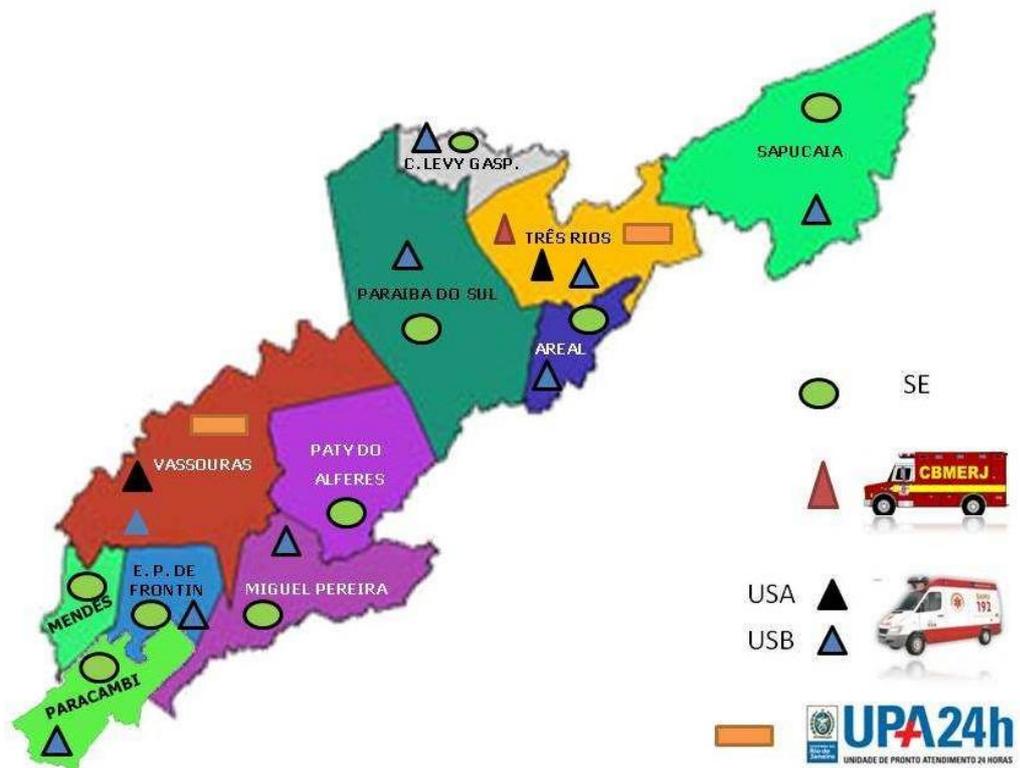


Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria Estadual de Saúde
Colegiado de Gestão Regional – Centro-Sul Fluminense
Comitê Gestor de Atenção às Urgências e Emergências
Região Centro-Sul Fluminense

PLANO DIRETOR REGIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS – REGIÃO CENTRO SUL FLUMINENSE



JUNHO - 2011



Governador
Sergio Cabral

Vice-Governador
Luiz Fernando Pezão

Secretário de Estado de Saúde e Defesa Civil
Sergio Luiz Côrtes da Silveira

Subsecretária Geral
Monique Zita dos Santos Fazzi

Superintendente de Urgência e Emergência Pré-Hospitalar
Fernando Suarez Alvarez

Coordenadora do Colegiado Gestor Regional
Juliana Carvalho de Souza

Coordenadora do Núcleo Descentralizado de Vigilância em Saúde
Janice Mara Machado

Coordenador do Comitê Gestor de Atenção as Urgências
Romero Chartuni Bandeira

Junho de 2011

MEMBROS DO COMITÊ

INSTITUIÇÃO/ORGÃO		Representante
COORDENAÇÃO GERAL		Romero Chartuni Bandeira
Núcleo Descentralizado de Vigilância em Saúde Centro Sul Fluminense (SVS/SES) Comando de Bombeiro de Área (CBA-X)		Janice Mara Machado
		Eunice Pitanga Quadros
		Claudio Sergio Batista
Grupamento de Polícia Militar (PMERJ)		Pedro Paulo Noel Gomes
		Juarez de Souza Pereira
Central Estadual de Regulação-Região Centro-Sul Fluminense		Leonardo Rodrigues Barbosa
		Alessandra Silva Ferreira
Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (CES-RJ)		Elibétio dos Santos Martins
		Orany Francisco Araújo Sobrinho
Representante Regional de Atenção Básica		Renato Glória de Castro
		Myriam Coelho Cunha da Cruz
Comissão de Integração Ensino Serviço (CIES/CS)		Luiz Henrique R. de Almeida
Secretaria Estadual de Segurança Pública		PRF Wagner José Duarte
		Major PM RG54.625 Mauro Fliess
Polícia Rodoviária Federal 5ª SRPRF/RJ / 7ª Delegacia		Marcus Vinicius Barbosa
		Luiz Carlos de Almeida Neves
Polícia Rodoviária Federal 5ª SRPRF/RJ / 8ª Delegacia		João Miguel Resende
		Luiz Fernando F. V. Castro
Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ).		Ivson Ribas de Oliveira
Secretaria Municipal de Saúde Microrregião I		Maria Luíza Nunes Costa Guimarães
Hospital de Clínicas Nossa Senhora da Conceição		Rosilene Aparecida S. Silva
		Elaine de Abreu Stelmann
Hospital Universitário Sul Fluminense		Marcelo Augusto Paiva Rio de Oliveira
Secretaria Municipal de Saúde Microrregião II		Raul Guimarães de Mello
COREN-RJ		Ilda Cecília da Silva Macedo
Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Rio de Janeiro(COSEMS-RJ)		Luiz Alberto Barbosa
		Vanderlei Chaves
Concessionárias	CONCER	Rodrigo Gonzalez
		João Carlos Silva
	ACCIONA	Natália Pontes de Faria Marques
		Amanda Moraes
Departamento Nacional de Infra-Estrutura Terrestre (DNIT)		Gilberto Gomes Lourenço
		Sérgio Barbosa Médici

Agradecimento

Ao Secretário Estadual de Saúde, Dr. Sérgio Côrtes, pelo seu olhar para a saúde do Interior do Estado do Rio de Janeiro.

A todos os Secretários de Saúde da Região Centro-Sul Fluminense sempre na busca pela excelência na qualidade da saúde em seus municípios e em especial ao Luiz Alberto (SMS Três Rios) por ter disponibilizado toda a estrutura para que pudéssemos realizar o Plano.

Aos membros da Câmara Técnica do Colegiado de Gestão Regional- Região Centro-Sul Fluminense pelo empenho, dedicação e sempre solícitos no fornecimento das informações para elaboração do Plano.

Ao Juarez de Souza Pereira representante da Polícia Militar do Estado do RJ que não mediu esforços para colaborar na elaboração do Plano.

A Alessandra Silva Ferreira, representante da Central de Regulação no Comitê, pessoa de grande conhecimento técnico-profissional, sabedora de toda capacidade instalada da região, competente em todas as atribuições a que foi designada e nunca medindo esforços para de uma maneira decisiva consolidasse o Plano Regional.

A Coordenadora do Colegiado de Gestão Regional Juliana Carvalho e a Secretária Executiva do CGR Ana Paula Amaral Ribeiro, sempre presente as reuniões, pessoas inteligentes, extremamente dedicadas e tiveram controle efetivo nas diversas demandas emanadas pelos membros do Comitê.

Ao Consultor da Secretaria Municipal de Saúde de Três Rios Ivan Chebli, pessoa de grande formação, educado, amigo, de extrema competência e inteligência, o qual recebeu a missão que lhe foi confiada em colaborar na formulação do Plano Regional. De uma maneira incansável dedicou-se e com sua enorme experiência e seu notável conhecimento na área de saúde, dinamizou sobremaneira as reuniões.

Ao Dr. Arthur Hummel pela cessão do auditório do Hospital Estadual de Traumatologia e Ortopedia Dona Lindu, para que os membros do comitê pudessem, durante meses, elaborarem o Plano Diretor de Urgência e Emergência.

Colaboração

Liliane Médici Bandeira – Médica - Capitão do Corpo de Bombeiros do Estado do RJ

Kátia Regina Moraes Vizeu – Enfermeira - Controle e Avaliação da SMS de Três Rios

Renata Odete de Azevedo Souza – Enfermeira - Mestre em Saúde Pública – SMS Três Rios

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	9
2. JUSTIFICATIVA	11
3. OBJETIVO GERAL	13
4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
5. CARACTERIZAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO CENTRO SUL	15
5.1. Perfil Sociodemográfico	16
5.2. População e cobertura da Estratégia Saúde da Família	21
5.3. Análise epidemiológica e levantamento do perfil de morbi-mortalidade	26
5.3.1. Morbidade Hospitalar	29
5.4. Conformação do indicador de causas externas na composição do perfil de morbi-mortalidade	31
5.5. Causas principais das ocorrências do CBMERJ e Concessionárias	32
6. PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	36
6.1. Planejamento Regional	41
6.2. Plano Diretor de Regionalização (PDR)	42
6.3. Plano Diretor de Investimento (PDI)	42
6.4. Programação Pactuada Integrada (PPI)	43
7. A ATENÇÃO INTEGRAL AS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS	43
7.1. Regulação Médica das Urgências e Emergências	45
7.2. Atribuições da Regulação Médica das Urgências e Emergências	46
7.2.1. Técnicas	46
7.2.2. Funções Gestoras	48
7.2.3. Regulação do Setor Privado de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel (incluídas as concessionárias de rodovias)	50
7.2.4. Regulação Médica de Outras Entidades/Corporações/Organizações	50
7.2.5. As Urgências e Emergências e a Atenção Primária à Saúde e a Estratégia de Saúde da Família	51
7.2.6. Acolhimento dos Quadros Agudos	51
7.2.7. Capacitação de Recursos Humanos	52

7.2.8.	Estruturação dos Recursos Físicos	52
7.2.9.	Estruturação da Grade de Referência	53
7.2.10.	Unidades Não-Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências	54
7.2.10.1.	Dimensionamento da Rede e Organização Assistencial	56
7.2.10.2.	Estruturação da Grade de Referência	56
7.3.	Atendimento Pré-Hospitalar Móvel.....	57
7.4.	Equipe Profissional	60
7.5.	Equipe de Profissionais de Saúde	61
7.5.1.	Profissionais de Saúde e Respectivas competências/Atribuições	61
7.5.1.1.	Equipes de Profissionais Não Oriundos da Saúde, Perfil e Respectivas Competências/Atribuições	63
7.5.1.2.	Veículos de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel.....	66
7.5.1.2.1.	Ambulâncias	66
7.5.1.2.2.	Veículos de Intervenção Rápida	67
7.5.1.2.3.	Outros Veículos	67
7.5.1.3.	Tripulação	68
7.6.	Atendimento Hospitalar - Unidades Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências	69
7.7.	Transferências e Transporte Inter-Hospitalar.....	69
7.8.	Núcleos de Educação em Urgências	71
8.	RELAÇÃO DAS UNIDADES / SERVIÇOS MÓVEIS DE ATENÇÃO PRÉ-HOSPITALAR ELETIVA.....	73
8.1.	Unidades/serviços móveis de atenção pré-hospitalar eletivo	73
9.	CONCESSIONÁRIAS DAS RODOVIAS E CORPORAÇÕES MILITARES.....	73
10.	ANÁLISE DA CAPACIDADE INSTALADA EXISTENTE DE LEITOS	74
11.	ANÁLISE DA CAPACIDADE INSTALADA EXISTENTE DE LEITOS COM PARÂMETROS DA PORTARIA Nº 1.101	76
12.	ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NAS PORTAS DE ENTRADA DAS UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	76
12.1.	Objetivos	78
12.2.	Resultados esperados	78
12.3.	Recomendações para a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco: 79	
12.4.	Organização do Processo.....	80

13.	PROGRAMA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR E ASSISTÊNCIA DOMICILIAR.....	84
14.	UNIDADES DE ATENÇÃO PRÉ-HOSPITALAR PLEITEADAS E HOSPITAIS DE RETAGUARDA	89
15.	MUNICÍPIOS DE REFERÊNCIA PARA MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE (KM E TEMPO ESTIMADO).....	91
16.	A REGULAÇÃO ASSISTENCIAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	92
17.	REDES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE DO RJ	105
17.1.	Hemoterapia (DELIBERAÇÃO CIB-RJ Nº 855 DE 11 DE FEVEREIRO DE 2010)	105
17.2.	Oncologia (DELIBERAÇÃO CIB-RJ Nº 856 DE 03 DE MARÇO DE 2010)	106
17.3.	Saúde Auditiva (DELIBERAÇÃO CIB-RJ Nº 857 DE 03 DE MARÇO DE 2010)	106
17.4.	Cardiovascular (DELIBERAÇÃO CIB-RJ Nº 859 DE 03 DE MARÇO DE 2010)	106
17.5.	Rede de Ortopedia de Média Complexidade (DELIBERAÇÃO CIB-RJ Nº 1258 DE 15 DE ABRIL DE 2011)	106
17.6.	Rede de Alta Complexidade de Neurocirurgia (Deliberação CIB-RJ Nº 0260 de 15 de maio de 2007)	107
17.7.	Rede Estadual em Traumatologia (Deliberação CIB-RJ Nº 0294 de 10 de julho de 2007)	107
17.8.	Rede de Atenção em Alta Complexidade de Traumatologia (DELIBERAÇÃO CIB-RJ Nº 561 DE 13 DE NOVEMBRO DE 2008)	107
18.	FINANCIAMENTO	108
19.	GESTÃO E CONTROLE SOCIAL	113
20.	PROGRAMAÇÃO ANUAL DA ATENÇÃO INTEGRAL AS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS..	114
21.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	117
22.	ANEXO I – Relação das Unidades de Saúde da Região	121
23.	ANEXO II – Análise da Capacidade instalada de leitos (Portaria Nº 1101)	127
24.	ANEXO III – Competência do SAMU-192	138

1. INTRODUÇÃO

A Portaria GM/MS nº 1863 de 29 de setembro de 2003 instituiu a Política Nacional de Atenção Integral às Urgências e Emergências que preconiza a organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências, tecendo-as em seus diversos componentes: Pré-Hospitalar Fixo, Móvel, Hospitalar e o Pós-Hospitalar; que compreende a Atenção Domiciliar, Hospitais-Dia e Projetos de Reabilitação Integral (com reabilitação de base comunitária).

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

Em seu artigo 6º (item e), a norma ministerial exige como pré-requisito para a implantação do componente Pré-hospitalar Móvel a estruturação e formalização dos Comitês Gestores do Sistema de Atenção às Urgências nos âmbitos Estadual, Regional e Municipal.

A implantação e implementação da Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências é responsabilidade tripartite e deve ser co-financiada pelos três entes federados gestores do SUS.

A Resolução SESDEC/RJ nº 818 de 04 de setembro de 2009, criou o Comitê Gestor de Atenção Urgência do Estado do Rio de Janeiro e estabeleceu prazo de 60 dias, a partir da data de sua publicação, para que os CGRs organizem os Comitês Regionais. Posteriormente, a mesma foi alterada pela Resolução SESDEC/RJ nº 1384 de 22 de setembro de 2010, publicada no DO de 23 de setembro de 2010.

Nesse sentido, a Deliberação CIB-RJ Nº 873 de 30 de março de 2010, instituiu o Comitê Gestor de Atenção às Urgências da Região Centro Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro que está subordinado ao Colegiado Gestor Regional Centro Sul. Compete a estes Comitês elaborar os Planos Regionais de Atenção Integral às Urgências e Emergências da Região Centro Sul.

A Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências obedece aos princípios e diretrizes organizativas do SUS e se materializa como uma das redes hierarquizadas e regionalizadas sob gestão e Regulação do SUS.

A área de Urgência e Emergência constitui-se em um importante componente da assistência à saúde. A crescente demanda por serviços nesta área nos últimos anos, devido ao crescente número de acidentes e da violência urbana são fatores que têm contribuído decisivamente para a sobrecarga de serviços de urgência e emergência disponibilizados para o atendimento da população.

A atenção às Urgências e Emergências obedece às diretrizes da Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências e, seguindo-se a lógica de implantação de uma rede hierarquizada, regionalizada e regulada, através dos complexos reguladores e na perspectiva de melhorar e modernizar a execução dos serviços de urgência e emergência em saúde no Brasil, o Governo Federal delineou uma nova proposta de organização dos serviços através da construção de uma rede assistencial hierarquizada, considerando a atenção pré-hospitalar fixa e móvel, a atenção hospitalar e a atenção pós-hospitalar.

O atendimento às urgências, não deve ser visto como espetáculo cinematográfico, mas como um momento de cuidados, atenção, competência técnica, de respeito e preservação dos direitos da pessoa.

Hoje é consenso no mundo todo que muito se pode fazer no atendimento às urgências antes da porta dos hospitais para diminuir o sofrimento, aumentar as possibilidades de sobrevivência, e reduzir seqüelas físicas e emocionais.

A implantação da Unidade de Pronto Atendimento (UPA - Regional) em Três Rios propiciou o estabelecimento de um novo fluxo de atenção às urgências e emergências da região Centro Sul, no qual, a UPA Tipo III tem o papel de garantir referência para toda a rede básica, contribuindo para a regulação das internações hospitalares nos hospitais de referência da microrregião.

Foi implantado, concomitantemente, o protocolo de classificação de riscos, que permite o atendimento oportuno dos casos mais graves e o contra-referenciamento dos casos mais simples para a rede básica.

O SAMU 192 faz parte da Política Nacional de Urgências e Emergências, contribuindo para organizar o atendimento na rede pública, prestando socorro à população em casos de urgência e emergência.

Com o SAMU 192, o governo federal está reduzindo o número de óbitos, o tempo de internação em hospitais e as sequelas decorrentes da falta de socorro precoce. O serviço funciona 24 horas por dia com equipes de profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e socorristas que atendem às

urgências de natureza traumática, clínica, pediátrica, cirúrgica, gineco-obstétrica e de saúde mental da população.

O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Centro Sul Fluminense elaborou o Projeto de Regionalização do SAMU da região Centro-Sul, com a contribuição e validação posterior do CGR, observadas as diretrizes estabelecidas pela Portaria GM/MS nº 2970 de 8 de Setembro de 2008.

Com isso, tornou-se imprescindível a elaboração do Plano de Atenção Integral às Urgências e Emergências da Região Centro Sul Fluminense que contemplasse os objetivos e as diretrizes da Política Nacional e as especificidades da Região Centro Sul.

2. JUSTIFICATIVA

A Portaria GM/MS Nº 399 de 22 de fevereiro de 2006 que instituiu e divulgou o Pacto pela Saúde atribuiu aos Colegiados de Gestão Regional (CGR) novas responsabilidades relacionadas ao planejamento, programação, acompanhamento e financiamento do SUS.

Neste colegiado, tanto municípios como o estado buscam soluções para problemas inerentes a organização do sistema de saúde e estratégias para superá-los. Aos estados, incumbe o papel de coordenação destas instâncias colegiadas de gestão do SUS regional. Portanto, o CGR é um espaço permanente de pactuação e co-gestão solidária e cooperativa das políticas de saúde entre os gestores da Região Centro Sul.

O aumento dos casos de acidente e violência tem forte impacto sobre o atendimento de urgência e emergência do SUS. Na assistência, este impacto pode ser medido diretamente pelo aumento dos gastos realizados com internação hospitalar, assistência em UTI e a alta taxa de permanência hospitalar deste perfil de pacientes. Na questão social, pode ser verificado um aumento de 30% no índice APVP (Anos Potenciais de Vida Perdidos) em relação a acidentes e violências nos últimos anos, enquanto verifica-se queda desse índice por causas naturais.

A assistência às urgências se dá, ainda hoje, predominantemente nos “serviços” que funcionam exclusivamente para este fim – os tradicionais pronto-socorros – adequadamente estruturados e equipados ou não. Abertos nas 24 horas

do dia, estes serviços acabam por funcionar como “porta de entrada” do sistema de saúde, acolhendo pacientes de urgência, pacientes com agravos pertinentes à atenção primária e especializada e urgências sociais. Tais demandas misturam-se nas unidades de urgência superlotando-as e comprometendo a qualidade da assistência prestada à população.

Esta realidade assistencial é agravada por problemas organizacionais destes serviços como, por exemplo, a falta de triagem de risco, o que determina o atendimento por ordem de chegada sem qualquer avaliação prévia do caso, acarretando, muitas vezes, graves prejuízos aos pacientes. Habitualmente, algumas urgências de fácil identificação são priorizadas, mas, infelizmente, é comum que pacientes com quadros mais graves permaneçam horas aguardando pelo atendimento, mesmo já estando dentro de um serviço de urgência.

Outra situação preocupante para o sistema de saúde é o aumento de unidades de “pronto atendimento” que oferecem atendimento médico nas 24 horas do dia, porém sem apoio para elucidação diagnóstica, sem equipamentos e materiais para adequada atenção às urgências e, ainda, sem qualquer articulação com o restante da rede assistencial. Embora cumprindo papel no escoamento das demandas reprimidas não satisfeitas na atenção primária, estes serviços oferecem atendimentos de baixa qualidade e pequena resolubilidade, que implicam em repetidos retornos e enorme produção de “consultas de urgência”.

O Sistema Estadual e Regional de Urgência e Emergência deve se estruturar a partir da leitura ordenada das necessidades sociais em saúde e sob o imperativo das necessidades humanas nas urgências. O diagnóstico destas necessidades deve ser feito a partir da observação e da avaliação dos territórios sociais com seus diferentes grupos humanos, da utilização de dados de morbidade e mortalidade disponíveis e da observação das doenças emergentes. Deve-se também compor um quadro detalhado dos recursos existentes, levando-se em consideração sua quantidade, localização, acesso, complexidade, capacidade operacional e técnica. Do confronto das necessidades diagnosticadas com as ofertas existentes, poderemos visualizar as deficiências do sistema e projetar suas correções, num processo de planejamento ascendente e dinâmico, sustentadas por políticas públicas orientadas pela equidade e permeadas pela idéia da promoção intersetorial da saúde, como forma de manter e aumentar a autonomia dos indivíduos, através das ações de prevenção das doenças, educação, proteção e recuperação da saúde

e reabilitação dos indivíduos já acometidos por agravos que afetaram em alguma medida, sua autonomia. É imprescindível que estes diagnósticos sejam amplamente discutidos com todos os atores sociais envolvidos na promoção, prevenção, atenção e recuperação aos agravos à saúde, como conselhos de saúde, gestores de saúde, trabalhadores da saúde, prestadores de serviços, usuários, conselhos de classe, educação, promoção social, segurança social, transportes e outros.

O Sistema Estadual e Regional de Urgência e Emergência deve ser implementado dentro de uma estratégia de “Promoção da Qualidade de Vida” como forma de enfrentamento das causas das urgências. Deve valorizar a prevenção dos agravos e a proteção da vida, gerando uma mudança de perspectiva assistencial – de uma visão centrada nas conseqüências dos agravos que geram as urgências, para uma visão integral e integrada, com uma abordagem totalizante e que busque gerar autonomia para indivíduos e coletividades. Assim, deve ser englobada na estratégia promocional a proteção da vida, a educação para a saúde e a prevenção de agravos e doenças, além de se dar novo significado à assistência e à reabilitação. As urgências por causas externas são as mais sensíveis a este enfoque, mas não exclusivamente. As urgências clínicas de todas as ordens também se beneficiam da estratégia promocional.

Nesses aspectos, a elaboração do atual Plano de Urgência e Emergência da Região Centro Sul vai ao encontro da Política Nacional de Urgências e Emergências, assim como, servirá como subsídio na elaboração do Plano Estadual de Urgência e Emergência do Estado do Rio de Janeiro.

3. OBJETIVO GERAL

Garantir o acesso universal e integral às urgências e emergências para a população da Região Centro Sul Fluminense.

4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Implantar o Plano de Urgência e Emergência da Região Centro Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro;
- Implantar o componente pré-hospitalar fixo, Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Tipo II, na microrregião 2 no município de Vassouras;
- Implantar Sala de Estabilização (SE), conforme pactuação no CGR, nos municípios da região Centro Sul Fluminense;
- Implantar a Central de Regulação Médica Regional do Samu 192;
- Implantar o componente pré-hospitalar móvel SAMU 192 a fim de ampliar o acesso ao atendimento pré-hospitalar móvel;
- Solicitar retaguarda técnica ao SAMU 192, sempre que a gravidade/complexidade dos casos ultrapassarem a capacidade instalada da Unidade;
- Garantir financiamento tripartite para a implementação da Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências;
- Ampliar a cobertura da Atenção Básica à Saúde através da Estratégia de Saúde da Família com sua qualificação para a atenção às Urgências;
- Garantir retaguarda às Urgências atendidas e referenciadas pela Atenção Básica;
- Prover atendimento e/ou encaminhamento adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrado à rede local regional de Urgência a partir da complexidade clínica e traumática do usuário individual e coletivo;
- Contra referenciar aos demais serviços de atenção integrantes da rede proporcionando continuidade ao tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo;
- Garantir apoio técnico e logístico para o bom funcionamento das Unidades;
- Implantar processo de Acolhimento com Classificação de Risco em todas as Unidades de Saúde da Região, considerando a identificação do paciente que necessite de tratamento imediato, estabelecendo o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento em sala específica para tal atividade e garantindo atendimento ordenado de acordo com o grau de sofrimento ou a gravidade do caso, tendo como norte a Política Nacional de Humanização;

- Implantar e implementar a Educação Permanente em Saúde – CIES CS, para todas as instituições e segmentos envolvidos em atendimentos as Urgências e Emergências (Atenção Básica, Corpo de Bombeiros Militar do Estado do RJ(CBMERJ), Polícia Militar do Estado do RJ(PMERJ), Polícia Rodoviária Federal(PRF), Guarda Municipal e etc.);
- Implantar e implementar o sistema de regulação federal (SISREG III - versão web) nos municípios;
- Implantar as ações e serviços de regulação estabelecidos nos Termos de Compromisso de Gestão (TCG) municipais;
- Reduzir o tempo resposta de atendimento das Urgências e Emergências da Região Centro-Sul;
- Reduzir o tempo de espera para realização de procedimentos de média e alta complexidade;
- Reduzir o tempo das internações de acordo com o tempo de permanência de cada patologia;
- Definir atribuições/ competências nos atendimentos das Urgências e Emergências aos profissionais responsáveis pela segurança (policiais militares, rodoviários, GM e outros profissionais e os bombeiros militares);
- Estruturar toda a rede assistencial, desde a rede pré-hospitalar, serviços de atendimento pré-hospitalar móvel até a rede hospitalar de alta complexidade, capacitando e responsabilizando cada um destes componentes para o atendimento às Urgências e Emergências; e
- Implantar Equipes de Internação Domiciliar vinculadas aos Hospitais Gerais existentes no território loco-regional tendo como norte a Portaria MS nº 2.529 de 19 de outubro de 2006.

5. CARACTERIZAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO CENTRO SUL

O Estado do Rio de Janeiro, com uma área de 43.780,157 km², está dividido em 92 municípios, segundo o censo demográfico 2010 (IBGE), e apresenta uma população de 15.993.583 habitantes.

Os municípios estão organizados em nove regiões de saúde: Baía da Ilha Grande, Metropolitana 1, Metropolitana 2, Baixada Litorânea, Norte Fluminense, Noroeste Fluminense, Médio Paraíba, **Centro Sul Fluminense**, Serrana e Noroeste Fluminense.

O Centro Sul Fluminense é uma antiga região cafeeira que corresponde a aproximadamente 7% da área total do Estado e possui 1,99% da população total. Viveu durante algumas décadas as consequências da decadência desta cultura e, hoje, sua economia se apóia, principalmente, na criação de gado, na oleicultura e no turismo rural. A área rural da região supera significativamente a média estadual, correspondendo basicamente a pastagens, mas já se observam sinais de recuperação das formações florestais devastadas no passado pela cultura do café.

O município de Miguel Pereira, que tem o maior percentual de área urbanizada da região, é também o que apresenta as florestas mais preservadas. Mesmo considerando a sua privilegiada proximidade com a capital do Estado, salienta-se que o processo de industrialização centrado na Região Metropolitana e no eixo do vale do Médio Paraíba não teve grande repercussão para o desenvolvimento da região, exceto em algumas poucas localidades. Além disto, esta atividade industrial e a expansão urbana decorrente geraram custos negativos que, regionalmente, se refletem na poluição do Rio Paraíba do Sul, inibindo outros usos dos recursos hídricos como a pesca e o turismo.

5.1. Perfil Sociodemográfico

A região do Centro-Sul Fluminense é composta pelos seguintes municípios: Areal, Comendador Levy Gasparian, Engenheiro Paulo de Frontin, Mendes, Miguel Pereira, Paraíba do Sul, Paracambi, Paty dos Alferes, Sapucaia, Três Rios e Vassouras. Esses municípios correspondem a um total de 319.419 habitantes (IBGE, 2010).

A região Centro Sul Fluminense tem sua economia baseada na indústria metal-mecânica, automotiva, metalúrgica, siderúrgica, cimenteira, alimentícia e energética (usinas termoelétricas, termonucleares e hidrelétricas) nas atividades agropecuárias destacando-se a criação de gado leiteiro, a produção de hortifrutigranjeiros e no comércio varejista.

Fig. 1: Principais rodovias da região Centro Sul



Fonte: Governo do Estado do Rio de Janeiro

Essa região é cortada por ferrovias e rodovias que ligam suas cidades aos principais centros populacionais e econômicos do Brasil (Rio de Janeiro, São Paulo e Belo Horizonte), cabendo citar a BR-116 (rodovia Presidente Dutra), a BR-393 (Rodovia Lúcio Meira, que a liga à região Nordeste do Brasil) e a BR-040 (que passa pela cidade de Três Rios, considerada o maior tronco rodoviário da América Latina).

Destacamos que as Rodovias BR-393 e a BR-040, dispõe de serviços de Urgências e Emergências pré-hospitalares, através das empresas ACCIONA concessões e CONCERT, respectivamente.

Com suas equipes e viaturas atuando durante 24 horas, oferece uma estrutura completa de atendimento no que se refere a socorro mecânico com guinchos leves e pesados; resgate e atendimento pré-hospitalar com ambulâncias; recolhimento de animais soltos na faixa de domínio e caminhão-pipa para combater focos de incêndio. O monitoramento contínuo da rodovia feito pelas viaturas de inspeção de tráfego e veículos de apoio operacional permite acionar com maior rapidez os recursos da concessionária e da Polícia Rodoviária Federal (PRF) no atendimento das várias situações registradas diariamente.

