

Rosana de Vasconcelos Parra

REGULAÇÃO ASSISTENCIAL

Promoção da Equidade no Acesso às Internações Hospitalares de Urgência no Âmbito do
Sistema Único de Saúde de Minas Gerais

Belo Horizonte

2019

Rosana de Vasconcelos Parra

REGULAÇÃO ASSISTENCIAL

Promoção da Equidade no Acesso às Internações Hospitalares de Urgência no Âmbito do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Administração Pública, Planejamento e Gestão Governamental – CEAPPGG/2017 da Fundação João Pinheiro, como requisito parcial para a obtenção do título de especialista.

Orientador: Silvio Ferreira Junior

Belo Horizonte

2019

Parra, Rosana de Vasconcelos.

259r P Regulação assistencial [manuscrito] : promoção da equidade no acesso às internações hospitalares de urgência no âmbito do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais / Rosana de Vasconcelos Parra. – 2019.

[10], 63 f. : il.

Monografia de conclusão de Curso (Especialização em Administração Pública Planejamento e Gestão Governamental) – Fundação João Pinheiro, Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, 2019.

Orientador: Silvio Ferreira Junior

Bibliografia: f. 63-68

1. Saúde pública – Minas Gerais. 2. Hospital – Minas Gerais. 3. Sistema Único de Saúde (Brasil). I. Ferreira Junior, Silvio. II. Título.

CDU 614(815.1)

Rosana de Vasconcelos Parra

Regulação Assistencial: Promoção da Equidade no Acesso às Internações Hospitalares de Urgência no Âmbito do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Administração Pública, Planejamento e Gestão Governamental – III CEAPPGG/2017, da Fundação João Pinheiro, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista.

Aprovada na Banca Examinadora

Maria José Nogueira, Fundação João Pinheiro

Silvio Ferreira Junior, Fundação João Pinheiro

Belo Horizonte, 07 de junho de 2019

AGRADECIMENTOS

Aos professores e colegas do III CEAPPGG,
À turma do Fundão,
À equipe da Subsecretaria de Regulação em Saúde da Secretaria de Estado
de Saúde de Minas Gerais,
À família e aos amigos que sempre me incentivam e não me deixam desistir.

*“É fazendo que se aprende a fazer aquilo que se
deve aprender a fazer”*

Aristóteles

RESUMO

O acesso a internações hospitalares de urgência e emergência nos serviços públicos de saúde constitui direito de todos, determinado pela Constituição Federal de 1988, mas a sua efetiva realização, muitas vezes, ocorre de forma desorganizada, através de relações interpessoais, sem transparência e imparcialidade na alocação dos recursos, em especial dos leitos hospitalares. A regulação assistencial é necessária para o funcionamento do sistema de saúde de forma ordenada e equânime. O objetivo geral deste estudo é analisar o Sistema Estadual de Regulação Assistencial de Minas Gerais, quanto ao seu propósito de prover equidade no acesso às internações hospitalares de urgência e emergência no SUS/MG e, de modo específico, visa descrever o processo regulatório e identificar as instâncias participantes, além de identificar o perfil das solicitações de internação reguladas, quanto ao seu desfecho final, em cada uma das Regiões Ampliadas de Saúde do Estado. Trata-se de estudo descritivo, de natureza quantitativa, que utilizou técnicas de pesquisa documental e bibliográfica. Foram analisadas publicações oficiais nacionais e estaduais, dados obtidos no sistema informatizado de regulação do acesso SUSfácilMG e em bases de dados do Ministério da Saúde, referentes aos anos de 2008 e 2018. Os resultados encontrados demonstraram que a regulação assistencial, operacionalizada e organizada em rede regionalizada e hierarquizada, constitui ferramenta para o acompanhamento e a avaliação da situação de saúde, possibilita ajustes no planejamento para otimização da utilização dos recursos, promove a equidade no acesso aos serviços de saúde e favorece a ordenação e a qualificação da assistência. Houve crescimento da utilização da ferramenta informatizada SUSfácilMG, em todas as Regiões Ampliadas de Saúde de Minas Gerais, partindo de 224.672 internações reguladas, em 2008, para mais de 1 milhão, em 2018, ampliando, o percentual da produção hospitalar aprovada submetida à regulação do acesso em mais de quatro vezes, de 23%, em 2008, para 98%, em 2018. O Sistema Estadual de Regulação Assistencial, embora ainda tenha desafios a serem vencidos pela equipe gestora da Saúde Pública no Estado, encontra-se consolidado e é efetivo em seu objetivo de assegurar a equidade no acesso às internações hospitalares de urgência e emergência no âmbito do SUS/MG.

Palavras-Chave: Regulação, acesso, internação, urgência, equidade, SUSfácilMG

ABSTRACT

Access to emergency hospital admissions in public health services constitutes a right of all people, as determined by the Federal Constitution of 1988, but its effective fulfillment often occurs in a disorganized way, through interpersonal relations, without transparency and impartiality in the allocation of resources, especially hospital beds. Health regulation is necessary for the functioning of the health system in an orderly and equitable manner. The general objective of this study is to analyze the Minas Gerais' State System of Health Care Regulation, regarding its purpose of providing equity to the access to emergency hospitalizations in the public health system. In a specific way, it aims to describe the regulatory process and identify the participating entities, as well as to identify the profile of the hospitalization requests regulated, as to its final outcome, in each of the Expanded Health Regions of the State. It is a descriptive study, of quantitative nature, that used documental and bibliographic research techniques. National and state official databases were obtained from the regulation access system SUSfácilMG and databases of the Ministry of Health, for the years 2008 and 2018. The results showed that the assistance regulation, operationalized and organized in a regionalized and hierarchical network, is a tool for monitoring and the evaluation of the health situation, allows adjustments in planning to optimize the use of resources, promotes equity in access to health services and favors the ordering and qualification of care. There was growth in the use of the SUSfácilMG computerized tool in all the Expanded Health Regions of Minas Gerais, from 224,672 hospitalizations regulated, in 2008, to more than 1 million in 2018, increasing by more than four times the per cent of approved hospital production subject to the access regulation from 23%, in 2008, to 98% in 2018. The Minas Gerais' State System of Health Care Regulation, although still has challenges to overcome by the public health management team in the State, has been consolidated and is effective in its goal of ensuring equity in access to emergency hospitalizations within the public health system.

Key words: Regulation, access, emergency, hospitalization, equity, SUSfácilMG

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS:

FIGURA 01: Apresentação cartográfica do Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais, no âmbito das regiões ampliadas de saúde.....	18
FIGURA 02: A estrutura operacional das redes de atenção à saúde.....	22
FIGURA 03: Apresentação cartográfica das Centrais Macrorregionais de Regulação Assistencial implantadas.....	31

GRÁFICOS:

GRÁFICO 01: Solicitações de internação via SUSfácilMG por região ampliada de saúde em 2008 e 2018.....	48
GRÁFICO 02: Situação das solicitações de internação via SUSfácilMG por região ampliada de saúde em 2008.....	49
GRÁFICO 03: Situação das solicitações de internação via SUSfácilMG, por região ampliada de saúde em 2018.....	50
GRÁFICO 04: Percentual de internações reguladas via SUSfácilMG em 2008 e 2018.....	58

TABELAS:

TABELA 01: Solicitações de internação hospitalar de urgência/emergência cadastradas no SUSfácilMG, por região ampliada de saúde, em 2008 e 2018.....	46-47
TABELA 02: Pedidos de internações por região ampliada de saúde de origem atendidos via SUSfácilMG em 2008 e 2018.....	51
TABELA 03: Solicitações de internação cadastradas no SUSfácilMG, em 2008 e 2018, canceladas, em cada região ampliada de saúde.....	54
TABELA 04: Solicitações de internações cadastradas no SUSfácilMG, em 2008 e 2018, canceladas por óbito, em cada região ampliada de saúde.....	56

QUADROS:

QUADRO 01: Centrais macrorregionais de regulação assistencial.....	30
QUADRO 02: População, taxa de urbanização e PIB, por região ampliada de saúde.....	42
QUADRO 03: Quantidade de hospitais e de leitos sus, por região ampliada de saúde.....	44
QUADRO 04: Internações ocorridas por solicitação da RAS, atendidas pela própria RAS..	53
QUADRO 05: Internações hospitalares de urgência/emergência reguladas via SUSfácilMG e produção hospitalar aprovada no SIH/SUS em 2008 e 2018.....	59

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC/MCHE =	Alta complexidade e média complexidade hospitalar especial
AIH =	Autorização de Internação Hospitalar
APS =	Atenção primária à saúde
B.I =	Business Intelligence
CINT =	Central de internação
CIR =	Comissões Intergestores Regionais
CIRA =	Comissões Intergestores Regionais Ampliadas
CNES =	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
NOAS =	Norma Operacional de Assistência à Saúde
PDI =	Plano Diretor de Investimentos
PDR =	Plano Diretor de Regionalização
PIB =	Produto Interno Bruto
PPI =	Programação pactuada e integrada da atenção em saúde
RAS =	Regiões Ampliadas de Saúde
RS =	Regiões de Saúde
RUE =	Rede de Urgência e Emergência
SAMU =	Serviço de atendimento móvel de urgência
SES/MG =	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SIH =	Sistema Hospitalar de Internação
SISREG =	Sistema de Regulação
SUS =	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	REGIONALIZAÇÃO	16
2.1	Plano Diretor de Regionalização em Minas Gerais.....	17
3	REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	21
3.1	Rede de urgência e emergência.....	22
4	REGULAÇÃO EM SAÚDE	25
4.1	Marcos normativos e conceituais.....	25
4.2	Regulação assistencial em Minas Gerais.....	27
4.3	Sistema informatizado de regulação assistencial SUSfácilMG.....	31
4.4	Fluxo sistêmico para internações hospitalares de urgência/emergência.....	33
5	PERCURSO METODOLÓGICO	37
5.1	Pesquisa Documental.....	37
5.2	Dados de regulação assistencial.....	38
5.3	Informações demográficas, socioeconômicas e de produção hospitalar.....	38
5.3.1	População residente e taxa de urbanização.....	38
5.3.2	Produto interno bruto total e per capita.....	39
5.3.3	Estabelecimentos de saúde.....	39
5.3.4	Leitos hospitalares.....	40
5.3.5	Produção hospitalar aprovada.....	40
6	RESULTADOS	42
6.1	Caracterização das Regiões Ampliadas de Saúde.....	42
6.2	Solicitações de internação hospitalar regulada via SUSfácilMG.....	46
6.3	Internações realizadas via SUSfácilMG.....	50
6.4	Solicitações canceladas.....	53
6.5	Percentual de internações aprovadas, reguladas.....	58
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
	REFERÊNCIAS	63
	APÊNDICES E ANEXOS	69

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 determina que a saúde é direito de todos e dever do Estado, devendo ser garantido na integralidade da assistência, o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, para sua promoção, proteção e recuperação. O Sistema Único de Saúde (SUS) foi concebido para viabilizar os direitos constitucionais e está estruturado de forma descentralizada, em rede regionalizada e hierarquizada.

Apesar da garantia constitucional, barreiras de acesso a ações e serviços de saúde públicos estão historicamente presentes. Os cidadãos usuários do SUS que necessitavam de internação hospitalar em situação de urgência/emergência precisavam, eles próprios, seus amigos e/ou familiares, peregrinar de “porta em porta” nos hospitais em busca de atendimento adequado e vaga para internação.

O estudo Peregrinação no anteparto em São Luís – Maranhão (CUNHA *et al.*, 2010), apontou que em 2010 mais de 40% das puérperas que participaram da pesquisa receberam atendimento após terem percorrido mais de um serviço de saúde e 40% destas foram em ao menos duas maternidades em razão da não disponibilidade de leito para 60% dos casos. Segundo o referido autor, o adequado referenciamento, entre outros fatores, pode contribuir para a diminuição do sofrimento vivido pelos pacientes em busca de assistência, bem como para a redução do risco de morbimortalidade.

A longa procura por assistência, por diversas vezes, acarreta em complicações da condição clínica do paciente e, até mesmo em seu óbito. São algumas das causas da demora em identificar o serviço adequado para atendimento:

- i) ausência de uma rede de serviços organizada, onde cada unidade de saúde é referência para o atendimento de uma determinada população;
- ii) falta de conhecimento de quem busca o serviço de saúde em relação à vocação do prestador hospitalar, isto é, em quais áreas de atuação (especialidades médicas) o estabelecimento prestava serviços;
- iii) falta de informação quanto à disponibilidade de leitos/recursos em cada unidade de saúde.

A busca, realizada pela própria população, por um leito de internação expunha o paciente a indesejáveis e elevados riscos, devido a seu transporte inadequado e à falta de assistência durante o tempo decorrido até encontrar uma vaga

disponível (tempo esse, usualmente passado dentro de veículos particulares ou em ambulância sem os recursos necessários para o atendimento do paciente).

A concessão da tão necessária vaga para internação hospitalar era definida, muitas vezes, com base nas relações de amizade, apadrinhamento, relações de cunho financeiro, político e etc., sobrepondo-se aos critérios médico-assistenciais. Aqueles pacientes com relações de maior influência interpessoal obtinham acesso aos serviços de saúde com mais facilidade e celeridade, mesmo que não apresentassem prioridade clínica. Dessa forma, aqueles com relações mais prestigiosas tinham preferência no atendimento assistencial, configurando cenário de grande iniquidade assistencial.

