



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**ANA LICE MENDES DE JESUS**

**REGULAÇÃO DIREITO E DESAFIOS DE ACESSO: AVALIAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO  
DE MEDIDAS PARA QUE A REGULAÇÃO DE LEITO HOSPITALAR DE SALVADOR SE  
DÊ DA FORMA EQUÂNIME AO INTERESSE PÚBLICO**

**FLORIANÓPOLIS (SC)**

**2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**ANA LICE MENDES DE JESUS**

**REGULAÇÃO DIREITO E DESAFIOS DE ACESSO:**

**AVALIAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE MEDIDAS PARA QUE A REGULAÇÃO DE LEITO  
HOSPITALAR DE SALVADOR SE DÊ DA FORMA EQUÂNIME AO INTERESSE PÚBLICO**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Urgência e Emergência do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Orientador: Profº Drº Antônio de Miranda Wosny

**FLORIANÓPOLIS (SC)**

2014

**FOLHA DE APROVAÇÃO**

O trabalho intitulado **REGULAÇÃO DIREITO E DESAFIOS DE ACESSO: AVALIAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE MEDIDAS PARA QUE A REGULAÇÃO DE LEITO HOSPITALAR DE SALVADOR SE DÊ DA FORMA EQUÂNIME AO INTERESSE PÚBLICO**, de autoria da aluna **ANA LICE MENDES DE JESUS** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Urgência e Emergência.

---

**Prof. Dr. Antônio de Miranda Wosny**

Orientador de Monografia

---

**Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes**

Coordenadora do Curso

---

**Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos**

Coordenadora de Monografia

**FLORIANÓPOLIS (SC)**  
**2014**  
**DEDICATÓRIA**

À minha mainha, Lourdes e meu pai Antônio, que mesmo no silêncio promove aprendizagens inafiançáveis;

A minha irmã Ana Lúcia, por nossa convivência repleta de mimos e cumplicidade;

Ao irmão Toni, pela paciência, carinho, companheirismo e dedicação;

A irmã Andréa por me auxiliar a aglutinar forças e sentido para viver;

Aos meus sobrinhos Bianca, Arthur e Ailin fontes inesgotáveis de energia, carinho e amor;

### **AGRADECIMENTOS**

Dedico este trabalho a Deus, pela companhia nos momentos de alegria e pelo amparo imprescindível nos momentos de dificuldades;

A minha coordenadora de TIH Ana Lúcia Oliveira pelo carisma, apoio e incentivo durante esta longa caminhada;

A amiga de todas as horas Lavinia, que me acolheu e sempre contribuiu com novas aprendizagens;

Agradeço a compreensão e paciência do meu orientador Prof<sup>o</sup> Dr<sup>o</sup> Antônio Wosny;

Este trabalho é fruto de muita dedicação, incentivo e cooperação de muitas pessoas, meu muito obrigada!

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>17</b>
<b>3. MÉTODO.....</b>	<b>20</b>
<b>4. RESULTADO E ANÁLISE.....</b>	<b>23</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>27</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>29</b>
<b>APÊNDICES E ANEXOS .....</b>	<b>32</b>

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1.</b> Atuação das CPRCA .....	<b>34</b>
--	-----------

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1 .</b> Quadro profissional .....	<b>35</b>
<b>Gráfico 2 .</b> atendimentos realizados pela CER .....	<b>36</b>
<b>Gráfico 3</b> Quebra de informações .....	<b>37</b>

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1. Motivos da resolução negativa .....</b>	<b>38</b>
--	-----------

## RESUMO

O foco do presente estudo é avaliar a regulação do acesso ao leito de internação hospitalar na cidade de Salvador, planejar ações efetivas ao confeccionar um check list de ações e procedimentos norteadores para garantir de forma equânime o acesso da população aos serviços de saúde, buscando a alternativa assistencial adequada e em tempo oportuno, através da alimentação do sistema SUREMWEB/SISREG, viabilizando a consolidação da rede de atendimento à saúde (RAS), vínculos e co-responsabilidade entre o trinômio: usuários, profissionais de saúde e gestores, buscando prever e planejar demandas futuras e a forma de melhor supri-las. O método apresenta um check list, recurso tecnológico, de cunho ético, legal, científico e educativo, para legitimar o processo de transferência de transporte inter hospitalar de pacientes regulados. E, através deste check list alcançar demais objetivos como a Pactuação do processo de trabalho com os protagonistas da equipe multidisciplinar, fortalecimento e co-responsabilidade entre os gestores e prestadores de serviços de saúde, permitindo o acompanhamento e a avaliação da execução dos serviços. O estudo permeou ainda a retomada de discussões sobre a atuação das equipes de CPRCA e a implantação de um núcleo de educação permanente ambos de suma importância para o fortalecimento da saúde como um bem público e uma importante ferramenta para garantir a equidade no acesso e qualidade na assistência prestada à população.

**Palavras-chave:** regulação, Transporte Inter Hospitalar, Chek list, acesso aos serviços de saúde

## 1. INTRODUÇÃO

Ao longo da carreira profissional de enfermagem atuamos na proteção, na promoção e na recuperação da saúde, bem como na prevenção de doenças é comum que para um melhor desenvolvimento profissional após esta inserido no mercado de trabalho buscar um curso *latu sensu* visando à qualificação para exercer de forma competente o mesmo. Após adquirir experiência de 18 anos na área de saúde e 04 anos como enfermeira dentro de unidade de emergência pública, atualmente trabalhando na Central Estadual de Regulação do Estado da Bahia com transporte inter hospitalar evidenciei a necessidade da qualificação em enfermagem para o enfrentamento dos problemas na perspectiva da integralidade do cuidado. Ao conhecer a proposta do Curso de Pós Graduação em Linhas de Cuidados em Enfermagem - Urgência e Emergência com o propósito de qualificar a atenção da rede integrada do SUS buscando a transformação no cotidiano do trabalho para desenvolver alternativas para solução de problemas que emergem da prática cotidiana. A possibilidade de adquirir este domínio técnico-científico e transformá-lo em resolubilidade foi o grande estímulo para participar ativamente do curso e, no decorrer deste inter relacionar o contexto atual com as informações adquiridas o que possibilitou inferências positivas e assunção de novas posturas na resolução de problemas.

O exercício diário da arte de refletir sobre os problemas que emergem da prática cotidiana fomentou pensar sobre por que o sistema de Regulação Pública do Estado da Bahia que visa garantir o acesso dos cidadãos aos serviços de saúde de média e alta complexidade e, atua também sobre a oferta dos mesmos em hospitais da rede de serviço suplementar de saúde (rede privada) através de leitos retaguarda, subsidiando o controle sobre os prestadores de serviços suscita depoimentos insatisfatórios dos usuários em situação de urgência e/ou emergência que necessitam aguardar Autorização para as Internações Hospitalares (AIH), Autorizações para Procedimentos de Alta Complexidade, vaga para realização de exames bem como, dos profissionais de TIH decorrente do regresso dos pacientes a unidade hospitalar de origem sem realizar o procedimento autorizado tanto quando regulado para hospitais da rede própria quanto

os da rede complementar. A possibilidade de transformar essa realidade que fragiliza o direito à saúde e o descumprimento ao princípio da integralidade do SUS impulsionou a realizar um estudo para planejar ações efetivas e viabilizar a consolidação da rede de atendimento a saúde (RAS), vínculos e co-responsabilidade entre o trinômio: usuários, profissionais de saúde e gestores buscando prever e planejar demandas futuras e a forma de melhor supri-las.

Estudos baseados na reflexão sobre os princípios do SUS e integralidade de atenção a saúde não são uma novidade, mas para melhor compreender os arranjos, fragmentações das ações e serviços de saúde existente é, importante conhecer a história do sistema de saúde brasileiro para alcançarmos uma atenção a saúde com qualidade em tempo adequado às necessidades de saúde do cidadão.

