	9,2
Doenças Cerebrovasculares	144	8,4	17,6
Violências	111	6,5	24,1
Acidentes de trânsito	86	5,0	29,1
Infecções V. A. Inferiores	68	4,0	33,0
Doenças Hipertensivas	63	3,7	36,7
Diabetes mellitus	59	3,5	40,2
Asfixia / Traumatismo Nascido	57	3,3	43,5
Cirrose Hepática	56	3,3	46,8
D. Inflamatórias Coração	43	2,5	49,3

A Rede de Atenção em Urgência e Emergência, portanto, vai priorizar estes dois grandes focos. Outros grupos de doenças e agravos caracterizados como U&E necessitam geralmente de menor adensamento tecnológico e estes episódios terão sua atenção acompanhando estas duas prioridades.

REDE DO TRAUMA

Segundo Chiara (2007), em estudo de 15 742 óbitos na Itália por trauma, a morte ocorre em três picos:

1º - No local do acidente em 45,8% dos casos, onde nenhuma ação da Rede tem relevância a não ser documentar a ocorrência para ações de outras estruturas governamentais;

2º - Nas primeiras 24 horas (30%), quando o paciente tem que ser levado para o lugar certo e no momento certo.

Isto significa o mais rapidamente possível para o Ponto de Atenção ou hospital de adensamento tecnológico adequado. Fundamental será, portanto, a estruturação da Rede do Trauma;

3º - Da segunda à quarta semana por complicações da Terapia Intensiva.

REDE CARDIOVASCULAR

A mortalidade pelo infarto está ligada à fração de ejeção que se associa ao miocárdio viável que, no evento isquêmico, se beneficia do tempo entre o sintoma e o tratamento de reperfusão quer por trombolítico, quer por angioplastia primária. A angioplastia primária se mostra superior ao trombolítico se contemplados critérios clínicos e operacionais, mas o que não se discute é que quanto mais precoce a reperfusão, menor a morbimortalidade. (*European Heart Journal* (2003)24,21-23; ACC / AHA, 1999; JACC Vol. 50, No. 16, 2007, October 16, 2007:1612-6).

O manejo de pacientes com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico inclui abordagem multidisciplinar desde seu primeiro contato com os Serviços de Emergência, passando pela admissão no Hospital, criação de Unidades de AVC e reabilitação. A administração precoce de Ativador de Plasminogênio tissular recombinante (rtPA) é a intervenção terapêutica de emergência mais benéfica nos casos de AVC-I (*Stroke*, 2007;38). Deve ser feita, entretanto, até a 3ª hora do sintoma respeitando as contra-indicações e seu uso só poderá ser difundido se criarmos uma Rede para o AVC que inclui pactuação pelo menos entre SAMU, Hospitais, equipe médica e radiologia, além dos gestores municipais, estaduais e hospitalares.

O SISTEMA LOGÍSTICO E A REDE DE DCV

À Central de Regulação e ao transporte sanitário, no caso o SAMU, caberá o reconhecimento de pacientes com muito provável infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento de STs (dor típica e supra de STs em duas ou mais derivações consecutivas ou BRE) detectado por ECG que seria feito no local do evento e transmitido em tempo real para a Central de Regulação para ser avaliado pelo médico regulador. Esta Central, então, encaminhará o paciente não para o Hospital mais próximo, mas para o que tiver pactuação e disponibilidade de fazer a reperfusão conforme protocolo (*Circulation*. 2007; 116; 721-8).

No caso de paciente com déficit focal agudo, o paciente seria levado sem escala para tomografia com simultânea avaliação neurológica na tentativa de se usar trombolítico conforme protocolo.

A LINGUAGEM ÚNICA - A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

A linguagem única será a da Classificação de Risco na Urgência e Emergência. O que se deseja é um protocolo confiável, reproduzível, com definições comuns, metodologia sólida e que defina a

prioridade de atendimento por gravidade clínica. Ele se desdobrará em pactuações para formação das Redes de Atenção, em organização dos espaços físicos dos Serviços de Urgência, além de construção dos fluxos e dos processos de trabalho.