Para se entender a concepção de iniquidade, na conjuntura assistencial, faz-se necessário conceituar a equidade em saúde:

[...] refere-se à igualdade de recursos para necessidades iguais, de oportunidades de acesso para iguais necessidades, utilização dos mesmos recursos políticos, materiais, de pessoal e econômico, para necessidades iguais, ética na aplicação de tecnologia e recursos financeiros às demandas sociais. (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2004, p. 110).

Equidade é, pois, a igualdade de oportunidades de acesso a ações e serviços de saúde para necessidades iguais e oportunidades diferenciadas para necessidades desiguais, priorizadas em função de situações de risco, de condições de vida e de saúde de cada indivíduo e ou grupos da população.

A iniquidade, por sua vez, pode ser caracterizada pelo oposto: oportunidades desiguais para necessidades iguais, situações em que critérios de priorização clínica são desconsiderados, prevalecendo fluxos paralelos de acesso aos serviços de saúde, com base em relações pessoais e outros critérios não científicos ou não pactuados. (VILARINS, 2010).

Diante da iniquidade no acesso da população aos serviços de saúde e da ausência de controle público eficaz sobre a disponibilidade da oferta de serviços hospitalares, essa questão era em sua maioria desconhecida, e a pequena parcela da qual se tinha conhecimento, era desorganizada. Não havia um instrumento público oficial para dar transparência à disponibilidade dos leitos hospitalares em cada estabelecimento, e tampouco havia uma ferramenta para propiciar a avaliação

imparcial da prioridade de acesso dos pacientes a esses leitos, o que possibilitaria o direcionamento adequado e equânime da demanda. Portanto, considerando não haver à época, intervenção estatal para regular oferta e demanda dos serviços de saúde (sendo a demanda, de maneira geral, superior à oferta), o controle dessa falha de mercado tornou a regulação assistencial uma necessidade pública.

À luz da Norma Operacional de Assistência à Saúde 01/2002 (NOAS 01/2002) a regulação assistencial pode ser definida como a “disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada”, que deve 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”. (BRASIL, 2002).

Como princípio orientador, a referida norma estabeleceu que a regulação das referências intermunicipais é competência da gestão estadual, através da coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde (PPI Assistencial), do processo de regionalização e do desenho das redes de assistência. (BRASIL, 2002).

Nesse cenário, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) estabeleceu em 2002 seu Plano Diretor de Regionalização (PDR) e, no ano seguinte teve sua PPI Assistencial implementada e publicizada. (MINAS, 2014). A organização das redes de assistência, no entanto, se consolidou alguns anos depois, a partir da Portaria Ministerial 4279/2010. (BRASIL, 2012).

Como uma das estratégias para assegurar a assistência equânime, qualificada e oportuna, o estado de Minas Gerais, através da publicação da Deliberação CIB/SUS-MG nº 318/2006, implementou o Sistema Estadual de Regulação Assistencial.

O Sistema Estadual de Regulação Assistencial foi operacionalizado pelas criação das Centrais Macrorregionais de Regulação Assistencial, que utilizam como sua principal ferramenta o *software* de regulação do acesso SUSfácilMG. Dessa forma, desde 2006, os usuários do SUS/MG que precisam de uma internação hospitalar em caráter de urgência e emergência, são cadastrados nesse sistema informatizado para a busca do leito adequado à sua necessidade.

Através do SUSfácilMG, as informações clínicas são enviadas para equipe de médicos reguladores, que avaliam o caso e iniciam a busca pelo leito hospitalar mais adequado para o paciente, na unidade com melhor capacidade técnica e, preferencialmente, maior proximidade geográfica com a localidade de origem do paciente.

O problema que norteou essa pesquisa, portanto, consiste em determinar se o Sistema Estadual de Regulação Assistencial foi eficaz no seu propósito de prover equidade no acesso às internações de urgência e emergência em Minas Gerais. É possível dizer que esse objetivo foi atingido?

Considerando que 2008 foi o primeiro ano completo em que todas as Centrais Macrorregionais de Regulação Assistencial estavam em pleno funcionamento; que inicialmente as atividades estavam limitadas à regulação do acesso às internações hospitalares de urgência e emergência; e, que 2008 foi o ano da publicação da Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde, esta pesquisa tem como objetivo principal analisar se o Sistema Estadual de Regulação Assistencial promoveu equidade no acesso às internações hospitalares de urgência e emergência realizadas no âmbito do SUS/MG, a partir do estudo comparativo de dados entre os períodos de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2008 e de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2018.

A partir do objetivo geral, delinear-se os seguintes objetivos específicos:

- a) descrever o processo regulatório adotado em Minas Gerais para internações hospitalares de urgência e emergência;
- b) identificar as instâncias participantes da regulação assistencial no contexto das internações hospitalares de urgência e emergência;
- c) identificar o desfecho das solicitações de internação reguladas em cada uma das Regiões Ampliadas de Saúde;
- d) identificar em termos quantitativos a produção hospitalar aprovada em cada uma das Regiões Ampliadas de Saúde e;
- e) identificar em termos quantitativos as solicitações de internação não realizadas e seus respectivos motivos.

Trata-se de estudo descritivo, de natureza quantitativa, desenvolvido com a utilização de técnicas de pesquisa documental e bibliográfica, a partir da análise

direta de documentos oficiais (normativas legais e infra legais), de dados obtidos a partir do sistema informatizado de regulação assistencial utilizado em Minas Gerais, SUSfácilMG, e seu repositório de informações em formato de ferramenta Business Intelligence (B.I.) e de informações disponíveis em base de dados oficial do Ministério da Saúde.

Tendo em vista que o foco desta pesquisa perpassa a regulação do acesso às internações hospitalares de urgência e emergência em Minas Gerais, este será o universo a ser trabalhado. Logo, serão abordados aspectos relacionados apenas a este objeto desconsiderando, dados relacionados à regulação de internações para procedimentos cirúrgicos eletivos, bem como procedimentos realizados em ambiente ambulatorial.

Cumprido esclarecer que os termos urgência e emergência, embora tenham significados diferentes, para fins desta pesquisa, eles serão utilizados de forma agregada e similar, desconsiderando suas particularidades conceituais, tendo em vista que as bases de dados utilizadas para a pesquisa de internações hospitalares em Minas Gerais também assim os utilizam.

Este trabalho está organizado em sete seções, quais sejam: 1 Introdução que traz uma breve contextualização do cenário prévio à regulação assistencial, 2 Regionalização onde se apresenta a fundamentação geral do Plano Diretor de Regionalização e seu desenho em Minas Gerais, 3 Redes de Atenção à Saúde, na qual se faz a apresentação dos conceitos das Redes de Atenção e a caracterização da Rede de Urgência e Emergência, 4 Regulação em Saúde, que apresenta e qualifica o principal objeto deste estudo, 5 Percurso Metodológico que detalha a metodologia adotada, 6 Resultados: onde se faz a exposição e análise dos achados, 7 Considerações Finais que tece conclusões sobre o problema pesquisado. Conta ainda com Referências, Apêndices e Anexos.

2 REGIONALIZAÇÃO

A Norma Operacional da Assistência à Saúde nº 01/2002, dentre outras providências, estabeleceu a regionalização como estratégia de hierarquização em busca de ampliar a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde. Determinou também, em conformidade com os princípios do SUS, a organização do sistema de saúde por meio de referências pactuadas, efetivadas sob regulação médica, determinando que um conjunto de serviços mínimos de saúde (atenção primária à saúde - APS) deve estar disponível a todos os cidadãos, o mais próximo possível de sua residência, enquanto serviços de maior complexidade (atenção secundária e terciária) devem ser ofertados pelo município de residência, diretamente ou por outras municipalidades, mediante pacto entre os gestores municipais de saúde, criando fluxos de referenciamento de pacientes e maior equidade na alocação de recursos.

O Plano Diretor de Regionalização (PDR) é um instrumento gestor de planejamento de territorialização, que orienta o acesso da população aos serviços de saúde, ao promover melhor distribuição dos equipamentos nos territórios e, por consequência, organiza o direcionamento das demandas em saúde.

O Plano Diretor de Regionalização é o instrumento responsável por identificar a distribuição territorial e demográfica de modo a calcular o acesso/tempo necessários à prestação adequada de serviços, a partir dos níveis assistenciais, ou seja, coloca as bases para o planejamento e organização das redes de atenção, orientando investimentos de médio e longo prazo, de cada um desses níveis de regionalização. (MINAS GERAIS, 2014).

O PDR cria a base territorial para uma distribuição ótima dos equipamentos de saúde. A atenção primária à saúde deve estar presente em todos os municípios e próxima às residências das famílias. Diferentemente, as unidades de saúde de maior densidade tecnológica, bem como sistemas de apoio, devem ser relativamente concentradas: as unidades secundárias (média complexidade) nas microrregiões e as unidades terciárias (alta complexidade) nas macrorregiões. Esse desenho é que permite constituir redes de atenção à saúde, eficientes e de qualidade.¹ (MALACHIAS, 2010, p.14).

O PDR deve estar sempre associado ao Plano Diretor de Investimentos (PDI), pois, à medida que o primeiro organiza a oferta de serviços, estabelecendo um fluxo de referenciamento que melhora o acesso dos usuários do SUS e qualifica a

¹ A denominação “microrregião” e “macrorregião” já foram utilizadas para a definição de territórios sanitários, mas a designação atual para esses termos é, respectivamente, Região de Saúde e Região Ampliada de Saúde.

assistência nos diferentes níveis de atenção, podem ser identificadas, em regiões sanitárias e/ou especialidades médicas específicas, carências assistenciais que demandem investimento de recursos naquela área. O PDI é um instrumento de gestão utilizado para o dimensionamento desses investimentos e é semelhante a PPI Assistencial: uma ferramenta de planejamento técnico e financeiro para a efetivação das políticas de saúde.

2.1 Plano Diretor de Regionalização em Minas Gerais

O Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais (PDR/MG), primeiramente aprovado em 2002, sem perda de seus princípios e objetivos, já passou por diversas revisões para adequações territoriais. Atualmente, o Estado está organizado em 13 Regiões Ampliadas de Saúde (RAS) e 77 Regiões de Saúde (RS), conforme Deliberação CIB-SUS/MG Nº 1.979, de 18 de novembro de 2014.

A partir do desenho do PDR/MG, que propõe a distribuição dos recursos existentes de forma a otimizar a capacidade instalada² nos territórios, seguindo a lógica de economia de escala³ e economia de escopo⁴, é possível identificar regiões com maior necessidade de investimentos de recursos financeiros, materiais e humanos.

É desejável que, a organização da capacidade instalada esteja distribuída geograficamente de tal maneira a promover a equidade na acessibilidade da população e ainda garantir economia de escala mínima para que se garanta a viabilidade de seu financiamento, assim otimizando os recursos disponíveis, evitando a ociosidade em determinados pontos de atenção do sistema de saúde e a sobrecarga em outros.

² Capacidade instalada: “Estrutura física, de equipamentos e de recursos humanos das unidades de serviços disponibilizados ao SUS pelos prestadores públicos, contratados e conveniados registrados no CNES, por vezes não efetiva e totalmente utilizada em decorrência de eventuais desequilíbrios internos de organização de unidade, de fluxos da clientela ou de financiamento.” (MINAS DE GERAIS, 2014).

³ Economia de escala: “A maior produtividade, eficiência e qualidade alcançadas mediante melhor e maior aproveitamento dos recursos e equipamentos, conforme adoção de rotinas e critérios”. Num gráfico de distribuição de frequência, comparando-se a curva de produção dos serviços com a de custos, estes caem proporcionalmente ao aumento do número de atendimentos realizados. (MINAS GERAIS, 2014).

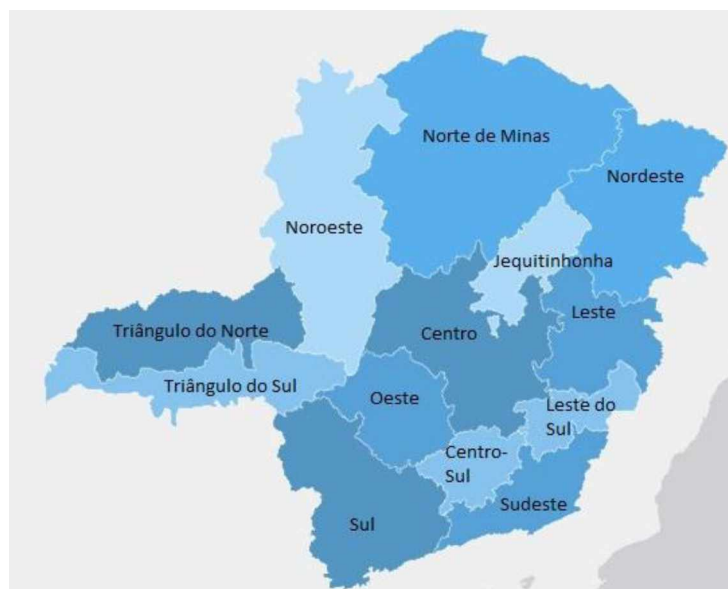
⁴ Economia de escopo: “Ampla utilização de determinados equipamentos, quando disponibilizados num mesmo ponto de atenção, espaço, localidade e tempo integral para diversas ações. Evita-se, assim, a capacidade ociosa, deslocamentos de usuários ou duplicação de equipamentos de alto custo na mesma região assistencial.” (MINAS DE GERAIS, 2014).