Historicamente o sistema de saúde brasileiro adquiriu, ao longo de sua evolução, características marcantes que acompanharam as tendências da política econômica e social de cada momento histórico. A assistência a saúde desenvolveu-se a partir da evolução da Previdência Social com ênfase em uma gestão centralizada do ponto de vista administrativo e financeiro e com fins de capitalização. A assistência médica financiada pela Previdência Social alcançou na década de 70, a maior expansão em número de leitos, em cobertura e em volume de recursos arrecadados. A forma de contratação e pagamento lucrativo de empresas privadas para prestação de assistência aos segurados favoreceu o processo de corrupção com conseqüente desfalque para o orçamento previdenciário. Ao final dos anos 70, aprofunda-se a crise do modelo de saúde previdenciária decorrente do alto custo da assistência a saúde pouco resolutiva e insuficiente para demanda. A resolução do Ministério da Saúde mediante a ineficiência das estruturas de saúde pública e privada é lenta e insignificante, a insatisfação da sociedade tornou-se im clima propício para o surgimento de movimentos sociais reivindicando soluções para os problemas da insuficiência, má distribuição, falta de coordenação dos serviços de saúde, além da sua inadequação e ineficácia. (AGUIAR,2011).

A crise do regime militar a redemocratização do país favoreceram o fortalecimento e articulação do movimento social que pressionava o governo por mudanças no modelo de

assistencia. Vale destacar que o Movimento de Saúde que nasceu na região leste do estado de São Paulo foi decisivo para as conquistas que suscederam na história da saúde pública no Brasil reforçando a luta pela reforma sanitária nos anos 70 e 80. Foi com esse clima de ebulição participativa e de lutas por ampliação da cidadania que difundiram as propostas da reforma sanitária e foi favorável para colocar a saúde na agenda política. Assim, a realização da VII Conferência Nacional de Saúde em 1986 criou espaço importante para debates, propostas e reorientação da assistência médica e de saúde pública (AGUIAR, 2011). Finalmente em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, foi aprovado o Sistema Único de Saúde (SUS), a sua inscrição em carta magna acatou as proposições da sociedade civil organizada, incorporando mudanças no papel do Estado e alterando de forma a miúdo o arcabouço jurídico – institucional do sistema público de saúde brasileiro, pautando-se em um conjunto de princípios e diretrizes válidos para todo território nacional incorpora, em sua estrutura institucional e decisória, espaços e instrumentos para democratização e compartilhada gestão do sistema de saúde (NORONHA, 2008).

O Sistema Único de Saúde – SUS foi organizado a partir da Lei Orgânica da Saúde – LOS, isto é a Lei Federal 8.080, de 19 de setembro de 1990, que estabeleceu em seu art. 2º ser a saúde “um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu exercício”. Conseqüentemente, a Lei 8.080/90 estabelece as regras e as condições para o funcionamento do Sistema Único de Saúde em todo o território nacional, disciplinando a forma de atuação de cada esfera de governo (nacional, regional ou local) bem como a articulação das ações destas esferas entre si e com a iniciativa privada, que atua de forma complementar ao sistema público de saúde. Assim o Ministério da saúde vem buscando viabilizar o acesso equânime e oportuno, a atenção integral e de qualidade garantindo ao cidadão brasileiro os direitos sociais constitucionais. Para atender as necessidades e demandas de serviço de saúde da população o MS através de suas normas define e implanta o sistema de regulação em saúde, visando otimizar alocação de recursos e delegar as responsabilidades das funções regulatórias ao Estado e Municípios.

A Norma Operacional de Assistência à saúde (NOAS) 001/2002 tem o objetivo de organizar a regionalização da assistência e define a regulação assistencial como:

...disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada, que deverá ser efetivada por meio de complexos reguladores que congreguem unidades de trabalho responsáveis pela regulação das urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários.

Delega aos Estados a competência de organizar o fluxo da assistência municipal por meio do Plano Diretor de Regionalização (PDR) (BRASIL, 2001). As Portarias MS/GM nº 2048/02 e 2970/08, Portaria/GM nº. 399 de 22/02/06 normatiza a Regulação médica das urgências como elemento ordenador e orientador dos Sistemas de Urgência e as Centrais responsáveis por organizar a relação entre os vários serviços, qualificando o fluxo avaliando e hierarquizado conforme prioridades ajudando a criar condições para uma atenção à saúde pautada pelas demandas, necessidades e direitos dos usuários (BRASIL,2001).A Portaria nº 1.559/GM/MS, de 1º de agosto de 2008 institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS, considerando a necessidade de fortalecer o processo de regionalização, hierarquização e integração das ações e serviços de saúde, organizadas em três dimensões de atuação - Regulação de Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção à Saúde, Regulação do Acesso à Assistência necessariamente integradas entre si. O art. 10, §1º, §2º e §3º descrevem as atividades que compete a União, aos Estados, aos Municípios e ao Distrito Federal.

Em fevereiro de 2003 a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), assumiu a responsabilidade pela gestão do processo regulatório no território estadual e elaborou o Plano de Controle, Regulação e Avaliação (PCRA), em consonância com o NOAS 001/2002 para habilitação plena da gestão do SUS e implantação das atividades regulatórias, foi criada assim a Central Estadual de Regulação (CER). A CER foi arquitetada como Plano Piloto I, com o objetivo de ordenar o fluxo de pacientes nos postos de saúde, nas unidades de emergência e nos hospitais, priorizando de acordo com o nível de necessidade apresentada (BAHIA, 2003). Após elaboração de relatório de transição governamental que constatou a existência de contratos precários de trabalho e a pouca qualificação dos profissionais da saúde na área da regulação, controle e avaliação, bem como baixa oferta de leitos retaguarda e a sua pouca efetividade

elucidou a necessidade de ações que pudessem garantir a regulação como macrofunção gestora (NORONHA, LIMA & MACHADO, 2008).

Desde março de 2006 que a CER não detém o comando único dos leitos existentes em Salvador, pois o Município se habilitou na gestão plena pela NOAS (2002). Firmaram um Termo de Compromisso entre Entes Públicos (TCEP) que configura-se em uma co gestão, onde o Estado assume a regulação da oferta dos leitos de Salvador através da Central Estadual de Regulação – CER, ficando sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) Salvador contratar, faturar e pagar os serviços hospitalares no seu território.

A CER atualmente tem o objetivo de organizar o acesso dos usuários aos serviços de atenção à saúde, com base aos princípios de equidade, classificando os riscos de acordo com os protocolos de regulação do acesso, encaminhando para os estabelecimentos de saúde de acordo com a disponibilidade da oferta, buscando sempre a alternativa assistencial para, mais próximo do domicílio residente do usuário. Funciona de forma ininterrupta nas vinte e quatro horas, sete dias na semana. Com a perda do comando único, a SESAB passou a enfrentar maiores dificuldades para efetivar a regulação dos leitos em Salvador, pois a SMS não dispõe de leitos municipais, tampouco ampliou a contratação de outros leitos na rede complementar.

A SESAB vem implantando projeto para garantir o acesso dos pacientes que estão nas emergências aguardando vagas desde enfermaria clínica a UTI através da reestruturação da rede própria. Além disso, a implantação do PCRA e de 05 Comissões de Coordenação Permanente de Regulação, Controle e Avaliação (CPRCA), Comissões volantes destinadas a supervisão hospitalar, a internação domiciliar, mutirão de cirurgias de média e alta complexidade; e a manutenção de leitos retaguarda para os pacientes crônicos. Tais alternativas visam disponibilizar acesso aos leitos de UTI adulto geral, UTI coronariana, UTI neuro-trauma, UTI neonatal e UTI pediátrica, neurologia clínica e cirúrgica, ortopedia clínica e cirúrgica, cardiologia clínica e cirúrgica e, pacientes com patologia crônica distribuídos na rede hospitalar própria, conveniada e suplementar de saúde (BAHIA, 2006).