O Protocolo de Classificação de Risco de Manchester, tradução do *Manchester Triage System* é amplamente usado na Europa incluindo Reino Unido, Portugal, parte da Espanha, Alemanha, Suécia, Holanda e parte da Itália além da Austrália. Foi usado em dezenas de milhões de pessoas nos Serviços de Urgência, tem sua 1ª edição em 1996 e a 2ª em 2005. Pode ser usado em qualquer Ponto de Atenção (Atenção Primária, Secundária e Terciária) e contempla Clínica Médica incluindo Saúde Mental, Pediatria, Cirurgia, Ginecologia e Obstetrícia. Pode ser usado por telefone com médico experiente em U&E. É um documento objetivo, com estudo multicêntrico, validado, auditável, de controle médico. Trabalha com determinantes e algoritmos e não com diagnósticos. A consistência do método é tal que independente da escolha do algoritmo clínico o resultado final será igual em termos de prioridade clínica e o sistema depende somente da disciplina na sua aplicação. O método tem uma precisão relativamente alta (80%) e quando não acerta ele superestima. É rápido e informatizável.

OS NÍVEIS DOS HOSPITAIS

Os **Hospitais de Trauma** podem ser caracterizados em 03 níveis, a saber:

Nível 01 – Centro Especializado do Trauma (CET): deve ser referência para 01 a 1,5 milhões de habitantes e possuir:

- Equipe de cirurgiões de trauma
- Sala de Emergências
- Radiologia (TCscan, Angio),
- Emergencista,
- Anestesiologia,
- Ortopedia,
- Neurocirurgia,
- Agência transfusional,
- Cirurgia vascular, torácica, cardíaca, pediátrica, plástica, bucomaxilo, reimplante.

Nível 02 – Centro de Trauma: um para cada um a dois CET:

- Equipe de cirurgiões de trauma
- Sala de Emergências,
- Radiologia (TC scan),
- Bloco Cirúrgico 24 h,
- Emergencista,
- Anestesista,
- Ortopedista,
- Laboratório,
- Banco de Sangue
- Centro de Estabilização: em áreas remotas:
- Emergencista,
- Cirurgião Geral
- Radiologista,
- Anestesiologista,
- Centro de Tratamento Intensivo;
- Capacidade transfusional.

Os **Hospitais de Doença Cardiovascular**, em analogia com os do Trauma seriam também classificados em 03 níveis:

Nível 01 – Centro Especializado DCV: um para cada 600 a 800 mil habitantes:

- Equipe de hemodinamicistas (IAM + AVC);
- Cirurgião Geral
- Sala de Emergências
- Radiologia (TCscan, Angio),
- Emergencista,
- Anestesiologia,
- Neurocirurgia,
- Agência transfusional,
- Cirurgia vascular, torácica, cardíaca.

Nível 02 – Centro de DCV: um para cada um a dois Centros especializados DCV:

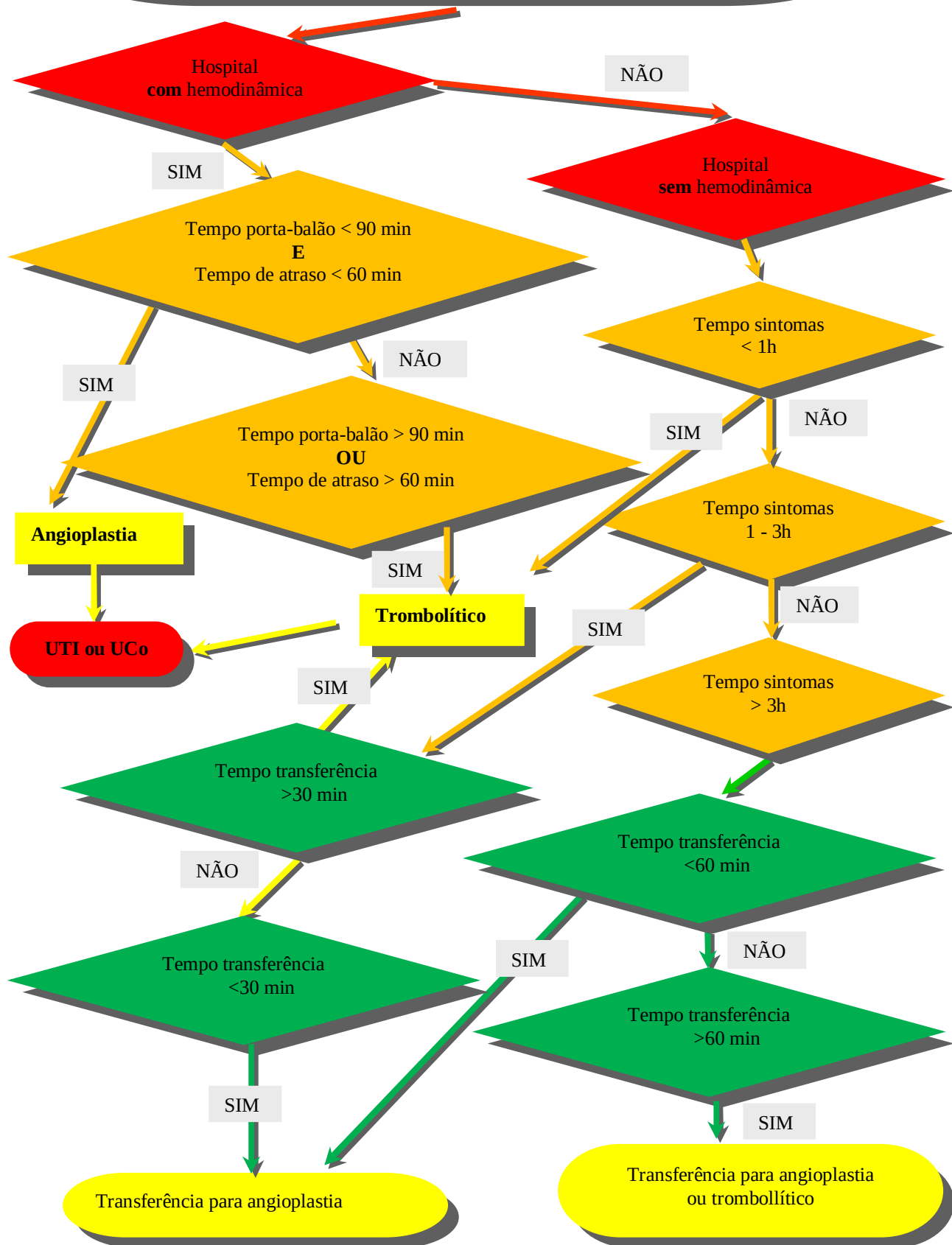
- Equipe hemodinamicistas;
- Cirurgião Geral 24 h
- Sala de Emergências,
- Radiologia (TC scan, Angio),
- Bloco Cirúrgico 24 h,
- Emergencista,
- Anestesista,
- Laboratório,
- Banco de Sangue