O cenário de sobrecarga dos serviços de urgência e emergência é motivado por inúmeras razões: ineficiência da atenção básica, prontos-socorros pré-hospitalares e hospitalares sem retaguarda de recursos diagnósticos e terapêuticos, fatores culturais que levam as pessoas a buscarem a atenção hospitalar mesmo sem necessidade, problemas relacionados à gestão (contratação e qualificação de equipe), etc., como relata Rodrigo Lages Dias (DIAS, 2012). Apesar das diferentes causas, o impacto é o mesmo: demanda maior que oferta.

Quando o número de pacientes que necessitam de cuidados intensivos é maior que o número de leitos disponíveis, a internação em unidade de terapia intensiva (UTI) é dificultada e esse fenômeno tem sido associado a maiores taxas de mortalidade em pacientes que não são admitidos apesar de suas necessidades.

A organização da oferta de serviços por meio da sua adequada distribuição no território e a priorização da demanda por intermédio da regulação do acesso são importantes para melhorar a qualidade da assistência e a otimização dos recursos.

Figura 01 - Apresentação cartográfica do Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais, no âmbito das Regiões Ampliadas de Saúde.



Elaborado pela autora. Fonte: PDR/MG.

Uma das formas de se avaliar o processo de regionalização e descentralização é por meio do indicador de resolubilidade, que mede a capacidade

assistencial do sistema público de saúde em uma determinada abrangência territorial, ou seja, a execução de atendimentos em saúde (hospitalares e ambulatoriais) para a população residente naquele território, considerando o tipo da oferta esperada (média ou alta complexidade) para aquele nível de regionalização. Em nível de Região Ampliada de Saúde é esperado que atendimentos de procedimentos de alta complexidade e procedimentos de média complexidade hospitalar especial sejam realizados, assim considerados por sua pouca oferta e dificuldade de descentralização. Este conjunto de procedimentos compõe o elenco AC/MCHE (alta complexidade e média complexidade hospitalar especial). (MINAS GERAIS, 2011.)

As taxas de resolubilidade, que podem ser estratificadas por nível de atenção⁵, e seu respectivo elenco, especialidade médica e nível de regionalização (Região de Saúde, Região Ampliada de Saúde), chegando à nível de estabelecimento de saúde são classificadas pela SES/MG em categorias, conforme indicado na legenda do ANEXO 1, de acordo com o percentual atingido: resolubilidade ideal (igual ou maior que 90%); boa (entre 61% e 89,9%); regular (entre 51% e 60,9%); baixa (entre 40% e 50,9%) e crítica (abaixo de 39% e/ou situações atípicas). Valores abaixo de 30% do atendimento esperado em especialidades médicas específicas são considerados vazios assistenciais.

As taxas de resolubilidade são apuradas anualmente pela SES/MG, em diferentes estratificações, e disponibilizadas em seu endereço eletrônico e podem ser usadas como fonte relevante de informações para o planejamento local e regional das ações em saúde, mas vale lembrar que esse indicador se refere apenas aos atendimentos realizados na rede SUS, a pacientes residentes em Minas Gerais.

Por meio da análise das taxas de resolubilidade é possível verificar se os serviços de saúde disponíveis nos territórios estão sendo acessados pela população da forma esperada, considerando o nível de atenção. É importante ressaltar que mesmo as RAS com índices gerais de resolubilidade considerados bons, podem apresentar baixa resolubilidade específica, indicando vazios assistenciais e ou necessidade de investimentos focados em uma determinada especialidade.

⁵ Nível de atenção ou nível assistencial, que diz respeito às gradações tecnológicas, conforme complexidade e custo, economia de escala e escopo da atenção à saúde, definidas como primária, secundária e terciária, que dá base para os diferentes níveis de regionalização territorial dos serviços de saúde – municípios, microrregiões, macrorregiões.

Por fim, através da regionalização a partir de bases territoriais e populacionais é possível planejar e estabelecer a alocação descentralizada e equânime de recursos, possibilitando a execução de políticas públicas organizadas em redes de atenção à saúde, cujo conceito, descrição e características são abordados na próxima sessão.

3 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

O sistema de saúde com modelo de atenção hospitalocêntrico, fragmentado e centrado na assistência a eventos agudos mostrou-se, diante da transição epidemiológica e demográfica vivenciada, que incorre no aumento da tripla carga de doenças⁶, inadequado para o enfrentamento da nova realidade, em especial no que diz respeito às condições crônicas.

Defronte a necessidade de reorganização do SUS e a partir de evidências na literatura internacional de que “as redes de atenção à saúde podem melhorar a qualidade dos serviços, os resultados sanitários e a satisfação dos usuários e reduzir os custos dos sistemas de atenção à saúde” (MENDES, 2010), amadureceu-se o consenso de que a estruturação do SUS em Redes de Atenção à Saúde seria a melhor estratégia para garantir seus princípios e diretrizes, apesar dos desafios para se assegurar assistência integral à população.

As Redes de Atenção à Saúde se caracterizam pela interdependência, autonomia e cooperação dos atores envolvidos, com manutenção de vínculos entre as unidades gerenciais e assistenciais e foco na atenção integral, continuada e multiprofissional. A estruturação do sistema de saúde em redes propõe relações horizontais entre os pontos de atenção, onde todos são igualmente importantes e devem ter ações e serviços de saúde específicos, embasados em diagnóstico local e evidências científicas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2012).

Em consonância com a Portaria de Consolidação nº 3/2017 (BRASIL, 2017), as redes de atenção à saúde são definidas como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”, com o objetivo primordial de promover a integração das ações e serviços de saúde para a atenção contínua, integral, qualificada e humanizada, fortalecendo a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS.

Os componentes que estruturam as Redes de Atenção incluem: a Atenção Primária à Saúde, que é a porta de entrada e coordenadora do cuidado,

⁶ Tripla carga de doenças envolve: (1) infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; (2) doenças crônicas e seus fatores de risco, como tabagismo, sobrepeso, obesidade, sedentarismo, estresse e alimentação inadequada; e (3) problemas de saúde devido a causas externas e situações de violência, como acidentes e homicídios (MENDES, 2010).

mantendo o vínculo com os usuários; os pontos de atenção secundária e terciária, para a execução de serviços especializados; os sistemas de apoio, principalmente sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, de assistência farmacêutica e de informação em saúde; os sistemas logísticos, como sistema de transportes, sistema de regulação de acesso e o sistema de governança, fortalecendo a gestão interfederativa no âmbito de CIR e CIRA, por exemplo.

Figura 02 - A estrutura operacional das redes de atenção à saúde



Fonte: Eugênio Vilaça Mendes. As redes de atenção à saúde. 2011.

Uma rede de atenção à saúde bem desenhada funciona como um fomento à execução das políticas de saúde pública, fortalecendo os processos de regionalização e as diretrizes do SUS. A rede temática de atenção à saúde voltada para os atendimentos em caráter emergencial denomina-se Rede de Urgência e Emergência (RUE), sobre a qual se discorre abaixo.

3.1 Rede de urgência e emergência

A Rede de Urgência e Emergência (RUE) tem como finalidade, segundo a Portaria de Consolidação nº 3/2017 (BRASIL, 2017): “articular e integrar todos os equipamentos de saúde objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde de forma ágil e oportuna”.

A RUE tem financiamento tripartite e é composta por instituições de diferentes pontos de atenção, com portes, perfis assistenciais e nível de complexidade dos serviços prestados distintos, conforme seu papel na rede. O fluxo percorrido pelo paciente nos serviços da RUE está ilustrado no ANEXO 2.

O acolhimento com classificação do risco, segundo Protocolo de Manchester, a qualidade e a resolutividade na atenção constituem preceitos indispensáveis dos fluxos assistenciais da RUE e são exigidos em todos os pontos de atenção.

Protocolo de Manchester é um sistema de triagem de pacientes, baseado em cinco cores (vermelho, laranja, amarelo, verde e azul) para representar a gravidade clínica, sendo vermelho os casos de maior gravidade, e azul os casos de menor gravidade. É utilizado como linguagem única nas portas de urgência da RUE/MG, com objetivo de adotar nomenclatura e definições comuns a todas as unidades, com sólida metodologia operacional. (MINAS GERAIS, 2019).

Em Minas Gerais, a RUE está configurada no âmbito das Regiões Ampliadas de Saúde e suas regras gerais para implantação e implementação visam promover a consolidação da rede com um todo com resposta eficiente às demandas dos usuários, bem como, a premente necessidade de intervenção para a melhoria dos indicadores de mortalidade por causas evitáveis.

Atualmente estão implantadas as redes regionais de urgência e emergência da RAS Norte de Minas (estabelecida em 2009 como projeto pioneiro), Centro-Sul, Centro, Nordeste e Jequitinhonha, Leste, Oeste, Sul e Sudeste, restando ainda para implantação a RUE das Regiões Ampliadas de Saúde do Triângulo do Norte, Triângulo do Sul, Leste do Sul e Noroeste, em cronograma a ser definido pela SES/MG.

O complexo regulador da assistência constitui-se como um dos componentes da RUE/MG e nesse contexto, figura como estrutura operacional que agrega as entidades e competências do sistema de serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) e da Política Estadual de Regulação Assistencial, e tem como objetivo principal garantir a resposta ideal, no menor tempo possível, para situações de alta gravidade para o paciente sob o risco de morte ou dano irreparável à sua saúde.

A próxima seção abordará a regulação do acesso, pilar do sistema logístico das redes temáticas de atenção à saúde, que atua em defesa do usuário do SUS/MG. Serão explorados os conceitos e fluxos associados ao Sistema Estadual de Regulação Assistencial.

4 REGULAÇÃO EM SAÚDE

4.1 Marcos normativos e conceituais

Ao final da década de 90, embora ainda muito incipiente e de forma isolada, a regulação assistencial, operacionalizada por meio de centrais de regulação, começou a ser referenciada em normativas infra legais vinculadas a situações de assistência específicas. Ainda não se falava em Redes de Atenção à Saúde, mas a organização do sistema já se direcionava para agregar necessidades de saúde por especialidades, linhas de cuidado, e a regulação assistencial, por meio das centrais de regulação, começou a ser ordenada com esta lógica, assumindo papel cada vez mais relevante em “subsistemas” e programas de saúde específicos, como por exemplo, na assistência oncológica. (BRASIL, 1999)

A primeira menção às centrais de regulação em normativas nacionais se deu em 1998, incluindo-as como um dos componentes do programa de apoio ao Sistema Estadual de Referência Hospitalar para Atendimento à Gestante de Alto Risco. No ano seguinte, pela primeira vez a figura do médico regulador foi referenciada pela Portaria GM nº 824, de 25 de junho de 1.999, (BRASIL, 1999) e posteriormente, a implantação de centrais de regulação tornou-se condicionante para o repasse de recursos financeiros, nesse caso, vinculados ao Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento no SUS à obstétrica e neonatal.

Percebe-se, pois, que a regulação em saúde foi sendo institucionalizada e as suas interfaces com o processo de planejamento assistencial, com a programação financeira e com outros instrumentos de gestão tornaram-se mais evidentes e necessárias.

Claunara (MENDONÇA, 2006) conceitua a regulação de forma bastante abrangente: “um conjunto de ações-meio que dirigem, ajustam, facilitam ou limitam determinados processos”. No escopo da assistência à saúde, a regulação pode ser tida como a busca pela melhor alternativa assistencial disponível para o atendimento a necessidades prementes de uma população. (VILARINS, 2010).

A Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde classifica a regulação em saúde em três dimensões, quais sejam: Regulação de Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção à Saúde e Regulação do Acesso à Assistência. A Portaria MS/GM nº 1.559, de 04 de agosto de 2008, regulamenta:

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, macro diretrizes 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 macro diretrizes 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; e

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. (Grifo da autora) (BRASIL, 2008).

A regulação assistencial pode ser entendida como um instrumento ordenador da atenção à saúde, por meio de ações e recursos que respondem às necessidades dos usuários por serviços, buscando garantir o acesso equitativo, organizado, qualificado e oportuno. “É uma importante ferramenta para promoção da equidade, visto que os serviços de saúde devem ser priorizados ao atendimento de usuários com maiores riscos, permitindo que todos tenham adequados níveis de saúde, a partir de distintas necessidades individuais” (PEITER, 2017).

De acordo com o Ministério da Saúde a regulação assistencial:

Tem como objetivo principal promover a equidade do acesso, garantindo a integralidade da assistência e permitindo ajustar a oferta assistencial disponível às necessidades imediatas do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e racional. (Brasil, 2004, p.91).

As Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), em 2001 e 2002, já determinavam que a regulação deveria ser efetivada por meio da implantação de estruturas operativas responsáveis pela prática regulatória e ainda, estabeleciam como responsabilidade solidária dos Estados as atribuições de garantir o acesso aos serviços de saúde de média e alta complexidade, para as referências intermunicipais, de forma adequada e equânime; subsidiar as ações de planejamento, controle,

avaliação e auditoria em saúde, além de subsidiar o processamento das informações de produção.

O Código de Saúde de Minas Gerais também determina que, sem prejuízo das responsabilidades dos demais entes federativos, a execução das atividades de regulação da assistência à saúde é competência da instância gestora estadual.

Para os efeitos desta Lei, regulação da assistência à saúde é atividade desenvolvida pelo Estado, constituída pelo processo de planejamento e programação dos recursos assistenciais disponíveis em Minas Gerais para garantir a prestação da assistência adequada às necessidades dos cidadãos, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada, por meio das redes de referência e Programação Pactuada e Integrada - PPI - definida entre os Municípios. (Lei Estadual nº 13.317, de 24 de setembro de 1999).