As ferrovias existentes no Sul Fluminense também ligam suas principais cidades às metrópoles nacionais, tendo caráter notadamente industrial, vide a "Ferrovia do Aço", que liga a cidade de Volta Redonda às minas de ferro e dolomita no Estado de Minas Gerais, bem como as ferrovias que liga a região às cidade do Rio e de São Paulo (Estrada de Ferro Central do Brasil).

O Município de Três Rios destaca-se nesse contexto como importante entroncamento rodoferroviário e com uma significativa produção industrial, em especial, produtos alimentícios e materiais ferroviários, além de ser o município com a maior população da região, com 77.503 habitantes (IBGE, 2010).

Quadro 1. Pessoas Ocupadas com Carteira Assinada, por Setores de Atividade Econômica, na Região Centro-Sul do Rio de Janeiro

Município	Extrativa mineral	Indústria de transformação	Serviços industriais de utilidade pública	Construção civil	Comércio	Serviços	Administração pública	Agropecuária	Total
Total	533	10.318	127	2.740	12.722	20.428	12.527	2.243	61.638
Areal	0	335	31	89	348	3.982	574	105	5.464
Comendador Levy Gasparian	11	604	0	197	347	1.295	627	39	3.120
Engenheiro Paulo de Frontin	0	561	11	2	188	284	613	77	1.736
Mendes	0	198	0	21	500	333	1.134	23	2.209
Miguel Pereira	4	136	15	117	980	1.242	1.225	153	3.872
Paracambi	3	549	3	1.179	1.044	1.137	1.272	36	5.223
Paraíba do Sul	54	1.529	5	34	1.400	1.558	1.246	646	6.472
Paty do Alferes	13	429	0	1	787	450	1.323	134	3.137
Sapucaia	29	466	7	51	1.221	418	796	315	3.303
Três Rios	417	4.992	40	977	4.788	6.718	2.180	325	20.437
Vassouras	2	519	15	72	1.119	3.011	1.537	390	6.665

Fonte: RAIS/ 2009 MTE

Observa-se que o município de Três Rios se destaca na grande maioria das atividades econômicas da região Centro Sul, com exceção nas atividades de

construção civil e agropecuária, que tem como destaques os municípios de Paracambi e Paraíba dos Sul, respectivamente (quadro 1). Os municípios de Engenheiro Paulo de Frontin, Mendes e Paty do Alferes são bastante dependentes da atividade econômica relacionada à Administração Pública, fato de significativa relevância, pois trata-se da sobrevivência econômica da população local.

A região Centro Sul Fluminense é originalmente dividida em duas Microrregiões, a microrregião 1 compreende: Sapucaia, Três Rios, Areal, Comendador Levy Gasparian e Paraíba do Sul e a outra com Vassouras, Paty do Alferes, Miguel Pereira, Eng. Paulo de Frontin, Mendes e Paracambi.

O quadro a seguir, foi elaborado com dados referente à expectativa de crescimento populacional para o ano de 2008.¹

Quadro 2. Região Centro Sul – Área e Dados populacionais

Municípios	População	% pop. na região	% da pop. no Estado	Área	% área na região	% da área no Estado	Densidade demográfica	% da pop idosa
Areal	11.797	3,73	0,074	110,5	3,43	0,25	105,81	10,83
Com Levy Gasparian	8.760	2,77	0,055	109,6	3,4	0,25	81,67	12,09
Eng Paulo de Frontin	13.127	4,15	0,083	142,9	4,43	0,33	94,43	14,02
Mendes	17.839	5,64	0,112	96,3	2,99	0,22	230,81	13,72
Miguel Pereira	25.704	8,12	0,162	288,8	8,96	0,66	89,45	15,01
Paracambi	44.629	14,11	0,281	186,8	5,79	0,43	248,8	11,51
Paraíba do Sul	41.315	13,06	0,26	589,3	18,28	1,34	71,13	13,22
Paty do Alferes	26.099	8,25	0,164	307,2	9,53	0,7	81,79	11,26
Sapucaia	17.352	5,48	0,109	538,8	16,71	1,23	32,11	13,66
Três Rios	75.754	23,94	0,477	321	9,96	0,73	233,45	12,36
Vassouras	34.024	10,75	0,214	532,4	16,52	1,21	61,59	13,06
Centro-Sul Fluminense	316.400	100	1,99	3223,6	100	7,35	98,29	12,7

Fonte: Caderno de Informações em Saúde do Estado do Rio de Janeiro, 2009

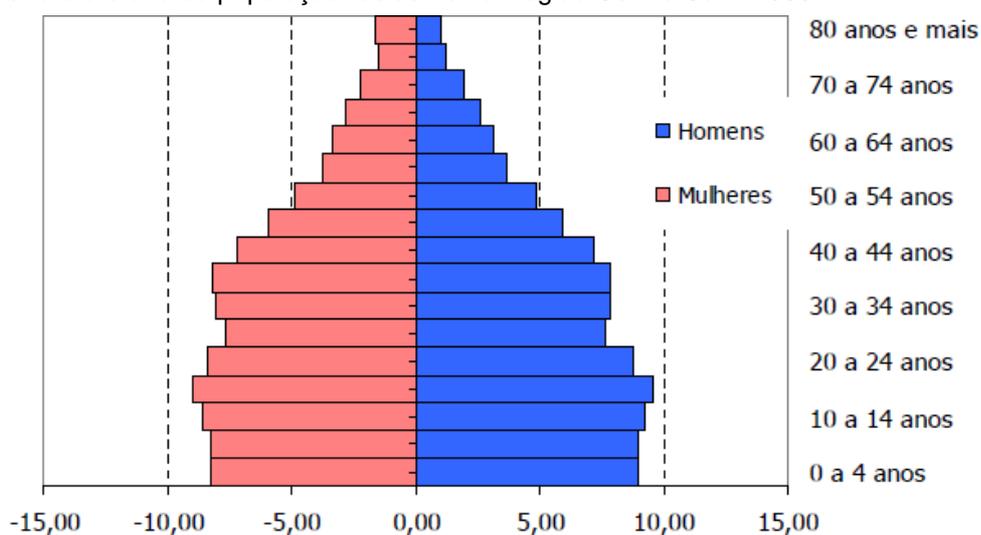
¹ A disponibilidade de fontes regulares de dados é uma questão crítica que dificulta o cálculo de indicadores em nível municipal. Boa parte dos dados demográficos e socioeconômicos para os municípios são provenientes dos Censos Demográficos - realizados a cada 10 anos. Embora recentemente tenha ocorrido a realização do censo 2010, muitos indicadores ainda não estão totalmente atualizados e disponibilizados.

As proporções de crianças e idosos não se afastam do padrão estadual. Alguns municípios do Centro-Sul apresentam índices de envelhecimento muito baixos em relação à proporção de idosos, sugerindo um significativo recrutamento de população jovem (quadro 2). A expectativa de vida não destoa da média estadual, à exceção do município de Sapucaia, onde pode estar ocorrendo subregistro de óbitos.

Destaca-se também que o maior percentual de população de 60 anos ou mais é encontrado em Miguel Pereira – 15,01% (quadro 2).

Embora as densidades demográficas sejam baixas em relação à média estadual e o potencial de crescimento demográfico não seja muito expressivo no momento, dadas as baixas taxas de migração e crescimento anual, a Região Centro-Sul Fluminense apresenta um cenário propício ao acirramento da desigualdade social.

Quadro 3. Estrutura etária da população residente na Região Centro Sul – 2008



Fonte: Caderno de Informações em Saúde do Estado do Rio de Janeiro, 2009

A estrutura demográfica regional tende para o predomínio feminino, com significativo desequilíbrio nas razões de sexo em diversos municípios, possivelmente associado à migração laboral masculina (quadro 3).

Os indicadores de educação revelam que uma parte significativa da população do Centro-Sul é pouco qualificada e a taxa de desemprego fica abaixo da média do Estado, o que sugere ocupações pouco especializadas.

O uso da mão-de-obra infantil é frequente, acompanhando a elevada proporção de pobres. Pode-se considerar toda a região como relativamente pobre, sendo o PIB *per capita* inferior à média estadual em praticamente todos os municípios; o mesmo se aplica à arrecadação *per capita*.

5.2. População e cobertura da Estratégia Saúde da Família

A Atenção Básica caracteriza-se como “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (Brasil, 2006). Representa o primeiro nível hierárquico da atenção no sistema de saúde.

A análise da situação de saúde de um dado território em uma região pode ser feita a partir da Atenção Básica, não só por indicadores específicos, mas também por indicadores referentes a outros níveis de atenção que se mostram “sensíveis” às ações preconizadas da Atenção Básica e que podem representar uma “medida indireta” do seu funcionamento. Para tanto, o conhecimento da atual cobertura da atenção básica na região Centro Sul, é de extrema relevância, uma vez que, a Política Nacional de Atenção às Urgências, classifica as unidades de Programa Saúde da Família (PSF), atualmente Estratégia de Saúde da Família (ESF), como um ponto de atendimento pré-hospitalar fixo, com atribuições e prerrogativas.

Quadro 4. População e cobertura da Estratégia Saúde da Família

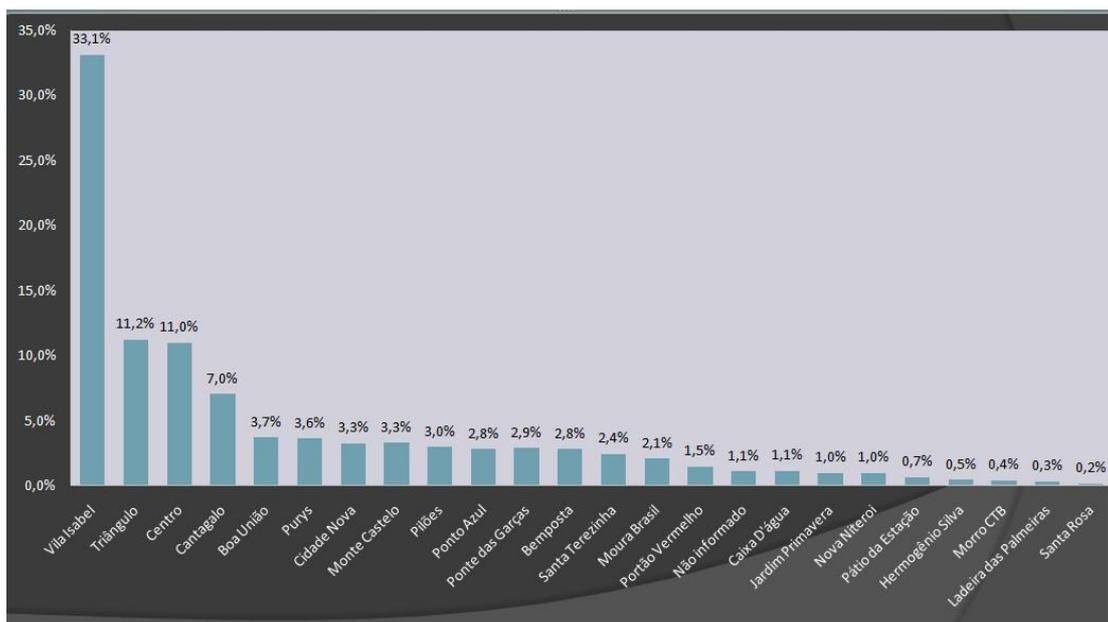
Município	*Cobertura Real	**População
Areal	100%	11.421
Comendador Levy Gasparian	100%	8.183
Engenheiro Paulo de Frontin	98,53%	13.239
Mendes	93,28%	17.940
Miguel Pereira	85,51%	24.647
Paracambi	56,81%	47.074
Paraíba do Sul	97,41%	41.088
Paty do Alferes	67,16 %	26.381
Sapucaia	100%	17.504
Três Rios	77,24%	77.503
Vassouras	100%	34.439

*Governo do Estado do Rio de Janeiro/SESDEC/SAS/SAB/ CAGAB – Tab. Comp. Dez/ 2010 – Região Centro Sul Fluminense

**Fonte: IBGE - Censo 2010

A importância da ESF pode ser verificada no gráfico abaixo: nele evidencia-se a porcentagem de atendimentos na UPA-Três Rios relacionados aos pacientes provenientes de bairros do município de Três Rios. Nesta estatística verificou-se que 55,3% das pessoas que procuraram a UPA eram provenientes de áreas/bairros (Vila Isabel, Triângulo e Centro) não cobertas pela ESF ou cobertas parcialmente, como por exemplo, o bairro Vila Isabel, que além de ser o maior bairro em extensão territorial, também é o mais populoso do município de Três Rios. Conclui-se então a necessidade de expansão da ESF nos municípios que ainda não atingiram os 100% de cobertura, embora a Região Centro-Sul Fluminense seja a área de maior cobertura no Estado do Rio de Janeiro.

Quadro: 5. Porcentagem de atendimentos de pacientes provenientes de bairros de Três Rios – UPA Três Rios,2010



Fonte: UPA, 2010

Além da cobertura das ESF da região, devemos analisar como se encontra as suas estruturas físicas, números de equipes, equipamentos e recursos humanos, conforme os quadros abaixo:

Quadro 6. Número de equipes

QUANTIDADE DE USB, EQUIPES DE SAÚDE BUCAL, ESF E NASF - MICRO I E II									
MUNICÍPIO	UBS	Nº Eq. ESF	Nº S. Bucal	Nº NASF	MUNICÍPIO	UBS	Nº Eq. ESF	Nº S. Bucal	Nº NASF
AREAL	7	5	5	1	E.P. FRONTIN	10	5	5	0
C. LEVY	5	4	3	1	MENDES	10	7	6	1
P. SUL	22	17	17	2	M. PEREIRA	24	8	0	0
SAPUCAIA	13	7	6	0	PARACAMBI	18	8	6	0
T. RIOS	21	21	21	2	P. ALFERES	14	8	7	0
					VASSOURAS	20	14	10	0

Fonte: NDVS / CENTRO SUL / 2009

Quadro 7. Estrutura física dos municípios da Micro I

ESTRUTURA FÍSICA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE								
Municípios Micro I	Sala Curativo	Consultório Odontológico	D. Médico	Consultório ginecológico	1 Consultório	2 Consultório	3 Consultório	Veículos
	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.
AREAL	10	7	10	10	2	5	3	1
C. LEVY	6	6	6	6	0	0	6	1
P. SUL	17	15	22	22	3	2	17	1
SAPUCAIA	5	11	8	10	0	8	1	3
T. RIOS	23	21	36	25	0	10	18	1

Fonte: NDVS / CENTRO SUL / 2009

Quadro 8. Estrutura física dos municípios da micro II

Municípios Micro II	Sala Curativo	Consultório Odontológico	D. Médico	Consultório Ginecológico	1 Consultório	2 Consultório	3 Consultório	Veículos
	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.
E.P. FRONTIN	10	6	10	6	4	6	0	0
MENDES	7	8	10	1	9	1	0	2
M. PEREIRA	3	3	8	5	8	0	0	1
PARACAMBI	13	11	3	6	10	4	4	0
P. ALFERES	2	10	12	0	12	0	0	3
VASSOURAS	14	10	20	20	0	7	13	1

Fonte: NDVS / CENTRO SUL / 2009

Quadro 9. Equipamentos dos municípios da micro I

MUNICÍPIOS MICRO I	UBS	Informática	Imunização	Geladeira	Balança Pediátrica	Balança Adulto	Esignomanômetro.	Glicosímetro
	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.
AREAL	5	0	0	5	5	5	5	5
C. LEVY	6	0	4	6	6	6	6	6
P. SUL	22	0	17	17	22	22	22	21
SAPUCAIA	3	2	7	11	12	12	12	12
T. RIOS	23	2	23	23	26	26	26	26

Fonte: NDVS / CENTRO SUL / 2009

Quadro 10. Equipamentos dos municípios da micro II

MUNICÍPIO MICRO II	UBS	Informática	Imunização	Geladeira	Balança Pediátrica	Balança Adulto	Esfignomanômetro	Glicosímetro
	Quan	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.	Quant.
E.P. FRONTIN	10	4	6	6	10	10	10	10
MENDES	7	8	10	1	9	1	0	2
M. PEREIRA	8	0	5	7	3	8	8	8
PARACAMBI	18	0	9	9	18	18	18	15
P. ALFERES	12	0	12	12	12	12	12	12
VASSOURAS	20	1	16	17	20	20	20	14

Fonte: NDVS / CENTRO SUL / 2009

Quadro 11. Recursos humanos da micro I

Município	Médicos	UBS	Enfermeiros	UBS	Odontólogos	UBS	Fisioterapeutas	UBS	Psicólogos da ESF	UBS
AREAL	5	0	5	0	5	0	0	0	1	0
C. LEVY	3	1	3	1	3	3	1	1	0	0
P. SUL	17	0	17	0	17	0	0	0	0	0
SAPUCAIA	6	29	7	1	7	3	4	5	1	3
T. RIOS	21	14	21	4	21	0	0	11	0	6

Fonte: NDVS / CENTRO SUL / 2009

Quadro 12. Recursos humanos da micro II

Município	Médicos	UBS	Enfermeiros	UBS	Odontólogos	UBS	Fisioterapeutas	UBS	Psicólogos da ESF	UBS
E. P.FRONTIN	5	3	5	1	5	5	0	0	1	0
MENDES	7	0	8	0	6	0	0	0	0	0
M. PEREIRA	8	0	8	0	0	0	2	0	0	0
PARACAMBI	8	4	8	2	6	10	14	1	1	0
P. ALFERES	8	-	-	-	7	0	0	0	0	0
VASSOURAS	15	0	18	0	15	0	6	0	0	0

Fonte: NDVS / CENTRO SUL / 2009

Nesse sentido, os gestores devem rever os quadros de recursos humanos da ESF, pois, apesar de ter havido uma ampliação de profissionais através do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), sabemos que para uma efetiva atenção e, a implantação dos Programas de Internação Domiciliar e Reabilitação Integral, esses profissionais são insuficientes.

Isso é notório quando observamos os quadros 9 e 10, onde dos onze municípios que compõe a região, somente cinco destes tem o profissional Fisioterapeuta inserido na ESF, sendo que da região micro I apenas dois municípios. Ainda assim, com exceção do município de Paracambi, quando correlacionamos o número de equipes da ESF com o número de Fisioterapeutas, ainda é muito incipiente para atender as demandas impostas pela Política Nacional de Urgências e Emergências.

A propósito, os municípios da região Centro Sul, sobretudo o de Três Rios, devem atentar para a necessidade de organizarem a porta de entrada, através da ESF, para o serviço de fisioterapia, a fim de a partir deste nível de atenção, seja referenciado para níveis mais complexos dentro de suas próprias redes, haja vista, a região ter no município de Paraíba do Sul, um hospital de referência em Traumatologia e Ortopedia e, quanto ao município de Três Rios, será implantado o serviço de Reabilitação Física - Nível Intermediário, que será referência para toda a região, conformando assim, a Rede Estadual de Reabilitação Física.

5.3. Análise epidemiológica e levantamento do perfil de morbi-mortalidade

Os modelos de atenção à saúde são configurações que os sistemas de saúde adquirem, em determinado tempo e em determinado lugar, em função da visão prevalecente da saúde, da situação demográfica e epidemiológica e dos fatores econômicos e culturais vigentes, com a finalidade de articular, singularmente, as intervenções de saúde em diferentes momentos da história das doenças.

No SUS há uma grave crise do modelo de atenção, explicitada na incoerência entre a situação epidemiológica, representada dupla carga de doença com predominância das condições crônicas (cerca de 75% da carga de doença), e o modelo de organização dos serviços voltado para o privilegiamento das condições agudas (Urgências e Emergências).

Historicamente, foram as condições agudas que induziram a conformação do sistema de saúde, que pode ser considerado: episódico, voltado para atenuar os sintomas e promover a cura e não se aplica para atender às condições crônicas.

Um modelo de atenção à saúde deve ser coerente com as condições de saúde predominante no país: “Quando os problemas de saúde são crônicos, o modelo de tratamento agudo não funciona” (OMS, 2003).

Para efeitos de organização de serviços, os conceitos que melhor se aplicam são os conceitos de condições crônicas e agudas. A condição crônica requer como ação de enfrentamento a continuidade do cuidado.

As condições crônicas constituem problemas de saúde que requerem gerenciamento contínuo por um longo período de anos ou décadas. Estas abarcam uma categoria extremamente vasta de agravos, doenças transmissíveis (HIV/AIDS e TB), não transmissíveis (câncer e diabetes) e incapacidades (cegueira e amputações) embora pareçam ser díspares, incluem-se na categoria de condições crônicas.

Na Região Centro Sul Fluminense as condições crônicas são as principais causas de morbidade e mortalidade, sendo que 90,90% dos municípios apresentaram no ano de 2008, como primeira causa de mortalidade proporcional, as doenças do aparelho circulatório.

No País e no Estado do Rio de Janeiro, tal situação se repete, e temos como primeira causa de mortalidade proporcional no ano de 2008 as doenças do aparelho circulatório, com um percentual de 32,7%.

Na Região Centro Sul, 72,72% dos municípios apresentaram, no mesmo período, média superior, e apenas três municípios apresentaram média inferior que a do Estado do Rio de Janeiro para este indicador, conforme verificamos na tabela abaixo:

Quadro 13. Mortalidade proporcional

MUNICÍPIO	MORTALIDADE PROPORCIONAL DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO		
	2002	2005	2008
Areal	32,9	40,7	23,8
Com. Levy Gasparian	28,9	24	33,3
Engº Paulo de Frontin	42,5	36,8	36,3
Mendes	44	44,7	34,7
Miguel Pereira	26,1	33,5	36,6
Paracambi	36,9	32,9	39,9
Paraíba do Sul	46,1	34,7	32,9
Paty de Alferes	25,6	37,3	32,5
Sapucaia	33	29,2	31,1
Três Rios	33,2	29,9	35,3
Vassouras	32,5	36,7	38,5

Fonte: DATASUS – 2002/2008

A tabela acima mostra os dados referentes à mortalidade proporcional por doenças do aparelho circulatório, por município da região, nos anos de 2002, 2005 e 2008, onde verificamos que a mesma vem oscilando nos três anos avaliados. Os municípios de Areal, Engenheiro Paulo de Frontin, Mendes, Paraíba do Sul e Sapucaia apresentaram uma queda na proporcionalidade ao se analisar os anos de 2002 e 2008, os outros seis municípios apresentaram proporcionalidade maior no mesmo período.

A tabela abaixo apresenta a Mortalidade por Doenças do Aparelho Circulatório segundo faixa etária e sexo, nos anos de 2002, 2005 e 2008, nos onze municípios da região centro sul fluminense.

Quadro 14. Mortalidade por faixa etária

Anos	30 a 39 anos		40 a 49 anos		50 a 59 anos		60 a 69 anos		70 a 79 anos		80 anos e mais	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
2002	15	15	36	32	68	35	114	63	132	109	83	131
2005	08	09	38	29	56	40	95	68	128	124	80	108
2008	04	07	33	29	81	43	97	73	126	89	87	166
TOTAL	27	31	107	90	205	118	306	204	386	322	250	405

Fonte: DATASUS 2002/2008

Analisando as ocorrências de mortalidade por doenças do aparelho circulatório na região centro sul fluminense, segundo faixa etária e sexo, verifica-se que os números começam a ser significativos na faixa etária de 40 a 49 anos (quadro 14), e que nos anos analisados, vêm se mantendo sem grandes alterações, e sempre tendo no sexo masculino a maior incidência, porém não muito significativa.

Na faixa etária de 50 a 59 anos ocorreu um aumento importante de óbitos entre os anos de 2002 e 2008, principalmente quanto ao sexo masculino, o que já não ocorreu na faixa de 60 a 69 anos, que no sexo masculino apresenta um declínio e no sexo feminino uma pequena elevação.

Quanto à faixa etária de 70 a 79 anos, observa-se uma diminuição de ocorrências, principalmente quanto ao sexo feminino, já para os 80 anos e mais os óbitos masculinos permanecem praticamente os mesmos nos três anos analisados, porém os ocorridos no sexo feminino tiveram uma queda em 2005 e uma importante elevação em 2008.

Em números absolutos, a faixa etária em que mais ocorreram óbitos no sexo masculino foi de 70 a 79 anos e femininos de 80 anos e mais, todavia, existe uma ocorrência significativa de óbitos nas faixas de 30 a 59 anos, para ambos os sexos, que é uma idade onde os indivíduos se encontram em plena produtividade, e principalmente as pessoas do sexo masculino buscam muito pouco os serviços do SUS.

5.3.1. Morbidade Hospitalar

Quanto à morbidade hospitalar, a tabela abaixo mostra que nos períodos analisados as doenças do aparelho circulatório apresentam um percentual significativo na questão das morbidades hospitalares. Apesar de o número absoluto ter sofrido um declínio em 2009, verifica-se que o percentual apresenta uma elevação.

Quadro 15. Morbidade hospitalar; 2002/2005 e 2009

ANO	DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATORIO		DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATORIO		DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO		NEOPLASIAS		CAUSAS EXTERNAS		TOTAL DE INTERNAÇÕES	
	Quantidade	Porcentagem	Quantidade	Porcentagem	Quantidade	Porcentagem	Quantidade	Porcentagem	Quantidade	Porcentagem	Quantidade	Porcentagem
2002	4.019	16,5%	3.354	13,8%	2039	8,4%	1.074	4,4%	1.533	6,3%	24.319	100%
2005	4.105	17,3%	2.702	11,4%	2292	9,6%	1.244	5,2%	1.447	6,0%	23.763	100%
2009	3.803	18,2%	2.497	12,0%	1742	8,3%	1.028	4,9%	1.614	7,7%	20.864	100%

Fonte: NDVS / CENTRO SUL / 2009

As doenças do aparelho circulatório também representam um percentual importante nas internações ocorridas por residentes da região centro sul fluminense. As neoplasias, as doenças do aparelho digestivo vêm oscilando em seus percentuais, e no ano de 2005 ambas sofreram uma elevação. As causas externas também apresentaram uma elevação no ano de 2009 em relação ao ano de 2002.

Para o total de internações a região vem apresentando uma queda significativa em seu número absoluto, tendo de 2002 a 2009 uma redução de 3455 internações, o que pode ser uma resposta positiva, principalmente em relação aos programas de incentivo a desospitalização psiquiátrica com a implantação de CAPS nos municípios da região.

Após a análise dos dados de morbidade e mortalidade na região Centro Sul Fluminense, verifica-se que as doenças do aparelho circulatório e outras patologias de natureza crônica são o grande desafio para os gestores regionais. A melhoria da qualidade da atenção à saúde na prevenção, promoção, assistência, e a implantação de horários alternativos de atendimento nas unidades básicas de saúde, são ações que devem receber por parte dos gestores uma atenção especial, visando assim, a mudança neste perfil epidemiológico.

A maior parte das condições agudas é por agravo das condições crônicas, que são a maior demanda da atenção primária à saúde, o que indica necessidade de organizar a atenção às condições crônicas, classificando-as por riscos.

Uma condição necessária para a organização da rede de atenção às urgências e emergências é a classificação de riscos das condições agudas, a fim de oferecer atendimento oportuno e custo/efetivo.

Os protocolos de atendimento as urgências e emergências que serão elaborados para a região, além das doenças cardiovasculares também deverão contemplar as doenças do aparelho respiratório e do aparelho digestivo, que também aparecem em número significativo na região. Quanto às causas externas, vem merecendo uma atenção especial, já que aparecem em 2009 com 7,7% das ocorrências de internações.

5.4. Conformação do indicador de causas externas na composição do perfil de morbi-mortalidade

Procedimentos ambulatoriais e hospitalares determinados por “causas externas” nos municípios da microrregião I e II, no ano 2009;

Quadro 16: Internações de residentes por Município e Grupo de Causas, 2009.

Município	Acidente de transporte	Quedas	Agressões	Outras	Total
Areal	10	33	0	1	44
Comendador Levy Gasparian	0	30	0	0	30
Engenheiro Paulo de Frontin	8	20	1	7	36
Mendes	18	34	1	12	65
Miguel Pereira	33	197	1	10	241
Paracambi	23	10	2	75	110
Paraíba do Sul	13	142	0	28	183
Paty do Alferes	11	279	0	11	301
Sapucaia	6	40	1	4	51
Três Rios	8	375	1	60	444
Vassouras	34	50	5	8	97
Total	164	1210	12	216	1602

Fonte: Datasus

Quadro 17: Internações de residentes por Município e Grupo de Causas, 2010.

Município	Acidente de transporte	Quedas	Agressões	Outros	Total
Areal	9	28	0	2	39
Comendador Levy Gasparian	6	40	0	1	47
Engenheiro Paulo de Frontin	9	25	0	4	38
Mendes	20	48	0	9	77
Miguel Pereira	47	250	2	7	306
Paracambi	23	7	1	68	99
Paraíba do Sul	10	162	0	30	202
Paty do Alferes	10	280	3	7	300
Sapucaia	2	38	2	10	52
Três Rios	16	254	1	11	282
Vassouras	38	43	7	18	106
Total	190	1175	16	167	1548

Fonte: Datasus

5.5. Causas principais das ocorrências do CBMERJ e Concessionárias

Para elaboração desses dados foram enviados ofícios aos Gerentes Regionais do Grupamento de Socorro e Emergência do CBMERJ, solicitando relacionar todos os tipos de atendimentos Pré- Hospitalares realizados no período de janeiro de 2009 à dezembro de 2010, nas microrregiões Centro-Sul Fluminense I e II.

Vale ressaltar que na micro 1, o serviço de GSE tem como base o Destacamento Bombeiro Militar (DBM 1/15) no município de Três Rios, já em relação a micro 2, o serviço de GSE é realizado pelo município de Miguel Pereira (DBM 3/22) com abrangência ao município de Paty do Alferes e, muito embora exista um DBM em Vassouras (DBM 5/22), neste não dispõe do serviço de GSE.

Contudo, até o momento da elaboração deste Plano Regional, só contávamos com dados referentes aos atendimentos do CBMERJ da microrregião 1.