Para classificar e priorizar o acesso dos usuários a CER conta com o SUREMWEB – desenvolvido pela SESAB, através da Diretoria de Modernização administrativa para regulação das urgências/emergências, descentralizado para todas as unidades de emergência da capital e em alguns municípios Pólo de Microrregião. O SUREM utiliza o sistema internacional de cores para classificação de risco: vermelho prioridade imediata; amarelo risco intermediário; verde casos que podem aguardar; e preto para pacientes que acabaram indo a óbito. A alimentação deste sistema permite gerar relatórios mais qualificados, para identificar a frequência, origem e a classificação das solicitações por especialidades clínicas, e o tempo de espera dos pacientes bem como, no processo decisório quanto a contratação dos serviços hospitalares e de diagnose em Salvador. Sendo assim, o trabalho justifica-se por perceber que o sistema de regulação de leito hospitalar torna-se indispensável para garantir a equidade de acesso. Destacar os avanços adquiridos na regulação dos leitos hospitalares de Salvador, através da implantação do PCRA, o apoio ao processo de trabalho através do SUREMWEB/SISREG e das CPRCA e Comissões volantes destinadas a supervisão hospitalar é, considerar que avaliar os avanços e as fragilidades deste sistema é uma importante ferramenta para redimensionar a organização de oferta de serviços, as modalidades assistenciais, suas redes e a complexidade dessas relações em conformidade com o processo de descentralização e aprimoramento da gestão do SUS.

O presente estudo almeja suscitar reflexões sobre o Sistema Estadual de Regulação de Salvador e tem como objetivo maior, confeccionar um check list de ações e procedimentos norteadores para garantir de forma equânime o acesso da população aos serviços de saúde, buscando a alternativa assistencial adequada e em tempo oportuno. E, através deste check list alcançar demais objetivos como a Pactuação do processo de trabalho com os protagonistas da equipe multidisciplinar, fortalecer e co-responsabilidade entre os gestores e prestadores de serviços de saúde suplementar, permitir o acompanhamento e a avaliação da execução dos serviços e alimentar o sistema SUREMWEB/ SISREG em tempo real.

## **2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

A Constituição de 1988 assegura aos cidadãos brasileiros os princípios de universalidade e equidade do acesso aos serviços de saúde. Em seu Art. 196, garante aos cidadãos o direito à saúde e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços, para sua promoção e recuperação (BRASIL, 2003). O SUS tem demonstrado muitos avanços desde sua implantação. Entretanto, o grande desafio que se coloca neste momento é a integralidade da atenção à saúde, considerando a necessidade de organização de rede hierarquizada e regionalizada de serviços. Um dos maiores objetivos é garantir a atenção à saúde da população de forma equitativa, integral, humanizada e de qualidade, por meio da formulação e implementação de políticas de saúde (BRASIL, 2003). Não se pode, todavia, deixar de enfatizar, que para garantir saúde para uma determinada população, é imprescindível assegurar a acessibilidade dos serviços de saúde de forma oportuna e adequada às necessidades da população. Acessibilidade é um fator de fundamental importância para que essa equidade seja concretizada. Quanto mais forte for a atuação do Estado, por meio da introdução de mecanismos de regulação, melhores devem ser os resultados em termos de qualidade, equidade e acesso (CONASS,2007). Segundo Travassos (2004 apud BARATA, 2008)

(...) o acesso e a utilização de serviços de saúde dependem de um conjunto de fatores que podem ser esquematicamente divididos em determinantes da oferta e determinantes da demanda. Pelo lado da oferta, a pré-condição mais importante é a existência dos serviços. A partir da existência física dos serviços de saúde, passam a modular a oferta aspectos relativos às acessibilidades geográfica (localização, vias de acesso, transporte público, entre outros), cultural (padrões de atendimento e normas de conduta aceitáveis ou não pela população a ser assistida), econômica (existência ou não de taxas moderadoras do uso) e organizativa (modo de funcionamento e organização da prestação, principalmente a densidade tecnológica do serviço ofertado).

Para Travassos (2004), uma estratégia utilizada pelo SUS no Brasil para a garantia do acesso universal dos cidadãos aos serviços de saúde é a organização das centrais de regulação assistencial, por temas ou áreas assistenciais: obstétrica e neonatal, urgência e emergência, alta complexidade, etc. A central consiste na estrutura que operacionaliza as ações de regulação assistencial, fazem o elo entre as demandas existentes e o recurso disponível, respeitando prioridades, critérios clínicos de necessidades dos usuários, e disponibilidade de oferta, visando garantir a integralidade e equidade do atendimento à saúde em todos os níveis, com critérios pactuados e transparente, com qualidade e em tempo oportuno respeitando os princípios de regionalização e hierarquização.

Regulação, segundo o Aurélio (1999), tem como significados: sujeitar às 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. Decorrente da polissemia de significados ou dos diversos entendimentos concepções e práticas, aplicado ao setor de saúde no País (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2006), em sua revisão bibliográfica sobre a regulação no SUS pelo Ministério da Saúde, Jaime (2004) alegou que, nas portarias 356/2000 e 423/2002, e na NOAS 001/2002 a regulação foi restringida a seu aspecto assistencial e defende que o mais adequado para os gestores do SUS o conceito mais amplo de regulação do sistema de saúde, ou seja, a regulação da política nacional de saúde.

Para instituir a Política Nacional de Regulação do SUS, por meio da portaria 1.559/2008, além da legislação pertinente ao setor- a lei 8.080/1990; a Pactuação formulada na Câmara

Técnica da Comissão de Itergestores Tripartite; e as Portarias 399/1996, 699/2006, 61.571/2007 –, o MS considerou a necessidade de estruturar as ações, visando o aprimoramento e a integração dos processos de trabalho; de fortalecimento dos instrumentos de gestão do Sistema Único de Saúde – SUS; e de regionalização, hierarquização e integração das ações e serviços de saúde. As ações de regulação, controle e avaliação no âmbito do SUS, visando ao aprimoramento e à integração dos processos de trabalho estão organizadas em três dimensões integradas entre si:

I - Regulação de Sistemas de Saúde: tem como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas;

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

III - Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.

Desta forma, cabe aos Estados e Municípios a responsabilidade de operacionalizar as normas estabelecidas pelo MS, garantindo o acesso a serviços de saúde de modo universal, equânime, e hierarquizado. Segundo o CONASS (2007):

( ... )os governos têm uma importante e intransferível função de regular o setor de saúde em seus vários aspectos de gestão, prestação da assistência, financiamento e administração. Comumente, seus objetivos são limitar custos, evitar excesso de oferta e prevenir ou monitorar a má prática. Estabelecer padrões mínimos para habilitação profissional, para o funcionamento de serviços e da atenção à saúde são ações normalmente exercidas, porém o problema mais comum é a sua implementação e manutenção. Muitos dos recursos (humanos e materiais) dispendidos são voltados para a correção de problemas do sistema de saúde. Portanto, o grande desafio dos gestores é além de introduzir mecanismos de regulação, protocolos e padrões de assistência, é monitorar o seu desempenho. Outro fator preponderante é a informação para o usuário, que pode atuar, desde que bem informado, como um agente regulador.

Nesse sentido, o foco do presente estudo é avaliar a regulação do acesso ao leito de internação hospitalar na cidade de Salvador, planejar ações efetivas ao confeccionar um check list de ações e procedimentos norteadores para garantir de forma equânime o acesso da população aos serviços de saúde, buscando a alternativa assistencial adequada e em tempo oportuno, através da alimentação do sistema SUREMWEB, viabilizando a consolidação da rede de atendimento à saúde (RAS), vínculos e co-responsabilidade entre o trinômio: usuários, profissionais de saúde e gestores buscando prever e planejar demandas futuras e a forma de melhor supri-las.