A Política Nacional de Regulação determina que a regulação do acesso será estabelecida mediante Complexos Reguladores. A implantação dos complexos reguladores está voltada para a formação de uma rede integrada de informações relativas à oferta de serviços disponíveis, de modo a proporcionar maior agilidade no atendimento à população (MAIA, 2012), por meio de suas unidades operacionais, denominadas centrais de regulação.

Para Nascimento (2009), Central de Regulação é a estrutura que concentra toda a ação do processo regulatório, é o local onde se recebem as solicitações de atendimento, onde as mesmas são avaliadas, processadas e encaminhadas em busca de atendimento ágil e de qualidade aos usuários do Sistema de Saúde. Ressalta, ainda, que a Central de Regulação é uma importante ferramenta de gestão, um instrumento que fortalece o papel do gestor, dando maior transparência aos processos e resultados, tornando possível planejar e distribuir equitativamente os recursos de saúde de uma região.

4.2 Regulação assistencial em Minas Gerais

Considerando o contexto histórico apresentado na introdução desse trabalho e a necessidade de cumprir com suas atribuições, garantindo a organização da assistência e a promoção do acesso equânime, integral e qualificado aos serviços de saúde, além de fortalecer o processo de regionalização, bem como, os instrumentos de gestão do SUS, em conformidade com as normativas federais e

estaduais vigentes, Minas Gerais por intermédio da Secretaria de Estado de Saúde delineou em 2003, o que chamou de Sistema Estadual de Regulação Assistencial.

Com o PDR/MG já em vigor, foi posto em ação um conjunto de estratégias para responder às demandas de saúde, complementando o estabelecimento e a organização uma rede regionalizada, proposta pelo PDR/MG, nos vários níveis da assistência. A PPI Assistencial foi implementada e publicizada e, em paralelo, deu-se início ao desenvolvimento do sistema informatizado de regulação do acesso, denominado SUSfácilMG.

O Sistema Estadual de Regulação Assistencial de Minas Gerais, embasado pelo PDR/MG, foi aprovado pela Deliberação CIB SUS/MG nº 318 de 07 de dezembro de 2006, (BRASIL, 2006) e teve como principal objetivo garantir de forma equânime o acesso da população aos serviços de saúde, buscando a alternativa assistencial adequada e em tempo oportuno, para as necessidades identificadas do cidadão usuário do SUS, por meio das atividades desempenhadas pelas Centrais Macrorregionais de Regulação Assistencial.

Ao longo dos anos de 2006 e 2007, com o objetivo de apresentar os conceitos, fluxos e responsabilidades de cada instância participante na regulação do acesso aos leitos hospitalares em Minas Gerais, assim como promover o comprometimento desses importantes atores, os gestores municipais e os prestadores hospitalares e de urgência e emergência do Estado foram envolvidos no processo de implantação do Sistema Estadual de Regulação Assistencial.

Os municípios habilitados em gestão da atenção básica ampliada⁷ foram automaticamente submetidos à regulação do acesso realizada pelas Centrais Macrorregionais de Regulação Assistencial para internações hospitalares de urgência e emergência. Aos municípios mineiros habilitados em gestão plena do sistema de saúde⁸, por outro lado, foi dada a opção para decidir pela cogestão ou interface com a regulação estadual.

⁷ Conforme a NOAS 01/2002, um município habilitado em gestão da atenção básica ampliada, entre outras responsabilidades deve desenvolver atividades de cadastro, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços referentes à Atenção Primária, localizados em seu território e vinculados ao SUS. A gestão dos serviços de média e alta complexidade ficam à cargo do Estado.

⁸ Um município habilitado em gestão plena do sistema de saúde recebe o total de recursos federais programados para o custeio da assistência de média e alta complexidade em seu território por meio de transferência fundo a fundo. Ademais, detém a gestão de todo o sistema municipal, exercendo o comando único para desenvolver as atividades de cadastro,

A cogestão, no contexto em tela, representava a transferência da responsabilidade da regulação do acesso às internações hospitalares de urgência e emergência, do gestor municipal para o gestor estadual, mas mantinha o processo de contratualização dos prestadores de saúde sob a responsabilidade do gestor municipal. Ou seja, à Secretaria Municipal de Saúde cabia a efetivação e acompanhamento dos contratos assistenciais, bem como o processamento da produção hospitalar e o pagamento dos prestadores mas o acesso aos leitos hospitalares era determinado pela Central Macrorregional de Regulação Assistencial.

O modelo de interface, por sua vez, garantia ao gestor municipal total controle e responsabilização também sobre a regulação do acesso aos leitos hospitalares dos prestadores em seu território, podendo optar ou não pela utilização do sistema SUSfácilMG, disponibilizado gratuitamente aos municípios.

Isso posto, os municípios de Belo Horizonte, Contagem, Uberlândia e Juiz de Fora (todos habilitados em gestão plena do sistema de saúde) optaram pelo modelo de interface, mas apenas Belo Horizonte decidiu utilizar sistema informatizado de regulação próprio (SISREG-BH), em interoperabilidade com o sistema SUSfácilMG. Posteriormente, o município de Contagem optou por alterar a modalidade regulatória e transferiu essa responsabilidade para a gestão estadual.

Gradualmente, ao longo de 18 meses (de janeiro de 2006 a junho de 2007) 13 Centrais Macrorregionais de Regulação Assistencial foram implantadas em municípios polo⁹ das Regiões Ampliadas de Saúde, com suas respectivas abrangências territoriais, sendo uma em cada Região Ampliada de Saúde, à exceção da RAS Leste que possui 02 unidades operativas.

Cabe salientar que a Central Macrorregional de Regulação Assistencial da RAS Jequitinhonha atualmente não está ativa no que tange sua estrutura física. Portanto, a regulação assistencial da região é realizada à distância pela Central Macrorregional de Regulação Assistencial Nordeste/Teófilo Otoni.

Quadro 01 - Centrais Macrorregionais de Regulação Assistencial

contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento de todos os prestadores dos serviços localizados em seu território e vinculados ao SUS.

⁹ Aquele que concentra determinado volume de oferta de serviços de saúde, especialmente na assistência especializada hospitalar, com escopo e escala e com potencial de expansão, numa condição de atender, além dos seus próprios municípios, residentes de outras municipalidades. (MINAS GERAIS, 2014).

Região Ampliada de Saúde	Município Polo com Central de Regulação	Data de implantação
CENTRO	Belo Horizonte	Out/06
CENTRO SUL	Barbacena	Dez/06
JEQUITINHONHA	Diamantina	Fev/07
LESTE	Governador Valadares	Mar/06
	Ipatinga	Mar/06
LESTE DO SUL	Ponte Nova	Ago/06
NORDESTE	Teófilo Otoni	Mar/06
NOROESTE	Patos de Minas	Jun/07
NORTE DE MINAS	Montes Claros	Jan/06
OESTE	Divinópolis	Abr/07
SUDESTE	Juiz de Fora	Dez/06
SUL	Alfenas	Dez/06
TRIÂNGULO DO NORTE	Uberlândia	Jun/07
TRIÂNGULO DO SUL	Uberaba	Mar/07

Elaborado pela autora. Fonte: Minas Gerais, 2009.

As Centrais Macrorregionais de Regulação Assistencial funcionam todos os 07 dias da semana, 24 horas por dia, com infraestrutura tecnológica de internet e telefonia e tem atuação limitada á sua área de abrangência. A composição mínima de recursos humanos proposta pelo Estado conta com profissionais médicos reguladores (plantonistas e coordenador), operadores do sistema informatizado, distribuídos em 04 turnos e apoio administrativo apenas em horário comercial.

Figura 03 – Apresentação cartográfica das Centrais Macrorregionais de Regulação Assistencial implantadas

O SUSfácilMG é o sistema informatizado de regulação do acesso desenvolvido para o Estado de Minas Gerais, voltado para o aprimoramento da gestão estadual no que tange suas responsabilidades de regulação em saúde. O citado sistema está em utilização desde 2006 e possui os módulos assistenciais: hospitalar de urgência, hospitalar eletivo, ambulatorial e ainda os módulos destinados à Autorização de Internação Hospitalar (AIH) eletrônica e à PPI Eletrônica.

A PPI Assistencial é a tradução físico-financeira da programação geral de execução das ações de saúde em cada território (Minas, 2014) e, no período avaliado, não fazia distinção entre procedimentos realizados em caráter de urgência ou eletivo. Logo, estes pactos são apenas uma programação, ou seja, são norteadores, mas não limitam o atendimento de urgência a ser realizado para qualquer usuário encaminhado via Central de Regulação, independentemente de sua origem. Considerando o escopo desta pesquisa, serão abordados apenas aspectos do módulo hospitalar de urgência.

A título de informação adicional, a PPI Assistencial a partir do ano de 2019 já apresenta pactos intermunicipais diferenciados entre a programação de procedimentos de urgência e procedimentos eletivos, ambos de média complexidade, conforme Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.857, de 5 de dezembro de 2018 e suas alterações (MINAS GERAIS, 2018).

A principal ferramenta utilizada pelas Centrais Macrorregionais de Regulação Assistencial é o sistema informatizado SUSfácilMG, que possibilita a troca de informações entre unidades assistenciais e administrativas do SUS/MG, de forma ágil e segura, visando acima de tudo a melhoria no acesso da população aos serviços de saúde. O sistema SUSfácilMG faz o registro eletrônico de todas as atividades de regulação empreendidas com a gravação das comunicações e ações realizadas com o devido sigilo e proteção de dados pessoais dos cidadãos.

O sistema está disponível para acesso *online* e assume grande relevância para acompanhamento de eventos em saúde que necessitem de intervenção imediata e ou que tenham reflexo na atenção hospitalar, uma vez que pode fornecer dados em tempo real, tornando-se assim, uma importante ferramenta de gestão para intervenção na realidade sanitária. Possui funcionalidades que auxiliam as atividades gestoras estratégicas, como a emissão de relatórios gerenciais para análises estatísticas e apuração de indicadores, por exemplo.

O acesso ao sistema informatizado se dá mediante inserção em sua interface inicial (ANEXO 3), de *login* e senha. A criação dos *logins* está condicionada à autorização do gestor da unidade de saúde e à assinatura de Termo de Confidencialidade pelo usuário (ANEXO 4) e, a cada *login* é atribuído um perfil de acesso específico, que contém abrangência e funcionalidades próprias, conforme o ponto de atenção e as ações a serem desempenhadas no sistema.

Os pontos de atenção diretamente relacionados à regulação assistencial hospitalar de urgência e emergência são:

a) as unidades de pronto atendimento e as unidades hospitalares portas de entrada da Rede de Urgência e Emergência (no processo regulatório designadas como estabelecimentos de origem ou estabelecimentos solicitantes, responsáveis pelo cadastro das solicitações de internação no SUSfácilMG);

b) a Central de Regulação (que, a depender da territorialidade do estabelecimento de origem, pode ser macrorregional ou municipal, a quem compete a avaliação, priorização e encaminhamento da solicitação);

c) as unidades hospitalares que receberão os usuários para internação (denominados estabelecimentos de destino, executores ou de atendimento, a quem cabe a análise da reserva de vaga feita pela Central de Regulação).

A Secretaria Municipal de Saúde do município de atendimento (onde está localizado o estabelecimento de destino), embora não atue diretamente sobre a regulação do acesso á internações de urgência, tem papel importante no processo como um todo, visto que é a instância responsável pela autorização das internações.

Detalha-se, então, o fluxo regulatório para as internações com caráter de urgência e emergência por meio do sistema SUSfácilMG.

4.4 Fluxo sistêmico para internações hospitalares de urgência/emergência

As Centrais Macrorregionais de Regulação Assistencial atuam mediante provocação. O início da atuação do médico regulador acontece a partir do cadastro de uma demanda específica por um estabelecimento de saúde caracterizado como porta

de entrada de urgência¹⁰ do SUS/MG, para a internação de um usuário em caráter de urgência e emergência. Portanto:

a) diante de uma situação na qual o paciente, por demanda espontânea¹¹ ou a partir do referenciamento por outro ponto de atenção da RUE, necessita de acesso a um leito hospitalar, em caráter de urgência e emergência, o estabelecimento porta de entrada de urgência do SUS, após estabilizá-lo, deve proceder ao seu cadastro no sistema informatizado SUSfácilMG. O cadastro deve ser o mais completo e próximo da realidade possível, visto que o processo de regulação do acesso ocorre todo virtualmente e o médico regulador não tem contato direto com o paciente, recorrendo apenas às informações inseridas no sistema para avaliação da demanda. O cadastro gera um laudo com numeração única em nome do paciente, que automaticamente é encaminhado à Central de Regulação, de acordo com sua abrangência territorial.

b) o médico regulador da Central de Regulação responsável avalia os dados inseridos no laudo e verifica se é necessário obter mais informações sobre o quadro clínico do paciente, resultados de exames, etc., para uma apreciação técnica adequada da necessidade assistencial apresentada. Se necessário, cabe ao médico regulador questionar o estabelecimento de origem e devolver o laudo para essa unidade, para que complementem as informações preenchidas no laudo. A essa ação dá-se o nome de “registro de pendências no laudo”, que pode ser executada repetidas vezes, até satisfeitos os questionamentos da equipe da Central de Regulação na sua completude. Quando julgar suficientes as informações constantes no laudo, o médico regulador reavalia o caso, conforme o estado de saúde do paciente atualizado e os protocolos clínicos próprios de cada especialidade e determina o grau de prioridade de acesso.

c) a partir do laudo devidamente qualificado, o médico regulador passa a orientar e supervisionar a equipe de operadores do sistema na busca pelo leito adequado em possíveis estabelecimentos de destino, considerando principalmente os critérios de disponibilidade de recursos e disponibilidade de vagas.

d) definido um estabelecimento de destino, a Central de Regulação realiza a reserva do leito, que será avaliada pelo próprio estabelecimento. Confirmada

¹⁰ “São os serviços instalados em hospitais ou serviços equivalentes aos pontos de atenção hospitalares de urgência e emergência que prestam atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências e emergências”. (MINAS GERAIS, 2019).