Quadro 18: O quantitativo de APH realizado na microrregião I em 2009

	Três Rios	Paraíba do Sul	Sapucaia	Areal	Levy Gasparian	Total	%
Mal súbito	591	03	00	00	00	594	51%
Trânsito	322	12	03	06	07	350	30%
Queda	159	05	00	01	00	165	14%
Agressão	35	01	00	00	00	36	3%
Arma Branca	01	00	00	00	00	01	0%
PAF	05	00	00	00	00	05	0%
Agente contundente	00	00	00	00	00	00	0%
Outros	25	00	00	00	00	25	2%
Total	1.138	21	03	07	07	1.176	100%

Fonte: CBMERJ – DBM 1/15

Quadro 19: O quantitativo de APH realizado na microrregião I em 2010

	Três Rios	Paraíba do Sul	Sapucaia	Areal	Levy Gasparian	Total	%
Mal súbito	676	03	00	01	00	680	65%
Trânsito	155	10	02	01	03	171	16%
Queda	161	01	00	00	00	162	16%
Agressão	06	00	00	00	00	06	1%
Arma Branca	06	00	00	00	00	06	1%
PAF	03	00	00	00	00	03	0%
Agente contundente	00	00	00	00	00	00	0%
Outros	16	00	00	00	00	00	0%
Total	1023	14	02	02	03	1.044	100%

Fonte: CBMERJ – DBM 1/15

Em análise nos quadros 12 e 13, referentes ao quantitativo de APH em Três Rios, observamos um aumento no mal súbito e arma branca, comparados o período de 2010 em relação a 2009, esse aumento foi de 14% e 500%, respectivamente. Já

em relação ao trânsito, houve uma redução de 51% e, a agressão reduziu em aproximadamente de 82%. Tal resultado deve-se à atuação intersetorial com envolvimento direto das corporações militares, campanhas educativas de segurança no trânsito e outras.

Quadro 20: O número de atendimentos por tipo de evento trauma e clínico microrregião I em 2009

Evento	Três Rios	Paraíba do Sul	Sapucaia	Areal	Levy Gasparian	Total	%
Trauma	522	18	03	07	07	557	47%
Clínico	616	03	00	00	00	619	53%
Total	1.138	21	03	07	07	1176	100%

Fonte: CBMERJ – DBM 1/15

Quadro 21: O número de atendimentos por tipo de evento trauma e clínico microrregião I em 2010

Evento	Três Rios	Paraíba do Sul	Sapucaia	Areal	Levy Gasparian	Total	%
Trauma	331	11	02	01	03	348	33%
Clínico	692	03	00	01	00	696	67%
Total	1023	14	02	02	03	1044	100%

Fonte: CBMERJ – DBM 1/15

Os eventos, trauma e intercorrências clínicas em Três Rios, comparados o ano de 2010 com o ano anterior, houve uma redução no primeiro em aproximadamente 36% e, um aumento no segundo de 11%.

Quadro 22: Quantidade e o tipo de evento na microrregião I em 2009

Evento	Três Rios	Paraíba do Sul	Sapucaia	Areal	Levy Gasparian	Total	%
GSE	1.138	21	03	07	07	1.176	95%
Salvamento	25	08	00	00	01	34	3%
Incêndio	24	00	00	02	01	27	2%
Total	1.187	29	03	09	09	1.237	100%

Fonte: CBMERJ – DBM 1/15

Quadro 23: Quantidade e o tipo de evento na microrregião I em 2010

Evento	Três Rios	Paraíba do Sul	Sapucaia	Areal	Levy Gasparian	Total	%
GSE	1.023	14	02	02	03	1.044	98%
Salvamento	06	00	00	00	00	6	1%
Incêndio	09	02	00	00	00	11	1%
Total	1.038	16	02	02	03	1.061	100%

Fonte: CBMERJ – DBM 1/15

Em todos os atendimentos realizados pelo o CBMERJ, na microrregião I, há uma notificação expressiva desses serviços para o município de Três Rios, que embora seja o mais populoso, devemos também suspeitar que, nos demais municípios, a população deve acionar menos esse serviço, levando em consideração a credibilidade dos cidadãos em relação ao indicador “tempo resposta” dos atendimentos, haja vista, o DBM/15 – Três Rios ser o responsável por toda essa microrregião I e, dispor apenas de uma Unidade Móvel de Suporte Básico (Tipo B). Há de se destacar também, que se o cidadão deixa de acionar esse único serviço especializado em urgência, nos leva a crer que as vítimas desses municípios estão tendo um atendimento precário no local da cena do evento, assim como, um transporte irregular dessas vítimas, podendo ocasionar lesões secundárias.

As ocorrências nas principais rodovias que cruzam a região centro-sul Fluminense (BR 393 e 040) que são realizadas pelas Concessionárias (CONCER e ACCIONA) estão em anexo.

6. PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

A Regionalização está presente no Sistema Único de Saúde como estratégia para a descentralização desde a constituição de 1988, sendo de fundamental importância para a organização hierarquizada das ações e serviços em redes de atenção à saúde na busca pela garantia de acesso universal e da integralidade do cuidado.

As Normas Operacionais Básicas da Saúde (NOB) 93 e 96 foram criadas para incentivar a descentralização de poder da esfera federal para as esferas estadual e municipal. A NOB 93 em sua introdução aponta a regionalização como um dos pressupostos que fundamentam a construção do SUS, "entendida como uma articulação e mobilização municipal que leve em consideração características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e, acima de tudo, a vontade política expressa pelos diversos municípios de se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo". A NOB 96 dá pouca ênfase à regionalização, mas estabelece instrumentos de planejamento para a conformação de redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços e para a elaboração da Programação Pactuada Integrada (PPI), que deve ocorrer de modo ascendente e com base municipal. Reforça a cooperação técnica e financeira do estado com os municípios, objetivando a consolidação do processo de descentralização e a organização das redes.

A Norma Operacional da Assistência à Saúde do SUS 01/2001 estabelece estratégias de planejamento para a constituição de redes regionais de saúde com o objetivo de "promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde". Introduz a concepção dos módulos assistenciais, microrregiões, macrorregiões e regiões, expressas no Plano Diretor de Regionalização (PDR). A necessidade de revisão de alguns aspectos da NOAS SUS

01/2001 levou o Ministério da Saúde (MS) a editar a NOAS SUS 01/2002 que, em termos gerais, não alterou as diretrizes preconizadas pela NOAS SUS 01/2001.

O Pacto pela Saúde estabelece um enfoque diferenciado para a Regionalização, ressaltando seu caráter solidário e cooperativo. A Regionalização é responsável por estruturar o processo de descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores.

Foram estabelecidos como objetivos gerais da regionalização os seguintes tópicos:

- Garantir o acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde, cuja complexidade e contingente populacional a ser atendido transcenda à escala local/municipal;
- Consolidar a integralidade na atenção à saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, garantindo acesso a todos os níveis de complexidade do sistema;
- Potencializar a descentralização do sistema fortalecendo o papel dos estados e dos municípios, para que exerçam amplamente suas funções gestoras e para que as demandas e interesses locorregionais se expressem nas regiões (e não fora delas);
- Racionalizar os gastos e otimizar a aplicação dos recursos, possibilitando ganhos de escala nas ações e serviços de saúde de abrangência regional.

Com o intuito de superar as dificuldades enfrentadas no processo de institucionalização do SUS, principalmente em relação à descentralização de ações e serviços, os gestores das três esferas do SUS pactuaram responsabilidades nos campos da gestão e da atenção a saúde, que ao serem implementadas devem abranger estratégias técnicas e políticas que consolidem a regionalização, apoiadas nos seguintes pressupostos: Territorialização, Flexibilidade, Cooperação, Co-gestão, Financiamento Solidário, Subsidiariedade, Participação e Controle social.

A **territorialização** consiste e no reconhecimento e apropriação, pelos gestores, dos espaços locais e suas relações com a população, expressos por meio dos dados demográficos e epidemiológicos, pelos equipamentos sociais existentes, pelas dinâmicas das redes de transporte e de comunicação, pelos fluxos

assistenciais seguidos pela população, pelos discursos das lideranças locais e por outros dados que se mostrem relevantes para a intervenção no processo saúde/doença – como o próprio contexto histórico e cultural da região.

A **flexibilização** consiste em respeitar as diversidades regionais no processo de identificação e conformação das regiões de saúde. A heterogeneidade territorial do nosso país revela-se de muitas formas nas especificidades estaduais e municipais, nas dinâmicas regionais distintas, e mesmo nas distribuições desiguais de serviços de saúde.

A **cooperação** deve caracterizar a ação conjunta entre as esferas de governo, gestores e equipes técnicas no processo de regionalização da saúde por meio de compartilhamento de experiências, do estabelecimento de ações de apoio ou na busca de soluções solidárias para as dificuldades enfrentadas em cada território.

A **co-gestão** é fundamental para o processo de regionalização e foi efetivada com a criação dos Colegiados de Gestão Regional (CGR) que se configura em um arranjo institucional que propicia um novo significado às relações entre os gestores, permitindo que desenvolvam de forma solidária e cooperativa, as funções relativas a planejamento, programação, orçamento, coordenação, execução e avaliação das ações, das estratégias e dos serviços regionais.

O **financiamento solidário** é fundamental para que a regionalização tenha êxito, uma vez que é necessário existir uma definição clara sobre os recursos que serão destinados a apoiar os processos e iniciativas em prol da mesma.

A **subsidiariedade** é um princípio pelo qual uma função não deve ser repassada à esfera subsequente sempre que puder ser exercida pela esfera local. Na saúde este conceito se reflete quando na distribuição das esferas de gestão, estas consideram assumir as responsabilidades no seu território de ação não as transferindo para a esfera subsequente. Entre municípios, não deve ser repassado para outro o que pode ser realizado no município de origem. Isso pressupõe pactuação sobre quais sejam as responsabilidades mínimas não-compartilhadas e as responsabilidades que devam ser objetos de compartilhamento, entre as esferas de gestão.

A **participação social** é um princípio doutrinário do SUS que tem possibilitado avanços significativos na qualificação do sistema, viabilizando a formulação de políticas de saúde que expressem as necessidades reais da

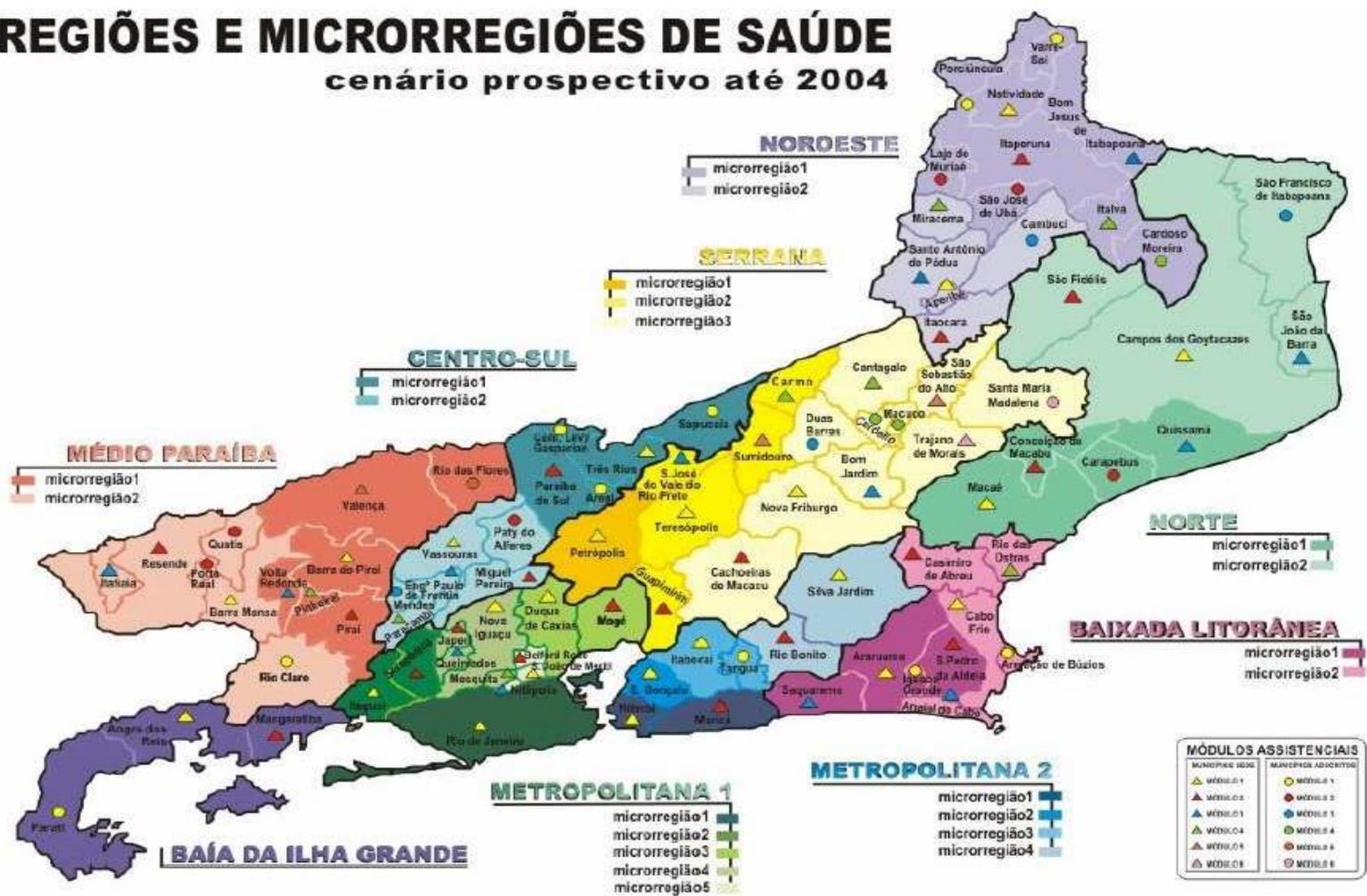
população, captadas por meio de canais de participação direta, como as conferências de saúde ou os conselhos de saúde, existentes em todas as esferas de gestão.

As regiões de saúde são recortes territoriais inseridos em espaços geográficos contínuos. Identificá-las é responsabilidade dos gestores municipais e estaduais, tendo como base a existência de identidades culturais, econômicas e sociais, assim como de redes nas áreas de comunicação, infraestrutura, transportes e saúde. Nessas regiões, as ações e serviços devem ser organizados com o objetivo de atender às demandas das populações dos municípios a elas vinculados, garantindo o acesso, a equidade e a integralidade do cuidado com a saúde local. Para tanto, deve estar garantido o desenvolvimento da atenção básica da assistência e parte da média complexidade, assim como as ações básicas de vigilância em saúde.

As Regiões de Saúde podem assumir diferentes desenhos, desde que adequados às diversidades locais, mesmo que não acompanhando as divisões administrativas regionais já utilizadas por alguns estados na organização de seus trabalhos. A delimitação das Regiões de Saúde não pode ser vista, portanto, como um processo meramente administrativo. Para que seja eficaz e efetiva, deve levar em conta todos os fatores envolvidos, viabilizando dessa forma o desenvolvimento de uma "regionalização viva".

REGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE

cenário prospectivo até 2004



Fonte: TCE, 2007

Fig. 3: Mapa da Região Centro-Sul do Rio de Janeiro



Fonte: <http://www.saude.rj.gov.br>

6.1. Planejamento Regional

O planejamento regional exige revisão periódica de objetivos, seja em decorrência de mudanças de cenários ou de obstáculos que possam surgir. Este deve ser um processo dinâmico que estabelece as prioridades e estratégias de saúde local, em função das necessidades sociais, na busca de soluções para os problemas de saúde da população.

O planejamento das ações de saúde é mais que uma exigência formal, uma vez que ele expressa as responsabilidades dos gestores na garantia do acesso e da integralidade da atenção à saúde, deixando patente a necessidade de articulação entre os processos de Regulação e de **Programação Pactuada e Integrada (PPI)** em conformidade com o **Plano Diretor de Regionalização (PDR)** e com o **Plano Diretor de Investimento (PDI)**.

6.2. Plano Diretor de Regionalização (PDR)

O Plano Diretor de Regionalização é um dos principais instrumentos de planejamento em saúde, sendo responsável por traçar o desenho final do processo de pactuação dos gestores. O mesmo pode conter as seguintes informações: a caracterização do estado; a pactuação feita pelos gestores na identificação e reconhecimento das Regiões de Saúde, em suas diferentes formas; os mapas dos arranjos regionais que conformam as Macrorregiões de Saúde, caracterizando as ações e serviços a serem oferecidos por cada uma delas; a identificação dos Colegiados de Gestão Regional (CGR) estruturados, com sua composição; a identificação dos "complexos regulatórios" – existentes e a serem implantados; a situação da estruturação de redes de atenção à saúde das Regiões e Macrorregiões de Saúde, articuladamente com o processo das PPI; outros arranjos e/ou processos pactuados entre os gestores, com o objetivo de potencializar as ações de saúde, em âmbitos regionais.

6.3. Plano Diretor de Investimento (PDI)

O Plano Diretor de Investimentos deve apresentar os recursos de investimento tripartite que visam à superação das desigualdades de acesso e à garantia da integralidade da atenção à saúde em consonância com o planejamento estadual e regional. No âmbito regional, deve refletir as necessidades para o alcance de suficiência na atenção à saúde, incluindo as ações de vigilância e promoção em saúde. Os planos de investimento serão discutidos e aprovados na CIB, sendo que seu desenho final pode conter os recursos financeiros de investimento destinados: ao processo de regionalização; ao desenvolvimento de ações de promoção à saúde; à recuperação, readequação, expansão e organização da rede física de saúde; para aquisição de equipamentos; ao desenvolvimento de ações de vigilância à saúde; à constituição dos espaços de regulação; à promoção da equidade inter-regional; a outras necessidades pactuadas regionalmente.

6.4. Programação Pactuada Integrada (PPI)

É um processo instituído no âmbito do SUS que, em consonância com o planejamento, define e quantifica as ações de saúde são previstas, norteando a alocação dos recursos financeiros a partir dos critérios e parâmetros pactuados entre os gestores. Nela, os gestores explicitam os "pactos de referência" pelos quais um município passa a atender à população de outro município, ambos integrados à mesma Região de Saúde, detalhando os recursos destinados ao atendimento de sua própria população e da população a ele referenciada.

7. A ATENÇÃO INTEGRAL AS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

A Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências foi regulamentada pela Portaria GM/MS 1863 de 29/09/2003 e deve ser instituída em todas as unidades federadas.

A responsabilidade de sua implementação é tripartite e tem como diretrizes organizativas:

- 1) garantir a universalidade, equidade e a integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às causas externas (traumatismos não-intencionais, violências e suicídios);
- 2) consubstanciar as diretrizes de regionalização da atenção às urgências, mediante a adequação criteriosa da distribuição dos recursos assistenciais, conferindo concretude ao dimensionamento e implantação de sistemas estaduais, regionais e municipais e suas respectivas redes de atenção;
- 3) desenvolver estratégias promocionais da qualidade de vida e saúde capazes de prevenir agravos, proteger a vida, educar para a defesa da saúde e recuperar a saúde, protegendo e desenvolvendo a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividades;

- 4) fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas, a partir da construção de mapas de risco regionais e locais e da adoção de protocolos de prevenção, atenção e mitigação dos eventos;
- 5) contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações e serviços de urgência, permitindo que a partir de seu desempenho seja possível uma visão dinâmica do estado de saúde da população e do desempenho do Sistema Único de Saúde em seus três níveis de gestão;
- 6) integrar o complexo regulador do Sistema Único de Saúde, promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e democratização das informações com a perspectiva de usá-las para alimentar estratégias promocionais;
- 7) qualificar a assistência e promover a capacitação continuada das equipes de saúde do Sistema Único de Saúde na Atenção às Urgências, em acordo com os princípios da integralidade e humanização.

Seus componentes básicos são assim definidos:

- 1) adoção de estratégias promocionais de qualidade de vida, buscando identificar os determinantes e condicionantes das urgências e por meio de ações transeitoriais de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade;
- 2) organização de redes loco regionais de atenção integral às urgências, enquanto elos da cadeia de manutenção da vida, tecendo-as em seus diversos componentes:
 - a. componente Pré-Hospitalar Fixo: unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família, equipes de agentes comunitários de saúde, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias, e Unidades Não-Hospitalares de Atendimento às Urgências, conforme Portaria GM/MS nº 2048, de 05 de novembro de 2002.

- b. componente Pré-Hospitalar Móvel: - SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgências e os serviços associados de salvamento e resgate sob regulação médica de urgências e com número único nacional para urgências médicas – 192;
 - c. componente Hospitalar: portas hospitalares de atenção às urgências das unidades hospitalares gerais de tipo I e II e das unidades hospitalares de referência tipo I, II e III, bem como toda a gama de leitos de internação, passando pelos leitos gerais e especializados de retaguarda, de longa permanência e os de terapia semi-intensiva e intensiva, mesmo que esses leitos estejam situados em unidades hospitalares que atuem sem porta aberta às urgências;
 - d. componente Pós-Hospitalar: modalidades de Atenção Domiciliar, Hospitais-Dia e Projetos de Reabilitação Integral com componente de reabilitação de base comunitária;
- 3) instalação e operação das Centrais de Regulação Médica das Urgências, integradas ao Complexo Regulador da Atenção no SUS;
 - 4) capacitação e educação continuada das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção, a partir de um enfoque estratégico promocional, abrangendo toda a gestão e atenção pré-hospitalar fixa e móvel, hospitalar e pós-hospitalar, envolvendo os profissionais de nível superior e os de nível técnico, em acordo com as diretrizes do SUS e alicerçada nos pólos de educação permanente em saúde;
 - 5) orientação geral segundo os princípios de humanização da atenção.

7.1. Regulação Médica das Urgências e Emergências

A Regulação Médica das Urgências, baseada na implantação de suas Centrais de Regulação Pré-Hospitalar, 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.

As Centrais de Regulação Médica de Urgências devem ser implantadas, de acordo com o definido no Anexo II da Portaria SAS/MS n.o 356, de 22 de setembro de 2000. Da mesma forma, as Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal devem elaborar o Plano Estadual de Regulação das Urgências e Emergências, podendo para tanto, observadas as especificidades da área a ser regulada e, utilizar o modelo de Roteiro estabelecido para o Plano Estadual de Regulação Obstétrica e Neonatal definido no Anexo III da Portaria SAS/MS n.o 356, de 22 de setembro de 2000.

Ao médico regulador devem ser oferecidos os meios necessários, tanto de recursos humanos, como de equipamentos, para o bom exercício de sua função, incluída toda a gama de respostas pré-hospitalares previstas neste Regulamento e portas de entrada de urgências com hierarquia resolutiva previamente definida e pactuada, com atribuição formal de responsabilidades.

7.2. Atribuições da Regulação Médica das Urgências e Emergências

7.2.1. Técnicas

A competência técnica do médico regulador se sintetiza em sua capacidade de “julgar”, discernindo o grau presumido de urgência e prioridade de cada caso, segundo as informações disponíveis, fazendo ainda o enlace entre os diversos níveis assistenciais do sistema, visando a dar a melhor resposta possível para as necessidades dos pacientes.

Assim, deve o médico regulador:

- julgar e decidir sobre a gravidade de um caso que lhe está sendo comunicado por rádio ou telefone, estabelecendo uma gravidade presumida;
- enviar os recursos necessários ao atendimento, considerando necessidades e ofertas disponíveis;
- monitorar e orientar o atendimento feito por outro profissional de saúde habilitado (médico intervencionista, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem), por profissional da área de segurança ou bombeiro militar (no limite das competências desses profissionais) ou ainda por leigo que se encontre no local da situação de urgência;
- definir e acionar o serviço de destino do paciente, informando-o sobre as condições e revisão de chegada do mesmo, sugerindo os meios necessários ao seu acolhimento;
- julgar a necessidade ou não do envio de meios móveis de atenção. Em caso negativo, o médico deve explicar sua decisão e esclarecer o demandante do socorro quanto a outras medidas a serem adotadas, por meio de orientação ou conselho médico, que permita ao solicitante assumir cuidados ou buscá-los em local definido pelo médico regulador;
- reconhecer que, como a atividade do médico regulador envolve o exercício da telemedicina, impõe-se a gravação contínua das comunicações, o correto preenchimento das fichas médicas de regulação, das fichas de atendimento médico e de enfermagem, e o seguimento de protocolos institucionais consensuados e normatizados que definam os passos e as bases para a decisão do regulador;
- estabelecer claramente, em protocolo de regulação, os limites dos telefonistas auxiliares de regulação médica, o qual não pode, em hipótese

alguma, substituir a prerrogativa de decisão médica e seus desdobramentos, sob pena de responsabilização posterior do médico regulador;

- definir e pactuar a implantação de protocolos de intervenção médica pré-hospitalar, garantindo perfeito entendimento entre o médico regulador e o intervencionista, quanto aos elementos de decisão e intervenção, objetividade nas comunicações e precisão nos encaminhamentos decorrentes;
- monitorar o conjunto das missões de atendimento e as demandas pendentes;
- registrar sistematicamente os dados das regulações e missões, pois como freqüentemente o médico regulador irá orientar o atendimento por radiotelefonia (sobretudo para os profissionais de enfermagem), os protocolos correspondentes deverão estar claramente constituídos e a autorização deverá estar assinada na ficha de regulação médica e no boletim/ficha de atendimento pré-hospitalar;
- saber com exatidão as capacidades/habilidades da sua equipe de forma a dominar as possibilidades de prescrição/ orientação/intervenção e a fornecer dados que permitam viabilizar programas de capacitação/revisão que qualifiquem/habilitem os intervenientes;
- submeter-se à capacitação específica e habilitação formal para a função de regulador e acumular, também, capacidade e experiência na assistência médica em urgência, inclusive na intervenção do pré-hospitalar móvel;
- participar de programa de educação continuada para suas tarefas;
- velar para que todos os envolvidos na atenção pré-hospitalar observem, rigorosamente, a ética e o sigilo profissional, mesmo nas comunicações radiotelefônicas;
- manter-se nos limites do sigilo e da ética médica ao atuar como porta-voz em situações de interesse público.

7.2.2. Funções Gestoras

Ao médico regulador também competem funções gestoras:

- tomar a decisão gestora sobre os meios disponíveis, devendo possuir delegação direta dos gestores municipais e estaduais para acionar tais meios, de acordo com seu julgamento. Assim, o médico regulador deve:
- decidir sobre qual recurso deverá ser mobilizado frente a cada caso, procurando, entre as disponibilidades a resposta mais adequada a cada situação, advogando assim pela melhor resposta necessária a cada paciente, em cada situação sob o seu julgamento;
- decidir sobre o destino hospitalar ou ambulatorial dos pacientes atendidos no pré-hospitalar;
- decidir os destinos hospitalares não aceitando a inexistência de leitos vagos como argumento para não direcionar os pacientes para a melhor hierarquia disponível em termos de serviços de atenção de urgências, ou seja, garantir o atendimento nas urgências, mesmo nas situações em que inexistam leitos vagos para a internação de pacientes (a chamada “vaga zero” para internação). Deverá decidir o destino do paciente baseado na planilha de hierarquias pactuada e disponível para a região e nas informações periodicamente atualizadas sobre as condições de atendimento nos serviços de urgência, exercendo as prerrogativas de sua autoridade para alocar os pacientes dentro do sistema regional, comunicando sua decisão aos médicos assistentes das portas de urgência;
- o médico regulador de urgências regulará as portas de urgência, considerando o acesso a leitos como uma segunda etapa que envolverá a regulação médica das transferências inter-hospitalares, bem como das internações;
- acionar planos de atenção a desastres que estejam pactuados com os outros interventores, frente a situações excepcionais, coordenando o conjunto da atenção médica de urgência;
- requisitar recursos públicos e privados em situações excepcionais, com pagamento ou contrapartida **a posteriori**, conforme pactuação a ser realizada com as autoridades competentes;
- exercer a autoridade de regulação pública das urgências sobre a atenção pré-hospitalar móvel privada, sempre que esta necessitar conduzir

pacientes ao setor público, sendo o pré-hospitalar privado responsabilizado pelo transporte e atenção do paciente até o seu destino definitivo no Sistema;

- contar com acesso às demais centrais do Complexo Regulador, de forma que possa ter as informações necessárias e o poder de dirigir os pacientes para os locais mais adequados, em relação às suas necessidades.

7.2.3. Regulação do Setor Privado de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel (incluídas as concessionárias de rodovias):

O setor privado de atendimento pré-hospitalar das urgências e emergências deve contar, obrigatoriamente, com Centrais de Regulação Médica, médicos reguladores e de intervenção, equipe de enfermagem e assistência técnica farmacêutica (para os casos de serviços de atendimentos clínicos). Estas Centrais de Regulação privadas devem ser submetidas à regulação pública, sempre que suas ações ultrapassem os limites estritos das instituições particulares não-conveniadas ao Sistema Único de Saúde – SUS, inclusive nos casos de medicalização de assistência domiciliar não-urgente.

7.2.4. Regulação Médica de Outras Entidades/Corporações/Organizações:

Os Corpos de Bombeiros Militares (incluídas as corporações de bombeiros independentes e as vinculadas às Polícias Militares), as Polícias Rodoviárias e outras organizações da Área de Segurança Pública deverão seguir os critérios e os fluxos definidos pela regulação médica das urgências do SUS, conforme os termos do Regulamento Técnico (Portaria GM nº 2048 de 05/11/2002).

5.1 Atendimento Pré-Hospitalar Fixo

O Atendimento Pré-Hospitalar Fixo é aquela assistência prestada, num primeiro nível de atenção, aos pacientes portadores de quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou ainda psiquiátrica, que possa levar a sofrimento,

seqüelas ou mesmo à morte, provendo um atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrante do Sistema Estadual de Urgência e Emergência.

Este atendimento é prestado por um conjunto de Unidades Básicas de Saúde, Unidades do Programa Saúde da Família (PSF), Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Ambulatórios Especializados, Serviços de Diagnóstico e Terapia, Unidades não-hospitalares de atendimento às urgências e emergências e pelos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel. Segue anexo (anexo I) a relação das Unidades de Saúde dos municípios da região Centro-Sul Fluminense.

7.2.5. As Urgências e Emergências e a Atenção Primária à Saúde e a Estratégia de Saúde da Família

As atribuições e prerrogativas das unidades básicas de saúde e das unidades de saúde da família em relação ao acolhimento/atendimento das urgências de baixa gravidade/complexidade devem ser desempenhadas por todos os municípios brasileiros, conforme detalhamento abaixo:

7.2.6. Acolhimento dos Quadros Agudos

Dentro da concepção de reestruturação do modelo assistencial atualmente preconizado, inclusive com a implementação da Estratégia de Saúde da Família, é fundamental que a atenção primária e o Programa Saúde da Família se responsabilizem pelo acolhimento dos pacientes com quadros agudos ou crônicos agudizados de sua área de cobertura ou adstrição de clientela, cuja complexidade seja compatível com este nível de assistência.