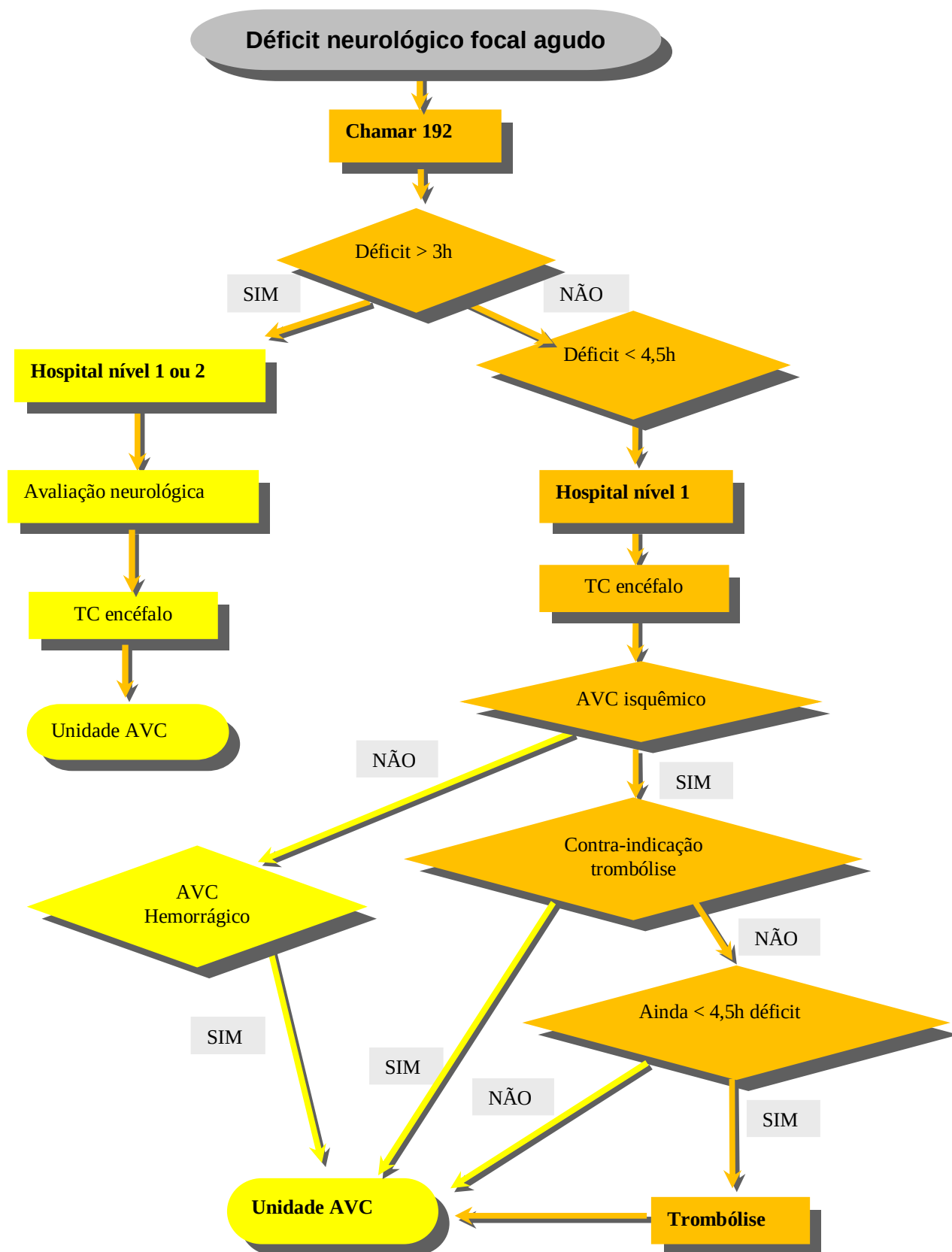
Centro de Estabilização: em áreas remotas, os mesmos do Trauma.

Pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, um Hospital está apto a ser referência em hemodinâmica (tem qualidade) quando apresentam escala mínima:

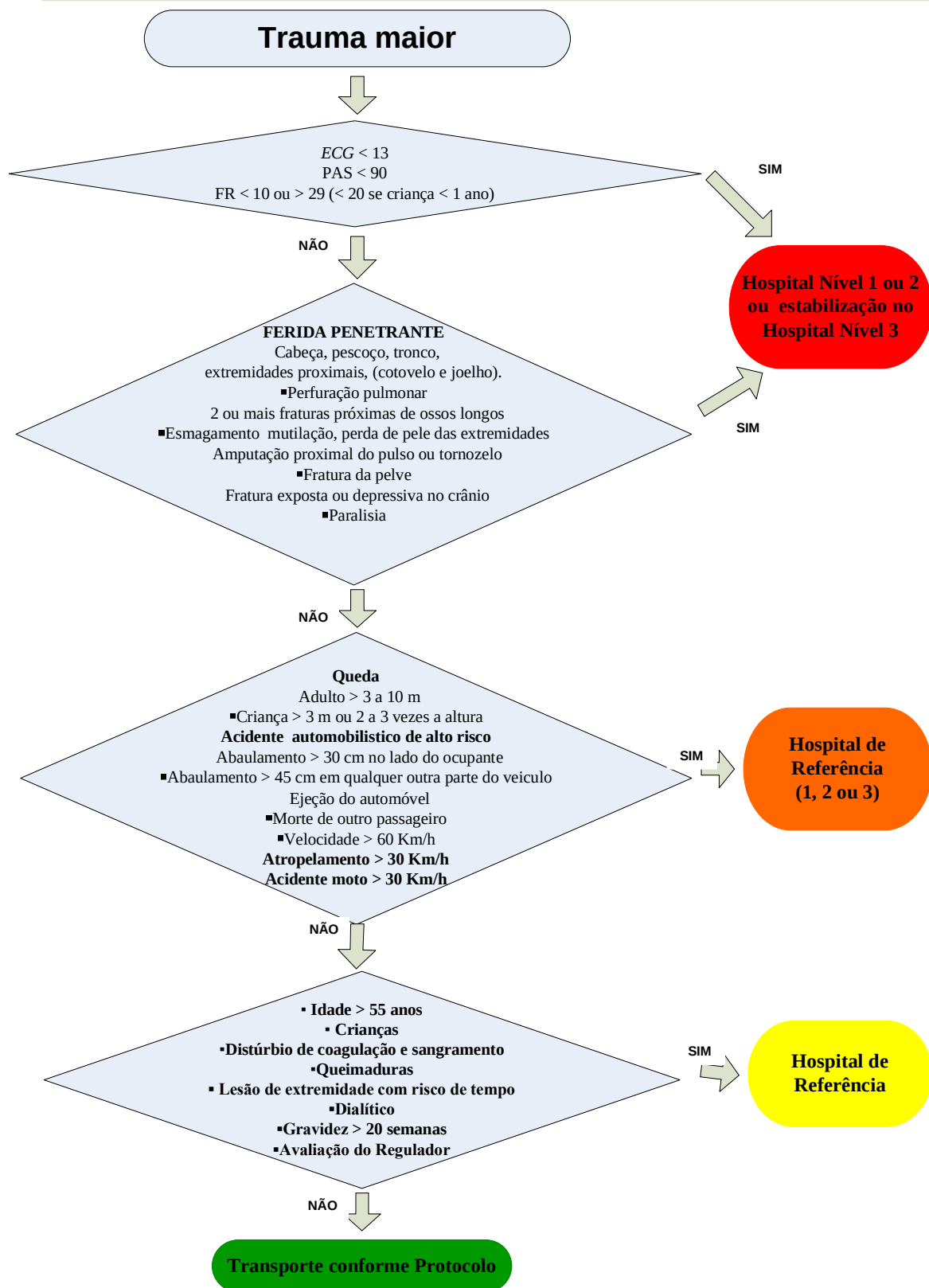
- Hemodinamicistas com
- 75 exames eletivos / ano
- 11 angioplastias por IAM c/ supra STs / ano
- Centros com:
- 400 exames eletivos / ano
- 36 angioplastias por IAM c/ supra STs / ano
- Bloco de cirurgia cardíaca no mesmo prédio

Infarto Agudo do Miocárdio com supra STs





Transporte / Pactuações de Urgência





TEXTO DE APOIO 4 - O ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO ¹

Alguma forma de triagem sempre foi feita em serviços de urgência e emergência em nosso meio, seguindo, no entanto, a lógica da exclusão. Triagem significa classificação ou priorização de itens e classificação de risco não pressupõe exclusão e sim estratificação.

A expectativa de acesso rápido ao atendimento médico é crescente em nossa população, embora os Pronto-Socorros (OS) não disponham de estrutura física, recursos humanos nem de equipamentos adequados para atendimento de tal demanda. A regulação desse atendimento como resposta à maior demanda de saúde constitui instrumento necessário de ordenação e orientação da assistência.

O manejo da classificação de risco requer equipes com experiência em urgência e emergência e que sejam especificamente qualificadas para identificar necessidades e prioridades do paciente e para avaliação correta dos sinais e sintomas estabelecidos no protocolo.

O objetivo do acolhimento com classificação de risco é melhorar o atendimento nas portas de entrada de urgência e emergência. Para tanto, é necessário:

Pactuar instrumento baseado em situações/queixa para possibilitar classificação por gravidade ou grau de sofrimento, identificando prontamente urgências e emergências – condições de risco de perder a vida.

Não constituir-se em instrumento de diagnóstico.

Determinar prioridade para atendimento médico, hierarquizando-o conforme a gravidade: quem deve ser atendido antes e quem pode aguardar atendimento com segurança. Considerar-se-á a o tempo em que intervenção médica possibilitará melhor resultado. Reavaliações estão previstas e poderão alterar a classificação.

Organizar processo de trabalho e espaço físico do Pronto Socorro, diminuir ocorrência de superlotação, informar os pacientes e familiares sobre expectativa de atendimento e tempo de espera.

Esclarecer à comunidade a forma de atendimento nas urgências e emergências.

Pactuar guia de treinamento das equipes na implementação da Classificação de Risco nas portas de entrada de urgência e emergência.

Constituir documento de referência do Ministério Público para controle de atendimento dos casos de urgência e emergência.