¹¹ Demanda espontânea é aquela demanda populacional que comparece ao serviço de urgência e emergência não programada seja para problemas agudos, crônicas agudizadas ou por motivos que o paciente julgue como necessidade de saúde, suas queixas devem ser acolhidas e classificadas por profissional habilitado.

a reserva do leito, o estabelecimento de origem (solicitante) é eletronicamente comunicando e inicia-se o preparo do paciente para a transferência. A Central de Regulação acompanha virtualmente a transferência do paciente: da saída (origem) à internação (destino). Se o estabelecimento negar a reserva com uma justificativa plausível, outra instituição será consultada e assim sucessivamente, até que o paciente seja aceito.

e) até a confirmação da reserva de leito, o estabelecimento de origem deve informar no sistema a evolução clínica do paciente a cada 12 horas ou sempre que houver mudança significativa no seu estado de saúde, com o objetivo de garantir uma busca de vaga adequada. Toda a atividade regulatória desenvolvida é registrada no laudo do paciente para o qual se está buscando o leito, por meio de ocorrências.

As práticas regulatórias descritas acima são as mais frequentes e estão retratadas no APÊNDICE 01, mas fluxos alternativos também podem ser observados, dentre os quais o mais comum é o encaminhamento do laudo para outra Central de Regulação para busca da vaga. Quando o médico regulador tiver esgotado as perspectivas de obtenção de uma vaga a curto prazo na zona de cobertura territorial da Central de Regulação, esta pode encaminhar o laudo para outra unidade operacional semelhante, ampliando o escopo da busca por um leito adequado e disponível em outras áreas de abrangência. O laudo não pode estar simultaneamente em mais de uma Central de Regulação, mas pode passar por todas as Centrais de Regulação quantas vezes forem necessárias, até que se concretize a internação hospitalar pretendida.

Outra situação alternativa recorrente é o encaminhamento de laudos das Centrais Macrorregionais de Regulação Assistencial para as Centrais Municipais de Regulação do Acesso. Isso ocorre sempre que o estabelecimento eleito para o atendimento em questão estiver localizado em um município que possui Central de Regulação. Nesses casos, a autonomia da gestão local, responsável pela contratação e acompanhamento dos prestadores de saúde de seu território, precisa ser respeitada e a decisão final sobre o estabelecimento de destino é da unidade operacional municipal. Caso o estabelecimento pretendido não tenha condições de receber o paciente, a Central Municipal de Regulação devolve o laudo para continuidade da busca de vaga.

Em casos excepcionais, como de extrema gravidade clínica e ou ausência de recursos mínimos para garantir a estabilização do paciente na unidade de origem, a Central de Regulação pode determinar a sua transferência mesmo sem a

confirmação da reserva do leito pelo estabelecimento de destino. Este será notificado da decisão e deve acatá-la, uma vez que a ausência de leitos disponíveis para internação não pode ser impeditiva da garantia de assistência, no melhor local possível.

Por todo o exposto nessa seção, pode-se dizer que a regulação assistencial operacionalizada e organizada em rede regionalizada, hierarquizada e informatizada favorece a ordenação da assistência, em busca da equidade no acesso aos serviços de saúde. É uma ferramenta para o acompanhamento, avaliação e o diagnóstico da situação de saúde e pode funcionar como um observatório do sistema de saúde, possibilitando ajustes no planejamento, otimização da utilização dos recursos e a qualificação da assistência.

Apresenta-se a seguir, a próxima etapa do desenvolvimento desta pesquisa, na qual serão descritos os métodos adotados para a coleta de dados.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de estudo com abordagem analítica descritiva, cujo principal objeto de pesquisa são as solicitações de internação hospitalar de urgência e emergência, no âmbito do SUS/MG. O recorte geográfico analisado foi por Região Ampliada de Saúde, com espaço temporal de 10 anos, sendo pesquisados dados referentes ao ano de 2008, em comparação a 2018.

Bases de dados oficiais do Estado de Minas Gerais e do Ministério da Saúde foram as principais fontes para obtenção das informações analisadas, sendo elas, respectivamente, o sistema informatizado de regulação assistencial SUSfácilMG (para obtenção de dados referentes às solicitações de internação hospitalar reguladas) e o Tabnet/DataSUS (para obtenção das informações demográficas, socioeconômicas e de produção hospitalar).

Para obter autorização da Subsecretaria de Regulação em Saúde/Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais para a utilização do dados gerados pelo sistema informatizado de regulação assistencial SUSfácilMG para fins acadêmicos, a autora assinou o Termo de Confidencialidade (ANEXO 3), pelo qual se comprometeu a manter o sigilo de informações pessoais eventualmente consultadas, em especial dados cadastrais de usuários.

A seguir, faz-se o detalhamento dos métodos aplicados e das fontes utilizadas para a obtenção dos dados utilizados nesta pesquisa.

5.1 Pesquisa Documental

A fundamentação teórica desta pesquisa se deu a partir de normativas legais e infra legais, materiais técnicos e acadêmicos. As leis, portarias e decretos foram pesquisados na base de dados do Sistema de Legislação da Saúde (Saúde Legis) do Ministério da Saúde, enquanto as Deliberações CIB-SUS/MG e Resoluções SES/MG foram pesquisadas no site da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

Foram utilizados também materiais técnicos da SES/MG sobre a Regulação Assistencial e a Rede de Urgência e Emergência em Minas Gerais, como apostilas de treinamento, Notas Técnicas, cartilhas, etc., e foram consultados livros e

artigos científicos disponíveis *online* gratuitamente, selecionados por afinidade temática e conveniência da pesquisa.

5.2 Dados de regulação assistencial

Foram gerados relatórios gerenciais denominados “Solicitações de Internação”, no sistema informatizado de regulação do acesso SUSfácilMG, limitando a consulta a dados referentes a internações de urgência e emergência. Para cada Região Ampliada de Saúde, foram gerados relatórios referentes ao ano de 2008 e de 2018.

5.3 Informações demográficas, socioeconômicas e de produção hospitalar

A base de dados oficial do Ministério da Saúde: Tabnet/DataSUS, disponível *online* para acesso público e gratuito no endereço eletrônico <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02> foi utilizada para obter os dados referentes a cada Região Ampliada de Saúde, no que tange a população residente, total e por situação de domicílio (urbana ou rural); o Produto Interno Bruto (PIB), total e *per capita*; a quantidade de estabelecimentos hospitalares e de leitos SUS; bem como a quantidade de AIH aprovadas, conforme os registros do Sistema Hospitalar de Internação (SIH) do SUS.

5.3.1 População residente e taxa de urbanização

No menu inicial Informações de Saúde (TABNET), contido no citado endereço eletrônico, foi selecionado o tópico “Demográficas e Socioeconômicas”; e o grupo de opções “População Residente”. Em seguida, foi selecionado o item “Censos (1980, 1991, 2000 e 2010), Contagem (1996) e projeções intercensitárias (1981 a 2012), segundo faixa etária, sexo e situação de domicílio” e finalmente a abrangência geográfica correspondente ao Estado de Minas Gerais. A consulta foi realizada utilizando os seguintes critérios:

- a) Atributo selecionado na Linha: Macrorregião de Saúde;
- b) Atributo selecionado na Coluna: Situação;
- c) Atributo selecionado no Conteúdo: População residente;
- d) Períodos Disponíveis: selecionado o ano 2010.

A partir dos dados gerados, calculou-se a taxa de urbanização ao dividir a quantidade de população em situação urbana, pelo total da população residente da RAS, multiplicada por 100.

5.3.2 Produto interno bruto total e per capita

Retornando ao tópico “Demográficas e Socioeconômicas” do menu inicial, selecionou-se o grupo de opções “Produto Interno Bruto”, seguido do item “PIB per capita municipal - 2010 a 2013, referência 2010”, de abrangência geográfica correspondente ao Estado de Minas Gerais. A consulta foi realizada utilizando os seguintes critérios:

- a) Atributo selecionado na Linha: Macrorregião de Saúde;
- b) Atributo selecionado na Coluna: Não ativa;
- c) Atributo selecionado no Conteúdo: Produto interno bruto (PIB);
- d) Períodos Disponíveis: selecionado o ano 2010.

Os dados resultantes dessa pesquisa corresponderam ao PIB total da RAS. Para a obtenção do PIB *per capita*, o atributo selecionado no Conteúdo foi alterado para a opção PIB *per capita*.

5.3.3 Estabelecimentos de saúde

No menu inicial contido no já referido endereço eletrônico da base de dados Tabnet/DataSUS, selecionou-se o tópico “Rede Assistencial”, o grupo de opções “CNES - Estabelecimentos”, seguido do item “Tipo de Atendimento Prestado - Internação”. Definiu-se a territorialidade correspondente ao Estado de Minas Gerais e, posteriormente, os seguintes critérios:

- a) Atributo selecionado na Linha: Macrorregião de Saúde;
- b) Atributo selecionado na Coluna: Tipo de Estabelecimento;
- c) Atributo selecionado no Conteúdo: SUS;
- d) Períodos Disponíveis: competência dezembro de 2017;
- e) Seleções Disponíveis: foi aplicado filtro no item “Tipo de Estabelecimento”, limitando a consulta aos tipos “Hospital Especializado”, “Hospital Geral” e “Hospital Dia”.

5.3.4 Leitos hospitalares

Novamente no tópico “Rede Assistencial” foi escolhido o grupo de opções “CNES - Recursos Físicos” e selecionada a opção “Hospitalar - Leitos Internação”, seguida da abrangência geográfica do território de Minas Gerais. Os critérios utilizados para a exibição e filtro da consulta foram:

- a) Atributo selecionado na Linha: Macrorregião de Saúde;
- b) Atributo selecionado na Coluna: Tipo de Estabelecimento;
- c) Atributo selecionado no Conteúdo: Qtd SUS;
- d) Períodos Disponíveis: competência dezembro de 2017;
- e) Seleções Disponíveis: foi aplicado filtro no item “Tipo de Estabelecimento”, limitando a consulta aos tipos “Hospital Especializado”, “Hospital Geral” e “Hospital Dia”.

Após essa consulta, retornou-se ao tópico “Rede Assistencial” e ao grupo de opções “CNES - Recursos Físicos”, mas foi selecionada a opção “Hospitalar - Leitos Complementares”, mantendo-se todos os outros parâmetros da consulta anterior (leitos de internação). O somatório dos quantitativos apurados nas duas consultas corresponde ao total de leitos por RAS.

5.3.5 Produção hospitalar aprovada

No menu inicial do endereço eletrônico do Tabnet/DataSUS, foi selecionado o tópico “Assistência à Saúde”, seguido do grupo de opções “Produção Hospitalar (SIH/SUS)” e na sequência a opção “Dados Consolidados AIH (RD), por local de residência, a partir de 2008” e, finalmente a “Abrangência Geográfica” correspondente a Minas Gerais. Foram determinados os seguintes critérios para a consulta:

- a) Atributo selecionado na Linha: Macrorregião de Saúde;
- b) Atributo selecionado na Coluna: Não ativa;
- c) Atributo selecionado no Conteúdo: AIH aprovadas;
- d) Competências selecionadas em Períodos Disponíveis: janeiro a dezembro de 2008 e, em segundo relatório janeiro a dezembro de 2018;
- e) Filtros aplicados em Seleções Disponíveis: Caráter de atendimento - onde foram selecionados: Urgência, Acidente no local trabalho ou a serviço da empresa, Acidente no trajeto para o trabalho, outros tipos de acidente de trânsito,

outras lesões e envenenamento por agente químico/físico, sendo excluído apenas o caráter de atendimento eletivo.

Todos os dados obtidos foram organizados por Região Ampliada de Saúde e tabulados pela pesquisadora, sendo apresentados na seção 6, conjuntamente com a discussão dos mesmos, de modo a facilitar a análise e interpretação.

6 RESULTADOS

6.1 Caracterização das Regiões Ampliadas de Saúde

Para contribuir com a análise e compreensão dos dados obtidos nessa pesquisa, considerando as particularidades de cada Região Ampliada de Saúde, apresenta-se abaixo previamente os resultados assistenciais, uma breve caracterização de cada RAS em relação à população residente, à taxa de urbanização e ao PIB (Quadro 02), bem como quanto à quantidade de estabelecimentos hospitalares, de leitos na rede pública de saúde e de leitos por habitante, além da taxa de resolubilidade. (Quadro 03).