### 3. MÉTODO

*Numa ciência onde o observador é da mesma natureza que o objeto, o observador é, ele mesmo, uma parte de sua observação.*

*Lévy Stauss*

A trajetória metodológica selecionada é um estudo descritivo que pretende avaliar os avanços e as fragilidades da CER, considerando a possibilidade de uma intervenção efetiva para redimensionar a organização de oferta de serviços. É importante registrar que a perspectiva político- ideológico se baseia na concepção de que:

Ao empregar o pensamento crítico na enfermagem, o profissional terá condições de fazer interpretações precisas das respostas humanas, de forma que as intervenções sejam as mais apropriadas e que os resultados os esperados (LUNEY, 2004). Dessa forma, está alicerçado no processo de enfermagem e, do mesmo modo. O método científico de resolução de problemas é composto pelas seguintes fases: avaliação, diagnóstico, planejamento, implementação, e avaliação (CHAVES,2013).

Assim este estudo foi desenvolvido a partir da avaliação sobre os dados obtidos através das seguintes técnicas qualitativas: análise documental de instrumento usado atualmente no serviço de transporte inter hospitalar, observação e trabalho de uma CPRCA, e das Equipes de Transporte Inter Hospitalar (TIH), demandas e queixas dos usuários do SUS e dos médicos das redes hospitalares referenciadas para internamento/procedimento.

#### 3.1 CONHECENDO A REALIDADE

A CER funciona nas vinte e quatro horas ininterruptamente, em sede própria localizada em um Complexo de Saúde em um bairro periférico da cidade de Salvador. O quadro pessoal possui diversos vínculos – estatutários, celetistas (terceirizados) e Regime Especial de Direito Administrativo (REDA). É composto por, diretor geral, coordenação médica, coordenação de enfermagem, médicos reguladores, auxiliares de regulação, secretárias, corpo técnico administrativo, condutores, chefe de frota e pessoal de apoio aos serviços gerais. Conta com 05 Comissões Permanente de Regulação, Controle e Avaliação (CPRCA), que atuam nas salas de regulação nas unidades hospitalares da rede própria SESAB na capital. 02 Comissões Volantes destinadas a supervisão hospitalar. Atuam identificando vagas, pacientes com possibilidade de

transferência, solicita avaliações pendentes, solicita relatórios de transferência, viabiliza exames de laboratórios, operacionaliza saída (procura acompanhante). Figura 1. Decorrente de inúmeros fatores internos entre eles solicitação de transferência de unidade de trabalho, licenças entre outros a CPRCA tem atualmente um defasado quadro profissional. Gráfico 1.

As equipes de TIH são responsáveis pelo deslocamento dos pacientes entre as unidades de saúde, sua equipe é composta por médicos intervencionistas, enfermeiras intervencionistas, técnicos e auxiliares de enfermagem, operadores de rádio (policiais militares).

Com frequência são realizadas ações de educação e serviço, conforme preconizado pela Portaria do Ministério da Saúde nº 1863/GM 2003. Decorrente de outros vínculos de trabalho, poucos profissionais comparecem para o aprimoramento profissional, privando-se de informações significativas, para o enfrentamento dos problemas na perspectiva da integralidade do cuidado e assunção de novas posturas que auxiliem a qualidade e a equidade de acesso ao leito hospitalar.

O SUREMWEB e o SISREG é o sistema utilizado pelas unidades da Rede Própria e Rede Complementar para solicitações de transferência de pacientes a Central Estadual de Regulação. É uma ferramenta de destacada importância para a organização dos processos de trabalho de regulação, na medida em que favorece a otimização dos recursos de saúde, maior controle dos recursos financeiros e organização dos fluxos. Gráfico 2.

Decorrente da defasagem da equipe de CPRCA, das pendências e a falta de acompanhamento destas via sistema, bem como, o envolvimento dos diversos membros que compõe as equipes de TIH para notificar adequadamente as contra referências dos pacientes possibilitando adequada atualização do quadro clínico, fragmenta as informações e a alimentação adequada deste sistema de informação. Essa quebra de informações sobrecarrega o sistema de demandas Gráfico 3. Médicos reguladores consomem o tempo do plantão buscando vagas para atender o perfil do paciente relatado em tela, este muitas vezes já saiu de alta, piorou ou melhorou

o quadro inicial, não mais atende ao perfil descrito e o leito solicitado ou foi a óbito entre outros. Tabela 1.

Após reflexão e avaliação dos processos de trabalho da CER, pode-se afirmar que há uma carência de conhecimento ou reconhecimento dos profissionais da CER enquanto equipe multidisciplinar. Sobrecarregando a tarefa do médico regulador em atualizar relatórios, cancelar solicitações não mais necessárias, ver prioridades decorrente de mudança do estado atual de saúde entre outros.

Mediante este diagnóstico, vislumbro na produção e execução do chek list um produto, recurso tecnológico, de cunho ético, legal, científico e educativo, para legitimar um processo e sua aplicabilidade qualificando o fluxo, atualizando dados, avaliando e hierarquizado conforme prioridades ajudando a criar condições para uma atenção à saúde pautada pelas demandas, necessidades e direitos dos usuários.

Ao apresentar em março de 2014 o chek list, sua operacionalização como um feedback de informações individuais de cada usuário, para uma efetiva intervenção do trabalho desenvolvido pelas equipes de TIH, garantindo a efetividade da regulação, do controle e da avaliação dos serviços, bem como utilizar o verso do formulário como fonte permanente de informações sobre as políticas públicas de saúde que rege a CER, garantindo informação / formação em serviço à Coordenação técnica do TIH, está além de aceitar a proposta, articulou a sensibilização da equipe de TIH para a apreciação do instrumento e uso efetivo do mesmo.

A Sensibilização se caracterizou pela realização de seminário visando a apresentação do Sistema Estadual de Regulação Assistencial, suas fragilidades e o chek list como mecanismo de potencialização de acesso, com a participação de todos os atores envolvidos na equipe de TIH. Destaco que, por não se tratar de pesquisa, o projeto não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e não foram utilizados dados relativos aos sujeitos ou descrições sobre as

situações assistenciais, e sim considerações textuais, e uma proposta de Sistematização do Formulário da Consulta de Enfermagem, tema do estudo.

#### **4. RESULTADO E ANÁLISE**

A implementação dos processos de trabalho otimizam o desempenho da Central de Regulação e está diretamente relacionado com a resolutividade da rede de saúde, favorece o cumprimento da proposta do acesso integral, de forma hierarquizada e regionalizada, dos usuários aos serviços de saúde, visando garantir de forma ordenada a integridade do atendimento ao cidadão. (BAHIA, 2003). A contribuição de cada membro da equipe da CER é de fundamental importância para o sucesso deste processo.

O chek list é recurso tecnológico, de cunho ético, legal, científico e educativo, uma ferramenta técnica que oportuniza ao profissional enfermeiro e / ou auxiliar de enfermagem, a otimizar o tempo de resposta para efetivação do processo regulatório, permitindo o acesso aos serviços de saúde com maior rapidez, contribuindo assim para a efetivação da rede assistencial em tempo real, dirimindo as deficiências do processo de trabalho, para ordenação do fluxo operacional, racional e humano. Como fator educativo, é uma ferramenta técnica que viabiliza não só a edição de dados, mas também oportuniza ao profissional de enfermagem, internalizar os conceitos e objetivo da CER, contribuindo para a mudança de sua postura e conduta.