Como critérios de classificação deverão ser considerados: os determinantes que são situações, queixas, sinais e sintomas.

Os resultados esperados após a implementação da classificação de risco são:

- Diminuição do risco de mortes evitáveis,
- Extinção da triagem por porteiro ou funcionário não qualificado,

- Priorização de acordo com critérios clínicos e não por ordem de chegada,
- Obrigatoriedade de encaminhamento responsável, com garantia de acesso à rede de atenção,
- Aumento da eficácia do atendimento,
- Redução do tempo de espera,
- Detecção de casos que provavelmente se agravarão se o atendimento for postergado,
- Diminuição da ansiedade
- Aumento da satisfação dos profissionais e usuários, com melhoria das relações interpessoais,
- Padronização de dados para estudos e planejamento de ações.
- O cidadão que chegar ao Ponto de Atenção de Urgência e Emergência (Pronto Socorro, Pronto Atendimento, Hospital Microrregional, Macrorregional, de Pequeno Porte, de Saúde da Família ou Unidade Básica de Saúde) será atendido prontamente pela Equipe de Acolhimento. A Equipe de Classificação receberá o paciente, fará avaliação breve da situação, e a classificará em prioridades usando protocolo padronizado. Registrará a avaliação e encaminhará o paciente ao local de atendimento.
- Para a avaliação do paciente, considerar: queixa, início, evolução e duração, aparência física, resposta emocional, escala de dor. Registrar itens solicitados no protocolo. Classificar prioridade.
- O modelo de classificação deverá conter o nome do paciente, data, horário, situação – queixa de apresentação, fluxograma escolhido, determinante, dados vitais se solicitados no protocolo, prioridade de atendimento, reavaliações, nome do enfermeiro, assinatura.

A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

A Classificação de Risco é um processo dinâmico de identificação dos usuários que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento. A partir deste processo de classificação, os casos poderão ser categorizados por prioridades – 1, 2, 3, 4 e 5 associadas um sistema de cor – vermelha, laranja, amarela, verde e azul.

Quadro 1 – Determinante Sistema de Manchester

DETERMINANTES GERAIS	
Obstrução de vias aéreas	VERMELHO
Respiração inadequada	
Hemorragia exangüinante	
Choque	
Convulsionando	
Criança irresponsiva	
Hemorragia maior incontrolável	LARANJA
Alteração da consciência	
Criança febril	
Esfriamento	
Dor intensa	
Hemorragia menor incontrolável	AMARELO
História de inconsciência	
Adulto febril	
Dor moderada	
Febre baixa	VERDE
Problema recente	
Dor leve recente	
	AZUL

PRIORIDADE 1 - VERMELHO:

- O usuário classificado como vermelho necessita de ressuscitação imediata.
- Deve ser categorizado como caso de emergência absoluta.
- O paciente está em ameaça à vida ou iminência de rápida deteriorização;
- A avaliação e o tratamento são simultâneos e imediatos;
- O transporte deve ser realizado prioritariamente pelo SAMU.
- O ponto de atenção com competência para estes usuários é o pronto-socorro e o acesso deve ser garantido de forma imediata. O atendimento inicial, entretanto é da responsabilidade do serviço onde o paciente se apresentar.

PRIORIDADE 2 - LARANJA:

- O usuário classificado como laranja deve ser categorizado como caso muito urgente;
- São pacientes com risco potencial de perder a vida ou função de membro.
- Este atendimento é prioridade e os primeiros cuidados são em até 10 minutos;
- O transporte deve ser realizado prioritariamente pelo SAMU.
- O ponto de atenção com competência para o atendimento destes usuários é o pronto-socorro e o acesso deve ser imediato.

- O atendimento inicial também é da responsabilidade do serviço onde o paciente se apresentar.

PRIORIDADE 3 - AMARELO:

- São condições que potencialmente poderiam progredir para agravos importantes;
- A situação/queixa pode estar associada a intenso desconforto ou estar afetando as atividades da vida diária.
- Deve ser categorizado como caso de Urgência.
- Este atendimento é prioridade, em até 60 minutos;
- O transporte sanitário deve ser acionado.
- O ponto de atenção com competência para o atendimento destes usuários é o pronto-atendimento;
- O atendimento inicial é da responsabilidade do serviço onde o paciente se apresentar.