Quadro 02 - População, taxa de urbanização e PIB, por Região Ampliada de Saúde

REGIÃO AMPLIADA DE SAÚDE	POPULAÇÃO RESIDENTE*		TAXA DE URBANIZAÇÃO (%)**	PIB (R\$)***		
	Total	%		Total	%	per capita
CENTRO	6.097.286	31,1	95,4	155.467.766,6	44,3	25.504,16
CENTRO-SUL	740.732	3,8	81,7	10.615.472,3	3,0	14.328,21
JEQUITINHONHA	285.030	1,5	62,5	1.802.899,9	0,5	6.325,52
LESTE	1.452.563	7,4	82,3	20.118.849,6	5,7	13.853,38
LESTE DO SUL	665.813	3,4	67,7	5.979.240,4	1,7	8.979,34
NORDESTE	899.010	4,6	64,6	5.913.165,6	1,7	6.576,57
NOROESTE	652.954	3,3	81,0	9.405.070,4	2,7	14.401,94
NORTE DE MINAS	1.577.300	8,0	69,5	13.016.931,6	3,7	8.251,67
OESTE	1.173.610	6,0	88,9	17.330.964,3	4,9	14.764,57
SUDESTE	1.566.672	8,0	86,6	22.151.063,5	6,3	14.122,65

REGIÃO AMPLIADA DE SAÚDE	POPULAÇÃO RESIDENTE*		TAXA DE URBANIZAÇÃO (%)**	PIB (R\$)***		
	Total	%		Total	%	per capita
SUL	2.609.602	13,3	81,8	41.650.088,5	11,9	15.956,62
TRIANGULO DO NORTE	1.178.946	6,0	92,3	30.443.912,5	8,7	25.901,58
TRIANGULO DO SUL	697.812	3,6	91,7	17.238.489,4	4,9	24.699,21
MINAS GERAIS	19.597.330	100,0	85,3	351.133.914,6	100,0	17.919,28

Elaborado pela autora. Fonte: Tabnet/DataSUS

*Dados censitários de 2010.

**Razão entre população residente em área urbana e população residente total.

***Dados de 2010. Os valores do PIB per capita estão em reais correntes, os demais valores estão em milhares de reais correntes.

Foram observadas diferenças significativas entre as Regiões Ampliadas de Saúde quanto às características socioeconômicas. A densidade populacional variou em mais de 20 vezes (de 1,5% a 31,1%) entre as regiões, a taxa de urbanização teve valor mínimo de 62,5 e máximo de 95,4 e ainda, o percentual do PIB variou de 0,5% a 44,3%.

No que tange a estrutura física da rede pública de saúde em Minas Gerais, essa pesquisa limitou-se aos estabelecimentos hospitalares que prestam o serviço de internação para o SUS/MG, considerando apenas as unidades do tipo hospital especializado, hospital geral e hospital dia, uma vez que, no sistema SUSfácilMG, são esses os tipos de estabelecimento disponíveis.

Nesse aspecto, observou-se que as Regiões Ampliadas de Saúde com maior PIB (RAS Centro e RAS Sul) possuem também a maior densidade hospitalar do Estado, sendo a RAS Sul com 19,6% das unidades, seguido da RAS Centro com 16,7%. Salienta-se, contudo, que embora a região do sul de Minas de Gerais possua a maior quantidade de prestadores para internação hospitalar em seu território, eles são de maneira geral considerados de menor porte, ou seja, tem menor quantidade de leitos, que os estabelecimentos localizados na RAS Centro, visto que, o total de leitos

SUS existentes na primeira (14,4%) é inferior em mais de 50% quando comparado à região central do Estado, que detém 30,6% da oferta de leitos SUS do Estado.

Quadro 03 - Quantidade de hospitais e de leitos SUS, por Região Ampliada de Saúde

REGIÃO AMPLIADA DE SAÚDE	HOSPITAIS* (SUS)		TOTAL LEITOS* (SUS)		LEITOS/1.000 HAB.	TAXA DE RESOLUBILIDADE DA RAS**
	Total	%	Total	%		
CENTRO	85	17,1%	9.301	30,6%	1,38	99,48
CENTRO SUL	31	6,2%	1.476	4,8%	1,86	64,99
JEQUITINHONHA	11	2,2%	543	1,7%	2,10	65,65
LESTE	29	5,8%	1.640	5,7%	1,36	87,02
LESTE DO SUL	20	4,0%	975	3,3%	1,39	56,12
NORDESTE	34	6,8%	1.528	5,1%	1,46	66,19
NOROESTE	16	3,2%	676	2,2%	0,97	66,12
NORTE DE MINAS	36	7,2%	2.195	7,0%	1,27	95,28
OESTE	35	7,0%	1.448	4,5%	1,06	58,62
SUDESTE	52	10,5%	3.405	11,2%	2,02	97,12
SUL	98	19,7%	4.368	14,4%	1,52	97,36
TRIANGULO DO NORTE	27	5,4%	1.510	5,0%	1,17	96,73
TRIANGULO DO SUL	23	4,6%	1.306	4,4%	1,67	97,46
TOTAL MINAS GERAIS	497	100,0%	30.082	100,0%	1,38	

Elaborado pela autora.

*Fonte: Tabnet/DataSUS; competência de referência: Dezembro/2017

**Fonte: PDR/MG; ano de referência: 2017.

Quanto aos dados referentes à quantidade de leitos por mil habitantes, todos os valores observados encontram-se abaixo da razão ideal de total de leitos para cada mil habitantes residentes recomendada pela Organização Mundial de Saúde (3

leitos/1000hab), sendo a média estadual de 1,38 leitos/1000hab, com variação de 0,97 leitos/1000hab (RAS Noroeste) a 2,10 leitos/1000hab (RAS Jequitinhonha).

A RAS Jequitinhonha, cujo município polo é a cidade de Diamantina, merece distinção, pois foi a região que apresentou os menores valores do Estado no que se refere à densidade populacional (1,5%), taxa de urbanização (62,5%), PIB total (0,5%), renda *per capita*, quantidade de estabelecimentos hospitalares (2,2%) e leitos do SUS (1,7%), sugerindo relação direta entre esses fatores.

Quanto às taxas de resolubilidade, apuradas para o ano de 2017, apresentadas no Quadro 03, as RAS Centro, Triângulo do Sul, Sul, Sudeste, Triângulo do Norte e Norte de Minas, em ordem decrescente, atingiram níveis ideais de resolubilidade (acima de 90%), com flutuação de 99,48% a 95,28%. Embora cinco RAS tenham alcançado nível bom de resolubilidade (de 61% a 89,9%), apenas a RAS Leste se manteve próxima ao limite superior dessa categoria, com 87,02% e a outras regiões se mantiveram abaixo de 70%.

A RAS Leste do Sul e a RAS Oeste obtiveram os piores resultados do Estado nesse quesito, com taxas de resolubilidade atingindo 56,12% e 58,62%, respectivamente. Embora ambas estejam classificadas como regulares (de 51% a 60%), a RAS Leste do Sul apresentou retração de cerca de 2 pontos percentuais, enquanto a RAS Oeste obteve incremento de aproximadamente 8%, se comparada aos valores apurados em 2015, representando melhoria da assistência na região.

Ressalta-se que foram analisados os dados anuais disponibilizados pela SES/MG e a evolução desse indicador de 2008 a 2015 por RAS, para a prestação dos Serviços Hospitalares da Atenção Terciária (elenco AC/MCHE) consta no ANEXO 01. Não há no site da SES/MG dados referentes ao ano de 2016.

Foi possível observar que a evolução da taxa de resolubilidade de 2008 a 2017, de um modo geral, foi positiva à medida que se identificou em todas as RAS a manutenção na mesma categoria de resolubilidade (mesmo que tenham apresentado pequenas oscilações nos valores absolutos das taxas anuais), ou a melhoria para a categoria imediatamente superior.

Diante da caracterização de cada Região Ampliada de Saúde, seguimos à análise dos resultados relacionados às solicitações de internação hospitalar em Minas Gerais reguladas via sistema informatizado SUSfácilMG.

6.2 Solicitações de internação hospitalar reguladas via SUSfácilMG

No ano de 2008, a Região Ampliada de Saúde de origem, ou seja, aquela onde está localizado o estabelecimento de saúde solicitante (que cadastra o laudo no sistema), com maior número de solicitações registradas no SUSfácilMG foi a RAS Sul, seguida da RAS Sudeste, RAS Centro e RAS Norte de Minas, com respectivamente 17%, 15%, 14% e 10% de todas as demandas efetuadas no sistema.

Em 2018, essas mesmas regiões permaneceram como as maiores responsáveis pelas solicitações de internação cadastradas no SUSfácilMG, mas a RAS Centro ultrapassou para o primeiro lugar, seguida pelas RAS Sul, Sudeste e Norte de Minas, com 25%, 15%, 10% e 9% dos cadastros, nessa ordem. Essas são também as quatro regiões mais populosas e com maior quantidade de leitos e estabelecimentos hospitalares do Estado, portanto, não é de se estranhar que sejam as principais demandantes.

Tabela 01 - Solicitações de internação hospitalar de urgência/emergência cadastradas no SUSfácilMG, por Região Ampliada de Saúde, em 2008 e 2018

REGIÃO AMPLIADA DE SAÚDE DE ORIGEM	2008		2018		VARIÇÃO % 2008-2018
	Total	%	Total	%	
CENTRO	34.525	14%	296.779	25%	760%
CENTRO SUL	12.771	5%	42.915	4%	236%
JEQUITINHONHA	4.908	2%	26.594	2%	442%
LESTE	23.215	9%	83.169	7%	258%
LESTE DO SUL	11.794	5%	38.087	3%	223%
NORDESTE	12.530	5%	53.839	5%	330%
NOROESTE	7.505	3%	34.736	3%	363%
NORTE DE MINAS	25.539	10%	101.708	9%	298%
OESTE	15.782	6%	62.143	5%	294%
SUDESTE	37.312	15%	113.993	10%	206%
SUL	42.312	17%	175.370	15%	314%

REGIÃO AMPLIADA DE SAÚDE DE ORIGEM	2008		2018		VARIÇÃO % 2008-2018
	Total	%	Total	%	
TRIÂNGULO DO NORTE	9.739	4%	90.922	8%	834%
TRIÂNGULO DO SUL	10.404	4%	44.047	4%	323%
MINAS GERAIS	248.336	100%	1.164.302	100%	369%

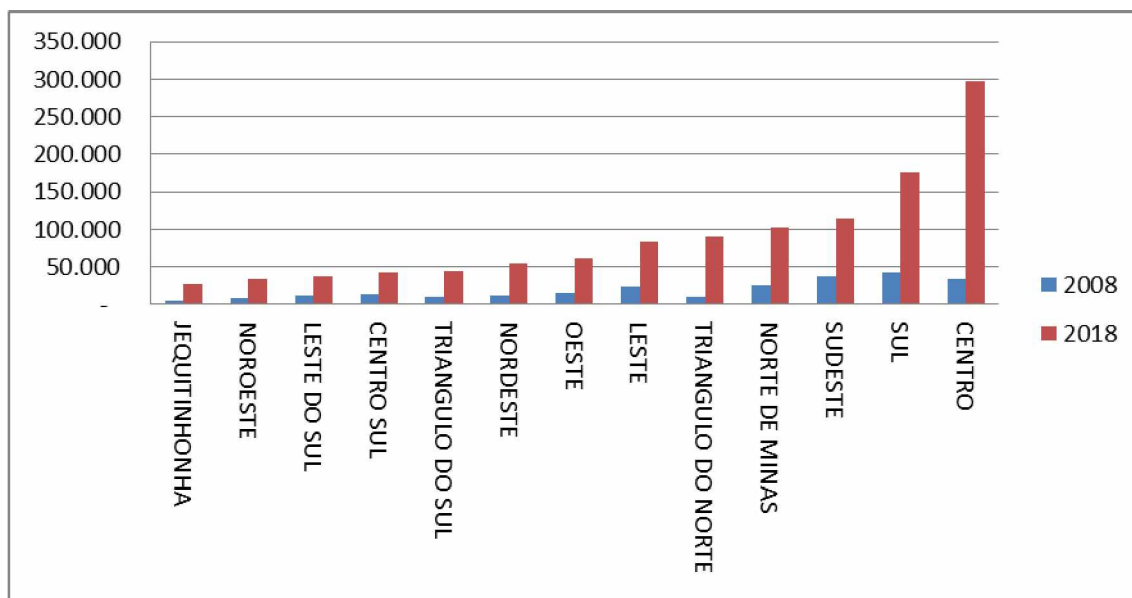
Elaborado pela autora. Fonte: relatório Solicitações de Internação, SUSfácilMG, 2008 e 2018.

A partir dos relatórios gerados no SUSfácilMG dos períodos avaliados e da consolidação dos dados apurados, é possível afirmar que houve um importante crescimento na utilização do sistema informatizado de regulação do acesso, com variação global de 369% do total de cadastros de solicitações de internação hospitalar de urgência e emergência, no intervalo de 10 anos em Minas Gerais, impulsionada pelas RAS Triângulo do Norte e Centro.

Especificamente quanto à ampliação da quantidade de solicitações de internação reguladas na RAS Centro, cumpre esclarecer que em 2008, o município de Belo Horizonte operacionalizava sua central de internação (CINT-BH) com sistema informatizado próprio e os pedidos de internação hospitalar gerados em seu território eram registrados apenas na ferramenta municipal. Logo, uma vez que os resultados encontrados consideram apenas as solicitações de internação cadastradas no sistema de regulação de acesso SUSfácilMG, no ano de 2008 não haviam solicitações de internação realizadas por estabelecimentos de saúde solicitantes situados no território da capital. A partir de novembro de 2015, a CINT-BH passou a utilizar o sistema SUSfácilMG para a regulação do acesso das solicitações de internação de urgência e emergência cadastradas em seu território e isso explica grande variação (760%) nos registros relacionados a esta região.