O checklist foi apresentado a equipe de TIH como ferramenta potencializadora para uma atividade de trabalho estruturada, inserindo a equipe como ativo agente regulador, visto que ele é o elo direto entre a oferta e o acesso aos leitos inter hospitalar. Tornando-se capaz de elevar o nível de qualidade da assistência à saúde prestada à população pelo SUS através do feedback de informações verídicas e atualizadas sobre o paciente.

O chek list foi planejado a partir de uma coletânea de informações organizada para a sistematização de oferta de serviço de transporte inter hospitalar, realizado a partir da observância normativa para transporte dos pacientes e na Política Nacional de Saúde (BAHIA, 2005). Os dados foram assim estruturados;

1 - Dados do paciente: nome do paciente, idade, endereço, registro do prontuário, data, hora, ressalta a individualidade do atendimento.

2 - A GAIH, só é preenchida para o procedimento de internação, é o documento que valida legalmente a admissão do cliente na unidade hospitalar. Exames laboratoriais e de imagem representam dados objetivos essenciais para confirmação diagnóstica;

3 – Unidade/Transferência: origem - é de suma importância pois identifica o local onde o cliente encontra-se internado; destino – dado significativo uma vez direciona o cliente para a unidade que concedeu a vaga no momento em que foi fechada a regulação, direcionando assim o fluxo do paciente certo no lugar certo;

4 – Procedimento: – o processo regulatório atende as três categorias que são: internação, avaliação e exames de acordo com a solicitação médica mediante a necessidade do cliente;

5 – Documentos (paciente): RG, CPF, Cartão dos SUS, Comprovante de residência – dados extremamente necessários para legitimar a identidade do cliente, validar os procedimentos necessários, respaldar a instituição e os profissionais quanto aos aspectos éticos legais;

6 - Documentos recebidos: (APAC – formulário para Autorização de Procedimento de Alta Complexidade, indispensável para a execução do exame e controle desse procedimento;

7 - Ficha de referência e contra referência – consta de dados do cliente, indica a unidade de origem e destino do mesmo, descrição do quadro clínico e solicitação do procedimento

necessário, suspeita diagnóstica, dados laboratoriais. Todas essas informações são processadas pelo médico assistente;

8 – Relatório médico e prescrição médica atualizado do dia – (de grande relevância para que os dados e as informações seja fidedignas para com o quadro clínico ora apresentado, evitando assim o encaminhamento indevido do cliente para uma unidade que não tenha o recurso necessário para atender à necessidade sua demanda);

9 – Acompanhante – (indispensável para a efetivação do processo de transferências e encaminhamentos, conforme preconizado na portaria que regulamenta o transporte inter hospitalar);

### Transporte Inter Hospitalar – Checklist geral

<b>SESAB</b>		<b>Secretaria de Saúde do Estado da Bahia</b>		
		<b>TRANSPORTE INTER HOSPITALAR</b>		
		<b>CHEK LIST GERAL</b>		
Assinale com X os itens confirmados		Registro do Prontuário: _____ / _____	Data: ____/____/____	Hora: _____
Dados do paciente	Nome: _____ Idade: _____ Endereço: _____ Telefone: _____			
Registro do Prontuário	<input type="checkbox"/> Internação (GAIH) <input type="checkbox"/> Exames Laboratoriais <input type="checkbox"/> Imagens			
Unidade / Transferência	1. Origem: _____ 2. Destino: _____			
Procedimento	<input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Avaliação <input type="checkbox"/> Exames			
Documentos (paciente)	<input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> Cartão do SUS <input type="checkbox"/> Comprovante de residência			
Documentos (recebidos)	<input type="checkbox"/> APAC <input type="checkbox"/> Ficha de referência e contra referência <input type="checkbox"/> Relatório médico (do dia) <input type="checkbox"/> Prescrição médica (do dia)			
Acompanhante	Familiar ou responsável de maior idade			
<b>PROTOCOLO - ADMISSÃO PACIENTES REGULADOS</b> (Exames Obrigatórios)	<b>Especialidade: Cirurgia (TRM)</b>			
	Ficha de referência e contra referência: ( ) Sim ( ) Não		Relatório médico atualizado: ( ) Sim ( ) Não	
	Prescrição médica atualizada ( ) Sim ( ) Não		4. Exames Laboratoriais:	
	Exames complementares:		4.1 Hemograma Completo ( ) Sim ( ) Não	
	1. Tomografia Computadorizada ( ) Sim ( ) Não		4.2 Uréia ( ) Sim ( ) Não	
	2. ECG ( ) Sim ( ) Não		4.3 Creatinina ( ) Sim ( ) Não	
	3. Raio X (tórax) ( ) Sim ( ) Não		4.4 TP/TTPA ou Coagulograma ( ) Sim ( ) Não	
			4.5 Sumário de urina ( ) Sim ( ) Não	
	<b>Especialidade: Cirurgia (Tumor Cerebral)</b>			
	Ficha de referência e contra referência: ( ) Sim ( ) Não		Relatório médico atualizado: ( ) Sim ( ) Não	
Prescrição médica atualizada ( ) Sim ( ) Não		4. Exames Laboratoriais:		
Exames complementares:		4.1 Hemograma Completo ( ) Sim ( ) Não		
1. Tomografia Computadorizada ( ) Sim ( ) Não		4.2 Uréia ( ) Sim ( ) Não		
2. ECG ( ) Sim ( ) Não		4.3 Creatinina ( ) Sim ( ) Não		
3. Raio X (tórax) ( ) Sim ( ) Não		4.4 TP/TTPA ou Coagulograma ( ) Sim ( ) Não		
		4.5 Sumário de urina ( ) Sim ( ) Não		



CPRCA para que providencias resolutivas sejam tomadas em curto espaço de tempo alimentando os novos dados no sistema. Quando o transporte for realizado com êxito caberá as equipes a entrega do checklist na CER, para que o agente de regulação atualize o sistema. As informações oriundas destes dados são fundamentais para otimizar a função do médico regulador e para que este tenha respaldo entre a congruência entre o quadro apresentado e o real avaliado, ampliando a oferta e garantindo o acesso aos que não são atualmente contemplados plenamente em suas necessidades.

Os resultados de aplicabilidade deste instrumento permite afirmar que sua utilização apresentou um impacto positivo na resolubilidade da CER em relação a qualificação das transferências, evidenciando a redução de retorno. A atualização de dados diários é agora realizado através de discursos fundamentados na política assistencial de saúde de forma equânime, para sensibilizar a colaboração dos demais profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, de radiologia, de laboratório, de imagem, maqueiros e outros) que trabalham nas unidades de urgência e emergência.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As contribuições da Central Estadual de Regulação para a melhoria do acesso da população aos serviços do SUS podem ser percebidas quando simplifica o trajeto do paciente até o recurso assistencial ou de apoio diagnose. Diversas intervenções têm sido realizadas pela CER - BA, visando corrigir as distorções e fragilidades detectadas na captação e ocupação dos leitos hospitalares, deve ser considerado, entretanto, que o processo de regulação nunca deverá ser inserido dentro de um cenário de disputas, de interesses conflitantes, que determinam o seu formato e alcance.

É válido salientar que a capacitação permanente em serviço deverá ser uma ação de gestão e não apenas uma atividade preconizada pela portaria do MS nº 1863/GM 2003. A implantação de um núcleo de educação permanente permitiria a confecção de propostas de intervenções em serviço; de relatórios analíticos e estudo dos contratos dos leitos hospitalares disponível a CER. Esta ação executada de forma participativa e democrática constitui-se em um

instrumento indispensável para inserir de fato o compromisso profissional as atividades desenvolvidas. Ao mesmo tempo que ressignifica a importância de cada ator de saúde.