Não se pode admitir que um paciente em acompanhamento em uma unidade básica de saúde, por exemplo, por hipertensão arterial, quando acometido por uma crise hipertensiva, não seja acolhido na unidade em que habitualmente faz tratamento.

Nesta situação se aplicaria o verdadeiro conceito de pronto atendimento, pois, numa unidade onde o paciente tem prontuário e sua história pregressa e

atual são conhecidas, é possível fazer um atendimento rápido e de qualidade, com avaliação e readaptação da terapêutica dentro da disponibilidade medicamentosa da unidade. Quando este paciente não é acolhido em sua unidade, por ausência do profissional médico, por falta de vagas na agenda ou por qualquer outra razão e recorre a uma unidade de urgência como única possibilidade de acesso, é atendido por profissionais que, muitas vezes, possuem vínculo temporário com o sistema, não conhecem a rede locoregional e suas características funcionais e, freqüentemente, prescrevem medicamentos não disponíveis na rede SUS e de alto custo. Assim, o paciente não usa a nova medicação que lhe foi prescrita porque não pode adquiri-la e, tão pouco, usa a medicação anteriormente prescrita e disponível na unidade de saúde, pois não acredita que esta seja suficiente para controlar sua pressão. Esta situação problema é apenas ilustrativa de uma grande gama de situações semelhantes, que acontecem diariamente, não apenas com hipertensos, mas com diabéticos, pacientes portadores de dor aguda e/ou crônica, cardiopatas, portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica, mulheres em acompanhamento ginecológico e/ou obstétrico, crianças em programa de puericultura, etc.

7.2.7. Capacitação de Recursos Humanos

É de conhecimento geral que os aparelhos formadores oferecem insuficiente formação para o enfrentamento das urgências. Assim, é comum que profissionais da saúde, ao se depararem com uma urgência de maior gravidade, tenham o impulso de encaminhá-la rapidamente para unidade de maior complexidade, sem sequer fazer uma avaliação prévia e a necessária estabilização do quadro, por insegurança e desconhecimento de como proceder. Assim, é essencial que estes profissionais estejam qualificados para este enfrentamento, se quisermos imprimir efetividade em sua atuação.

7.2.8. Estruturação dos Recursos Físicos

Todas estas unidades devem ter um espaço devidamente abastecido com medicamentos e materiais essenciais ao primeiro

atendimento/estabilização de urgências que ocorram nas proximidades da unidade ou em sua área de abrangência e/ou sejam para elas encaminhadas, até a viabilização da transferência para unidade de maior porte, quando necessário.

A definição deste espaço é fundamental, pois, quando do recebimento de uma urgência (o que pode acontecer com pouca frequência neste tipo de unidade, mas que certamente ocorrerá algumas vezes), é obrigatório que a equipe saiba em qual ambiente da unidade encontram-se os equipamentos, materiais e medicamentos necessários ao atendimento. Numa insuficiência respiratória, parada cardíaca, crise convulsiva ou outras situações que necessitem de cuidado imediato, não se pode perder tempo “procurando” um local ou equipamentos, materiais e medicamentos necessários ao atendimento.

Além disso, Unidades de Saúde de sistemas municipais qualificados para a atenção básica deverão possuir área física especificamente destinada ao atendimento de urgências e sala para observação de pacientes até 8 horas.

Materiais: ambú adulto e infantil com máscaras jogo de cânulas de Guedel (adulto e infantil), sondas de aspiração, oxigênio, aspirador portátil ou fixo, material para punção venosa, material para curativo, material para pequenas suturas, material para imobilizações (colares, talas, pranchas).

Medicamentos: adrenalina, água destilada, aminofilina, amiodarona, atropina, brometo de ipratrópio, cloreto de potássio, cloreto de sódio, deslanosídeo, dexametasona, diazepam, diclofenaco de sódio, dipirona, dobutamina, dopamina, epinefrina, escopolamina (hioscina), fenitoína, fenobarbital, furosemida, glicose, haloperidol, hidantoína, hidrocortisona, insulina, isossorbida, lidocaína, meperidina, midazolan, ringer-lactato, soro glico-fisiológico e soro glicosado.

7.2.9. Estruturação da Grade de Referência

É fundamental que as unidades possuam uma adequada retaguarda pactuada para o referenciamento daqueles pacientes que, uma vez acolhidos, avaliados e tratados neste primeiro nível de assistência, necessitem de cuidados disponíveis em serviços de outros níveis de complexidade. Assim,

mediados pela respectiva Central de Regulação, devem estar claramente definidos os fluxos e mecanismos de transferência dos pacientes que necessitem de outros níveis de complexidade da rede assistencial, de forma a garantir seu encaminhamento, seja para unidades não-hospitalares, prontos-socorros, ambulatórios de especialidades ou unidades de apoio diagnóstico e terapêutico. Além disso, devem ser adotados mecanismos para a garantia de transporte para os casos mais graves, que não possam se deslocar por conta própria, por meio do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel, onde ele existir, ou outra forma de transporte que venha a ser pactuada.

7.2.10. Unidades Não-Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências

Estas unidades, que devem funcionar nas 24 horas do dia, devem estar habilitadas a prestar assistência correspondente ao primeiro nível de assistência da média complexidade. Pelas suas características e importância assistencial, os gestores devem desenvolver esforços no sentido de que cada município referência microrregional disponha pelo menos uma, destas Unidades, garantindo, assim, assistência às urgências com observação até 24 horas para sua própria população ou para um agrupamento de municípios para os quais seja referência.

Estas Unidades de atenção às urgências e emergências foi instituída e regulamentada pela Portaria MS/GM nº 1020 de 13 de maio de 2009 que estabeleceu as diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes locais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, instituindo as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e Salas de Estabilização). Tais serviços, integrantes do Sistema Estadual de Urgências e Emergências e de sua respectiva rede assistencial, devem estar aptos a prestarem atendimento resolutivo aos pacientes acometidos por quadros agudos ou crônicos agudizados.

São estruturas de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família e as Unidades Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências, com importante potencial de

complacência da enorme demanda que hoje se dirige aos prontos-socorros e Hospitais Gerais, além do papel ordenador dos fluxos da urgência. Assim, têm como principais missões:

- Atender aos usuários do SUS portadores de quadro clínico agudo de qualquer natureza, dentro dos limites estruturais da unidade e, em especial, os casos de baixa complexidade, à noite e nos finais de semana, quando a rede básica e o Programa Saúde da Família não estão ativos;
- Descentralizar o atendimento de pacientes com quadros agudos de média complexidade;
- Dar retaguarda às unidades básicas de saúde e de saúde da família;
- Diminuir a sobrecarga dos hospitais de maior complexidade que hoje atendem esta demanda;
- Ser entreposto de estabilização do paciente crítico para o serviço de atendimento pré-hospitalar móvel;
- Desenvolver ações de saúde por meio do trabalho de equipe interdisciplinar, sempre que necessário, com o objetivo de acolher, intervir em sua condição clínica e referenciar para a rede básica de saúde, para a rede especializada ou para internação hospitalar, proporcionando uma continuidade do tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo da população usuária (beneficiando os pacientes agudos e não-agudos e favorecendo, pela continuidade do acompanhamento, principalmente os pacientes com quadros crônico-degenerativos, com a prevenção de suas agudizações frequentes);
- Articular-se com unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico, e com outras instituições e serviços de saúde do sistema loco-regional, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contra-referência;
- Ser observatório do sistema e da saúde da população, subsidiando a elaboração de estudos epidemiológicos e a construção de indicadores de saúde e de serviço que contribuam para a avaliação e planejamento da atenção integral às urgências, bem como de todo o sistema de saúde.

7.2.10.1. Dimensionamento da Rede e Organização Assistencial

Estas Unidades devem contar, no mínimo, com equipe de saúde composta por médico e enfermeiro nas 24 horas para atendimento contínuo de clínica médica e clínica pediátrica.

Nos casos em que a estrutura loco-regional exigir, tomando se em conta as características epidemiológicas, indicadores de saúde como morbidade e mortalidade, e características da rede assistencial, poderá ser ampliada a equipe, contemplando as áreas de clínica cirúrgica, ortopedia e odontologia de urgência.

Estas Unidades devem contar com suporte ininterrupto de laboratório de patologia clínica de urgência, radiologia, os equipamentos para a atenção às urgências, os medicamentos definidos por esta Portaria, leitos de observação de 6 a 24 horas, além de acesso a transporte adequado e ligação com a rede hospitalar através da central de regulação médica de urgências e o serviço de atendimento pré-hospitalar móvel.

Nos casos em que tais centrais ainda não estejam estruturadas, a referência hospitalar bem como a retaguarda de ambulâncias de suporte básico, avançado e de transporte deverão ser garantidos mediante pactuação prévia, de caráter municipal ou regional.

7.2.10.2. Estruturação da Grade de Referência

As Unidades Não-Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências devem possuir retaguarda de maior complexidade previamente pactuada, com fluxo e mecanismos de transferência claros, mediados pela Central de Regulação, a fim de garantir o encaminhamento dos casos que extrapolem sua complexidade.

Além disso, devem garantir transporte para os casos mais graves, por meio do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel, onde ele existir, ou outra forma de transporte que venha a ser pactuada.

Também devem estar pactuados os fluxos para elucidação diagnóstica e avaliação especializada, além de se dar ênfase especial ao redirecionamento

dos pacientes para a rede básica e Programa Saúde da Família, para o adequado seguimento de suas patologias de base e condições de saúde, garantindo acesso não apenas a ações curativas, mas a todas as atividades promocionais que devem ser implementadas neste nível de assistência.

7.3. Atendimento Pré-Hospitalar Móvel

O Ministério da Saúde através da Portaria Nº 2.970, de 8 de dezembro de 2008 institui diretrizes técnicas e financeiras de fomento à regionalização da Rede SAMU Nacional 192 . O objetivo é fomentar a regionalização do SAMU 192 a fim de ampliar o acesso ao atendimento pré-hospitalar móvel às populações dos Municípios em todo o território nacional, por meio da adoção de novas diretrizes e parâmetros técnicos definidos.

A SESDEC-RJ através da Resolução SESDEC nº 239 de 12 de março de 2008 publicado no Diário Oficial de 14 de março de 2008, formalizou a criação do SAMU Regional do Interior do Estado do RJ, regulamentando-o e definindo o mecanismo de co-financiamento onde a Gestão Estadual se compromete com o custeio de 50% do serviço,(exclusivamente para Consórcios de Saúde) adicionais aos outros 50% da União.

A Resolução exige os municípios de destinar contrapartida neste co-financiamento, até o limite da contra-partida federal.

Visando ampliar e qualificar a atenção pré-hospitalar móvel na Região Centro-Sul Fluminense o Consórcio Intermunicipal de Saúde desta mesma Região elaborou o plano de ação para implantação do SAMU Regional e posteriormente foi encaminhado ao CGR para os tramites normais

O plano foi pactuado no CGR, encaminhado e aprovado pela CIB- RJ através da Deliberação CIB-RJ Nº 874 de 30 de março de 2010 e alterada pela deliberação CIB-RJ nº 962 de 22 de junho de 2010, aprovando a implantação do SAMU da Região Centro Sul Fluminense.

No dia 14 de setembro de 2010 as secretarias de saúde receberam um email, proveniente do CGR - Região Centro-Sul Fluminense Centro-Sul, comunicando que as (09) nove unidades móveis, do SAMU 192 da Região Centro-Sul Fluminense, já estavam disponíveis para a retirada no município de

Tatuí (SP) e que posteriormente foram retiradas pelos representantes dos mesmos. São elas: 02 ambulâncias para Três Rios (01 USA e 01 USB); 02 ambulâncias para Vassouras (01 USA e 01 USB) e 05 ambulâncias USB (01 Areal, 01 Sapucaia, 01 Paraíba do Sul, 01 Miguel Pereira e 01 Engenheiro Paulo de Frontin).

Importante frisar que esta distribuição de viaturas baseou-se na Deliberação CIB-RJ nº 962 de 22 de junho de 2010.

A Portaria nº 4.181, de 17 de dezembro de 2010, destinou recursos financeiros para construção da Central, aquisição de materiais, mobiliário e equipamentos de tecnologia da informática e rede ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 Regional do Centro Sul Fluminense – RJ, num montante de R\$ 212.847,21. Vale destacar que esta Portaria excluiu o município de Paracambi do território de abrangência da Regional do Centro Sul Fluminense/RJ.

No dia 29/04/2011 o Ministério da Saúde destinou um recurso financeiro para o município de Três Rios com a finalidade de implantar o SAMU da Região Centro-Sul fluminense. O Art. 2º da **Portaria Nº 4.181, de 17 de dezembro de 2010** fixa o prazo máximo de 90 (noventa) dias para que o serviço SAMU-192, ainda em implantação, entre em efetivo funcionamento, estando o Município sujeito à devolução dos recursos, caso haja o descumprimento do disposto neste artigo.

A necessidade de implantar o SAMU Regional para fazer a integração com a Central de Regulação e a UPA, conforme preceitua a Portaria MS/GM nº 1020/2009 do Ministério da Saúde é imperiosa, e somente agora a Coordenação Geral de Urgência e Emergência do Ministério da Saúde comunicou a aprovação do projeto arquitetônico da Central de Regulação e, conforme plano de ação será construído ao lado da UPA-Três Rios em terreno próprio da Prefeitura Municipal.

O Secretário Municipal de Saúde de Três Rios já se comprometeu a utilizar os recursos transferidos pelo Ministério da Saúde e a SESDEC a título de custeio, desenvolvimento e manutenção do SAMU Regional, tendo como norte o projeto aprovado pela CIB com as alterações sugeridas pelo próprio Ministério.

O Comitê de Urgência e Emergência elaborou primariamente as Competências do SAMU que será implantado na região. Posteriormente e, com poucas alterações, o CGR aprovou em reunião Ordinária realizada em Miguel Pereira.(Anexo III).

Considera-se como nível pré-hospitalar móvel na área de urgência, o atendimento que procura chegar precocemente à vítima, após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, inclusive as psiquiátricas), que possa levar ao sofrimento, seqüelas ou mesmo à morte, sendo necessário, portanto, prestar-lhe atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde. Podemos chamá-lo de atendimento pré-hospitalar móvel primário quando o pedido de socorro for oriundo de um cidadão ou de atendimento pré-hospitalar móvel secundário quando a solicitação partir de um serviço de saúde, no qual o paciente já tenha recebido o primeiro atendimento necessário à estabilização do quadro de urgência apresentado, mas necessite ser conduzido a outro serviço de maior complexidade para a continuidade do tratamento.

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.

Para um adequado atendimento pré-hospitalar móvel, o mesmo deve estar vinculado a uma Central de Regulação de Urgências e Emergências.

A central deve ser de fácil acesso ao público, por via telefônica, em sistema gratuito (192) como número nacional de urgências médicas ou outro número exclusivo da saúde, se o 192 não for tecnicamente possível), onde o médico regulador, após julgar cada caso, define a resposta mais adequada,

seja um conselho médico, o envio de uma equipe de atendimento ao local da ocorrência ou ainda o acionamento de múltiplos meios. O número de acesso da saúde para socorros de urgência deve ser amplamente divulgado junto à comunidade. Todos os pedidos de socorro médico que derem entrada por meio de outras centrais, como a da polícia militar (190), do corpo de bombeiros (193) e quaisquer outras existentes, devem ser imediatamente retransmitidos à Central de Regulação por intermédio do sistema de comunicação, para que possam ser adequadamente regulados e atendidos.

O atendimento no local é monitorado via rádio pelo médico regulador que orienta a equipe de intervenção quanto aos procedimentos necessários à condução do caso. Deve existir uma rede de comunicação entre a Central, as ambulâncias e todos os serviços que recebem os pacientes.

Os serviços de segurança e salvamento, sempre que houver demanda de atendimento de eventos com vítimas ou doentes, devem orientar-se pela decisão do médico regulador de urgências. Podem ser estabelecidos protocolos de despacho imediato de seus recursos de atenção às urgências em situações excepcionais, mas, em nenhum caso, estes despachos podem ser feitos sem comunicação simultânea com o regulador e transferência do chamado de socorro para exercício da regulação médica.

7.4. Equipe Profissional

Os serviços de atendimento pré-hospitalar móvel devem contar com equipe de profissionais oriundos da área da Saúde e não oriundos da área da Saúde. Considerando-se que as urgências não se constituem em especialidade médica ou de enfermagem e que nos cursos de graduação a atenção dada à área ainda é bastante insuficiente, entende-se que os profissionais que venham a atuar nos Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel (oriundos e não oriundos da área da Saúde) devam ser habilitados pelos Núcleos de Educação em Urgências.

7.5. Equipe de Profissionais de Saúde

A equipe de profissionais de Saúde deve ser composta por: Coordenador do Serviço; Responsável Técnico médico; Responsável de Enfermagem; Médicos Reguladores; Médicos Intervencionistas; Enfermeiros Assistenciais; Auxiliares ou Técnicos de Enfermagem.

OBS.: As responsabilidades técnicas poderão ser assumidas por profissionais da equipe de intervenção, sempre que a demanda ou o porte do serviço assim o permitirem.

7.5.1. Profissionais de Saúde e Respectivas competências/Atribuições

- **Médico**

Competências/Atribuições: exercer a regulação médica do sistema; conhecer a rede de serviços da região; manter uma visão global e permanentemente atualizada dos meios disponíveis para o atendimento pré-hospitalar e das portas de urgência, checando periodicamente sua capacidade operacional; recepção dos chamados de auxílio, análise da demanda, classificação em prioridades de atendimento, seleção de meios para atendimento (melhor resposta), acompanhamento do atendimento local, determinação do local de destino do paciente, orientação telefônica; manter contato diário com os serviços médicos de emergência integrados ao sistema; prestar assistência direta aos pacientes nas ambulâncias, quando indicado, realizando os atos médicos possíveis e necessários ao nível pré-hospitalar; exercer o controle operacional da equipe assistencial; fazer controle de qualidade do serviço nos aspectos inerentes à sua profissão; avaliar o desempenho da equipe e subsidiar os responsáveis pelo programa de educação continuada do serviço; obedecer às normas técnicas vigentes no serviço; preencher os documentos inerentes à atividade do médico regulador e de assistência pré-hospitalar; garantir a continuidade da atenção médica ao

paciente grave, até a sua recepção por outro médico nos serviços de urgência; obedecer ao código de ética médica.

- Enfermeiro

Competências/Atribuições: supervisionar e avaliar as ações de enfermagem da equipe no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel; executar prescrições médicas por telemedicina; prestar cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica a pacientes graves e com risco de vida, que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas; prestar a assistência de enfermagem à gestante, a parturiente e ao recém-nato; realizar partos sem distócia; participar nos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde em urgências, particularmente nos programas de educação continuada; fazer controle de qualidade do serviço nos aspectos inerentes à sua profissão; subsidiar os responsáveis pelo desenvolvimento de recursos humanos para as necessidades de educação continuada da equipe; obedecer a Lei do Exercício Profissional e o Código de Ética de Enfermagem; conhecer equipamentos e realizar manobras de extração manual de vítimas.

- Técnico de Enfermagem

Competências/Atribuições: assistir ao enfermeiro no planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de enfermagem; prestar cuidados diretos de enfermagem a pacientes em estado grave, sob supervisão direta ou à distância do profissional enfermeiro; participar de programas de treinamento e aprimoramento profissional especialmente em urgências/emergências; realizar manobras de extração manual de vítimas.

- Auxiliar de Enfermagem

Competências/Atribuições: auxiliar o enfermeiro na assistência de enfermagem; prestar cuidados de enfermagem a pacientes sob supervisão direta ou à distância do profissional enfermeiro; observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, ao nível de sua qualificação; ministrar medicamentos por via oral e parenteral mediante prescrição do médico

regulador por telemedicina; fazer curativos; prestar cuidados de conforto ao paciente e zelar por sua segurança; realizar manobras de extração manual de vítimas.

7.5.1.1. Equipes de Profissionais Não Oriundos da Saúde, Perfis e Respectivas Competências/Atribuições

A equipe de profissionais não oriundos da área da Saúde deve ser composta por: Telefonista – Auxiliar de Regulação; Rádio-Operador; Condutor de Veículos de Urgência; Profissionais Responsáveis pela Segurança (policiais militares, rodoviários ou outros profissionais).

- **Telefonista – Auxiliar de Regulação**

Competências/Atribuições: atender solicitações telefônicas da população; anotar informações colhidas do solicitante, segundo questionário próprio; prestar informações gerais ao solicitante; estabelecer contato radiofônico com ambulâncias e/ou veículos de atendimento pré-hospitalar; estabelecer contato com hospitais e serviços de saúde de referência a fim de colher dados e trocar informações; anotar dados e preencher planilhas e formulários específicos do serviço; obedecer aos protocolos de serviço; atender às determinações do médico regulador.

- **Rádio Operador**

Competências/Atribuições: operar o sistema de radiocomunicação e telefonia nas Centrais de Regulação; exercer o controle operacional da frota de veículos do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel; manter a equipe de regulação atualizada a respeito da situação operacional de cada veículo da frota; conhecer a malha viária e as principais vias de acesso de todo o território abrangido pelo serviço de atendimento Pré-Hospitalar Móvel.

- **Condutor de Veículos de urgências**

Competências/Atribuições: conduzir veículo de urgência destinado ao atendimento e transporte de pacientes; conhecer integralmente o veículo e realizar manutenção básica do mesmo; estabelecer contato radiofônico (ou

telefônico) com a central de regulação médica e seguir suas orientações; conhecer a malha viária local; conhecer a localização de todos os estabelecimentos de saúde integrados ao sistema assistencial local, auxiliar a equipe de saúde nos gestos básicos de suporte à vida; auxiliar a equipe nas imobilizações e transporte de vítimas; realizar medidas de reanimação cardiopulmonar básica; identificar todos os tipos de materiais existentes nos veículos de socorro e sua utilidade, a fim de auxiliar a equipe de saúde.

- Profissionais Responsáveis pela Segurança

Competências/Atribuições: comunicar imediatamente a existência da ocorrência à Central de Regulação Médica de Urgências; avaliar a cena do evento, identificando as circunstâncias da ocorrência e reportando-as ao médico regulador ou à equipe de saúde por ele designada; identificar e gerenciar situações de risco na cena do acidente, estabelecer a segurança da área de operação e orientar a movimentação da equipe de saúde; realizar manobras de suporte básico de vida sob orientação do médico regulador; remover as vítimas para local seguro onde possa receber o atendimento da equipe de saúde; estabilizar veículos acidentados; realizar manobras de desencarceramento e extração manual ou com emprego de equipamentos próprios; avaliar as condições da vítima, observando e comunicando ao médico regulador as condições de respiração, pulso e consciência; transmitir via rádio, ao médico regulador, a correta descrição da vítima e da cena; conhecer as técnicas de transporte do paciente traumatizado; manter vias aéreas pervias com manobras manuais e não invasivas, administrar oxigênio e realizar ventilação artificial; realizar circulação artificial pela técnica de compressão torácica externa; controlar sangramento externo por pressão direta, elevação do membro e ponto de pressão, utilizando curativos e bandagens; mobilizar e remover pacientes com proteção da coluna vertebral, utilizando pranchas e outros equipamentos de imobilização e transporte; aplicar curativos e bandagens; imobilizar fraturas, utilizando os equipamentos disponíveis em seus veículos; dar assistência ao parto normal em período expulsivo e realizar manobras básicas ao recém-nato e parturiente; prestar primeiro atendimento às intoxicações, sob orientação do médico regulador; conhecer e saber operar todos os equipamentos e materiais pertencentes ao veículo de atendimento;

conhecer e usar os equipamentos de bioproteção individual; preencher os formulários e registros obrigatórios do sistema de atenção às urgências e do serviço; manter-se em contato com a Central de Regulação, repassando os informes sobre a situação da cena e do paciente ao médico regulador, para decisão e monitoramento do atendimento pelo mesmo; repassar as informações do atendimento à equipe de saúde designada pelo médico regulador para atuar no local do evento.

- **Bombeiros Militares**

Competências/Atribuições: comunicar imediatamente a existência de ocorrência com potencial de vítimas ou demandas de saúde à Central de Regulação Médica de Urgências; avaliar a cena do evento, identificando as circunstâncias da ocorrência e reportando-as ao médico regulador ou à equipe de saúde por ele designada; identificar e gerenciar situações de risco na cena do acidente, estabelecer a área de operação e orientar a movimentação da equipe de saúde; realizar manobras de suporte básico de vida, sob orientação do médico regulador; obter acesso e remover a(s) vítima(s) para local seguro onde possam receber o atendimento adequado pela equipe de saúde e se solicitado pela mesma ou designado pelo médico regulador, transportar as vítimas ao serviço de saúde determinado pela regulação médica; estabilizar veículos acidentados; realizar manobras de desencarceramento e extração manual ou com emprego de equipamentos especializados de bombeiro; avaliar as condições da vítima, identificando e informando ao médico regulador as condições de respiração, pulso e consciência, assim como uma descrição geral da sua situação e das circunstâncias da ocorrência, incluindo informações de testemunhas; transmitir, ao médico regulador a correta descrição da cena da urgência e do paciente; conhecer as técnicas de transporte do paciente traumatizado; manter vias aéreas pérvias com manobras manuais e não invasivas, administrar oxigênio e realizar ventilação artificial; realizar circulação artificial por meio da técnica de compressão torácica externa; controlar sangramento externo, por pressão direta, elevação do membro e ponto de pressão, utilizando curativos e bandagens; mobilizar e remover pacientes com proteção da coluna vertebral, utilizando colares cervicais, pranchas e outros equipamentos de imobilização e transporte; aplicar curativos e bandagens;

imobilizar fraturas utilizando os equipamentos disponíveis; prestar o primeiro atendimento às intoxicações, de acordo com protocolos acordados ou por orientação do médico regulador; dar assistência ao parto normal em período expulsivo e realizar manobras básicas ao recém-nato e parturiente; manter-se em contato com a central de regulação médica repassando os informes iniciais e subseqüentes sobre a situação da cena e do(s) paciente(s) para decisão e monitoramento do atendimento pelo médico regulador; conhecer e saber operar todos os equipamentos e materiais pertencentes a veículo de atendimento; repassar as informações do atendimento à equipe de saúde designada pelo médico regulador para atuar no local do evento; conhecer e usar equipamentos de bioproteção individual; preencher os formulários e registros obrigatórios do sistema de atenção às urgências e do serviço; realizar triagem de múltiplas vítimas, quando necessário ou quando solicitado pela equipe de saúde; participar dos programas de treinamento e educação continuada.

7.5.1.2. Veículos de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel

7.5.1.2.1. Ambulâncias

Define-se ambulância como um veículo (terrestre, aéreo ou aquaviário) que se destine exclusivamente ao transporte de enfermos.

As dimensões e outras especificações do veículo terrestre deverão obedecer às normas da ABNT – NBR 14561/2000, de julho de 2000.

As ambulâncias são classificadas em:

TIPO A – Ambulância de Transporte: veículo destinado ao transporte em decúbito horizontal de pacientes que não apresentam risco de vida, para remoções simples e de caráter eletivo.

TIPO B – Ambulância de Suporte Básico: veículo destinado ao transporte inter-hospitalar de pacientes com risco de vida conhecido e ao atendimento pré-hospitalar de pacientes com risco de vida desconhecido, não classificado com potencial de necessitar de intervenção médica no local e/ou durante transporte até o serviço de destino.

TIPO C – Ambulância de Resgate: veículo de atendimento de urgências pré-hospitalares de pacientes vítimas de acidentes ou pacientes em locais de difícil acesso, com equipamentos de salvamento (terrestre, aquático e em alturas).

TIPO D – Ambulância de Suporte Avançado: veículo destinado ao atendimento e transporte de pacientes de alto risco em emergências pré-hospitalares e/ou de transporte inter-hospitalar que necessitam de cuidados médicos intensivos. Deve contar com os equipamentos médicos necessários para esta função.

TIPO E – Aeronave de Transporte Médico: aeronave de asa fixa ou rotativa utilizada para transporte inter-hospitalar de pacientes e aeronave de asa rotativa para ações de resgate, dotada de equipamentos médicos homologados pelo Departamento de Aviação Civil – DAC.

TIPO F – Embarcação de Transporte Médico: veículo motorizado aquaviário, destinado ao transporte por via marítima ou fluvial. Deve possuir os equipamentos médicos necessários ao atendimento de pacientes conforme sua gravidade.

7.5.1.2.2. Veículos de Intervenção Rápida

Estes veículos, também chamados de veículos leves, veículos rápidos ou veículos de ligação médica são utilizados para transporte de médicos com equipamentos que possibilitam oferecer suporte avançado de vida nas ambulâncias do Tipo A, B, C e F.

7.5.1.2.3. Outros Veículos

Veículos habituais adaptados para transporte de pacientes de baixo risco, sentados (ex. pacientes crônicos) que não se caracterizam como veículos tipo lotação (ônibus, peruas, etc.). Este transporte só pode ser realizado com anuência médica.

Em relação os materiais, equipamentos e medicamentos das ambulâncias devem ser observados as orientações do Regulamento Técnico (Portaria Gm nº. 2048 de 05/11/2002).

7.5.1.3. Tripulação

Considerando-se que as urgências não se constituem em especialidade médica ou de enfermagem e que nos cursos de graduação a atenção dada à área ainda é bastante insuficiente, entende-se que os profissionais que venham a atuar como tripulantes dos Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel devam ser habilitados pelos Núcleos de Educação em Urgências.

- Ambulância do Tipo A: 2 profissionais, sendo um o motorista e o outro um técnico ou auxiliar de enfermagem.
- Ambulância do Tipo B: 2 profissionais, sendo um o motorista e um técnico ou auxiliar de enfermagem.
- Ambulância do Tipo C: 3 profissionais militares, policiais rodoviários, bombeiros militares, e/ou outros profissionais reconhecidos pelo gestor público, sendo um motorista e os outros dois profissionais com capacitação e certificação em salvamento e suporte básico de vida.
- Ambulância do tipo D: 3 profissionais, sendo um motorista, um enfermeiro e um médico.
- Aeronaves: o atendimento feito por aeronaves deve ser sempre considerado como de suporte avançado de vida e:
 - Para os casos de atendimento pré-hospitalar móvel primário não traumático e secundário, deve contar com o piloto, um médico, e um enfermeiro;
 - Para o atendimento a urgências traumáticas em que sejam necessários procedimentos de salvamento, é indispensável a presença de profissional capacitado para tal.
- Embarcações: a equipe deve ser composta 2 ou 3 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.