Outras explicações plausíveis para o incremento significativo de internações reguladas via SUSfácilMG, perpassam a implementação, em 2011, da AIH eletrônica, disponibilizada por meio de referido sistema e da maior adesão da central municipal de regulação de Uberlândia à utilização do SUSfácilMG. Contudo, não é possível, nesse momento, afirmar se esses fatores foram determinantes para o importante crescimento observado nas Regiões, sendo necessárias novas pesquisas para identificar a relação e o real impacto dessas hipóteses.

Gráfico 01 - Solicitações de internação via SUSfácilMG por Região Ampliada de Saúde em 2008 e 2018



Elaborado pela autora. Fonte: relatório Solicitações de Internação, SUSfácilMG, 2008 e 2018.

Conforme mencionado na seção 4.4, para cada cadastro no sistema SUSfácilMG é gerado um laudo de solicitação de internação individualizado, com numeração única que recebe o *status* de “internação solicitada”. Ao final do processo regulatório, se todas as instâncias envolvidas cumprirem seu papel adequadamente, cada laudo assume um dos seguintes *status* no sistema:

a) internação realizada – representa a efetivação da internação do paciente no estabelecimento de destino, responsável por confirmar a sua chegada à unidade. O estabelecimento de destino pode ser, ou não, o estabelecimento solicitante;

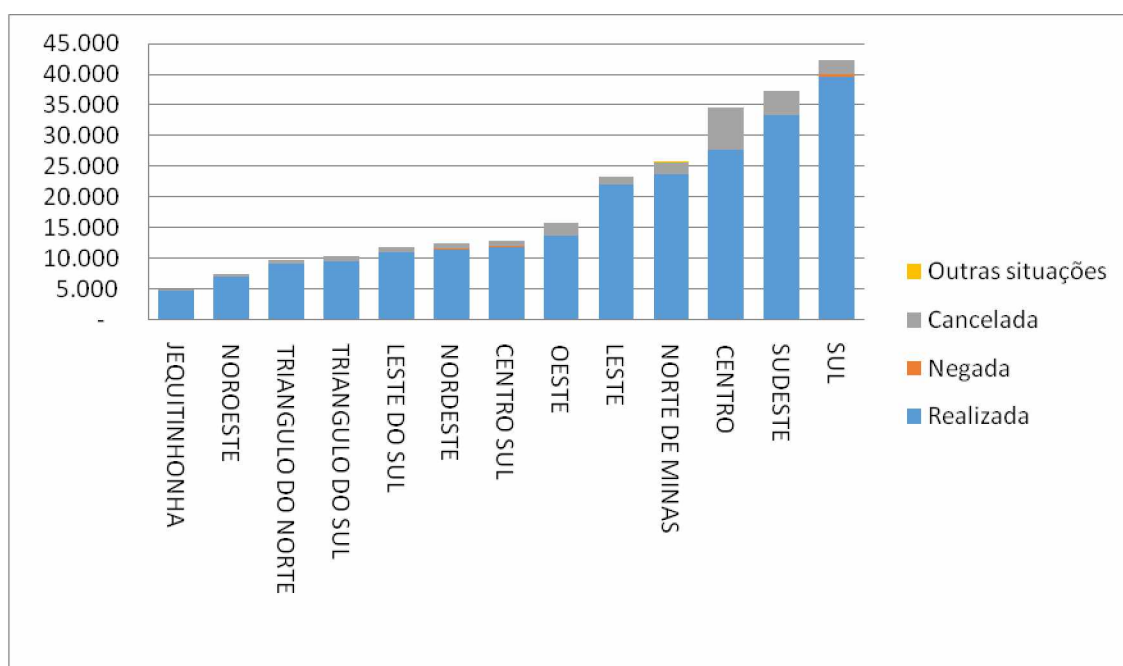
b) solicitação cancelada – significa o encerramento da solicitação. Pode ser realizado pela unidade de saúde de origem (quando da descontinuidade da condição que motivou o pedido de internação, da evasão ou óbito do paciente, do seu encaminhamento para outro ponto de atenção da rede assistencial ou para uma unidade de saúde privada, entre outros) ou pela Central de Regulação (quando do não cumprimento dos prazos acordados para inclusão de evolução clínica e/ou resposta a pendências);

c) solicitação negada – também indica a finalização do pedido de internação. Deve ser realizado pela Central de Regulação quando o conteúdo presente no laudo está inadequado para os fluxos pactuados no contexto de internações de urgência/emergência.

No decorrer do processo regulatório, porém, enquanto o fluxo eletrônico não é concluído o laudo pode se apresentar com diferentes *status* relativos à sua avaliação inicial, à reserva de leito, bem como à permissão da internação no estabelecimento de destino. Nesses casos, para dar continuidade ao fluxo, a instância responsável deve executar uma ação no sistema para que a movimentação do laudo tenha seguimento até o seu desfecho final. Os gráficos 02 e 03 ilustram os resultados encontrados, conforme a situação do laudo cadastrado no sistema SUSfácilMG, respectivamente nos anos de 2008 e 2018, por Região Ampliada de Saúde.

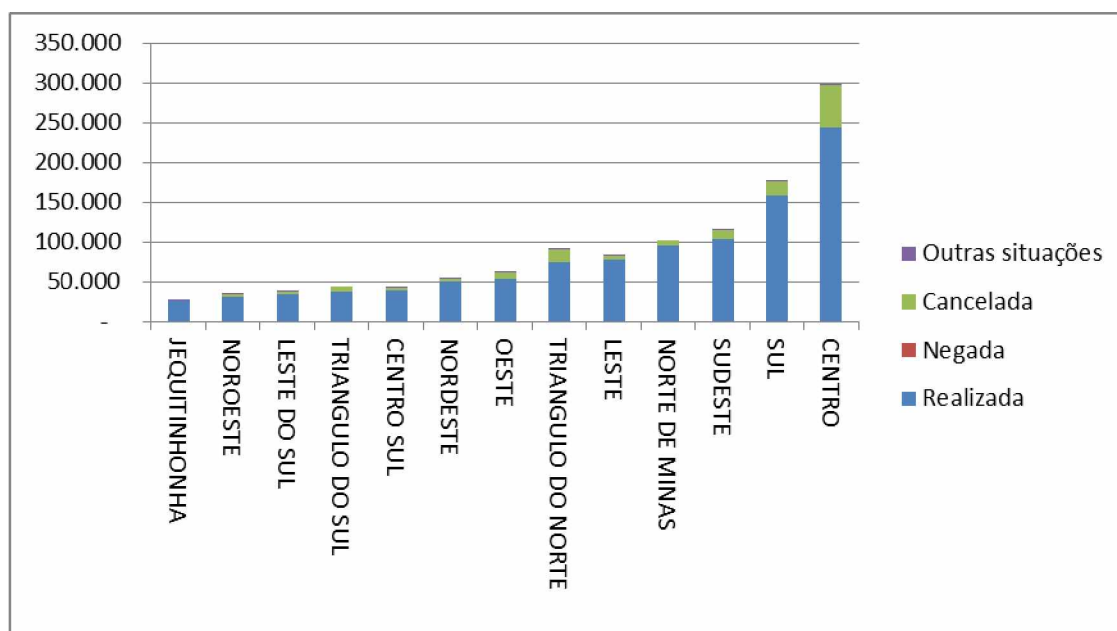
É notório que, das solicitações de internação cadastradas, a grande maioria dos pedidos foram atendidas (situação: “internação realizada”). O desfecho final “solicitação cancelada” também foi observado, ainda que em menor quantidade. O detalhamento acerca das internações realizadas e solicitações canceladas serão apresentados a seguir, enquanto os registros que se encontram com as situações “solicitação negada” ou outros *status* possíveis durante o processo regulatório não foram significativos, portanto, não serão pormenorizados.

Gráfico 02 - Situação das solicitações de internação, via SUSfácilMG, por Região Ampliada de Saúde em 2008



Fonte: relatório Solicitações de Internação, SUSfácilMG, 2008. Elaborado pela autora.

Gráfico 03 - Situação das solicitações de internação, via SUSfácilMG, por Região Ampliada de Saúde em 2018



Fonte: relatório Solicitações de Internação, SUSfácilMG, 2018. Elaborado pela autora.

6.3 Internações realizadas via SUSfácilMG

Primeiramente, insta salientar que o trabalho foi desenvolvido sob a ótica da demanda, portanto, os dados aqui apresentados se referem aos cadastros por Região Ampliada de Saúde de origem, que tiveram seu pedido de internação atendido. Logo, os números apresentados abaixo respondem a seguinte pergunta: do total de solicitações cadastradas em cada RAS, quantas internações foram realizadas?

A análise dos resultados deu-se em dois momentos: Inicialmente foi feita a comparação dos anos de 2008 e 2018, considerando a quantidade absoluta dos pedidos atendidos de cada Região Ampliada de Saúde de origem e quanto isso representou percentualmente, no total de pedidos cadastrados por região. Na sequência, de posse da razão entre as internações realizadas e as solicitações cadastradas de cada ano, foi calculada a variação entre as razões de 2008 e 2018, para cada RAS e no total do Estado. Esses resultados estão exibidos abaixo.

Houve um aumento do total de internações realizadas via SUSfácilMG em Minas Gerais de cerca de 4,5 vezes, partindo de 224.672 internações em 2008, para mais de 1 milhão de internações reguladas em 2018. Não obstante o significativo incremento no total absoluto, a variação da razão entre as internações realizadas e as

solicitações cadastradas de 2018 em relação a 2008 foi negativa, ou seja, 3,2% inferior.

Tabela 02 - Pedidos de internações por Região Ampliada de Saúde de origem atendidos via SUSfácilMG em 2008 e 2018

REGIÃO AMPLIADA DE SAÚDE DE ORIGEM	2008		2018		Variação da razão 2008-2018 (%)
	Total	razão intern./solicit. (%)	Total	razão intern./solicit. (%)	
CENTRO	27.714	80,3	244.416	82,4	2,6
CENTRO-SUL	11.890	93,1	38.288	89,2	-4,2
JEQUITINHONHA	4.620	94,1	25.377	95,4	1,4
LESTE	22.075	95,1	78.025	93,8	-1,3
LESTE DO SUL	11.048	93,7	34.516	90,6	-3,3
NORDESTE	11.333	90,4	49.484	91,9	1,6
NOROESTE	7.040	93,8	30.143	86,8	-7,5
NORTE DE MINAS	23.703	92,8	94.814	93,2	0,4
OESTE	13.718	86,9	52.868	85,1	-2,1
SUDESTE	33.366	89,4	102.966	90,3	1,0
SUL	39.665	93,7	157.905	90,0	-4,0
TRIÂNGULO DO NORTE	9.020	92,6	73.920	81,3	-12,2
TRIÂNGULO DO SUL	9.480	91,1	37.216	84,5	-7,3
Minas Gerais	224.672	90,5	1.019.938	87,6	-3,2

Elaborado pela autora. Fonte: relatório Solicitações de Internação, SUSfácilMG, 2008 e 2018

Da mesma forma, esse comportamento foi percebido para diversas RAS, havendo variação positiva da razão entre as internações realizadas e as solicitações cadastradas apenas nas RAS Centro, Jequitinhonha, Nordeste, Norte de Minas e Sudeste. A RAS Triângulo do Norte teve a variação negativa da razão mais expressiva entre todas as regiões, com -12,2%, enquanto a maior variação positiva ocorreu na RAS Centro com 2,6%.

Motivada pela implementação, em 2011 das funcionalidades do módulo de distribuição e autorização eletrônica das internações hospitalares (AIH eletrônica), e considerando a inclusão do município de Belo Horizonte como “novo” utilizador do sistema, já se supunha que a quantidade absoluta de internações realizadas, reguladas via SUSfácilMG seria bastante elevada em 2018, comparada à 2008.

A redução de 3,2% da proporção dessas internações realizadas em relação ao total de cadastros efetuados no sistema, contudo, foi um achado inesperado. Como consequência, é provável que a proporção de solicitações canceladas em 2018 seja maior que em 2008. Essa suspeita será esclarecida quando da análise das solicitações canceladas.

Outra análise realizada acerca das internações efetivadas, mas ainda sob a ótica da demanda se deu no sentido de responder à seguinte pergunta: dos pedidos de internação atendidos, formulados por uma RAS, quantos percentualmente foram concretizados pela própria RAS?

O resultado a essa pergunta foi similar para os dois períodos analisados. Em média, 99% de todas as internações de urgência e emergência, decorrentes dos pedidos gerados por uma RAS foram atendidos na própria RAS de origem, tanto em 2008 quanto no ano de 2018. Isso demonstra que as RAS estão suficientemente preparadas para atender praticamente toda a sua própria demanda, mesmo nas regiões que apresentaram os valores mais baixos (96,75%, pela RAS Jequitinhonha em 2008, e 96,22% pela RAS Oeste em 2018).

Esse resultado, a despeito de superficialmente se confundir com a taxa de resolubilidade, não guarda nenhuma relação direta com esse indicador de monitoramento de capacidade de atendimento regional nos preceitos do PDR, pois, não se observou se os procedimentos realizados eram correspondentes àqueles dos elencos esperados para a respectiva abrangência geográfica, tampouco, foram selecionadas apenas as internações referentes aos residentes da região e, além disso,

não contabilizou todas as internações realizadas no território, apenas aquelas realizadas em decorrência de pedidos formulados pela própria RAS, em caráter de urgência e emergência.