A elaboração e aplicação deste instrumento metodológico promoveu a constituição da equipe multiprofissional como agente regulador. Os profissionais assumiram nova percepção sobre a importância da CER, que não é limitada só a alocar um leito hospitalar para o paciente e, que o compromisso profissional pode tornar eficiente e eficaz o acesso da população a procedimentos de média e alta complexidade. Bem como, a importância do feedback de informações sobre o processo de regulação fornecendo informações sobre o fluxo dos usuários na rede de serviços de saúde, dentre outros aspectos do atendimento, alimentando o SISREG subsidiando as áreas de controle, avaliação planejamento e programação, facilitando aos gestores a tomada de decisão para melhorias na rede de atenção à saúde.

O presente estudo retomou discussões sobre a atuação das equipes de CPRCA, e o desempenho do seu papel como de suma importância para o fortalecimento da saúde como um bem público, assegurando a cooperação técnica e o apoio às unidades para retaguarda de leitos. Implantar equipes de CPRCA em todos os hospitais de leitos retaguarda seria uma importante ferramenta para garantir a equidade no acesso e qualidade na assistência prestada à população.

Enfim, espera-se que o mesmo tenha contribuído para assunção de novos ciclos de intervenções in loco, debates, diálogos e, que faça emergir a necessidade de outros estudos com o tema aqui abordado.

## REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: informações e documentações: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

\_\_\_\_\_. CER - **Central Estadual de Regulação**. Salvador, abril, 2012. Texto disponível no endereço: <http://www.saude.ba.gov.br/direg>. Acesso em: 04 fev.2014;

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **GM/MS n. 2907, de 23 de novembro de 2009**. Dispõe sobre o financiamento para a implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores e informatização das Unidades de Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS;

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.559, de 1º de agosto de 2008**. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Publicada no DOU de 4 de agosto de 2008;

\_\_\_\_\_. SESAB. **Plano de Regulação, controle e Avaliação**. Salvador, Agosto, 2003. Texto disponível no endereço: <http://www.saude.ba.gov.br/arquivos>. Acesso em: 04 fev.2014

\_\_\_\_\_. SESAB. DIREG/CER. **Documento Base que dá origem ao Projeto de Implantação das Comissões de Regulação, Controle e Avaliação – CRCA**. Março,2007.

AGUIAR, Z.N. **SUS: Sistema Único de Saúde** – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. 1ª Ed. São Paulo: Martinari,2011.

BAHIA. Secretaria da Saúde. Superintendência de Regulação, Atenção e Promoção da Saúde. Diretoria da Assistência à Saúde. Coordenação de Regulação. **Manual para Implantação de Centrais de Regulação**. Salvador SESAB, 2003.

BAHIA. Secretaria da Saúde. Superintendência de Regulação, Atenção e Promoção da Saúde. **Regulação da Assistência à Saúde: o que o município precisa saber**. Superintendência de Regulação, Atenção e Promoção da Saúde. Salvador: Diretoria de Regulação do Sistema de Saúde. Coordenação de Regulação, 2005.

BARATA, R. B. Acesso e uso de serviços de saúde: considerações sobre os resultados da Pesquisa de Condições de Vida 2006. **São Paulo em Perspectiva**, v. 22, São Paulo, 2008.

BRASIL. Constituição (1998). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8080.pdf>>. Acesso em 24/03/2014.

CHAVES, Lucimara Duarte; e Solai Cibele Andres, **Sistematização da Assistência de Enfermagem** – considerações teóricas e aplicabilidade, São Paulo: Martiniri;2013. 160p.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDES (Brasil). **Política Nacional de Regulação**. Brasília, DF, 2006.

EVANGELISTA, P. A.; BARRETO, S. M.; GUERRA, H. L. Central de Regulação de Leitos do SUS em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: avaliação de seu papel pelo estudo das internações por doenças isquêmicas do coração. **Caderno de Saúde Pública**, v.24, Rio de Janeiro, 2008.

OLIVEIRA, D. A. **Gestão democrática da educação**: desafios contemporâneos. 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

NORONHA, J.C.; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V. O Sistema Único de Saúde SUS. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL.S.; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A.I. (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ,2008.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - Modulo III – **Processo Educativo em Saúde**, Unidade 1- Dimensão Educativa do Cuidado de Enfermagem, UFSC, Eleonora Milano Falcão Vieira e Maria Alice de Moraes, 2013.

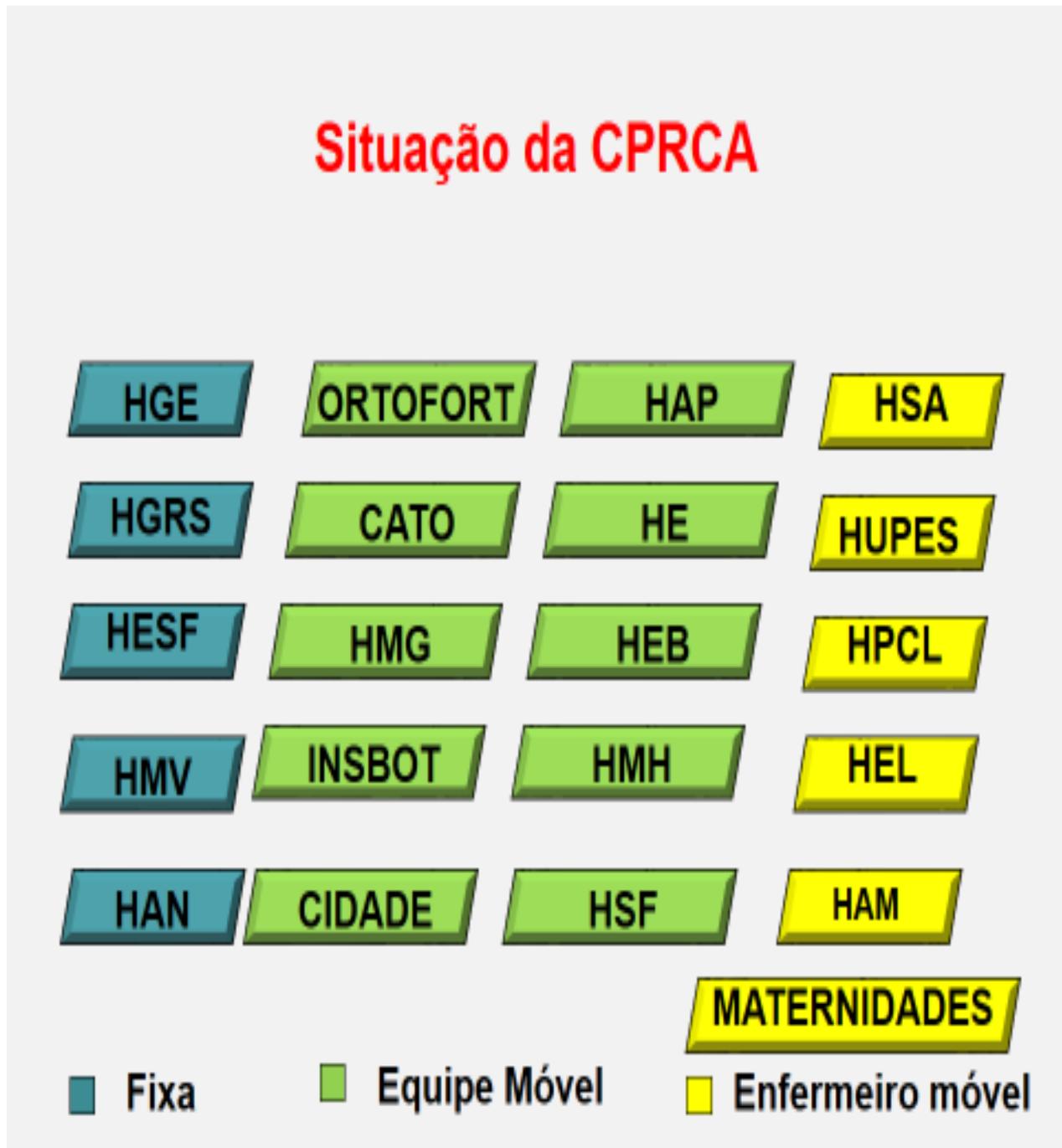
VANZIN apud MARTINELLI, **Revista Rede de Cuidados em Saúde** – ISSN-1982-6451. 2004, p.210