7.6. Atendimento Hospitalar - Unidades Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências

O Regulamento Técnico (Portaria GM nº. 2048 de 05/11/2002), definiu uma nova nomenclatura e classificação para a área de assistência hospitalar de urgência e emergência. Refletindo sobre a regionalização proposta pela NOAS e sobre a estrutura dos prontos-socorros existentes no País, adota-se uma classificação/estruturação, partindo da premissa que nenhum pronto-socorro hospitalar poderá apresentar infra estrutura inferior à de uma unidade não-hospitalar de atendimento às urgências e emergências, conforme descrito no Capítulo III – item 2 do Regulamento Técnico.

As Unidades Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências devem possuir retaguarda de maior complexidade previamente pactuada, com fluxo e mecanismos de transferência claros, mediados pela Central de Regulação, a fim de garantir o encaminhamento dos casos que extrapolem sua complexidade.

Além disso, devem garantir transporte para os casos mais graves, por meio do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel, onde ele existir, ou outra forma de transporte que venha a ser pactuada.

Também devem estar pactuados os fluxos para elucidação diagnóstica e avaliação especializada, além de se dar ênfase especial ao redirecionamento dos pacientes para a rede básica e Programa Saúde da Família, para o adequado seguimento de suas patologias de base e condições de saúde, garantindo acesso não apenas a ações curativas, mas a todas as atividades promocionais que devem ser implementadas neste nível de assistência.

As características específicas, estruturação de grade de referência, recursos tecnológicos, entre outros, devem ser rigorosamente observados as orientações do Regulamento Técnico (Portaria GM nº 2048 de 05/11/2002).

7.7. Transferências e Transporte Inter-Hospitalar

Dentro da perspectiva de estruturação de Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, com universalidade, atenção integral e equidade de acesso, de caráter regionalizado e hierarquizado, de acordo com as diretrizes do SUS, os serviços especializados e de maior complexidade deverão ser referência para um ou mais municípios de menor porte.

Assim, estes municípios menores devem se estruturar para acolher os pacientes acometidos por agravos de urgência, de caráter clínico, traumatocirúrgico, gineco-obstétrico e psiquiátrico, sejam estes adultos, crianças ou recém-nascidos, realizar a avaliação e estabilização inicial destes e providenciar sua transferência para os serviços de referência loco-regionais, seja para elucidação diagnóstica por meio de exames especializados, avaliação médica especializada ou internação.

As grades de referência loco-regionais devem ser previamente pactuadas e as transferências deverão ser solicitadas ao médico regulador da Central de Regulação de Urgências.

No processo de planejamento e pactuação das transferências inter-hospitalares, deverá ser garantido o suporte de ambulâncias de transporte para o retorno dos pacientes que ao receberem alta, fora da situação de urgência, não apresentem possibilidade de locomover-se por outros meios, por restrições clínicas.

Pacientes que não tenham autonomia de locomoção por limitações socioeconômicas e que, portanto, extrapolam o âmbito de atuação específico da saúde, deverão receber apoio, nos moldes estabelecidos por políticas intersetoriais loco-regionais. Salienta-se que o planejamento do suporte a estes casos é de fundamental importância ao adequado funcionamento dos serviços de saúde, uma vez que os pacientes podem ocupar leitos hospitalares por períodos mais ou menos longos após terem recebido alta, por dificuldade de transporte de retorno a suas residências.

O transporte inter-hospitalar refere-se à transferência de pacientes entre unidades não-hospitalares ou hospitalares de atendimento às urgências e emergências, unidades de diagnóstico, terapêutica ou outras unidades de saúde que funcionem como bases de estabilização para pacientes graves, de caráter público ou privado e tem como principais finalidades:

- a) A transferência de pacientes de serviços de saúde de menor complexidade para serviços de referência de maior complexidade, seja para elucidação diagnóstica, internação clínica, cirúrgica ou em unidade de terapia intensiva, sempre que as condições locais de atendimento combinadas à avaliação clínica de cada paciente assim exigirem;
- b) A transferência de pacientes de centros de referência de maior complexidade para unidades de menor complexidade seja para elucidação diagnóstica, internação clínica, cirúrgica ou em unidade de terapia intensiva, seja em seus municípios de residência ou não, para conclusão do tratamento, sempre que a condição clínica do paciente e a estrutura da unidade de menor complexidade assim o permitirem, com o objetivo de agilizar a utilização dos recursos especializados na assistência aos pacientes mais graves e/ou complexos.

Este transporte poderá ser aéreo, aquaviário ou terrestre, de acordo com as condições geográficas de cada região, observando se as distâncias e vias de acesso, como a existência de estradas, aeroportos, helipontos, portos e condições de navegação marítima ou fluvial, bem como a condição clínica de cada paciente, não esquecendo a observação do custo e disponibilidade de cada um desses meios. O transporte inter-hospitalar, em qualquer de suas modalidades, de acordo com a disponibilidade de recursos e a situação clínica do paciente a ser transportado, deve ser realizado em veículos adequados e equipados de acordo com o estabelecido no Regulamento Técnico.

As responsabilidades, atribuições do serviço/ médico solicitante, da Central de Regulação/ médico, da equipe de transporte e do serviço do médico receptor, deverão ser observadas na orientação do Regulamento Técnico (Portaria GM nº 2048 de 05/11/2002).

7.8. Núcleos de Educação em Urgências

No que diz respeito à capacitação, habilitação e educação continuada dos trabalhadores do setor, observa-se ainda a fragmentação e o baixo

aproveitamento do processo educativo tradicional e a insuficiência dos conteúdos curriculares dos aparelhos formadores na qualificação de profissionais para as urgências, principalmente, em seu componente pré-hospitalar móvel. Também se constata a grande proliferação de cursos de iniciativa privada de capacitação de recursos humanos para a área, com grande diversidade de programas, conteúdos e cargas horárias, sem a adequada integração à realidade e às diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS.

Os Núcleos de Educação em Urgências devem se organizar como espaços de saber interinstitucional de formação, capacitação, habilitação e educação continuada de recursos humanos para as urgências, sob a administração de um conselho diretivo, coordenado pelo gestor público do SUS, tendo como integrantes as secretarias estaduais e municipais de saúde, hospitais e serviços de referência na área de urgência, escolas de bombeiros e polícias, instituições de ensino superior, de formação e capacitação de pessoal na área da Saúde, escolas técnicas e outros setores que prestam socorro à população, de caráter público ou privado, de abrangência municipal, regional ou estadual.

Portanto, seus princípios, objetivos estratégicos e operacionais, grades de temas, conteúdos e etc, deverão ser observadas as orientações previstas no Regulamento Técnico (Portaria GM nº 2048 de 05/11/2002).

8. RELAÇÃO DAS UNIDADES/ SERVIÇOS MÓVEIS DE ATENÇÃO PRÉ-HOSPITALAR ELETIVA

8.1. Unidades/serviços móveis de atenção pré-hospitalar eletivo

Municípios	Ambulância Básica (Tipo A ou B)	Ambulância Avançada (Tipo D)	Total
Areal	02	01 (Própria)	03
Com. Levy Gasparian	2	01 (terceirizada)	03
Engº Paulo de Frontin	4	1	5
Mendes	01	01	02
Miguel Pereira	2	-	2
Paracambi	04	01 (própria)	05
Paraíba do Sul	04	01 (própria)	05
Paty do Alferes	01	-	01
Sapucaia	01	01 (terceirizada)	02
Três Rios	07 saveiros 05 Peugeot/ 01 funcionado	01 (terceirizada)	14
Vassouras	05 (próprias)	01 (própria-Estadual)	6

9. CONCESSIONÁRIAS DAS RODOVIAS E CORPORAÇÕES MILITARES

O Setor privado de atendimento pré-hospitalar das urgências e emergências deve contar, obrigatoriamente, com Centrais de Regulação Médica, médicos reguladores e de intervenção, equipe de enfermagem e assistência técnica farmacêutica (para os casos de serviços de atendimentos clínicos). Estas Centrais de Regulação privadas devem ser submetidas à regulação pública, sempre que suas ações ultrapassem os limites estritos das instituições particulares não-conveniadas ao Sistema Único de Saúde - SUS, inclusive nos casos de medicalização de assistência domiciliar não-urgente.

Os Corpos de Bombeiros Militares (incluídas as corporações de bombeiros independentes e as vinculadas às Polícias Militares), as Polícias Rodoviárias e outras organizações da Área de Segurança Pública deverão seguir os critérios e os fluxos definidos pela regulação médica das urgências do SUS.

10. ANÁLISE DA CAPACIDADE INSTALADA EXISTENTE DE LEITOS

HOSPITAL/MUNICÍPIO	ESPECIALIDADES										COMPLEMENTARES				OUTRAS					
	CLÍNICOS			CIRÚRGICOS			OBSTÉTRICO		PEDIÁTRICOS											
	CLÍNICA GERAL	AIDS	NEONATOLOGIA	CARDIOLOGIA	ORTOPEDIA	GINECOLOGIA	CARDIOLOGIA	CIRURGIA GERAL	OBST. CIR.	OBST. CLÍNICA	PEDIATRIA CLÍNICA	PEDIATRIA CIRURGICA	UTI TIPO II	UTI NEONATAL		ISOLAMENTO	UI ADULTO	UI NEONATAL	UTI	
M	HNSD - AREAL	17	4	0	0	0	3	0	6	3	0	5	0	0	0	0	0	0	2	
I	HCNS - TRES RIOS	16	0	2	0	9	0	0	14	4	8	5	0	0	0	0	0	0	0	
C	CWGF - TRES RIOS	17	0	0	0	0	0	0	4	2	2	10	0	0	0	0	0	1	0	
R	CRTR - TRES RIOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
0	HNISP - PARAIBA DO SUL	24	0	0	0	0	0	0	15	0	11	4	0	0	0	0	0	0	0	
	HSM - MENDES	26	0	0	0	0	0	0	9	0	8	1	0	0	0	0	0	0	0	
	IPPF - PAULO FRONTIN	14	0	0	2	0	0	0	12	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	HSAE - MIGUEL PEREIRA	22	0	6	0	2	5	0	10	12	3	11	0	0	0	3	0	0	0	
M	HUSF - VASSOURAS	61	0	0	0	0	8	4	22	7	7	10	8	6	2	0	0	8	0	
I	HETL - VASSOURAS	54	0	0	0	0	9	0	38	19	0	9	0	0	0	0	0	0	0	
C	CSC - VASSOURAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
R	HMAG - PARACAMBI	18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	0	0	0	0	3	0	0	
0	CSNSA - PARACAMBI	29	0	0	0	0	0	0	5	15	0	4	0	0	0	0	0	0	0	
	HEPA - PARACAMBI	30	0	0	0	0	0	0	18	10	1	2	0	0	1	0	0	0	1	
	HOSP INFANTIL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	52	0	0	2	0	0	0	0	
	HPARA - PARACAMBI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	TOTAL ESPECIALIDADE	328		8		11			153		40	124		20	6	7		4		3

1) Divergências CNES x Realidade

1.1 - UTI - No Cnes do HCNSC aparecem 9 leitos, mas são somente 7 SUS.

1.2 - UTI - Os leitos do HMAG nunca funcionaram.

1.3 - UTI - Os leitos do HETL não estão em funcionamento.

1.4 - O Hospital Infantil de Paracambi nunca funcionou.

2) Excetuando-se os leitos que não funcionam do total geral (conforme citado acima, levando o total geral a) temos um percentual de 39,5 % de leitos psiquiátricos em relação as demais especialidades.

3) Na microrregião 1 temos um total de 384 leitos, menos 02 de UTI = 382
A relação de Psiquiátricos para as outras especialidades é de 42%

4) Na microrregião 2 temos um total de 1156 leitos, menos os 118 inativos = 1038

11. ANÁLISE DA CAPACIDADE INSTALADA EXISTENTE DE LEITOS COM PARÂMETROS DA PORTARIA Nº 1.101

Ver ANEXO II

12. ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NAS PORTAS DE ENTRADA DAS UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

A Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro – SESDEC/RJ, cumprindo seu papel de articulador e formulador de políticas estaduais prioritárias em saúde, vem reestruturando seu modelo de atenção a partir do desenvolvimento de ações transversais, que têm a humanização como eixo norteador. Considerando a necessidade de assegurar a consolidação do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, este modelo de atenção, indissociado da gestão, parte de princípios como formação de redes solidárias, potencializando a gestão e os gestores e, fortalecendo os vínculos, a autonomia e a singularidade. Em 2007, após avaliação situacional das unidades da rede própria, a SESDEC identificou que as emergências e SPA's ofertavam uma atenção de baixa resolutividade, atendimento por ordem de chegada sem critérios definidos de risco; desrespeito aos direitos dos usuários; atendimento médico centrado; desarticulação entre serviços; recepções administrativo – burocráticas; repasse de encaminhamentos pouco qualificados para serviços especializados; insatisfação dos usuários. Assim, dentre as estratégias de desenvolvimento de um modelo de atenção integral e qualificado, a SESDEC definiu por adotar prioritariamente o dispositivo do Acolhimento com Classificação de Risco dentre a seqüência de passos necessários para promover o acesso da população a rede de serviços do SUS.

A palavra “acolher”, em seus vários sentidos, expressa “dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir” (Novo Dicionário Aurélio, Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975). O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa uma ação de aproximação, um “estar com” e “perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão, de estar em relação com algo ou alguém. O modelo de atenção reproduzido nas unidades de urgência e emergência normalmente nos remete a processos de trabalho fragmentados,

que na maioria das vezes não contemplam as necessidades de saúde da população. Afirmar o acolhimento em nossas práticas cotidianas é o desafio. Para tal, é preciso repensar e criar novas formas de produzir saúde. Formas estas que nos levem a um modelo de atenção resolutivo, responsável, que aposte na autonomia dos sujeitos implicados no processo e, principalmente, na criação de vínculos que possibilitem avanços na relação entre trabalhadores, gestores e usuários da saúde em defesa do SUS como uma política essencial para a população brasileira.

O Acolhimento é, acima de tudo, uma diretriz política e operacional do SUS. É garantir o acesso do usuário aos serviços de saúde, recepcionando-o e responsabilizando-se por ele desde sua chegada até sua saída do serviço. Os casos que não possam ser absorvidos pela unidade de saúde devem ter um encaminhamento resolutivo e responsável, assim como se deve garantir a articulação com outros serviços para continuidade da assistência, quando necessário. Assim, o acolhimento promove também o fortalecimento da rede de saúde.

Quem acolhe toma para si a responsabilidade de oferecer respostas as demandas de quem procura o serviço de saúde. Não basta dizer: “aqui não realizamos este tipo de atendimento”. É preciso avaliar: como faço para resolver o problema deste usuário? O que faço para ajudá-lo? Considerando que o que move o mundo são as perguntas, e não as respostas criamos daí um movimento que nos faz sair de nossa zona de conforto para procurar soluções. Este movimento deve permear todos os setores e processos de trabalho.

As unidades de urgência e emergência funcionam nas 24 horas do dia e acabam funcionando como “porta-de-entrada” do sistema de saúde, acolhendo usuários de urgência propriamente dita, usuários com quadros percebidos como urgências, pacientes desgarrados da atenção primária e especializada e as urgências sociais. Tais demandas misturam-se nas unidades de urgência superlotando-as e comprometendo a qualidade da assistência prestada à população. A classificação de risco é uma ferramenta útil que possibilita organizar o atendimento através da identificação do risco/vulnerabilidade do usuário através da avaliação do potencial de gravidade ou de agravamento da queixa apresentada. Desta forma, orienta, prioriza e decide sobre os encaminhamentos necessários para a **resolução do problema** do usuário.

12.1. Objetivos:

- Humanizar o atendimento através de escuta qualificada
- Organizar processos de trabalho e espaço físico
- Identificar prontamente condições de risco_ priorizar o atendimento (passar na frente)
- Priorizar o atendimento de acordo com critérios clínicos, vulnerabilidade e grau de sofrimento, utilizando protocolo específico
- Extinguir a triagem feita por recepcionistas ou porteiros (o primeiro contato deve ser realizado obrigatoriamente por profissional de saúde);
- Informar aos pacientes e familiares a expectativa de atendimento e tempo de espera a fim de diminuir a ansiedade gerada pelo o que é desconhecido
- Esclarecer a comunidade sobre a forma de atendimento através de informes diários (distribuição de folder, atividades de sala de espera)
- Pactuar com o usuário a resposta possível a sua demanda, de acordo com a capacidade do serviço.
- Encaminhar, quando necessário, com garantia de acesso à rede de atenção
- Fomentar a rede de atenção de saúde, articulando a atenção básica e especializada com vistas à atenção integral

12.2. Resultados esperados:

- Melhoria da qualidade do atendimento
- Redução de tempo de espera para os casos de urgência ou emergência, reduzindo os riscos de complicações
- Detecção de casos que se agravarão se o atendimento for postergado.
- Racionalização do processo de trabalho da “porta de entrada”
- Otimização e valorização do trabalho do profissional de saúde das “portas de entrada”
- Aumento do grau de satisfação dos usuários e profissionais de saúde.

12.3. Recomendações para a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco:

- Sensibilização e qualificação de todos os profissionais da instituição, da recepção a direção, enfermagem, médicos, serviço social, orientadores de fluxo, segurança.
- Envolvimento do Conselho Local de Saúde e Secretarias de Saúde (municipal e estadual).
- Informação para o usuário e familiares sobre o atendimento, procedimentos e encaminhamentos.
- Identificação dos profissionais (verbalmente e por crachá) pelos usuários.
- Identificação dos usuários pelo nome.
- Garantia de privacidade durante todo o atendimento.
- Promoção da linha de cuidado integral com vinculação da assistência a rede pública.
- Promoção de reuniões periódicas com o Conselho de Saúde e Unidades Básicas de Saúde.
- Solicitação de vaga para transferência pela Central de Regulação, sempre que necessário, com transporte responsável
- Garantia o atendimento prioritário para vítimas de violência.
- Avaliação contínua do processo de atendimento para verificar se os objetivos estão sendo alcançados e para promover reajustes necessários.
- Acompanhamento com indicadores, por exemplo, número de atendimentos diários e perfil da clientela e horários de pico.
- Monitoramento contínuo a partir de reuniões com os profissionais envolvidos no processo.
- Revisão do protocolo e novas capacitações
- Avaliação de satisfação do usuário e familiares atendidos na unidade
- Elaboração do cardápio de ofertas de serviços da unidade e os horários de funcionamento destes para orientação dos usuários e familiares.
- Elaboração do Manual de Informações sobre o SUS local (atualizado sistematicamente) para o redirecionamento responsável dos casos não atendidos na unidade

- Fluxos internos e externos pactuados (nenhum encaminhamento deve ocorrer sem pactuação prévia)
- Protocolos de Acolhimento e Classificação de Risco
- Capacitação em Suporte Essencial de Vida (recepção, vigilância, enfermagem...)
- Aperfeiçoamento em Semiologia para enfermeiros

12.4. Organização do Processo

a- Quem faz:

Equipe multiprofissional composta por: Enfermeiro, técnico de enfermagem, assistente social, profissionais de portaria e recepção, além do médico que realizará o atendimento conforme a classificação.

Todos devem conhecer as ações e serviços oferecidos pela unidade, inclusive horários e datas dos diversos atendimentos.

São consideradas habilidades importantes: capacidade de comunicação e boa interação dos profissionais de saúde, pacientes, familiares, polícia, SAMU, e Corpo de Bombeiros.

Base do trabalho: conhecimento técnico, compreensão, discrição, agilidade, organização, discernimento, ética e solidariedade, não necessariamente nesta ordem.

b- Quando faz:

Nas 24 horas

c- A quem se destina:

Usuários que procuram as unidades de urgência e emergência do sistema de saúde da rede SUS no Estado do Rio de Janeiro.

d- Organização do Atendimento

Ao chegar à unidade, o usuário deve ser imediatamente recebido por um profissional de enfermagem da central de acolhimento. Após informar o motivo pelo qual procurou a unidade (situação/queixa), este deve ser registrado no

sistema e encaminhado para o consultório de classificação de risco. Todo o atendimento para a clínica médica deve ser organizado segundo critérios de risco, portanto, com exceção daqueles identificados como emergência no momento do acolhimento, todos os outros devem ser avaliados pelo enfermeiro no consultório.

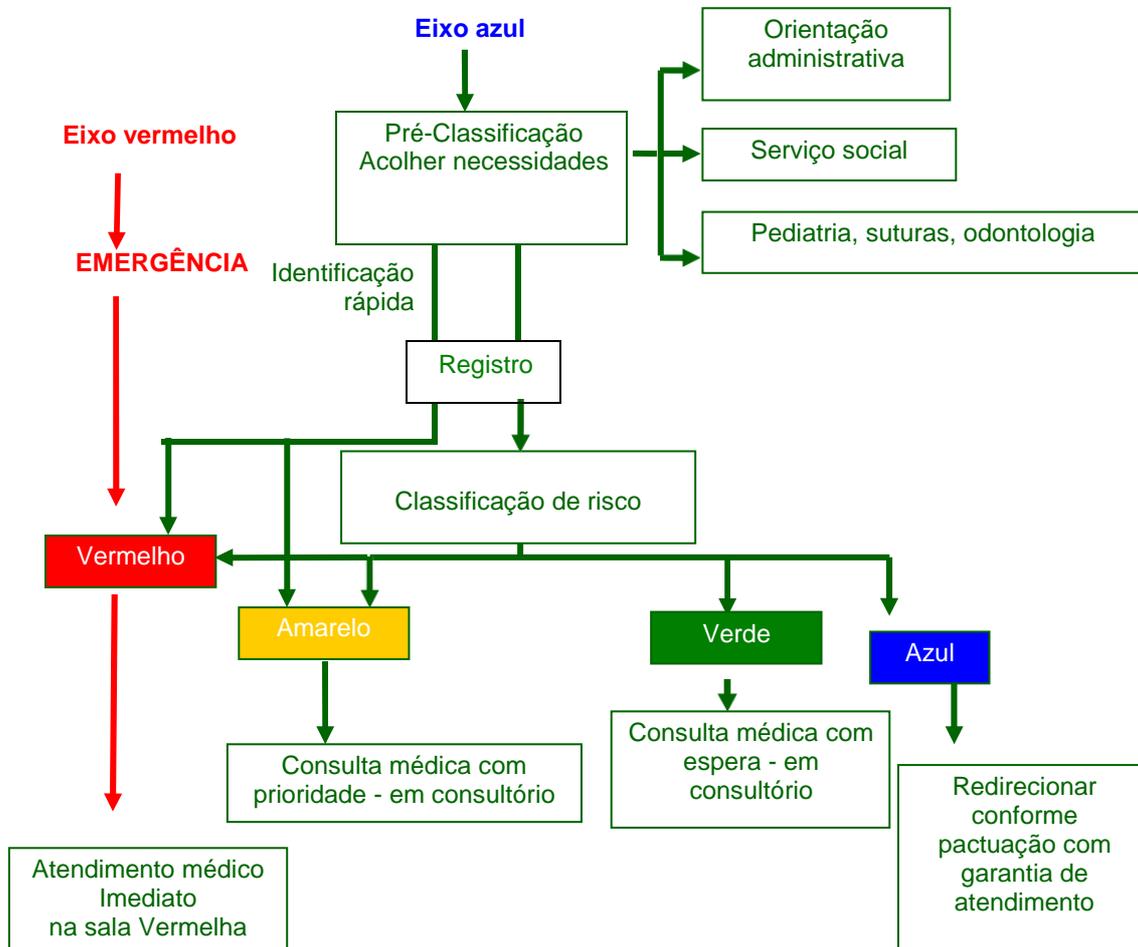
É necessário que haja, durante a espera para atendimento médico, reavaliação daqueles pacientes já classificados. Todos os usuários devem ser informados da dinâmica do atendimento da unidade (utilização de critérios de risco e não por ordem de chegada) e previsão de tempo de espera.

As emergências serão encaminhadas pela equipe para a sala própria.

As demandas identificadas como sociais, informais, e administrativas serão encaminhadas às respectivas salas.

Pessoas em situação de urgência serão conduzidas para a sala de classificação de risco. O enfermeiro deve realizar a avaliação considerando a queixa principal, início dos sintomas, antecedentes mórbidos, utilização de medicamentos e exame físico simplificado. Realizará a classificação usando o protocolo padronizado. Registrará a avaliação e encaminhará o usuário ao local de atendimento.

ALGORITMO- ATENÇÃO A URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E A DEMANDA EXPONTÂNEA



O protocolo de classificação de risco é uma ferramenta útil e necessária, porém não suficiente, uma vez que não pretende capturar os aspectos subjetivos, afetivos, sociais, culturais, cuja compreensão é fundamental para uma efetiva avaliação do risco e da vulnerabilidade de cada pessoa que procura o serviço de saúde. O protocolo não substitui a interação, o diálogo, a escuta, o respeito, enfim, o acolhimento do cidadão e de sua queixa para a avaliação do seu potencial de agravamento.

Algumas Considerações sobre o Protocolo:

- Deve ser considerado o tempo que a intervenção médica possibilitará melhor resultado

- Reavaliações estão previstas e podem alterar a classificação
- Constitui guia de treinamento das equipes na implantação da CR nas portas de entrada
- Constitui documento de referência do Ministério Público para controle de atendimento dos casos de urgência e emergência
- Instrumento baseado em sinais de alerta ou forma usual de apresentação de doenças ou agravos para possibilitar classificação de gravidade ou grau de sofrimento, identificando prontamente urgências e emergências – condições de risco de perder a vida
- Não se constitui em instrumento de diagnóstico
- Determina prioridade para atendimento médico, hierarquizando-o conforme a gravidade, quem deve ser atendido antes e quem pode aguardar atendimento com segurança
- Devem ser considerados a expectativa dos pacientes e seus familiares.

A Classificação de Risco se dará nos seguintes níveis:

- **VERMELHO: prioridade 0** – emergência. Necessitam de atendimento **imediate**. Deverão ser encaminhados imediatamente para o atendimento médico na sala vermelha.
- **AMARELO: prioridade I** – urgência. Sem risco **imediate** de morte, porém apresenta risco **potencial** de agravamento ou morte. Necessitam de atendimento médico **prioritário**. Deverão ser encaminhados diretamente a sala de consulta de enfermagem para Classificação de Risco e posteriormente aguardar atendimento médico em cadeira, em local pré-determinado.
- **VERDE: prioridade II** – menor urgência. **Não apresenta risco** iminente ou risco potencial de morte ou agravamento. Também aguardarão atendimento médico em cadeira, mas serão informadas que o tempo de espera será maior, e que usuários mais graves serão atendidos antes. Devem ser reavaliados a cada 1 hora.

- **AZUL: prioridade III** – Não urgente. Não apresentam agudização que justifique atendimento no mesmo dia. Necessitam de redirecionamento para o atendimento ambulatorial, conforme pactuação prévia. Serão encaminhados, através de documento escrito, para o acolhimento na Unidade Básica de Saúde de Referência.

Observação importante:

Nenhum usuário poderá ser dispensado sem ser atendido, ou seja, sem ser acolhido, avaliado, classificado e encaminhado de forma responsável a uma Unidade Básica de Saúde de referência.

13. PROGRAMA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR E ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

A história recente da crise do modelo de atenção hospitalar brasileiro representa um momento ímpar de oportunidades de se enfrentar corajosamente alguns temas pertinentes ao uso de tecnologias que permitam o aprimoramento do cuidado ofertado aos usuários do sistema de saúde, bem como a discussão de alternativas que permitam agregar, dentro de uma razão comunicativa, integralidade na rede de serviços de saúde.

O ponto de partida da discussão que será aqui colocada é a intercessão entre o mundo das necessidades de saúde da população e os modelos assistenciais conformados pela gestão do Sistema Único de Saúde em todos os seus níveis, desde a formulação da política pública para a saúde, até a gestão de equipamentos sanitários de diversas naturezas.

Esse encontro, a despeito dos avanços conquistados pelo movimento de reforma sanitária no Brasil, ainda se dá de forma tensa e conflituosa, particularmente nos aspectos de inadequação entre oferta e necessidade, entre estrutura de custos e financiamento possível, entre tecnologia existente e empregada e finalmente entre as diretrizes de um modelo assistencial ofertante e um universo de demandas, aparentemente insolúvel.

Reconhecer a importância da atenção hospitalar significa respeitar a condição humana que, em sua expressão individual, sofre, sente e busca

saídas para os problemas que enfrenta (Heller, 2000), e, numa abordagem do cotidiano, o hospital responde a certo grupo de problemas que exigem, para o atendimento das necessidades de saúde, grande intensidade e densidade de uso de tecnologias cuidadoras. Porém, esta mesma questão coloca ao indivíduo e à coletividade riscos adicionais desnecessários, caso sua utilização se dê de forma inadequada.

A expansão em movimento paradoxal do Sistema Único de Saúde, que ao mesmo tempo reforçava o modelo médico tradicional (Campos, 1992), hegemonicamente centrado em procedimentos (Merhy, 2002), e gerava novas experiências e fazeres de organização da atenção (Campos, 1992), talvez seja uma referência para a discussão proposta para a internação domiciliar no âmbito do SUS.

A Portaria nº 2.529 de 19 de Outubro de 2006 instituiu a Internação Domiciliar no âmbito do SUS.

A atenção domiciliar integra duas modalidades específicas, a assistência domiciliar e a internação domiciliar.

A assistência domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS é desenvolvida por profissionais da atenção básica e/ou da atenção especializada e, a Internação Domiciliar caracteriza-se como o conjunto de atividades prestadas no domicílio a pessoas clinicamente estáveis que exijam intensidade de cuidados acima das modalidades ambulatoriais, mas que possam ser mantidas em casa, por equipe exclusiva para este fim.

Os Serviços de Internação Domiciliar são compostos de:

- I. Equipes Multiprofissionais de Internação Domiciliar, compostas, no mínimo, por médico, enfermeiro e técnico ou auxiliar de enfermagem e;
- II. Equipes Matriciais de Apoio, podendo ser compartilhadas por várias equipes ou serviços de Internação Domiciliar, ou mesmo com a rede de serviços de saúde, composta por outros profissionais de nível superior, levando em consideração o perfil da atenção a ser prestada e os protocolos firmados.