PRIORIDADE 4 - VERDE:

- O usuário classificado com prioridade verde caracterizado como Pouco Urgente e precisa de priorização de atendimento na Unidade Básica se ela estiver estruturada para tal.
- São situações associadas à idade do paciente, desconforto ou possíveis complicações que seriam atenuadas com atendimento mais precoce.
- Este atendimento ou consulta deve ser priorizada para o mesmo turno, após os primeiros cuidados e medidas necessárias nos casos de emergência e de urgência.
- O ponto de atenção com competência para o atendimento destes usuários é a Unidade Básica de Saúde.

PRIORIDADE 5 - AZUL:

- O usuário classificado com prioridade 5 é caracterizado como não urgente.
- Este atendimento ou consulta pode ser agendada ou realizada de imediato, caso haja disponibilidade.
- O ponto de atenção com competência para o atendimento destes usuários é a Unidade Básica de Saúde.

MATRIZ 1 – COMPETÊNCIA DOS PONTOS DE ATENÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

NÍVEL DE ATENÇÃO	PONTO DE ATENÇÃO	COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO	TERRITÓRIO SANITÁRIO
PRIMÁRIA	CallCenter “Alô SUS” (número único)	Classificar o risco; orientar; ativar a ambulância.	Município
	Domicílio	Identificar sinais de alerta; adotar atitudes de prevenção; acionar o 192	Município
	Unidade Básica de Saúde/PSF	1º atendimento para vermelho, laranja e amarelo Atendimento para verde e azul	Município

	Hospital Menor Porte Municipal regional	de ou ou	1º atendimento para vermelho , laranja e amarelo Atendimento para vermelho , laranja e amarelo de acordo com os protocolos Atendimento para amarelo e verde Atendimento para azul , fora do horário de funcionamento da UBS	Município
SECUNDÁRIA	Unidade Urgência Hospitalar *	de não	1º atendimento para vermelho e laranja Atendimento para amarelo e verde Atendimento para azul , fora do horário de funcionamento da UBS	Município acima de 200.000 habitantes
	Hospital Microrregional sem UTI		1º atendimento para vermelho e laranja Atendimento para vermelho e laranja de acordo com os protocolos Atendimento para amarelo e verde Acolhimento para azul	Microrregião
	Hospital Microrregional com UTI		1º atendimento para vermelho e laranja Atendimento para vermelho e laranja de acordo com os protocolos Atendimento para amarelo e verde Acolhimento para azul Atendimento referenciado segundo protocolo	Microrregião
	SAMU		Atendimento a vermelho , laranja e amarelo	Microrregião
TERCIÁRIA	SAMU		Atendimento a vermelho , laranja e amarelo	Macrorregião
	Pronto Socorro Hosp. Macro		Atendimento a vermelho , laranja e amarelo	Macrorregião
	Hospital Macrorregional		Atendimento a vermelho , laranja e amarelo	Macrorregião

MATRIZ 2 - DESCRIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS PARA CADA SITUAÇÃO

CÓDIGO	COMPETÊNCIA	DESCRIÇÃO
VERMELHO	1º atendimento	Medidas para manutenção da vida. Ex. entubação orotraqueal, linha de acesso venoso, glicose hipertônica, diazepam.
	Estabilização	1º atendimento seguido de tratamento inicial. Ex. sutura, cristalóide, ventilação mecânica, hemotransfusão.
	Atendimento	Completa abordagem propedêutica e terapêutica.
LARANJA	1º atendimento	Medidas para sofrimento intenso ou para evitar rápida deterioração. Ex. linha de acesso venoso, sintomáticos, cristalóide, sutura.
	Estabilização	1º atendimento seguido de tratamento inicial Ex. estreptoquinase.
	Atendimento	Completa abordagem propedêutica e terapêutica.
AMARELO	1º atendimento	Medidas para sofrimento ou para evitar deterioração. Ex. linha de acesso venoso, sintomáticos, cristalóide, sutura.
	Atendimento	Completa abordagem propedêutica e terapêutica.
	Encaminhamento	Conforme e se pactuado.
VERDE	Atendimento	Propedêutica e terapêutica.
	Encaminhamento	Conforme e se pactuado.
AZUL	Atendimento	Propedêutica e terapêutica.
	Encaminhamento	Conforme e se pactuado.