**APÊNDICE A** – Transporte Inter Hospitalar – Chek list geral

<b>SESAB</b>		<b>Secretaria de Saúde do Estado da Bahia</b>		
		<b>TRANSPORTE INTER HOSPITALAR</b>		
		<b>CHEK LIST GERAL</b>		
Assinale com X os itens confirmados		<b>Registro do Prontuário:</b> _____ / _____	<b>Data:</b> ____/____/____	<b>Hora:</b> _____
Dados do paciente	Nome: _____	Endereço: _____		Telefone: _____
Registro do Prontuário	<input type="checkbox"/> Internação (GAIH) <input type="checkbox"/> Exames Laboratoriais <input type="checkbox"/> Imagens			
Unidade / Transferência	1. Origem: _____ 2. Destino: _____			
Procedimento	<input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Avaliação <input type="checkbox"/> Exames			
Documentos (paciente)	<input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> Cartão do SUS <input type="checkbox"/> Comprovante de residência			
Documentos (recebidos)	<input type="checkbox"/> APAC <input type="checkbox"/> Ficha de referência e contra referência <input type="checkbox"/> Relatório médico (do dia) <input type="checkbox"/> Prescrição médica (do dia)			
Acompanhante	Familiar ou responsável de maior idade			
<b>PROTOCOLO - ADMISSÃO PACIENTES REGULADOS</b> (Exames Obrigatórios)	<b>Especialidade: Cirurgia (TRM)</b>			
	Ficha de referência e contra referência: ( ) Sim ( ) Não    Relatório médico atualizado: ( ) Sim ( ) Não			
	Prescrição médica atualizada ( ) Sim ( ) Não			
	Exames complementares:			
	1. Tomografia Computadorizada ( ) Sim ( ) Não		4. Exames Laboratoriais:	
	2. ECG ( ) Sim ( ) Não		4.1 Hemograma Completo ( ) Sim ( ) Não	
	3. Raio X (tórax) ( ) Sim ( ) Não		4.2 Uréia ( ) Sim ( ) Não	
			4.3 Creatinina ( ) Sim ( ) Não	
			4.4 TP/TTPA ou Coagulograma ( ) Sim ( ) Não	
			4.5 Sumário de urina ( ) Sim ( ) Não	
<b>PROTOCOLO - ADMISSÃO PACIENTES REGULADOS</b> (Exames Obrigatórios)	<b>Especialidade: Cirurgia (Tumor Cerebral)</b>			
	Ficha de referência e contra referência: ( ) Sim ( ) Não    Relatório médico atualizado: ( ) Sim ( ) Não			
	Prescrição médica atualizada ( ) Sim ( ) Não			
	Exames complementares:			
	1. Tomografia Computadorizada ( ) Sim ( ) Não		4. Exames Laboratoriais:	
	2. ECG ( ) Sim ( ) Não		4.1 Hemograma Completo ( ) Sim ( ) Não	
	3. Raio X (tórax) ( ) Sim ( ) Não		4.2 Uréia ( ) Sim ( ) Não	
			4.3 Creatinina ( ) Sim ( ) Não	
			4.4 TP/TTPA ou Coagulograma ( ) Sim ( ) Não	
			4.5 Sumário de urina ( ) Sim ( ) Não	
<b>PROTOCOLO - ADMISSÃO PACIENTES REGULADOS</b> (Exames Obrigatórios)	<b>Especialidade: Cirurgia (Tumor de Coluna)</b>			
	Ficha de referência e contra referência: ( ) Sim ( ) Não    Relatório médico atualizado: ( ) Sim ( ) Não			
	Prescrição médica atualizada ( ) Sim ( ) Não			
	Exames complementares:			
	1. Ressonância Magnética ( ) Sim ( ) Não		4. Exames Laboratoriais:	
	2. ECG ( ) Sim ( ) Não		4.1 Hemograma Completo ( ) Sim ( ) Não	
	3. Raio X (tórax) ( ) Sim ( ) Não		4.2 Uréia ( ) Sim ( ) Não	
			4.3 Creatinina ( ) Sim ( ) Não	
			4.4 TP/TTPA ou Coagulograma ( ) Sim ( ) Não	
			4.5 Sumário de urina ( ) Sim ( ) Não	
<b>PROTOCOLO - ADMISSÃO PACIENTES REGULADOS</b> (Exames Obrigatórios)	<b>Especialidade: Cirurgia (Aneurisma Cerebral)</b>			
	Ficha de referência e contra referência: ( ) Sim ( ) Não    Relatório médico atualizado: ( ) Sim ( ) Não			
	Prescrição médica atualizada ( ) Sim ( ) Não			
	Exames complementares:			
	1. Angiografia Cerebral ( ) Sim ( ) Não		4. Exames Laboratoriais:	
	2. ECG ( ) Sim ( ) Não		4.1 Hemograma Completo ( ) Sim ( ) Não	
	3. Raio X (tórax) ( ) Sim ( ) Não		4.2 Uréia ( ) Sim ( ) Não	
			4.3 Creatinina ( ) Sim ( ) Não	
			4.4 TP/TTPA ou Coagulograma ( ) Sim ( ) Não	
			4.5 Sumário de urina ( ) Sim ( ) Não	
<b>PROTOCOLO - ADMISSÃO PACIENTES REGULADOS</b> (Exames Obrigatórios)	<b>Especialidade: Cateterismo Cardíaco</b>			
	Ficha de referência e contra referência: ( ) Sim ( ) Não    Relatório médico atualizado: ( ) Sim ( ) Não			
	Prescrição médica atualizada ( ) Sim ( ) Não			
	Exames complementares:			
	1. _____ ( ) Sim ( ) Não		4. Exames Laboratoriais:	
	2. ECG ( ) Sim ( ) Não		4.1 Hemograma Completo ( ) Sim ( ) Não	
	3. Raio X (tórax) ( ) Sim ( ) Não		4.2 Uréia ( ) Sim ( ) Não	
			4.3 Creatinina ( ) Sim ( ) Não	
			4.4 TP/TTPA ou Coagulograma ( ) Sim ( ) Não	
			4.5 Sumário de urina ( ) Sim ( ) Não	
<b>PROTOCOLO - ADMISSÃO PACIENTES REGULADOS</b> (Exames Obrigatórios)	<b>Especialidade: Clínica Implant. de Marca-Passo</b>			
	Ficha de referência e contra referência: ( ) Sim ( ) Não    Relatório médico atualizado: ( ) Sim ( ) Não			
	Prescrição médica atualizada ( ) Sim ( ) Não			
	Exames complementares:			
	1. Ecocardiograma ( ) Sim ( ) Não		4. Exames Laboratoriais:	
	2. ECG ( ) Sim ( ) Não		4.1 Hemograma Completo ( ) Sim ( ) Não	
	3. Raio X (tórax) ( ) Sim ( ) Não		4.2 Uréia ( ) Sim ( ) Não	
			4.3 Creatinina ( ) Sim ( ) Não	
			4.4 TP/TTPA ou Coagulograma ( ) Sim ( ) Não	
			4.5 Sumário de urina ( ) Sim ( ) Não	