A Portaria MS/GM nº 2529/2006 estabeleceu um parâmetro de 1 Equipe de Internação Domiciliar para 100.000 habitantes, definindo ainda os grupos e patologias prioritárias, a saber:

- I. idoso;

- II. portadores de doenças crônico-degenerativas agudizadas;
- III. portadores de patologias que necessitem de cuidados paliativos; e
- IV. portadores de incapacidade funcional, provisória ou permanente.

A mesma norma ministerial, exclui os seguintes usuários, dada a complexidade do modelo proposto:

- I. com necessidade de ventilação mecânica;
- II. com necessidade de monitorização contínua;
- III. com necessidade de enfermagem intensiva;
- IV. com necessidade de propedêutica complementar com demanda potencial de realização de vários procedimentos diagnósticos em seqüência com urgência:
- V. em uso de medicação complexa com efeitos colaterais potencialmente graves, ou de difícil administração;
- VI. com necessidade de tratamento cirúrgico em caráter de urgência e;
- VII. que não tenham cuidador contínuo identificado

O Ministério da Saúde co-financia a internação domiciliar com recursos de R\$ 50.000,00 de incentivo financeiro para a implantação de cada Equipe em parcela única, e R\$ 20.000,00 mês de custeio por Equipe.

Nesse sentido, independentemente de não haver uma política formal ampla de financiamento de práticas assistenciais que busquem processos de desospitalização, inúmeras instituições de saúde buscam a construção e a operação de práticas voltadas a uma assistência com intensidades variáveis de cuidados, tendo como característica comum realizar a intervenção terapêutica no interior do domicílio do usuário.

A análise dessas experiências demonstra a existência de pelo menos quatro grupos de objetivos não tão distintos, que estabelecem o centro de seus eixos de atuação sobre:

- desospitalização de eventos desnecessários gerados por falta de suporte ou por questões vinculadas ao processo de exclusão social que terminam por produzir internações hospitalares por falta de melhor alternativa;

- processos de “alta precoce”, demonstrando um forte viés de busca da garantia de economicidade do processo hospitalar ao se empreender uma troca entre o ônus do cuidado sob internação hospitalar, pela garantia de cuidados e insumos mínimos com economia da hotelaria e disponibilização de recursos escassos, tais como os leitos de clínica médica;
- busca de períodos maiores livres de intercorrências hospitalares em pacientes crônicos, com histórico de reinternações recorrentes; e
- processo terapêutico humanizado de redução do sofrimento em situação de cuidados paliativos, onde o alívio da dor e, porque não dizer, uma boa morte é o objeto do processo de trabalho em saúde.

O cuidador é um ator relevante para a efetivação da atenção domiciliar e deve ser considerado um elemento importante na articulação e no agenciamento de recursos e esforços para a consecução dos projetos terapêuticos formulados.

Quanto à equipe técnica necessária para a implantação dessa modalidade assistencial, ainda que não exista um consenso sobre a intensidade de sua participação, puderam ser estabelecidos alguns saberes profissionais indispensáveis para a efetivação dos cuidados domiciliares. O desenho dessas intensidades deverá ser feito pelos programas locais, guardadas as características e disponibilidades loco-regionais.

O núcleo mínimo das equipes poderá ser constituído por médicos, enfermeiros, auxiliares ou técnicos de enfermagem, que deverão apresentar vinculação exclusiva com o programa. Outros profissionais poderão (e deverão) ser inseridos da mesma forma ou em caráter de compartilhamento com outros programas assistenciais a critério do projeto loco-regionais. De certa forma, para que se possa apresentar uma prática segura, faz-se necessário o estabelecimento de uma equipe matricial de suporte com profissionais de serviço social, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, terapia ocupacional e nutrição.

A capacitação da equipe deve considerar o deslocamento do ambiente protegido (hospital, serviço de saúde etc.) para o domicílio. Isso demanda um processo especial, já que normalmente as tecnologias necessárias não são

abordadas nas escolas da área da saúde e podem ser desconhecidos pelas equipes.

Para a implantação da modalidade assistencial faz-se necessário desenvolver padrões de equipamentos e insumos, que devem estar disponíveis, bem como consentir diretrizes assistenciais e protocolos terapêuticos bem firmados para garantia da segurança operacional que seja efetiva para a defesa da vida.

Para a produção dessas capacidades técnicas, será importante a articulação entre a proposta de implantação do modelo com a implementação dos Pólos de Educação Permanente, inserindo nestes a área de internação domiciliar.

Tendo em vista uma capacidade estimada de atendimento simultâneo de 30 internações por equipe, com média de permanência em internação domiciliar de 30 dias, poderia ser estimado o atendimento médio de 360 pessoas por ano. Em cálculos extremamente iniciais, estima-se uma ocorrência de incapacidade funcional importante em 230 pessoas por 100.000 habitantes, o que corroboraria a proposição inicial de financiamento de uma equipe para esta base populacional.

A capacidade pode ser potencializada com a inclusão de um maior número de profissionais de enfermagem, o que possibilita, dentro do plano terapêutico considerando a intensidade de cuidados e a intervenção exigida, ampliar a inclusão de pessoas sob cuidado da equipe.

Essa estimativa é apenas uma referência, pois para avaliar capacidade, é importante considerar o objeto da intervenção definido loco-regionalmente, bem como as condições de acesso.

Para tanto, os municípios da Região Centro Sul Fluminense deverão elaborar o projeto de implantação da Internação Domiciliar, de acordo com a Portaria MS nº 2.519 de 19 de outubro de 2006, que Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS, e seus anexos I e II, podendo a Região Centro-Sul Fluminense implantar 3 Equipes de Internação Domiciliar vinculadas aos Hospitais Gerais existentes no território loco - regional.

14. UNIDADES DE ATENÇÃO PRÉ-HOSPITALAR PLEITEADAS E HOSPITAIS DE RETAGUARDA

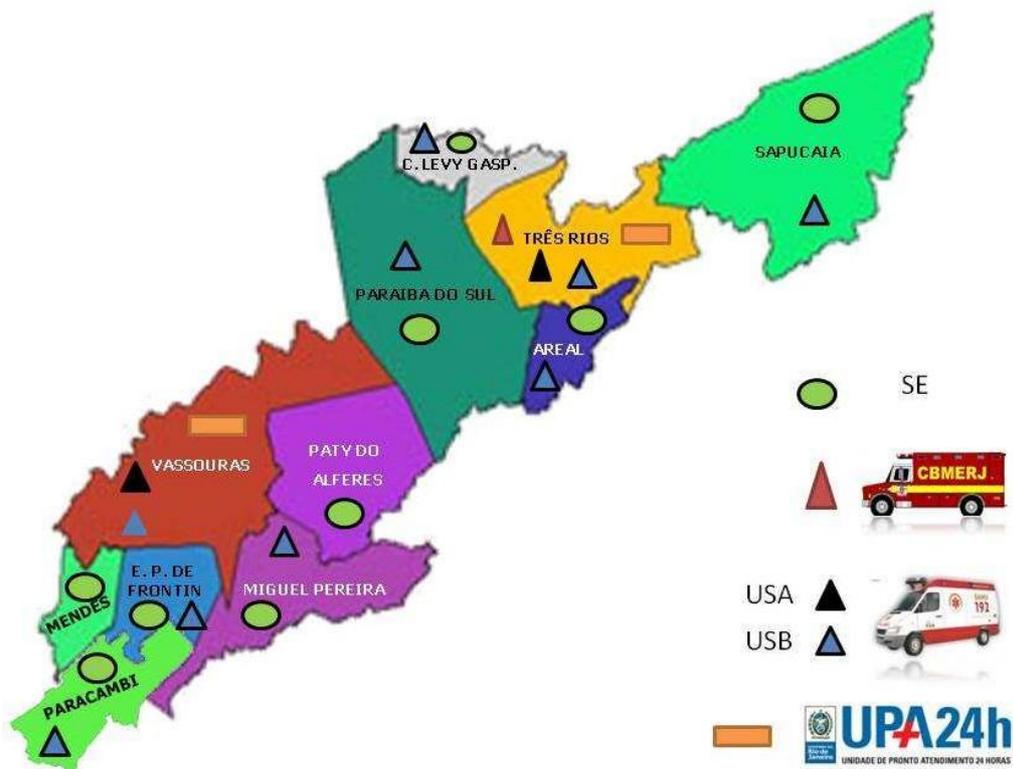
Quadro 26: Unidades pleiteadas

Municípios	População*	CRM	USB	USA	UPA	SE	Unidades Hospitalares
Areal	11.421		1			1	Hospital Municipal de Areal
Com. Levy Gasparian	8.138		1			1	Policlínica Euclides Dantas Werneck
Eng. Paulo de Frontim	13.239		1			1	Hospital Nelson Salles
Mendes	17.940					1	Hospital Santa Maria
Miguel Pereira	24.647		1			1	Hospital Santo Antonio da Estiva
Paraíba do Sul	41.679		1			1	Hospital Nossa Senhora da Piedade
Paracambi	47.074		1			1	Hospital Municipal Dr. Adalberto da Graça
Paty do Alferes	26.381					1	Hospital Santo Antonio da Estiva
Sapucaia	17.504		1			1	Pronto Socorro Municipal de Sapucaia
Três Rios	77.503	1	1	1		-	Hospital de Clínicas Nossa Senhora da Conceição
Vassouras	34.439		1	1	1	-	Hospital Universitário Sul-Fluminense

*Fonte: IBGE, Censo 2010 –

Legenda: CRM: Central de Regulação Médica; USB: Unidade Suporte Básico de Vida; USA: Unidade Suporte Avançado de Vida; UPA: Unidade de Pronto Atendimento e SE: Sala de Estabilização

Região Centro-Sul Fluminense Mapa Geográfico de Urgência e Emergência com SAMU



No projeto inicial elaborado pelo CIS CS, o município de Comendador Levy Gasparian, não havia sido contemplado por uma unidade móvel do tipo básica, porém, na reunião ordinária do CGR CS do dia 03 de março de 2011, o Secretário de Saúde de Comendador Levy Gasparian pleiteou uma unidade para seu município, que levado a plenária foi aprovado pelos componentes daquele colegiado.

Tal reivindicação é justa, uma vez que a unidade móvel de Três Rios, que iria cobrir o município de Comendador Levy Gasparian, fica a uma distância de 10 km, sendo que neste município encontra-se uma área rural considerável e com uma distância aproximada de 50 km do município de referência. Assim, uma Unidade Básica de Saúde Móvel em Comendador Levy Gasparian irá contribuir significativamente para a atenção integral a saúde daqueles munícipes.

15. MUNICÍPIOS DE REFERÊNCIA PARA MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE (KM E TEMPO ESTIMADO)

Quadro 27: Referência para média e alta complexidade

	MUNICÍPIO	*KM	**T. E.	UNIDADE SAÚDE	CRM TRÊS RIOS	UBS/UAS
TRÊS RIOS	Areal	25 KM	0h17m	HOSPITAL DE CLÍNICAS NOSSA SENHORA DA CONCEICÃO – TRÊS RIOS	25 KM	UBS
	Comendador Levy Gasparian	10 KM	0h10m		10 KM	
	Sapucaia	43 KM	0h36m		43 KM	UBS
	Três Rios	-----	-----		-----	UBS/UAS A
	Paraíba do Sul	11 KM	0h11m	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA PIEDADE – PARAÍBA DOS SUL	11 KM	UBS
	-----	-----				
VASSOURAS	Engº Paulo de Frontin	27 KM	0h16m	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SUL FLUMINENSE – VASSOURAS	88 KM	UBS
	Mendes	20 KM	0h13m		80 KM	
	Miguel Pereira	34 KM	0h22m		65 KM	UBS
	Paracambi	36 KM	0h24m		97 KM	
	Paty do Alferes	39 KM	0h21m		57 KM	

*GUIA RODOVIÁRIO – GUIA QUATRO RODAS - FONTE: <http://mapas.viajeaqui.abril.com.br/guiarodoviario/mapa.aspx>

**ABCR (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CONCESSIONÁRIAS DE RODOVIAS - FONTE: <http://www.abcr.org.br/geode/index.php?uf2=RJ&des=6561&uf1=RJ&po=1&ori=6370>

TE: Tempo Estimado

CRM: Central de Regulação Médica

16.A REGULÇÃO ASSISTENCIAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

O grande e atual desafio da Gestão tripartite do SUS é a implementação das ações de regulação da saúde, instituída por força da Legislação que conforma o Sistema.

O termo Regulação, aplicado ao setor saúde no País, tem diversos significados, concepções e práticas.

Regular tem como significados: sujeitar as regras, dirigir, regradar, encaminhar conforme a lei, esclarecer e facilitar por meio de disposições, regulamentar, estabelecer regras para, regularizar, estabelecer ordem ou parcimônia em acertar, ajustar, conter, moderar, reprimir, conformar, aferir, confrontar, comparar, dentre outros.

A NOAS/SUS 01-2002 disseminou o conceito de regulação como sinônimo de regulação do acesso dos usuários aos serviços de saúde. Uma concepção restrita de regulação, portanto induzindo a iniciativa de controle do acesso, de adequação à oferta. O escopo da regulação é entendido ainda na NOAS 01/02, como a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada às necessidades do cidadão de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada.

O Pacto pela Saúde consolida e aprofunda o processo de descentralização e resgata a importância da diretriz da Regionalização como estratégia de organização dos serviços, de construção da equidade e de busca da integralidade. A Regionalização é uma diretriz do SUS e um eixo estruturante do Pacto de Gestão, devendo orientar o processo de descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores.

Os principais instrumentos de planejamento da Regionalização são o Plano Diretor de Regionalização – PDR, o Plano Diretor de Investimento – PDI e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde – PPI.

O PDR deverá expressar o desenho final do processo de identificação e reconhecimento das regiões de saúde, em suas diferentes formas, em cada estado e no Distrito Federal, objetivando a garantia do acesso, a promoção da equidade, a

garantia da integralidade da atenção, a qualificação do processo de descentralização e a racionalização de gastos e otimização de recursos.

Para auxiliar na função de coordenação do processo de regionalização, o PDR deverá conter os desenhos das redes regionalizadas de atenção à saúde, organizadas dentro dos territórios das regiões e macrorregiões de saúde, em articulação com o processo da Programação Pactuada Integrada.

O PDI deve expressar os recursos de investimentos para atender as necessidades pactuadas no processo de planejamento regional e estadual. No âmbito regional deve refletir as necessidades para se alcançar a suficiência na atenção básica e parte da média complexidade da assistência, conforme desenho regional e na macrorregião no que se refere à alta complexidade. Deve contemplar também as necessidades da área da vigilância em saúde e ser desenvolvido de forma articulada com o processo da PPI e do PDR.

Em conformidade com este processo, de descentralização e aprimoramento da gestão do SUS foi implementada a da Política Nacional de Regulação em todas as unidades federadas.

A Política Nacional de Regulação, implementada através da Portaria MS/GM 1559 de 01/08/2007, observa as estratégias de fortalecimento da gestão do SUS e deverá ser implementada observados os instrumentos de planejamento regionalizados da gestão do SUS.

A implementação de ações de regulação de saúde no SUS, demandam, preliminarmente, um diagnóstico da situação da saúde no território que identifique padrões de morbi-mortalidade prevalente, a capacidade instalada existente, pública e privada contratada, e a existência de mecanismos, mesmo que incipientes, de regulação da saúde naquele território sanitário.

A Regulação da Saúde no SUS é entendida como atributo da gestão do SUS, indispensável para a garantia da universalidade do acesso e integralidade do cuidado, ofertados em redes regionalizadas, hierarquizadas e pactuadas que forneçam um contínuo de cuidados promocionais, preventivos, curativos e reabilitadores ao usuário/cidadão brasileiro. .

A Regulação de Sistemas de Saúde tem como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macro-

diretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas. É efetivada pelos atos de regulamentação, controle e avaliação de sistemas de saúde, regulação da atenção à saúde e auditoria sobre sistemas e de gestão

A Regulação da Atenção à Saúde é exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde; tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo estratégias e macrodiretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde, também denominada de Regulação Assistencial e controle da oferta de serviços executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS. A Regulação da Atenção à Saúde é efetivada pela contratação de serviços de saúde, controle e avaliação de serviços e da produção assistencial, regulação do acesso à assistência e auditoria assistencial

Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização. A Regulação do Acesso à Assistência é efetivada pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão por meio de atendimentos às urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários, abrangendo:

I - regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências;

II - controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados;

III - padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais; e

IV - o estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual

São princípios orientadores do processo de regulação:

- Cada prestador responde apenas a um gestor;
- A regulação dos prestadores de serviços deve ser preferencialmente do município conforme desenho da rede da assistência pactuada na CIB, observado o Termo de

A regulação das referencias intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização e do desenho das redes.

A área técnica da regulação do acesso será estabelecida mediante estruturas denominadas **Complexos Reguladores**, formados por unidades operacionais denominadas centrais de regulação, preferencialmente, descentralizadas e com um nível central de coordenação e integração.

O Complexo Regulador é a estrutura que operacionaliza as ações da regulação do acesso, podendo ter abrangência e estrutura **pactuadas entre gestores**, conforme os seguintes modelos:

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

II - Complexo Regulador Regional:

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

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

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

O Complexo Regulador será organizado em:

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

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

III - Central de Regulação de Urgências: regula o atendimento pré-hospitalar de urgência e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência.

A Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade - CERAC será integrada às centrais de regulação de consultas e exames e internações hospitalares.

As Centrais de Regulação consistem em estruturas de operacionalização da regulação do acesso assistencial, incluindo marcação de consultas, exames, internação, atendimento pré-hospitalar, urgência e emergência, etc.

O escopo de atuação das Centrais de Regulação deve contemplar os procedimentos assistenciais eletivos e de urgência e emergência.

As centrais de regulação devem atuar de forma articulada, constituindo os complexos reguladores. Estes, devem ser implementados de acordo com os

Planos Diretores de Regionalização e os desenhos de rede, de serviços, estabelecendo os mecanismos de referência e contra-referência para a atenção especializada ambulatorial, a atenção pré – hospitalar móvel e fixa, a atenção às urgências e emergências e a atenção hospitalar. Podem ter abrangência municipal, micro ou macrorregional, estadual ou nacional, devendo essa abrangência e respectiva gestão ser pactuada em processos democráticos e solidários entre as três esferas de gestão do SUS e em conformidade com as diretrizes estabelecidas pelas Portarias Ministeriais nº 399 /2006 e 1599/2008.

As Centrais de Regulação deverão utilizar os instrumentos abaixo relacionados, dependendo de sua complexidade:

- **Protocolos Clínicos**

Instrumento normativo do processo de atenção à saúde que visa garantir a alocação dos recursos terapêuticos e propedêuticos mais adequados a cada situação clínica considerada e devem ser elaborados a partir da colaboração da comunidade acadêmica, do corpo técnico da Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde, Ministério da Saúde, dos conselhos profissionais e outras fontes. Ex.: protocolo clínico para manejo e tratamento de diabetes e hipertensão arterial; protocolos clínicos para a atenção ao pré-natal, parto e nascimento e outros.

- **Protocolos operacionais**

Visam orientar as referências, a partir das quais, os gestores farão as adequações às situações específicas, em termos de prioridades, recursos disponíveis, quadro epidemiológico. Os protocolos deverão ser pactuados entre os gestores, formalizados e implementados nas unidades de saúde e nas comissões autorizadoras. Ex.: a sistematização dos mecanismos de referência e contra-referência da clientela; a utilização racional dos recursos de diagnose e terapia disponíveis.

- **Comissões autorizadoras**

Organiza os processos autorizativos dos procedimentos especializados, de alto custo/complexidade, ambulatoriais e hospitalares, que exigem uma análise clínica mais detalhada, subsidiada, quando necessário, pelos protocolos clínicos existentes.

- **Indicadores e parâmetros assistenciais de cobertura e produtividade**

Padrões e medidas norteadoras do planejamento, programação, controle, regulação e avaliação assistencial, adequados à realidade local e definidos pelo gestor com base em parâmetros nacionais, estaduais e municipais. A macro-estratégia de implementação da regulação no SUS.

Implementar as ações de regulação em um sistema de saúde requer um diagnóstico apurado dos processos e fluxos ligados à assistência à saúde, às ações de controle e avaliação. Na atenção básica o foco está na capacidade de acolher toda a população e atender as suas necessidades assistenciais mínimas, provendo acompanhamento, prevenção e promoção, além de ter um papel importante na resolução de situações de saúde específicas.

Importante frisar, que a implementação das ações e serviços básicos de saúde é responsabilidade primeira dos municípios e tarefa indelegável, cabendo ao estado e união co-financiar e apoiar os municípios .

A média complexidade ambulatorial atua em nível especializado, sendo importante conhecer o corpo médico, sua carga horária e suas escalas de trabalho, bem como mapear os equipamentos para exames e sua capacidade produtiva. Este nível de atenção requer uma estrutura mais robusta para efetivar a regulação, pois não se restringe às referências geográficas, como a atenção básica, já que as diversas unidades de saúde têm capacidade resolutiva e perfis distintos.

É nesse nível também que se iniciam os processos de referência entre municípios, fazendo com que todos os estudos de necessidade e fluxos da assistência lidem com a variabilidade do processo assistencial regional, que gera demandas sobre as quais a regulação nem sempre consegue atuar, por serem originadas fora da área de atuação da gestão do complexo regulador.

A média complexidade também tem a característica de lidar com um grande volume de pacientes, e, em vários casos, é gerado nesse nível de assistência, grande volume de demanda reprimida, necessitando de estudos e ações que impactem diretamente nessa situação. É comum a ação reguladora começar atuando sobre a demanda reprimida, sua organização em filas e seus fluxos de agendamento e priorização.

O maior desafio da regulação da média complexidade ambulatorial **está na gestão das agendas médicas e dos equipamentos**, na estrutura de comunicação com os pacientes, no controle do absenteísmo, na organização do acesso calcada no uso de protocolos e na triagem de necessidade e priorização, na gestão dos fluxos referenciados e na construção de grades de referência e contra-referência.

A desorganização do Sistema força o usuário a se deslocar periodicamente a um serviço de saúde para tentar agendar uma consulta, exame ou cirurgia ambulatorial. Essa prática gera grande demanda na porta das unidades de saúde, causando tumulto, insatisfação e produzindo alto grau de estresse para trabalhadores da saúde e usuários.

A média complexidade ambulatorial tem uma organização voltada para o dimensionamento e controle de cotas, que devem ser distribuídas entre as unidades básicas de saúde e as demais unidades ambulatoriais e hospitalares. Essa distribuição deve atender às necessidades de garantia de apoio ao diagnóstico e terapêuticas necessárias ao cumprimento, pela atenção básica, da programação local, particularmente das ações estratégicas pactuadas entre os gestores e que devem ser implementadas em todas as Unidades Básicas de Saúde, como a atenção aos hipertensos, diabéticos, idosos, saúde mental, dentre outras, incluindo aí ,as ações de saúde do trabalhador.

A regulação da alta complexidade ambulatorial tem características semelhantes à regulação dos exames de média complexidade, contudo tem uma realidade diferenciada, que torna seu processo de trabalho mais simples para o complexo regulador. Inicialmente atua sobre uma quantidade menor de oferta e de demanda, e, conseqüentemente, de prestadores de serviço. O instrumento de controle e autorização consolidado é a Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade – APAC.

A regulação da alta complexidade ambulatorial também se materializa na gestão das agendas e dos fluxos, trabalhando com acesso referenciado. Contudo, deve incorporar com maior freqüência a interação com a regulação das urgências (pré-hospitalar, hospitalar e ambulatorial), e refinar o processo de

controle por meio da APAC. Outra característica da regulação da alta complexidade ambulatorial é, geralmente, não restringir as solicitações por cotas, uma vez que deve haver a avaliação prévia do médico regulador e autorizador em todas as solicitações. A exceção da intervenção reguladora pode ser definida para as urgências, contudo, na alta complexidade, deve haver o rigor necessário no protocolo que caracteriza o atendimento às urgências não reguladas, muito comum nos Pronto Atendimentos e, também muitas vezes falseada para facilitação do acesso desregulado.

Ainda assim, o controle da produção é mais simples de ser efetivado, uma vez que o universo é bem inferior em volume de atendimentos, quando comparado à média complexidade. A identificação do paciente no atendimento também facilita as ações de controle e regulação, e deve ser base para que a produção seja o espelho do que foi regulado e autorizado no complexo regulador. Nesse contexto estão incluídas as terapias de alta complexidade, que tem caráter de continuidade e são essenciais para algumas patologias com alto índice de mortalidade.

Na alta complexidade existe maior oferta de protocolos já validados e a relação entre demanda e oferta se dá, geralmente, com a média complexidade, não tendo como demandante as unidades básicas de saúde. Essa configuração torna a regulação da alta complexidade ambulatorial mais simples de ser implantada e sua viabilidade é bem mais fácil de ser atingida, com significativo impacto no processo assistencial e na organização dos serviços, fluxos e da informação.

É importante frisar que neste nível de atenção concentra-se grande volume de recursos, pois os procedimentos têm custos bastante significativos, e têm grande impacto nos processos de pactuação entre municípios. A Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde dos Estados muitas vezes não propiciam acesso qualificado e oportuno dos usuários aos serviços de saúde de alto custo por deficiências da própria Programação. As razões vão desde a insuficiência de recursos financeiros das três esferas de governo para “alargar” parâmetros assistenciais, até a utilização de séries históricas de atendimento distorcidas que não subsidiam uma Programação Assistencial voltada para o atendimento das necessidades de saúde individuais e coletivas.

Para finalizar, a mais específica das ações de regulação está nas internações hospitalares. Nesse nível co-existem, com a mesma intensidade, a regulação de procedimentos eletivos e de urgência, associada à regulação de leitos, com toda sua dinâmica e rotatividade.

A viabilidade da regulação nesse nível depende muito da capacidade das unidades de internação, as Centrais de Regulação de Leitos, em gerar informação em tempo real. E nesse contexto interagem fortemente a relação de recursos humanos e a efetiva capacidade de gestão e regulação da capacidade instalada contratada.

A atenção hospitalar possui uma gama variada de protocolos, especialmente na atenção às urgências, e sua demanda vem, na maioria dos casos, dos pronto-atendimentos, pronto-socorros e do atendimento pré-hospitalar, efetivado pelo Corpo de Bombeiros ou pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, de Pronto Atendimento - UPA. Essa ação depende de uma boa grade de referência e da ação reguladora integrada entre a urgência e a internação hospitalar. Os ambulatorios de especialidades e a atenção básica também demandam internações hospitalares, e todos devem estar sujeitos a protocolos e à ação reguladora, seja nos casos de urgência ou eletivos.

Os fluxos da internação estão ligados à capacidade instalada de leitos na rede de serviços de saúde e consistem na alocação do leito e na autorização dos procedimentos hospitalares, por meio da Autorização de Internação Hospitalar – AIH. Essa ação é desencadeada pelo laudo para emissão da AIH, que passa pela autorização no complexo regulador, gerando a reserva da vaga.

A rotina da regulação consiste na alocação desses leitos, de acordo com a necessidade de cada paciente, trabalhando as urgências, as prioridades e as internações eletivas, tendo como instrumento fundamental o mapa de leitos, instrumento dinâmico que mostra a situação da ocupação dos leitos em tempo real, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e as respectivas habilitações dos prestadores de serviços.

Outra função da regulação de internações hospitalares é a autorização dos procedimentos, sendo um diferencial o trabalho dos auditores/ supervisores hospitalares, que devem atuar nas próprias unidades de internação, validando mudanças de procedimento, transferências entre clínicas e permanência maior, além de monitorar a adequação e a atualização do mapa de leitos.

Logo, o trabalho da regulação, e sua efetividade, estão condicionados à integração com diversas áreas da gestão, atuando de forma efetiva no controle dos leitos e agendas, dos tetos e cotas, no controle da PPI, subsidiando ações de controle, avaliação, auditoria, planejamento e programação.

A Regulação Assistencial, desta forma, estará viabilizando a real e efetiva hierarquização da rede de serviços de saúde, estará qualificando a gestão e contribuindo para a garantia da integralidade e da equidade da atenção.

Recentemente, a Deliberação CIB-SUS-RJ de nº 1128 de 11 de novembro de 2010 aprovou as diretrizes do Complexo Regulador do Estado do Rio de Janeiro através da implantação das Centrais Municipais de Regulação nos 92 municípios. Nos municípios em que houverem Centrais Regionais Estaduais a regulação se dará em co-gestão, não havendo necessidade de uma nova Central. O município de Três Rios enquadra-se nesta situação, pois sedia a Central de Regulação da Região Centro-Sul Fluminense.

É importante frisar que o Projeto para implantação de um Complexo Regulador no município foi aprovado pela Coordenação Geral de Regulação e Avaliação (CGRA), órgão do Ministério da Saúde e estamos aguardando a liberação dos recursos.

A Resolução SES-RJ nº 2.102/2003 definiu a missão da Rede de Centrais de Regulação como estratégia do Estado de “agilizar e qualificar o fluxo de acesso do cidadão aos serviços e ações de alta e média complexidade em saúde, de forma organizada colocando-se o serviço do direito à saúde.

Hoje, a Central de Regulação do Estado da SES-RJ regula apenas os fluxos de acesso de Gestantes de risco, UTIs, Terapia Renal Substitutiva, Doenças Infecto-parasitárias, Procedimentos Cardiovasculares de Alta Complexidade e

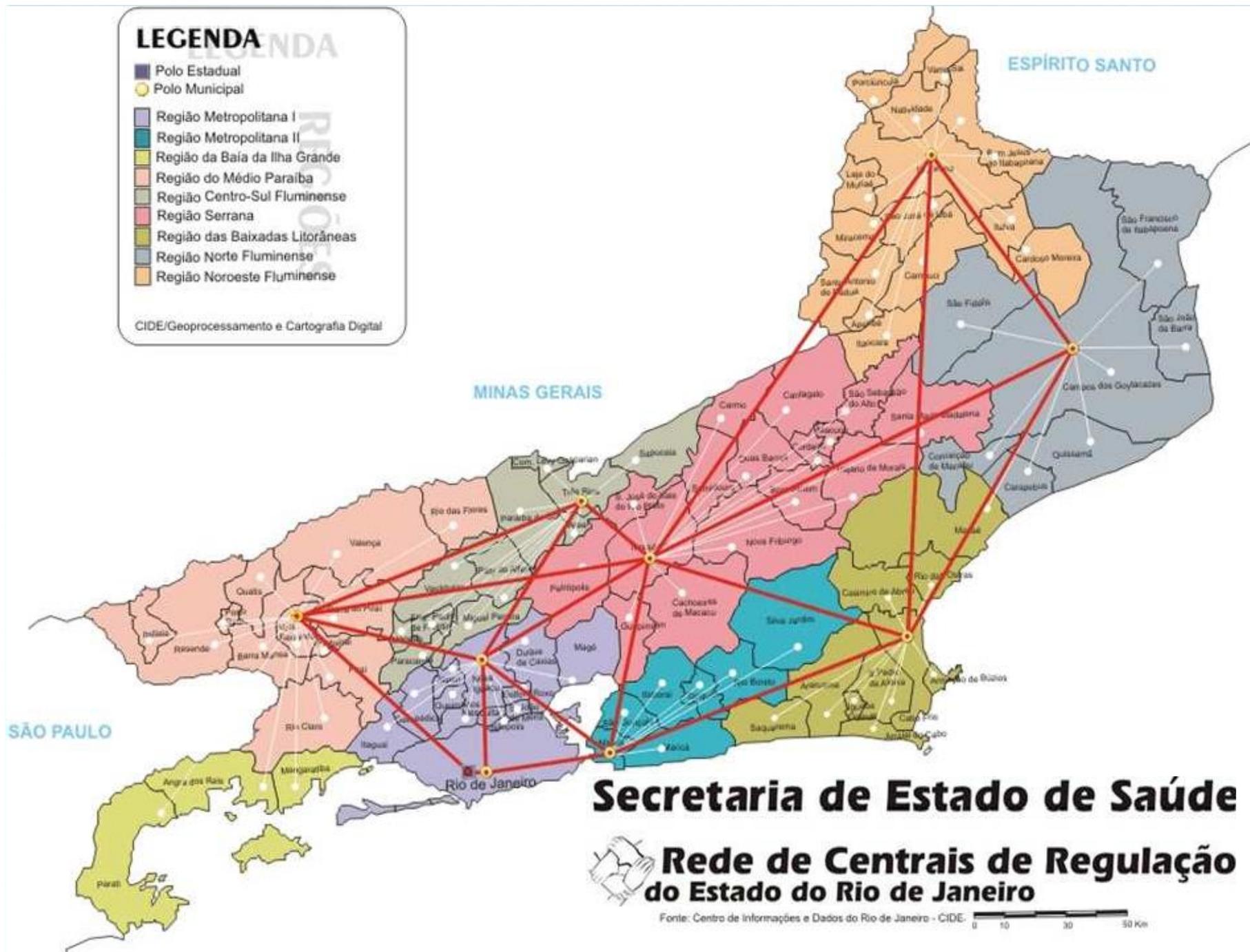
Saúde Mental. A implantação das Centrais de Regulação iniciou-se no ano de 1999 e a Central da Região Centro-Sul Fluminense foi inaugurada em 2002. Existem 9 Centrais Regionais e 01 Estadual conforme discriminado abaixo:

LEGENDA

- Polo Estadual
- Polo Municipal

- Região Metropolitana I
- Região Metropolitana II
- Região da Baía da Ilha Grande
- Região do Médio Paraíba
- Região Centro-Sul Fluminense
- Região Serrana
- Região das Baixadas Litorâneas
- Região Norte Fluminense
- Região Noroeste Fluminense

CIDE/Geoprocessamento e Cartografia Digital



Cabe ressaltar que no Município do Rio de Janeiro está em funcionamento duas Centrais de Regulação - uma sob gestão da SESDEC (a Central Estadual de Regulação já citada) e outra sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RIO), que atua de forma independente do complexo regulador estadual.

Alem destas dez Centrais, o Estado do Rio de Janeiro dispõe também da Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade (CERAC/RJ), que interage diretamente com a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC) no atendimento ao paciente que necessita de procedimento inexistente ou insuficiente no Estado. As informações tramitam integralmente em meio informatizado, contemplando desde o cadastro do paciente até o seu deslocamento e realização do procedimento no Estado executante (MS – Manual de Orientação CNRAC, Maio de 2006).

17. REDES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE DO RJ

17.1. Hemoterapia (DELIBERAÇÃO CIB-RJ Nº 855 DE 11 DE FEVEREIRO DE 2010)

HEMORREDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Município	Tipo de Serviço de Hemoterapia	Município de Contra-referência	Serviço de Hemoterapia
Paracambi	Núcleo de Hemoterapia	Paracambi	NH de Paracambi-HM Adalberto da Graça
Vassouras	Hemocentro Regional	Vassouras	HR de Vassouras-HUSF
		Areal	
		Barra do Piraí	AT Casa de Caridade Santa Rita
		Levy Gasparian	
		Paulo de Frontin	
		Mendes	
		Miguel Pereira	AT de Miguel Pereira
		Paty dos Alfêres	
		Paraíba do Sul	AT-Nª Sra. Da Piedade
		Três Rios	
	Sapucaia		

17.2. Oncologia (DELIBERAÇÃO CIB-RJ N° 856 DE 03 DE MARÇO DE 2010):

Região	Município	Cirurgia	Cirurgia CCP	Quimioterapia	Radioterapia	Hematologia	Pediatria
CENTRO-SUL	Paty dos Alferes	Vassouras	Rio de Janeiro	Vassouras	Volta Redonda	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
	Miguel Pereira						
	Vassouras						
	Paulo de Frontin						
	Mendes						
	Paracambi						
SUL	Sapucaia	Vassouras	Rio de Janeiro	Vassouras	Volta Redonda	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
	Três Rios						
	Areal						
	Levy Gasparian						
	Paraíba do Sul						

17.3. Saúde Auditiva (DELIBERAÇÃO CIB-RJ N° 857 DE 03 DE MARÇO DE 2010)

Região	Município	Referência Média Complexidade		Referência Alta Complexidade	
Centro-Sul	Todos	Barra Mansa	Santa Casa de Barra Mansa	Barra Mansa	Santa Casa de Barra Mansa

17.4. Cardiovascular (DELIBERAÇÃO CIB-RJ N° 859 DE 03 DE MARÇO DE 2010)

Região	Município	Cir. Cardiovasc.	Cir. Card. Pediátrica	Cir. Vascular	Cardio. Intervencionista	Cirur. Endovasc	Eletrofisiologia
Centro-Sul	Todos	Vassouras	RJ	Vassouras	Vassouras	Barra Mansa	RJ

17.5. Rede de Ortopedia de Média Complexidade (DELIBERAÇÃO CIB-RJ N°1258 DE 15 DE ABRIL DE 2011)

Referências da Rede de Traumatologia e Ortopedia de MC		
Região	Município de Referência	Município Referenciado
Centro-Sul	Miguel Pereira	Miguel Pereira, Paty dos Alferes e Paulo de Frontin
	Três Rios	Três Rios, Areal Levy Gasparian, Paraíba do Sul e Sapucaia
	Vassouras	Vassouras, Paracambi e Mendes

17.6. Rede de Alta Complexidade de Neurocirurgia(Deliberação CIB-RJ Nº 0260 de 15 de maio de 2007)

Região	Município	Razão Social	CNES
Centro-Sul: Três Rios, Areal, Levy Gasparian, Paraíba do Sul e Sapucaia	Três Rios	Hospital de Clínicas Nossa Senhora da Conceição	2294923
Centro-Sul: Miguel Pereira, Paty dos Alfereis e Paulo de Frontin, Vassouras, Paracambi e Mendes + Japeri e Seropédica	Vassouras	HU Sul Fluminense – Universidade Severino Sombra	2273748

17.7. Rede Estadual em Traumatologia Ortopedia(Deliberação CIB-RJ nº 0294 de 10 de julho de 2007)

Região	Município	Razão Social	CNES	Coluna	Cint.escap, braço, cotovelo;	Antebraço, Punho, Mão	Cint. Pélvica, Quadril	Coxa, Joelho	Perna, Tornozelo, Pé	T.O Urgência
Baia da Ilha Grande	Angra dos Reis	Hospital e Maternidade Codrato de Vilhena	2280868							X
Baixada Litorânea	Araruama	Hospital Regional de Araruama	2696932							X
Centro Sul	Três Rios	Associação Congregação Santa Catarina	2294923	X	X	X	X	X	X	X
	Vassouras	Fundação Educacional Severino Sombra	2273748							X

17.8. Rede de Atenção em Alta Complexidade de Traumatologia Ortopedia (DELIBERAÇÃO CIB-RJ Nº 561 DE 13 DE NOVEMBRO DE 2008)

REDE ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM TRÁUMATO-ORTOPEDIA

REGIÃO	MUNICÍPIO	ESTABELECIMENTOS	CNES	HABILITAÇÃO
Baixada Litorânea	Cabo Frio	H. Santa Izabel	2278286	STO, STOU
Centro Sul	Três Rios	H. Clínicas N. S. da Conceição	2294923	STO, STOU
	Vassouras	H.U. Severino Sombra	2273748	STO, STOU

STO: Serviço de Traumatologia e Ortopedia – deve prestar assistência integral e especializada a pacientes com doenças do Sistema músculo-esquelético.

STOU: Serviço de Traumatologia e Ortopedia de Urgência – deve prestar assistência especializada de urgência a crianças, adolescentes e adultos com doenças do Sistema músculo-esquelético.

18. FINANCIAMENTO

O gasto público em Saúde no Brasil representa 49% do total dos gastos totais em saúde, representando 3,6 % do Produto Interno Bruto. A aplicação de recursos das esferas de governo está configurada da seguinte forma: União: 47%; Estados: 26% e Municípios: 27%, totalizando, conforme SIOPS 2007, R\$ 94,4 bilhões, para a cobertura de 80% da população brasileira. Tais recursos divididos pela população potencialmente usuária representa um percapita de R\$1,4 habitante/dia.

A Organização Mundial de Saúde sugere que os gastos públicos em saúde sejam de aproximadamente 70% dos gastos totais em saúde, situação longe de ser alcançada em nosso país.

Os gastos privados correspondem a 51% dos gastos totais em saúde no país, com participação de R\$ 98,4 bilhões, para a cobertura de aproximadamente 20% da população brasileira (Agência Nacional de Saúde Suplementar).

A soma dos gastos públicos e privados consomem 7,4% do PIB brasileiro (SIOPS/2007).

Até o ano de 2000, não existia a regulamentação legal que determinasse o percentual de recursos orçamentários das três esferas de governo para o cofinanciamento do sistema de saúde. Com a promulgação da EC 29/2000, o setor saúde passa a ter recursos legais vinculados para aplicação nas ações e serviços de saúde, da seguinte forma:

União – orçamento empenhado e executado do ano anterior mais crescimento nominal do PIB.

Estados – 12% das receitas vinculáveis para o cálculo do percentual com gastos em saúde (doze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 CF e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; e" (AC) – extraído texto EC 29).

Municípios – 15% das receitas vinculáveis para o cálculo do percentual com gastos em saúde. (quinze por cento do produto da arrecadação dos

impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea *b* e § 3º." (AC) – extraído texto EC 29)

Conforme SIOPS 2007, sete (07) estados brasileiros não cumpriram o preconizado pela EC 29 e 5.165 municípios brasileiros extrapolam em mais de 30% o mínimo estabelecido pela lei maior. Este fato tem sobrecarregado os municípios, que entre 2000 e 2007, tiveram crescimento do gasto com saúde na ordem de 265%.

Em estudos realizados e divulgados por Gilson Carvalho (www.ibisa.org.br), em seu artigo “Financiamento do Direito à Saúde”, conforme quadro copiado abaixo, a ampliação do orçamento do MS no período de 2001 a 2009, se deu da seguinte forma:

Crescimento 2001 – 2009 (R\$ BI)			
Itens	2001	2009	Plus %
Ambulatorial/Hospitalar	10, 898	23, 063	112%
Atenção Básica	1, 790	3, 400	90%
Medicamentos Excepcionais	0, 450	2, 320	416%
Total	13, 138	28, 783	119%

Fonte: Orçamentos Ministério da Saúde

Obs.: Correção IGPM = 111%; INPC = 79%; Poupança + 95%; SELIC 246%.

A análise que pode ser identificada é que os serviços de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar e de medicamentos excepcionais de alto custo consumiram grande parte do incremento das novas receitas, demonstrando uma incompatibilidade do gasto com a necessária mudança do modelo de atenção, que tem, na atenção primária, o eixo estruturante.

A elaboração deste Plano Regional de Atenção Integral às Urgências e Emergências quanto ao aspecto orçamentário/ financeiro deve guardar compatibilidade com o Plano Plurianual – PPA dos municípios envolvidos nos exercícios de 2010 A 2013.

Um dos objetivos da programação orçamentária/ financeira é integrar o processo geral de planejamento das três esferas de governo de forma ascendente, neste sentido, os créditos orçamentários aprovados para o período devem considerar as fontes de financiamento dos governos federal, estadual e municipal, como forma de subsidiar o trabalho interno e externo, de controle e auditoria (Portaria GM 3.176, de 24 de dezembro de 2008) e ainda para facilitar

a comprovação da aplicação dos recursos repassados pelo Fundo Nacional de Saúde ao Município (Portaria GM 204, de 29 de janeiro de 2007), e os recursos estaduais e de convênios transferidos.

Ainda, atendendo à legislação do SUS e considerando a obrigatoriedade de se definir os recursos orçamentários necessários ao cumprimento das ações propostas para viabilizar a política de saúde, os programas de trabalho no orçamento municipal das Secretarias Municipais de Saúde, devem ser agrupados por blocos, a saber:

- Gestão do SUS
- Assistência Farmacêutica
- Atenção Básica
- Média e Alta Complexidade
- Vigilância em Saúde
- Investimento na Rede de Serviços de Saúde.

A Portaria MS/GM nº 698 de 30 de março de 2006 definiu que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica do SUS.

A Portaria MS/GM nº 2922 /2008 estabeleceu 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.

A Portaria procura fortalecer por meio da implementação de Redes de Atenção Integral às Urgências, através da implantação/adequação de Unidades de Pronto Atendimento – UPA – e Salas de Estabilização – SE – em locais/unidades estratégicas para a configuração dessas redes, em conformidade com as diretrizes da Política Nacional de Atenção às Urgências, em Municípios/regiões de todo território brasileiro vinculados ao SAMU 192 implantado e habilitado e em consonância com as orientações gerais, diretrizes e parâmetros previstos na Portaria e em seu Anexo, tendo como complemento o Caderno de Orientações Técnicas da Urgência e Emergência.

	Unidades Móveis Pleiteadas	Repasse Mensal MS (50%)	Repasse Anual MS	Repasse Mensal Estado (25%)	Repasse Anual Estado	Repasse Mensal Município (25%)	Repasse Anual Município	Repasse Total Mensal MS/Estado/Município (100%)	Repasse Total Anual MS/Estado/Município (100%)
Unidade Suporte Básico de Vida (USB)	07	87.500,00	1.050.000,00	43.750,00	525.000,00	43.750,00	525.000,00	175.000,00	2.100.000,00
Unidade Suporte Avançado de Vida (USA)	02	55.000,00	660.000,00	27.500,00	330.000,00	27.500,00	330.000,00	110.000,00	1.320.000,00
Central de Regulação Médica (CRM)	01	30.000,00	360.000,00	15.000,00	180.000,00	15.000,00	180.000,00	60.000,00	720.000,00
Total		172.500,00	2.070.000,00	86.250,00	1.035.000,00	86.250,00	1.035.000,00	345.000,00	4.140.000,00

Fonte: Elaborado com base nas Portarias GM 1864 de 29/09/2003; 1828 de 02/09/2004; e 2970 de 08/12/2008.

Municípios Sede da Unidade de Suporte Básica ou Avançada – SAMU-192	Unidade Suporte Básica (USB) ou Avançada (USA) e Central Regulação Médica (CRM)	Valor Mensal a ser repassado pelo MS (50%)	Valor Anual a ser repassado pelo MS	Valor Mensal a ser repassado pelo Estado (25%)	Valor Anual a ser repassado pelo Estado	Valor Mensal a ser repassado pelo Município (25%)	Valor Anual a ser repassado pelo Município	Valor Total Mensal Repassado – MS/Estado/Município (100%)	Valor Total Anual Repassado – MS/Estado/Município (100%)
Areal	01 USB	12.500,00	150.000,00	6.250,00	75.000,00	6.250,00	75.000,00	25.000,00	300.000,00
Eng.Frontin	01 USB	12.500,00	150.000,00	6.250,00	75.000,00	6.250,00	75.000,00	25.000,00	300.000,00
Miguel Pereira	01 USB	12.500,00	150.000,00	6.250,00	75.000,00	6.250,00	75.000,00	25.000,00	300.000,00
Paraíba do Sul	01 USB	12.500,00	150.000,00	6.250,00	75.000,00	6.250,00	75.000,00	25.000,00	300.000,00
Sapucaia	01 USB	12.500,00	150.000,00	6.250,00	75.000,00	6.250,00	75.000,00	25.000,00	300.000,00
Três Rios	01 USB	12.500,00	150.000,00	6.250,00	75.000,00	6.250,00	75.000,00	25.000,00	300.000,00
	01 USA	27.500,00	330.000,00	13.750,00	165.000,00	13.750,00	165.000,00	55.000,00	660.000,00
	01 CRM	30.000,00	360.000,00	15.000,00	180.000,00	15.000,00	180.000,00	60.000,00	720.000,00
	Total	70.000,00	840.000,00	35.000,00	420.000,00	35.000,00	420.000,00	140.000,00	1.680.000,00
Vassouras	01 USB	12.500,00	150.000,00	6.250,00	75.000,00	6.250,00	75.000,00	25.000,00	300.000,00
	01 USA	27.500,00	330.000,00	13.750,00	165.000,00	13.750,00	165.000,00	55.000,00	660.000,00
	Total	40.000,00	480.000,00	20.000,00	240.000,00	20.000,00	240.000,00	80.000,00	960.000,00
Total		172.500,00	2.070.000,00	86.250,00	1.035.000,00	86.250,00	1.035.000,00	345.000,00	4.140.000,00

Fonte: Elaborado com base nas Portarias GM 1864 de 29/09/2003; 1828 de 02/09/2004; e 2970 de 08/12/2008.

19. GESTÃO E CONTROLE SOCIAL

As Secretarias Municipais de Saúde deverão constituir e coordenar Comitês Gestores Municipais do Sistema de Atenção às Urgências, garantindo a adequada articulação entre os entes gestores e os executores das ações. Da mesma forma, as Secretarias Estaduais de Saúde deverão constituir e coordenar os Comitês Gestores Estaduais e os Comitês Gestores Regionais do Sistema de Atenção às Urgências;

Os Comitês Gestores do Sistema de Atenção às Urgências representarão o espaço formal de discussão e implementação das correções necessárias à permanente adequação do sistema de atenção integral às urgências, dentro das diretrizes estabelecidas pelos Planos de Atenção às Urgências, em suas instâncias de representação institucional. Permitirão que os atores envolvidos diretamente na estruturação da atenção às urgências possam discutir, avaliar e pactuar as diretrizes e ações prioritárias, subordinadas às estruturas de pactuação do SUS nos seus vários níveis;

Os Comitês Gestores deverão subordinar-se aos órgãos colegiados de gestão do SUS da esfera de governo correspondente e ao controle social, devendo ainda, contar em sua composição com representantes dos Conselhos de Saúde correspondentes. A Resolução SESDEC nº 818 de 04 de Setembro de 2009 criou o Comitê Gestor de Atenção às Urgências do Estado Do Rio De Janeiro, estabelecendo ainda um prazo de 60 dias, a partir da publicação desta Resolução, para os Colegiados de Gestão Regionais organizarem os Comitês Gestores Regionais de Atenção às Urgências de acordo com as particularidades de cada região. Caberá às Câmaras Técnicas dos CGRs a avaliação e a classificação das unidades de saúde com vistas a fundamentarem o desenho das redes regionais.

A Deliberação CIB-RJ Nº 873 de 30 de março de 2010, instituiu o Comitê Gestor de Atenção às Urgências da Região Centro Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro que está subordinado ao Colegiado Gestor Regional Centro Sul.

20. PROGRAMAÇÃO ANUAL DA ATENÇÃO INTEGRAL AS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

O processo de Programação da atenção à saúde e alocação de recursos da assistência à saúde que deve ser realizado pelos estados e municípios brasileiros. Envolve a definição, a negociação e a formalização de pactos entre os gestores, com o objetivo de estabelecer, de forma transparente, os fluxos assistenciais das redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços, bem como os limites financeiros destinados a cada município, explicitando as parcelas destinadas à assistência da população e as referências recebidas de outros municípios.

É, portanto, uma etapa do planejamento em Saúde que agrega funções de alocação de recursos e reorganização das redes de atenção, concretizando as diretrizes e prioridades expressas nos processos e instrumentos gerais de planejamento, tais como: planos de saúde, planos plurianuais de saúde e outros. Embora até o momento a PPI tenha se restringido a recursos federais de custeio, pretende-se que passe a englobar recursos próprios dos estados e dos municípios.

A Portaria nº 1.097 de 22 de maio de 2006, definiu que o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde, e estabeleceu que o Ministério da Saúde publicaria Portaria específica com a definição de novos parâmetros assistenciais, o que ainda não ocorreu.

Desta forma, a referência que se tem para a Programação da Assistência à Saúde no âmbito do SUS continua sendo a Portaria MS/GM nº 1101/2002 que estabeleceu os Parâmetros Assistenciais no SUS.

Os referidos parâmetros representam recomendações técnicas ideais, constituindo-se em referências para orientar os gestores do SUS dos três níveis de governo no planejamento, programação e priorização das ações de saúde a serem desenvolvidas, podendo sofrer adequações regionais e/ou locais de acordo com realidades epidemiológicas e financeiras.

A Programação da Atenção às Urgências e Emergências ambulatoriais é orientada pelos parâmetros para o cálculo das consultas médicas e atendimentos odontológicos sobre a população, assim definido na Portaria:

DESCRIÇÃO DAS AÇÕES	PARÂMETROS	GRUPOS/ TAB/ SAI/ SUS
CONSULTAS MÉDICAS (TOTAL)	2 a 3 por hab./ ano	Parte dos Grupos - 2 e 7
ATENDIMENTOS ODONTOLÓGICOS	0,5 a 2 por hab./ ano	Grupos – 3 e 10

O total de consultas medicas, divide-se em:

- Consultas Básicas de Urgência – 12% do total de consultas programadas.
- Consultas de Urgência Pré Hospitalar e Trauma – 3% do total de consultas programadas.
- Consultas Médica Básicas – 63% do total de consultas programadas(arredondado).
- Consultas Médicas Especializadas – 22% do total de consultas programadas (arredondado).

Com relação a Atenção de Urgência e Emergência Hospitalar , os Parâmetros de necessidade estabelecidos , estimou-se que de 7% a 9% da população teria necessidade de internações hospitalares durante o ano, em determinada região , sendo que estas internações podem ser eletivas ou de urgência e emergência (caráter 5).

A análise da produção de consultas e internações eletivas e de urgência e emergência evidenciam o Modelo de Atenção à Saúde hegemônico em dado território, pois uma grande produção de procedimentos de urgência e emergência demonstra a fragmentação do cuidado e insuficiência da Rede Básica e das ações de promoção da saúde.

PARÂMETROS DE CONSULTAS MÉDICAS

Portaria GM nº 1101 de 12 de junho de 2002

Município	População IBGE 2010	Total de consultas médicas programadas		Consulta básica de urgência (12%)		Consulta de Urgência Pré- hospitalar e Trauma (3%)		Consulta médica básica (63%)		Consultas Médicas Especializadas (22%)	
		2 hab./ano	3 hab./ano	2 hab./ano	3 hab./ano	2 hab./ano	3 hab./ano	2 hab./ano	3 hab./ano	2 hab./ano	3 hab./ano
AREAL	11.423	22.846	34.269	2.742	4.112	685	1.028	14.393	21.589	5.026	7.539
COMENDADOR LEVY GASPARIAN	8.180	16.360	25.540	1.963	3.065	491	766	10.307	16.090	3.599	5.619
ENGENHEIRO PAULO DE FRONTIN	13.237	26.474	39.711	3.177	4.765	794	1.191	16.679	25.018	5.824	8.736
MENDES	17.935	35.870	53.805	4.304	6.457	1076	1.614	22.598	33.897	7.891	11.837
MIGUEL PEREIRA	24.642	49.284	73.926	5.914	8.871	1.479	2.218	31.049	46.573	10.842	16.264
PARACAMBI	47.124	94.248	141.372	11.310	16.965	2.827	4.241	59.376	89.064	20.735	31.101
PARAIBA DO SUL	41.084	82.168	123.252	9.860	14.790	2.465	3.698	51.766	77.649	18077	27.176
PATY DO ALFERES	26.359	52.718	79.077	6.326	9.489	1.582	2.372	33.212	49.819	11.598	17.397
SAPUCAIA	17.525	35.050	52.757	4.206	6.309	1.051	1.577	22.081	33.122	7.711	11.566
TRÊS RIOS	77.432	154.864	232.296	18.584	27.876	4.646	6.969	97.564	146.346	34.070	51.105
VASSOURAS	34.410	68.820	103.230	8.258	12.388	2065	3.097	43.357	65.035	15.140	22.711
TOTAL REGIÃO CENTRO SUL	319.351	638.702	958.053	76.644	114.966	19.161	28.742	402.382	603.573	140.514	210.772

21. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AUSTRALASIAN COLLEGE OF EMERGENCY MEDICINE. **Guidelines on the implementation of the Australian Scale in Emergency Departments.** West Melbourn: 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 824, de 24 de junho de 1999.** Aprova o texto de Normatização de Atendimento Pré-Hospitalar.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2048, de 05 de Novembro de 2002.** Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2923, de 09 de Junho de 1998.** Institui o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para atendimento de Urgência e Emergência.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2925, de 09 de Junho de 1998.** Cria mecanismos para a Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1863, de 29 de Setembro de 2003.** Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1864, de 29 de Setembro de 2003.** Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgências em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU – 192.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2072, de 30 de Outubro de 2003.** Institui o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2657, de 16 de Dezembro de 2004.** Estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU-192.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 479, de 15 de abril de 1999.** Cria mecanismos para a implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar de Atendimento de Urgências e Emergências e estabelece critérios para classificação e inclusão dos hospitais no referido sistema.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001.** Aprova, em seu Anexo I, a Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos da Política Nacional de Humanização – PNH.** Disponível em: <www.saude.gov.br>.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 356, de 22 de Setembro de 2000.** Estabelece, em seu Anexo I, os recursos financeiros destinados à Implementação do Componente II do Programa de Humanização do Pré Natal e Nascimento e, em seu Anexo II, estabelece o conceito geral, os princípios básicos, diretrizes e competências das Centrais de Regulação Obstétrica e Neonatal a serem implantadas, nos seus respectivos âmbitos de atuação estadual, regional e municipal.

_____. Senado federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 05 de Outubro de 1988. Seção II – da Saúde, Artigos 196, 197, 198, 199, 200.

_____. Senado federal. **Lei 8080, de 19 de Setembro de 1990.**

_____. Senado federal. **Lei 8142, de 18 de Dezembro de 1990.**

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. **Informações para o Sistema Público de Emprego e Renda - Dados por Município.** Disponível em: <http://perfildomunicipio.caged.gov.br/seleciona_uf_consulta.asp?entrada=SPE&mun=330095&uf=rj&municipio>. Acesso em: 23 jan. 2011

_____. Ministério da Saúde. **1º Seminário de Gestão Participativa em Saúde das Regiões Médio Paraíba, Centro Sul e Baía da Ilha Grande do Rio de Janeiro. Região Centro Sul.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

_____. **Portaria GM nº 1101 de 12 de junho de 2002.** Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. **Informações para o Sistema Público de Emprego e Renda - Dados por Município.** Disponível em: <http://perfildomunicipio.caged.gov.br/seleciona_uf_consulta.asp?entrada=SPE&mun=330095&uf=rj&municipio>. Acesso em: 23 jan. 2011

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização.** Cartilha de Ambiência - 2.^a edição - Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília – DF – 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Cartilha Acolhimento com Classificação de Risco nos Serviços de Urgência – 1ª edição – Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília – DF – 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Portaria nº 648. Brasília: 2006.
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE Deliberação CIB-RJ nº 561 de 13 de novembro de 2008. Aprova a rede de atenção em alta complexidade de traumatologia e ortopedia.

_____. **Deliberação CIB-RJ nº 1.258 de 15 de abril de 2011**. Aprova a rede de traumatologia e ortopedia de média complexidade no estado do rio de janeiro.

_____. **Deliberação CIB-RJ nº 571 de 13 de novembro de 2008**. Aprovar a Rede Estadual de Assistência ao Paciente Neurológico na Alta Complexidade no Âmbito do Estado do Rio de Janeiro.

_____. **Deliberação CIB-RJ nº 0377 de 04 de outubro de 2007**. Aprova o credenciamento do serviço de urgência e emergência do Hospital Universitário Sul Fluminense, do município de Vassouras/RJ.

_____. **Deliberação CIB-RJ Nº 0260 de 15 de maio de 2007**. Aprova a rede de assistência a paciente de alta complexidade em neurocirurgia.

_____. **Deliberação CIB-RJ nº 0294 de 10 de julho de 2007**. Aprova a rede estadual em tráumato-ortopedia do estado do rio de janeiro.

_____. **Deliberação CIB-RJ nº 855 de 11 de fevereiro de 2010**. Aprova a referência e contra-referência em hemoterapia.

_____. **Deliberação CIB-RJ nº 856 de 03 de março de 2010**. Aprova as referências da rede de alta complexidade oncológica no âmbito do Estado do Rio de Janeiro.

_____. **Deliberação CIB-RJ nº 857 de 03 de março de 2010** . Aprova as referências da rede de alta complexidade em saúde auditiva no âmbito do Estado do Rio de Janeiro.

_____. **Deliberação CIB-RJ nº 858 de 03 de março de 2010**. Aprova as referências da rede de alta complexidade em reabilitação física no âmbito do Estado do Rio de Janeiro.

_____. **Deliberação CIB-RJ nº 859 de 03 de março de 2010** . Aprova as referências da rede de alta complexidade cardiovascular no âmbito do estado do Rio de Janeiro.