<b>PROTOCOLO - ADMISSÃO</b> <b>PACIENTES REGULADOS</b> (Exames Obrigatórios)	<b>Especialidade: Clínica Médica</b>
	Ficha de referência e contra referência: ( ) Sim ( ) Não    Relatório médico atualizado: ( ) Sim ( ) Não Prescrição médica atualizada ( ) Sim ( ) Não Exames complementares: 1. _____ ( ) Sim ( ) Não 2. ECG ( ) Sim ( ) Não 3. Raio X (tórax) ( ) Sim ( ) Não 4. Exames Laboratoriais: 4.1 Hemograma Completo ( ) Sim ( ) Não 4.2 Uréia ( ) Sim ( ) Não 4.3 Creatinina ( ) Sim ( ) Não 4.4 TP/TTPA ou Coagulograma ( ) Sim ( ) Não 4.5 Sumário de urina ( ) Sim ( ) Não
	<b>Especialidade: Pediatria</b>
	Ficha de referência e contra referência: ( ) Sim ( ) Não    Relatório médico atualizado: ( ) Sim ( ) Não Prescrição médica atualizada ( ) Sim ( ) Não Exames complementares: 1. _____ ( ) Sim ( ) Não 2. ECG ( ) Sim ( ) Não 3. Raio X (tórax) ( ) Sim ( ) Não 4. Exames Laboratoriais: 4.1 Hemograma Completo ( ) Sim ( ) Não 4.2 Uréia ( ) Sim ( ) Não 4.3 Creatinina ( ) Sim ( ) Não 4.4 TP/TTPA ou Coagulograma ( ) Sim ( ) Não 4.5 Sumário de urina ( ) Sim ( ) Não
	<b>Especialidade: Ortopédia (TRAUMAS GERAIS)</b>
	Ficha de referência e contra referência: ( ) Sim ( ) Não    Relatório médico atualizado: ( ) Sim ( ) Não Prescrição médica atualizada ( ) Sim ( ) Não Exames complementares: 1. _____ ( ) Sim ( ) Não 2. ECG ( ) Sim ( ) Não 3. Raio X (tórax) ( ) Sim ( ) Não 4. Exames Laboratoriais: 4.1 Hemograma Completo ( ) Sim ( ) Não 4.2 Uréia ( ) Sim ( ) Não 4.3 Creatinina ( ) Sim ( ) Não 4.4 TP/TTPA ou Coagulograma ( ) Sim ( ) Não 4.5 Sumário de urina ( ) Sim ( ) Não
OBS->	

FIGURA1 - Atuação das CPRCA



DIREG – CER ,2013

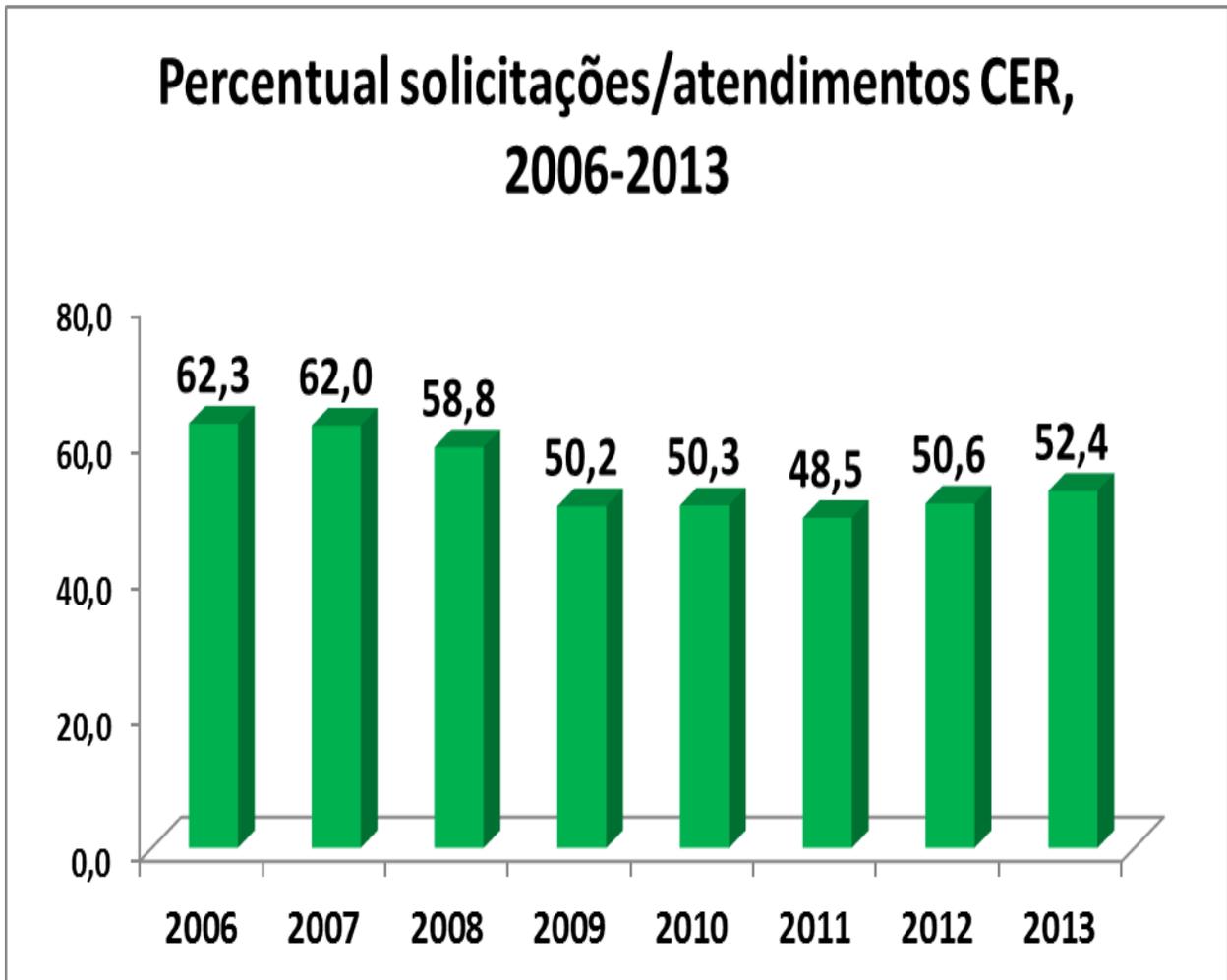
**GRÁFICO 1 -** Quadro profissional

GRÁFICO 2 - Atendimentos realizados pela CER



DIREG – CER ,2013

GRÁFICO 3 - Quebra de informações



**Média  
54,4%**

**51,2% é cancelado por  
várias razões, a principal  
é alta a pedido ou da  
unidade**

**TABELA 1. Motivos da resolução negativa**

<b>Motivos da Resolução Negativa -2013</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Alta a pedido	17.948	<b>35,01</b>
Alta pela unidade	8.036	<b>15,68</b>
Cancelamento da solicitação do recurso	7.843	<b>15,3</b>
Dados insuficientes para regulação	3.978	<b>7,76</b>
Evasão	3.791	<b>7,4</b>
Mutirão - Substituição do procedimento	3.145	<b>6,13</b>
Término do contrato	2679	<b>5,23</b>
Não atualização do quadro clínico pela unidade	1827	<b>3,56</b>
Óbito	948	<b>1,85</b>
Unidade solicitante não enviou o paciente	656	<b>1,28</b>
Procedimento contra-indicado pelo especialista	346	0,67
Recurso não disponível por falta de especialidade ou procedimento	34	0,07
Transferido para outra unidade sem regulação	18	0,04
Paciente não encontrado na unidade	5	0,01
Resolvido na unidade solicitante	5	0,01
Ocorrência sem atualização por mais de 72h	5	0,01
<b>Total</b>	<b>51.264</b>	<b>100</b>