_____. **Deliberação CIB-RJ Nº 874 de 30 de março de 2010**. Aprova a implantação do SAMU regional na região centro sul fluminense do estado do Rio de Janeiro.

_____. **Deliberação CIB-RJ nº 962 de 22 de junho de 2010.** Altera o anexo da Deliberação CIB n.º 874 de 30 de março de 2010 e dá outras providências.

_____. **Deliberação CIB-RJ nº 873 de 30 de março de 2010.** Instituiu o Comitê Gestor de Atenção às Urgências da Região Centro Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro.

_____. **Deliberação CIB-RJ nº 561 de 13 de novembro de 2008.**

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL DO RIO DE JANEIRO. **Caderno de Informações em Saúde do Estado do Rio de Janeiro 2009.** Disponível em: <<http://www.saude.rj.gov.br/informes-ao-gestor->>. Acesso em: 23 fev. 2011.

_____. **Plano Estadual de Saúde Rio de Janeiro 2008 – 2011.** Disponível em: <<http://www.saude.rj.gov.br/informes-ao-gestor-plano-estadual-de-saude>>. Acesso em: 23 fev. 2011.

22. ANEXO I

Relação das Unidades de Saúde da Região Centro-Sul Fluminense

Sapucaia	
Unidade	CNES
USF Clube dos 200	2274345
USF Volta do Pião	2274388
USF Aparecida	2274442
USF São João	2274450
USF Anta	2294877
USF Centro	5921384
USF Jamapará	6026672
USF Sapucaia	6337147
Pronto Socorro Municipal	2274310
Centro de Saúde Dr. Osmar de Azevedo Lima	2274426

Paraíba do Sul	
Unidade	CNES
Hospital Nossa Senhora da Piedade	2276186
Policlinica Municipal	3386953
CAP'S I	2697424
CAP'S AD	3584976
Centro Materno Infantil	2276224
PSF Santo Antônio	2276151
PSF Centro	2276194
PSF Inema	2276208
PSF Liberdade	2290952
PSF Barão de Angra	2276232
PSF Palhas	2276216
PSF Lavapés	2276119
PSF Niágara	2276100
PSF Santa Josefa	2696290
PSF Morro da Alegria	2276062
PSF Inconfidência	2276046
PSF Sardoal	2290960
PSF Werneck	2290979
PSF Glória	6317723
PSF Limoeiro	2276135
PSF Bela Vista	2294281

Miguel Pereira	
Unidade	CNES
HOSPITAL SANTO ANTÔNIO DA ESTIVA	2283239
POLICLINICA SANTA BARBARA	3556573
POSTO DE SAUDE DR JOSE ORLOFF RODRIGUES MONTEIRO	2283026
POSTO DE SAUDE DR MANOEL VIEIRA MUNIZ	2282976
POSTO DE SAUDE LEOPOLDO MICHALSK	2282933
POSTO DE SAUDE LOURDES SEBASTIANI	2283042
POSTO DE SAUDE MANOEL PINTO DE SOUZA	2282968
POSTO DE SAUDE MIGUEL PEREIRA	2282984
POSTO DE SAUDE SARAH K OLIVEIRA	2283034
POSTO DE SAUDE SENADOR ROBERTO CAMPOS	2283190
UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA DE ARCADIA	2294222
UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA DE GOVERNADOR PORTELA	2294257
UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA DE MARCO DA COSTA	2294249
UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA DE SAO JUDAS TADEU	2294206
UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA DO PANTANAL	2294230
UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA PRACA DA PONTE	2283204
UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA SAO JOSE DAS ROLINHAS	2294192
UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA VILA SELMA	2294214
UNIDADE DE SAUDE DORACI ASSUMPCAO	2283093
UNIDADE MUNICIPAL DE SAUDE AUGUSTO JOSE DOS SANTOS	2283115
UNIDADE MUNICIPAL DE SAUDE DR ALCYONE DOS SANTOS	2283123
UNIDADE MUNICIPAL DE SAUDE DR IVO FRAGA DA CONCEICAO	2282925
UNIDADE MUNICIPAL DE SAUDE DR VANDERLEY FRISON	2283131
UNIDADE MUNICIPAL DE SAUDE HILTON VILELA DA COSTA	2283069
UNIDADE MUNICIPAL DE SAUDE MARIA MAGDALENA MOTTA	2283085

Comendador Levy Gasparian	
Unidade	CNES
CENTROMUNICIPAL DE SAÚDE FERNANDA MONTEIRO MARQUES	2271052
POSTO DE SAUDE DE AFONSO ARINOS	2271079
POSTO DE SAUDE DE MONT SERRAT	2271060
POSTO DE SAUDE FONSECA ALMEIDA	6431720
POSTO DE SAUDE GERMANIA VIRGINIA DA CONCEICAO	2271087
USF DO CENTRO	2296853

Três Rios	
Unidade	CNES
Posto Médico dos Pilões	2293773
Posto Odontomédico de Moura Brasil	2293803
Posto Odontomédico da Cidade Nova	2696738
Posto Odontomédico de Bemposta	2292548
Posto Odontomédico do Cantagalo	2292521
Posto Odontomédico do Monte Castelo	2293757
Posto Odontomédico do Ponto Azul	2292556
Posto Odontomédico do Purys	2293781
Posto Odontomédico Werneck Marine	2292610
USF da Caixa D'Água	3512029
USF da Boa União	2696495
USF do Cariri	3512037
USF do Palmital	5073545
USF do Pátio da Estação	5073553
USF do Triangulo	2293730
USF JK	3468410
USF Mãe Preta	2252564
USF Morada do Sol	2292572
USF Ponte das Garças	2292580
USF Portão Vermelho	2294915
USF Santa Teresinha	3512045
Hosp. Mun. Helvio Tinoco	2292602
Policlínica W.G. Francklin	2293749
CAPS II Margareth Obeica Meirelles	5923093
Clinica de Repouso Três Rios	2292661
Hosp.Clinicas Nossa Sra da Conceição	2294923
Maternidade Walter Gomes Francklin	2292637
UPA 24 HORAS	6426174

Mendes	
Unidade	CNES
HOSPITAL MUNICIPAL SANTA MARIA	5057531
POLICLINICA MUNICIPAL	2276445
PSF CENTRO	5529581
PSF CINCO LAGOS	2276380
PSF HUMBERTO ANTUNES	2276402
PSF MARTINS COSTA	2276399
PSF MORSING	2276364
PSF SANTA RITA	2276429
PSF SANTA ROSA	2276372

Vassouras	
Unidade	CNES
CASA DE SAÚDE CANANÉIA	2273780
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SUL-FLUMINENSE	2273748
HOSPITAL EUFRÁSIA TEIXEIRA LEITE	2273756
POLICLINICA DE VASSOURAS	2273721
UNIDADE BASICA DE SAUDE DA ESQUINA DA ALEGRIA	2273926
UNIDADE BASICA DE SAUDE DE ALIANCA	2273764
UNIDADE BASICA DE SAUDE DE BARAO DE VASSOURAS	2273772
UNIDADE BASICA DE SAUDE DE IPIRANGA	2273829
UNIDADE BASICA DE SAUDE DE PIRAUÍ	2273853
UNIDADE BASICA DE SAUDE DE SAMAMBAIA	2273934
UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA ALBERT SABIM	2273861
UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA DEMETRIO RIBEIRO	2273837
UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA DR ELOI PEREIRA SERRA	2273802
UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA DR HELIO DE ALMEIDA PINTO	2273888
UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA DR MARIO BRANCO	3204014
UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA DR NELSON DOS SANTOS GONCALVES	2296365
UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA FLORIANO CUNHA	2273896
UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA FLORIPES LAVINAS DELGADO	2273918
UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA GENERAL SEVERINO SOMBRA	2273799
UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA JOSE FERREIRA DE SOUZA	2296357
UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA NARCISO DA SILVA DIAS	5460638
UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA PEDRO CASEMIRO ALVES	2273810
UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA SAGRADA FAMILIA DE NAZARE	2273942
UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA SALADINA FERREIRA GOMES	2273845

Engenheiro Paulo de Frontim	
Unidade	CNES
HOSPITAL NELSON SALLES	2277174
POLICLINICA DE ENGENHEIRO PAULO DE FRONTIN	2277131
POSTO DE SAUDE DA AGUADA	6360912
POSTO DE SAUDE DA BORRACHA	6360904
POSTO DE SAUDE DA GRAMINHA	3381617
POSTO DE SAUDE DE MORRO AZUL	2277158
POSTO DE SAUDE DE PALMAS	5536502
POSTO DE SAUDE DE PALMEIRA DA SERRA	2277085
UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA DA BARREIRA	2277042
UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA DE SACRA FAMILIA	2277123
UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA DO CENTRO	3381625
UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA DO RAMALHO	2277115
UNIDADE DE SAUDE DA FAMILIA MORRO AZUL	2283409

Areal	
Unidade	CNES
USF Alberto Torres	2296322
USF Amazonas	2285983
USF Cedro	2285940
USF Delícia	5724465
USF Gaby	2696770
Núcleo de Vigilância em Saúde	2697246
Centro de Especialidades Odontológicas de Areal	5079276
Policlínica Municipal Manoel José	2285967
Hospital Municipal Nossa Senhora das Dores	2285975

Paracambi	
Unidade	CNES
HOSPITAL MUNICIPAL DR ADALBERTO DA GRAÇA	2279355
HOSPITAL EVANGÉLICO	2279509
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO PARACAMBI	2279568
POSTO DE SAUDE MUNICIPAL AMAPA	3142922
POSTO DE SAUDE MUNICIPAL CABRAL	2279428
POSTODE SAUDE MUNICIPALMARIOBELO	2279339
POSTO DE SAUDE MUNICIPAL PACHECO	3560600
POSTODE SAUDE MUNICIPAL VITORIA DA UNIAO	2279363

Paty do Alferes	
Unidade	CNES
POLICLINICA MUNICIPAL DA GRANJA	2295474
PAM MUNICIPAL DA MARAVILHA	2277204
PAM MUNICIPAL DA POAIA	2277239
PAM MUNICIPAL DA VISTA ALEGRE	2295512
PAM MUNICIPAL DE COQUEIROS	2277247
PAM MUNICIPAL DE PALMARES	2277190
PAM MUNICIPAL DE PEDRAS RUIVAS	2277182
PAM MUNICIPAL DE SERTAO DOS COENTROS	2295504
PAM MUNICIPAL DO HORIZONTE	2295555
PAM SAUDE DA FAMILIA DE BELA VISTA	2295520
UNIDADE CENTRAL SAUDE DA FAMILIA	2295539
UNIDADE DE SAUDE ALBA MONTEIRO BERNARDES	2295695

23. ANEXO II

COBERTURA HOSPITALAR REGIÃO CENTRO-SUL FLUMINENSE

PARÂMETRO - 2,5 A 3 LEITOS POR 1000 HABITANTES

CENÁRIO 1 - COM LEITOS DE PSIQUIATRIA E COM LEITOS DO HTO

	MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO	NECESSIDADE	EXISTENTES	COBERTURA
MICRO I	AREAL	11421	33	46	139%
	COM. LEVY GASPARIAN	8183	24	0	0%
	PARAÍBA DO SUL	41088	123	114	93%
	SAPUCAIA	17504	51	0	0%
	TRES RIOS	77503	231	265	115%
	SUBTOTALS	155699	462	425	92%
MICRO II	ENG. PAULO DE FRONTIN	13239	39	39	100%
	MENDES	17940	54	46	85%
	MIGUEL PEREIRA	24647	75	74	99%
	PATY DO ALFERES	26381	78	0	0%
	PARACAMBI	47074	141	457	324%
	VASSOURAS	34439	102	463	454%
	SUBTOTALS	163720	489	1079	221%
TOTAL GERAL		319419	951	1504	158%

CENÁRIO 2 - SEM LEITOS DE PSIQUIATRIA E SEM LEITOS DO HTO

	MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO	NECESSIDADE	EXISTENTES	COBERTURA
MICRO I	AREAL	11421	33	46	139%
	COM. LEVY GASPARIAN	8183	24	0	0%
	PARAÍBA DO SUL	41088	123	55	45%
	SAPUCAIA	17504	51	0	0%
	TRES RIOS	77503	231	105	45%
	SUBTOTAIS	155699	462	206	45%
MICRO II	ENG. PAULO DE FRONTIN	13239	39	39	100%
	MENDES	17940	54	46	85%
	MIGUEL PEREIRA	24647	75	74	99%
	PATY DO ALFERES	26381	78	0	0%
	PARACAMBI	47074	141	217	154%
	VASSOURAS	34439	102	325	319%
	SUBTOTAIS	163720	489	701	143%
TOTAL GERAL	319419	951	907	95%	

COBERTURA DE LEITOS DE UTI - 4 A 10% SOBRE O TOTAL DE LEITOS

PARÂMETRO MÉDIO - 7%

CRITÉRIO	TOTAL DE LEITOS	LEITOS UTI NECESSÁRIOS	LEITOS UTI EXISTENTES	COBERTURA
COM PSIQUIATRIA E COM HTO	MICRO I - 425 MICRO II - 1079 TOTAL REGIÃO- 1504	MICRO I - 29,75 MICRO II - 75,53 TOTAL REGIÃO 105,28	MICRO I - 7 MICRO II - 13 TOTAL REGIÃO-20	MICRO I - 24% MICRO II - 17% TOTAL - 19%
SEM PSIQUIATRIA E SEM HTO	MICRO I - 206 MICRO II - 701 TOTAL REGIÃO - 907	MICRO I - 14,42 MICRO II - 49,07 TOTAL REGIÃO -63,49	MICRO I - 7 MICRO II - 13 TOTAL REGIÃO-20	MICRO I - 48% MICRO II - 26% TOTAL - 31%

COBERTURA HOSPITALAR REGIÃO CENTRO-SUL FLUMINENSE POR ESPECIALIDADE

	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	Nº TOTAL LEITOS	LEITOS CIRÚRGICOS					
				14,99% SOBRE TOTAL LEITOS			0,44 POR 1000 HABIT.		
				EX.	NE	% COB	EX.	NE	% COB
MICRO I	AREAL	11421	46	9	6,8954	131%	9	5,025	179%
	LEVY GASPARIAN	8183	0 (24)	0	0	0%	0	3,601	0%
	PARAÍBA DO SUL	41088	114	72	17,089	421%	72	18,08	398%
	SAPUCAIA	17504	0(51)	0	0	0%	0	7,702	0%
	TRES RIOS	77503	265	27	39,724	68%	27	34,1	79%
	SUBTOTALS	155699	425	108	63,708	170%	108	68,51	158%
MICRO II	ENG. PAULO FRONTIN	13239	39	12	5,8461	205%	12	5,825	206%
	MENDES	17940	46	9	6,8954	131%	9	7,894	114%
	MIGUEL PEREIRA	24647	74	17	11,093	153%	17	10,84	157%
	PARACAMBI	47074	457	23	68,504	34%	23	20,71	111%
	PATY DO ALFERES	26381	0 (78)	0	0	0%	0	11,61	0%
	VASSOURAS	34439	463	81	69,404	117%	81	15,15	535%
SUBTOTALS	163720	1079	142	161,74	88%	142	72,04	197%	
TOTAL REGIÃO	319419	1504	250	225,45	111%	250	140,5	178%	

	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	Nº TOTAL LEITOS	LEITOS CLÍNICOS					
				26,82% SOBRE TOTAL LEITOS			0,78 POR 1000 HABIT.		
				EX.	NE	% COB	EX.	NE	% COB
MICRO I	AREAL	11421	46	21	12,337	170%	21	8,908	236%
	LEVY GASPARIAN	8183	0 (24)	0	0	0%	0	6,383	0%
	PARAÍBA DO SUL	41088	114	24	30,575	78%	24	32,05	75%
	SAPUCAIA	17504	0(51)	0	0	0%	0	13,65	0%
	TRES RIOS	77503	265	35	71,073	49%	35	60,45	58%
	SUBTOTALS	155699	425	80	113,99	70%	80	121,4	66%
MICRO II	ENG. PAULO FRONTIN	13239	39	16	10,46	153%	16	10,33	155%
	MENDES	17940	46	26	12,337	211%	26	13,99	186%
	MIGUEL PEREIRA	24647	74	28	19,847	141%	28	19,22	146%
	PARACAMBI	47074	457	77	122,57	63%	77	36,72	210%
	PATY DO ALFERES	26381	0 (78)	0	0	0%	0	20,58	0%
	VASSOURAS	34439	463	115	124,18	93%	115	26,86	428%
SUBTOTALS	163720	1079	262	289,39	91%	262	127,7	205%	
TOTAL REGIÃO	319419	1504	342	403,37	85%	342	249,1	137%	

	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	Nº TOTAL LEITOS	LEITOS OBSTÉTRICOS					
				9,49% SOBRE TOTAL LEITOS			0,28 POR 1000 HABIT.		
				EX.	NE	% COB	EX.	NE	% COB
MICRO I	AREAL	11421	46	3	4,3654	69%	3	3,198	94%
	LEVY GASPARIAN	8183	0 (24)	0	0	0%	0	2,291	0%
	PARÁIBA DO SUL	41088	114	11	10,819	102%	11	11,5	96%
	SAPUCAIA	17504	0(51)	0	0	0%	0	4,901	0%
	TRES RIOS	77503	265	16	25,149	64%	16	21,7	74%
	SUBTOTAIS	155699	425	30	40,333	74%	30	43,6	69%
MICRO II	ENG. PAULO FRONTIN	13239	39	4	3,7011	108%	4	3,707	108%
	MENDES	17940	46	8	4,3654	183%	8	5,023	159%
	MIGUEL PEREIRA	24647	74	15	7,0226	214%	15	6,901	217%
	PARACAMBI	47074	457	26	43,369	60%	26	13,18	197%
	PATY DO ALFERES	26381	0 (78)	0	0	0%	0	7,387	0%
	VASSOURAS	34439	463	33	43,939	75%	33	9,643	342%
SUBTOTAIS	163720	1079	86	102,4	84%	86	45,84	188%	
TOTAL REGIÃO	319419	1504	116	142,73	81%	116	89,44	130%	

	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	Nº TOTAL LEITOS	LEITOS PEDIÁTRICOS					
				14,06% SOBRE TOTAL LEITOS			0,41 POR 1000 HABIT.		
				EX.	NE	% COB	EX.	NE	% COB
MICRO I	AREAL	11421	46	5	6,4676	131%	5	4,683	107%
	LEVY GASPARIAN	8183	0 (24)	0	0	0%	0	3,355	0%
	PARAÍBA DO SUL	41088	114	4	16,028	421%	4	16,85	24%
	SAPUCAIA	17504	0(51)	0	0	0%	0	7,177	0%
	TRES RIOS	77503	265	15	37,259	68%	15	31,78	47%
	SUBTOTALS	155699	425	24	59,755	170%	24	63,84	38%
MICRO II	ENG. PAULO FRONTIN	13239	39	0	5,4834	205%	0	5,428	0%
	MENDES	17940	46	1	6,4676	131%	1	7,355	14%
	MIGUEL PEREIRA	24647	74	11	10,404	153%	11	10,11	109%
	PARACAMBI	47074	457	11	64,254	34%	11	19,3	57%
	PATY DO ALFERES	26381	0 (78)	0	0	0%	0	10,82	0%
	VASSOURAS	34439	463	27	65,098	117%	27	14,12	191%
SUBTOTALS	163720	1079	50	151,71	88%	50	67,13	74%	
TOTAL REGIÃO	319419	1504	74	211,46	35%	74	131	57%	

	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	Nº TOTAL LEITOS	LEITOS PSIQUIÁTRICOS					
				15,31% SOBRE TOTAL LEITOS			0,45 POR 1000 HABIT.		
				EX.	NE	% COB	EX.	NE	% COB
MICRO I	AREAL	11421	46	2	7,0426	28%	2	5,139	39%
	LEVY GASPARIAN	8183	0 (24)	0	0	0%	0	3,682	0%
	PARAÍBA DO SUL	41088	114	1	17,453	6%	1	18,49	5%
	SAPUCAIA	17504	0(51)	0	0	0%	0	7,877	0%
	TRES RIOS	77503	265	162	40,572	399%	162	34,88	464%
	SUBTOTALS	155699	425	165	65,068	254%	165	70,06	235%
MICRO II	ENG. PAULO FRONTIN	13239	39	3	5,9709	50%	3	5,958	50%
	MENDES	17940	46	1	7,0426	14%	1	8,073	12%
	MIGUEL PEREIRA	24647	74	0	11,329	0%	0	11,09	0%
	PARACAMBI	47074	457	252	69,967	360%	252	21,18	1190%
	PATY DO ALFERES	26381	0 (78)	0	0	0%	0	11,87	0%
	VASSOURAS	34439	463	138	70,885	195%	138	15,5	890%
SUBTOTALS	163720	1079	394	165,19	239%	394	73,67	535%	
TOTAL REGIÃO	319419	1504	559	230,26	243%	559	143,7	389%	

	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	Nº TOTAL LEITOS	LEITOS CUIDADOS PROLONGADOS					
				5,62% SOBRE TOTAL LEITOS			0,16 POR 1000 HABIT.		
				EX.	NE	% COB	EX.	NE	% COB
MICRO I	AREAL	11421	46	4	2,5852	155%	4	1,827	219%
	LEVY GASPARIAN	8183	0 (24)	0	0	0%	0	1,309	0%
	PARAÍBA DO SUL	41088	114	0	6,4068	0%	0	6,574	0%
	SAPUCAIA	17504	0(51)	0	0	0%	0	2,801	0%
	TRES RIOS	77503	265	2	14,893	13%	2	12,4	16%
	SUBTOTALS	155699	425	6	23,885	25%	6	24,91	24%
MICRO II	ENG. PAULO FRONTIN	13239	39	4	2,1918	182%	4	2,118	189%
	MENDES	17940	46	1	2,5852	39%	1	2,87	35%
	MIGUEL PEREIRA	24647	74	0	4,1588	0%	0	3,944	0%
	PARACAMBI	47074	457	1	25,683	4%	1	7,532	13%
	PATY DO ALFERES	26381	0 (78)	0	0	0%	0	4,221	0%
	VASSOURAS	34439	463	40	26,021	154%	40	5,51	726%
SUBTOTALS	163720	1079	46	60,64	76%	46	26,2	176%	
TOTAL REGIÃO	319419	1504	52	84,525	62%	52	51,11	102%	

	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	Nº TOTAL LEITOS	LEITOS TISIOLOGIA					
				0,43% SOBRE TOTAL LEITOS			0,01 POR 1000 HABIT.		
				EX.	NE	% COB	EX.	NE	% COB
MICRO I	AREAL	11421	46	2	0,1978	1011%	2	0,114	1751%
	LEVY GASPARIAN	8183	0 (24)	0	0	0%	0	0,082	0%
	PARÁIBA DO SUL	41088	114	0	0,4902	0%	0	0,411	0%
	SAPUCAIA	17504	0(51)	0	0	0%	0	0,175	0%
	TRES RIOS	77503	265	0	1,1395	0%	0	0,775	0%
	SUBTOTALS	155699	425	2	1,8275	109%	2	1,557	128%
MICRO II	ENG. PAULO FRONTIN	13239	39	0	0,1677	0%	0	0,132	0%
	MENDES	17940	46	0	0,1978	0%	0	0,179	0%
	MIGUEL PEREIRA	24647	74	0	0,3182	0%	0	0,246	0%
	PARACAMBI	47074	457	1	1,9651	51%	1	0,471	212%
	PATY DO ALFERES	26381	0 (78)	0	0	0%	0	0,264	0%
	VASSOURAS	34439	463	0	1,9909	0%	0	0,344	0%
SUBTOTALS	163720	1079	1	4,6397	22%	1	1,637	61%	
TOTAL REGIÃO	319419	1504	3	6,4672	46%	3	3,194	94%	

	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	Nº TOTAL LEITOS	LEITOS REABILITAÇÃO					
				4,72% SOBRE TOTAL LEITOS			0,14 POR 1000 HABIT.		
				EX.	NE	% COB	EX.	NE	% COB
MICRO I	AREAL	11421	46	0	2,1712	0%	0	1,599	0%
	LEVY GASPARIAN	8183	0 (24)	0	0	0%	0	1,146	0%
	PARÁIBA DO SUL	41088	114	0	5,3808	0%	0	5,752	0%
	SAPUCAIA	17504	0(51)	0	0	0%	0	2,451	0%
	TRES RIOS	77503	265	0	12,508	0%	0	10,85	0%
	SUBTOTALS	155699	425	0	20,06	0%	0	21,8	0%
MICRO II	ENG. PAULO FRONTIN	13239	39	0	1,8408	0%	0	1,853	0%
	MENDES	17940	46	0	2,1712	0%	0	2,512	0%
	MIGUEL PEREIRA	24647	74	0	3,4928	0%	0	3,451	0%
	PARACAMBI	47074	457	0	21,57	0%	0	6,59	0%
	PATY DO ALFERES	26381	0 (78)	0	0	0%	0	3,693	0%
	VASSOURAS	34439	463	0	21,854	0%	0	4,821	0%
SUBTOTALS	163720	1079	0	50,929	0%	0	22,92	0%	
TOTAL REGIÃO	319419	1504	0	70,989	0%	0	44,72	0%	

	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	Nº TOTAL LEITOS	LEITOS HOSPITAL DIA					
				2,73% SOBRE TOTAL LEITOS			0,08 POR 1000 HABIT.		
				EX.	NE	% COB	EX.	NE	% COB
MICRO I	AREAL	11421	46	0	1,2558	0%	0	0,914	0%
	LEVY GASPARIAN	8183	0 (24)	0	0	0%	0	0,655	0%
	PARÁIBA DO SUL	41088	114	0	3,1122	0%	0	3,287	0%
	SAPUCAIA	17504	0(51)	0	0	0%	0	1,4	0%
	TRES RIOS	77503	265	0	7,2345	0%	0	6,2	0%
	SUBTOTALS	155699	425	0	11,603	0%	0	12,46	0%
MICRO II	ENG. PAULO FRONTIN	13239	39	0	1,0647	0%	0	1,059	0%
	MENDES	17940	46	0	1,2558	0%	0	1,435	0%
	MIGUEL PEREIRA	24647	74	0	2,0202	0%	0	1,972	0%
	PARACAMBI	47074	457	2	12,476	16%	2	3,766	53%
	PATY DO ALFERES	26381	0 (78)	0	0	0%	0	2,11	0%
	VASSOURAS	34439	463	0	12,64	0%	0	2,755	0%
SUBTOTALS	163720	1079	2	29,457	7%	2	13,1	15%	
TOTAL REGIÃO	319419	1504	2	41,059	5%	2	25,55	8%	

24. ANEXO III

Competência geral do SAMU

É da competência do SAMU o atendimento nas seguintes situações:

- I – Urgência e emergência traumáticas e não traumáticas, pediátricas, obstétricas e clínicas;
- II - Ocorrência clínica ou traumática em domicílio, escolas, templos religiosos, escritórios e estabelecimentos comerciais;
- III – Ocorrências clínicas ou traumáticas em vias públicas em apoio ao CBMERJ, PRF e Rodovias;
- IV - Atendimento a urgências psiquiátricas;
- V - Servir de retaguarda aos componentes pré-hospitalares fixos ;
- VI - Será responsável pelo atendimento de urgência e assume, através da regulação, os casos onde haja a caracterização de quadro urgente grave que necessite o atendimento em um hospital de referência garantindo para isto através da autoridade sanitária do médico regulador, que a situação de urgência seja esclarecida e/ou resolvida no Hospital de Referência, onde utiliza inclusive do conceito de "vaga zero" quando necessário;
- VII - Apoio ao CBMERJ, PRF e Rodovias em acidentes com vítimas como: acidentes de trânsito, acidente com lesões corporais (agressões por arma de fogo, arma branca e outros); tentativa de suicídio; afogamento; incêndios; desabamentos e situações de desastre;
- VIII- A transferência de pacientes de serviços de saúde de menor complexidade para serviços de referência de maior complexidade seja para elucidação diagnóstica, internação clínica, cirúrgica ou em unidade de terapia intensiva, sempre que as condições locais de atendimento combinadas à avaliação clínica de cada paciente assim exigirem. Compete ao Médico da Unidade de origem solicitar ao Médico da Central de Regulação Médica do SAMU 192 a avaliação e autorização do transporte de acordo com a disponibilidade;
- IX - Nas situações em que há necessidade de transferência entre UTI, mas que não está caracterizado uma urgência, a busca de leito deve ser sempre realizada pelo médico assistente do hospital de origem e, após obtenção disto, entrando em contato com a Regulação Médica do SAMU e solicitando a

execução do transporte especializado. Após esta solicitação feita pelo médico assistente, caberá ao SAMU confirmar o leito e proceder o transporte do paciente grave, direcionando a unidade móvel mais adaptada à situação;

Não compete ao SAMU:

I-O recolhimento de indigentes, alcoólatras, menores abandonados e etc,(Nestes casos a Central de Regulação Médica do SAMU irá informar ao usuário o número do telefone do serviço de transporte sanitário do município), salvo quando estes apresentarem alguma urgência médica que necessite de remoção para atendimento hospitalar.

II - Garantir o suporte de ambulâncias de transporte para o retorno dos pacientes que, fora da situação de urgência, ao receberem alta, não apresentem possibilidade de locomover-se por outros meios, por restrições clínicas;

III - A transferência de pacientes de centros de referência de maior complexidade para unidades de menor complexidade, seja para elucidação diagnóstica, internação clínica, cirúrgica ou em unidade de terapia intensiva, seja em seus municípios de residência ou não, para conclusão do tratamento, sempre que a condição clínica do paciente e a estrutura da unidade de menor complexidade assim o permitirem, com o objetivo de agilizar a utilização dos recursos especializados na assistência aos pacientes mais graves e/ou complexos;

IV - Pacientes que não tenham autonomia de locomoção por limitações socioeconômicas e que, portanto, extrapolam o âmbito de atuação específico da saúde.

IV – Transporte de profissionais, equipamentos ou outros recursos hospitalares (quando determinado pela Regulação Médica);

V – Transporte de enfermo do domicílio para o hospital ou vice-versa;

VI - Transferência de pacientes entre unidades hospitalares;

VII - Transporte de pacientes entre unidades para realização de exames complementares ou procedimentos especializados, com retorno ao hospital de origem;

VIII– Segurança médica em eventos especiais.