Quadro 04 - Internações ocorridas por solicitação da RAS, atendidas pela própria RAS

REGIÃO AMPLIADA DE SAÚDE DE ORIGEM	2008 (%)	2018 (%)
CENTRO	99,95	99,86
CENTRO-SUL	99,12	98,11
JEQUITINHONHA	96,75	98,53
LESTE	99,66	99,32
LESTE DO SUL	98,82	98,15
NORDESTE	99,75	99,46
NOROESTE	98,39	97,82
NORTE DE MINAS	99,94	99,89
OESTE	98,41	96,22
SUDESTE	99,89	99,88
SUL	99,85	99,84
TRIÂNGULO DO NORTE	98,87	99,86
TRIÂNGULO DO SUL	99,60	99,72

Elaborado pela autora. Fonte: relatório Solicitações de Internação, SUSfácilMG, 2008 e 2018.

6.4 Solicitações canceladas

Tão importante quanto analisar as internações realizadas, é investigar as solicitações cujo desfecho não foi o pretendido, ou seja, os pedidos de internação que não foram atendidos. Passa-se, então, aos resultados concernentes às solicitações canceladas.

O atendimento não é a única maneira de um paciente sair da lista de espera. Outros eventos costumam ocorrer e devem ser monitorados no sentido de manter a relação de pacientes que aguardam por um leito, atualizada. Dentre esses

eventos estão à realização do procedimento em outro hospital, a não necessidade da realização do procedimento (reversão da indicação cirúrgica) e em especial, o óbito. (JUNIOR et al.,2005).

Tabela 03 - Solicitações de internação cadastradas no SUSfácilMG em 2008 e 2018, canceladas em cada Região Ampliada de Saúde

REGIÃO AMPLIADA DE SAÚDE DE ORIGEM	2008		2018		Variação da razão 2008-2018 (%)
	Total	razão cancel./solicit. (%)	Total	razão cancel./solicit. (%)	
CENTRO	6.750	19,6	51.706	17,4	-10,9
CENTRO-SUL	759	5,9	4.609	10,7	80,7
JEQUITINHONHA	270	5,5	1.063	4,0	-27,3
LESTE	1.086	4,7	5.126	6,2	31,8
LESTE DO SUL	732	6,2	3.537	9,3	49,6
NORDESTE	904	7,2	4.079	7,6	5,0
NOROESTE	462	6,2	4.564	13,1	113,4
NORTE DE MINAS	1.793	7,0	6.869	6,8	-3,8
OESTE	2.047	13,0	9.152	14,7	13,5
SUDESTE	3.929	10,5	11.017	9,7	-8,2
SUL	2.356	5,6	17.318	9,9	77,3
TRIANGULO DO NORTE	707	7,3	16.966	18,7	157,0
TRIANGULO DO SUL	922	8,9	6.830	15,5	75,0
Minas Gerais	22.717	9,1	142.836	12,3	34,1

Elaborado pela autora. Fonte: relatório Solicitações de Internação, SUSfácilMG, 2008 e 2018.

Outra situação observada é a evasão de pacientes que vão embora sem passar por avaliação médica, muitas vezes, devido aos longos tempos de espera, que tem, por sua vez, influência no comportamento dos profissionais e na avaliação médica, em si, além de relação direta e progressiva com a chance do paciente morrer ou ser internado. (GUTTMANN, 2011).

Assim como ocorreu com as internações realizadas, verificou-se um aumento considerável na quantidade absoluta de solicitações canceladas, com proporções em relação ao total solicitado de 9,1%, em 2008, e 12,3%, em 2018.

Em 2008, a RAS Leste, com 4,7%, apresentou o menor percentual de solicitações canceladas em relação às solicitadas, em contraposição à RAS Centro, onde se observou o mais alto valor (19,6%).

Em 2018, a RAS Centro foi superada pela RAS Triângulo do Norte, que teve uma variação de 157% nos cancelamentos de solicitações de internação de urgência e emergência, de um ano para o outro, enquanto a RAS Jequitinhonha teve redução de 27% nesse índice. A média estadual da variação entre os anos pesquisados foi de 42,6% e a mediana foi de 32%.

Como havia sido instigado quando da análise das internações realizadas que apresentaram redução percentual, demonstrou-se que houve aumento da razão de solicitações canceladas, embora não seja na mesma proporção. Sem conhecer a causa dos cancelamentos, porém, esses resultados não têm grande relevância isolada, pois é preciso investigar qual foi o fator motivador para a retirada desses pedidos de internação.

Nesse intuito, identificou-se que o sistema SUSfácilMG exige o preenchimento de campo que justifique o cancelamento de uma solicitação já cadastrada e as opções para seleção nesse campo são: compra de leito na rede privada, desistência do paciente, internação mantida, ausência de resposta do estabelecimento no tempo determinado, transferência sem regulação, óbito e outros (onde, além da seleção da opção "outros", é necessário preencher campo de livre digitação, para esclarecer o motivo factual).

Seguindo o comportamento dos cancelamentos totais, também se observou aumento na proporção de cancelamentos especificamente devido ao óbito do paciente. Em 2008, esse resultado foi 6,8% do universo das solicitações canceladas em Minas Gerais e em 2018, foi 7,7%.

Os menores índices de óbito como motivo de cancelamento de um laudo foram observados na RAS Triângulo do Sul, nos dois anos avaliados com 3,7%, em 2008 e 5,6% em 2018. Já os maiores em 2008, foram atingidos pela RAS Norte de Minas com 14,1%, que apresentou redução importante de 25% nesse índice no ano de

2018 e foi superado pela RAS Nordeste com 16,4%, após aumento de 76%. A RAS Leste teve o segundo maior percentual de cancelamento de laudo devido a óbito em 2018, e se destacou por ter a maior variação desse percentual, chegando a 145%, enquanto a média estadual foi 37,8%.

Tabela 04 - Solicitações de internações cadastradas no SUSfácilMG em 2008 e 2018 canceladas por óbito, em cada Região Ampliada de Saúde

REGIÃO AMPLIADA DE SAÚDE DE ORIGEM	2008		2018		Variação da razão óbito/canceladas (%)
	Total	óbito/canceladas (%)	Total	óbito/canceladas (%)	
CENTRO	423	6,3%	3.575	6,9%	10,3
CENTRO SUL	71	9,4%	517	11,2%	19,9
JEQUITINHONHA	19	7,0%	133	12,5%	77,8
LESTE	64	5,9%	742	14,5%	145,6
LESTE DO SUL	58	7,9%	334	9,4%	19,2
NORDESTE	84	9,3%	670	16,4%	76,8
NOROESTE	25	5,4%	319	7,0%	29,2
NORTE DE MINAS	252	14,1%	720	10,5%	-25,4
OESTE	131	6,4%	842	9,2%	43,8
SUDESTE	199	5,1%	813	7,4%	45,7
SUL	149	6,3%	1.021	5,9%	-6,8
TRIÂNGULO DO NORTE	39	5,5%	960	5,7%	2,6
TRIÂNGULO DO SUL	34	3,7%	384	5,6%	52,5
TOTAL: MINAS GERAIS	1.548	6,8%	11.030	7,7%	13,3

Elaborado pela autora. Fonte: relatório Solicitações de Internação, SUSfácilMG, 2008 e 2018.

Quando calculada a razão de cancelamentos por óbito, em relação a todas as solicitações cadastradas no SUSfácilMG no Estado, esses resultados são para o ano de 2008 e 2018, respectivamente 0,62% e 0,95%. Apesar de ser um percentual baixo, sua variação evidenciou um aumento de 52% em 10 anos e considerando o total de 1.164.302 solicitações cadastradas em 2018, isso representou mais de 11 mil pessoas que faleceram antes de se conseguir a internação hospitalar.

Por óbvio, o pior desfecho possível para uma solicitação de internação é o seu cancelamento por óbito, haja vista que isso significa que o paciente, embora tenha tido um primeiro contato assistencial em unidade porta de entrada de urgência e emergência do SUS/MG, a partir do qual se formulou o pedido de internação no SUSfácilMG, não obteve acesso ao leito hospitalar para a continuidade do atendimento necessário.

A falta de acesso, assim como o eventual óbito do paciente não deve, porém, ser imputados à Regulação Assistencial, tão somente. É influenciado também por outros fatores como as condições de saúde individuais na admissão, a tempestividade da atualização da evolução clínica no sistema informatizado de regulação pelo estabelecimento de origem, a disponibilidade de meio de transporte adequado para transferir o paciente e o cumprimento de ordens judiciais, que amiúde, compele o médico regulador a desconsiderar a classificação de risco e o grau de prioridade previamente atribuídos não só ao paciente beneficiado pela ação judicial, mas também a todos os outros pacientes que aguardam a hospitalização, por exemplo. Estudos que relacionem diferentes variáveis, como capacidade instalada existente, grau de priorização de acesso, especialidade médica, necessidade de UTI, tempo de espera, judicialização, etc. são imprescindíveis para robustecer o conhecimento técnico-científico acerca da matéria e evitar ao máximo a ocorrência desse indesejável desfecho final.

Embora o desfecho final “internação realizada” tenha sido a imensa maioria, seguida de casos de “solicitação cancelada”, foram observados registros cujas situações diferem daquelas destacadas como situações finais. Apesar de o quantitativo total ser pouco expressivo e heterogêneo entre as Regiões Ampliadas de Saúde, isso representa que as diferentes instâncias envolvidas no processo regulatório nem sempre finalizam o fluxo eletrônico conforme esperado, levando ao entendimento que há necessidade de promover rotinas de capacitação junto às mesmas.

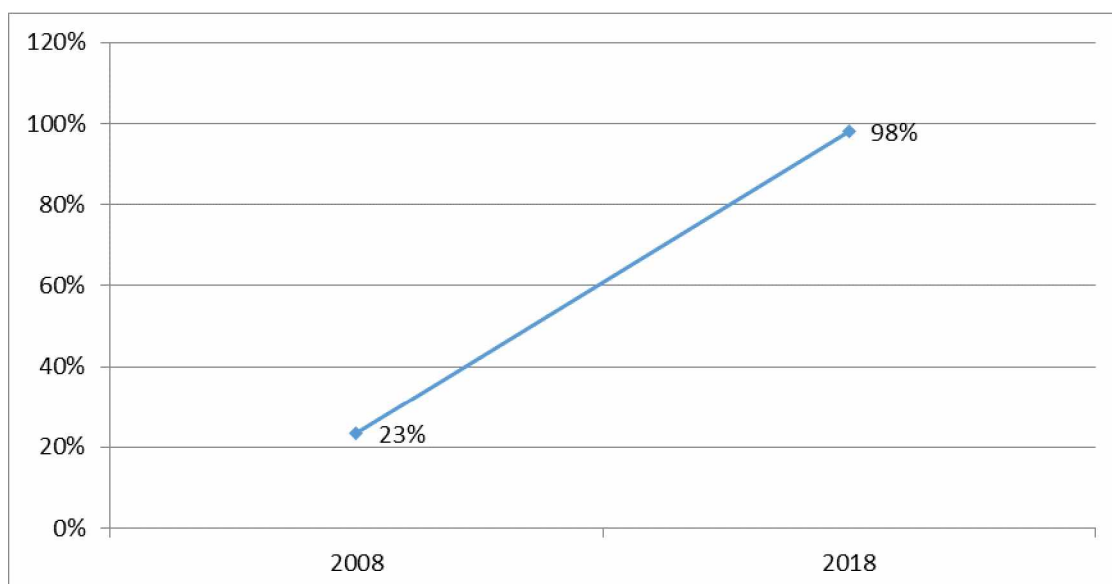
6.5 Percentual de internações aprovadas, reguladas

Por fim, mas não menos importante, apurou-se a representatividade das internações reguladas via SUSfácilMG em relação à produção hospitalar aprovada, registrada no Sistema de Informações Hospitalares do SUS/MG.

Considerando os resultados previamente analisados, que demonstraram crescimento no total de internações via SUSfácilMG, isto é, internações reguladas em Minas Gerais na grandeza de 360%, é naturalmente esperado que o percentual de internações reguladas em relação à produção hospitalar aprovada, também tenha sofrido incremento significativo.

Em 2008, as internações reguladas representaram apenas 23,2% do total de internações aprovadas no SIH/SUS, e dez anos depois, esse percentual se elevou para 97,6%, confirmando o esperado.

Gráfico 04 - Percentual de internações reguladas via SUSfácilMG, em 2008 e 2018



Elaborado pela autora. Fonte: relatório Solicitações de Internação, SUSfácilMG e SIH/SUS (Tabnet/DATASUS), 2008 e 2018.

A média percentual de internações aprovadas que passaram pelo sistema de regulação no ano de 2008 em Minas Gerais foi de 26,2%, com mediana igual a 26,3%, valor mínimo de 10,2% na RAS Centro e máximo de 35,7% na RAS Sudeste. No ano de 2018, o menor percentual apurado foi de 93,2% na RAS Nordeste, o maior 120,2% na RAS Triângulo do Norte, com média estadual de 103,6% e mediana igual a 105%.

Quadro 05 - Internações hospitalares de urgência/emergência reguladas via SUSfácilMG e produção hospitalar aprovada (AIH aprovadas) no SIH/SUS em 2008 e 2018

REGIÃO AMPLIADA DE SAÚDE DE ORIGEM	2008			2018		
	Internações SUSfácilMG	AIH aprovadas SIH/SUS	Internações reguladas / aprovadas (%)	Internações SUSfácilMG	AIH aprovadas SIH/SUS	Internações reguladas / aprovadas (%)
CENTRO	27.714	271.679	10,2%	244.416	312.659	78,2%
CENTRO SUL	11.890	45.197	26,3%	38.288	40.834	93,8%
JEQUITINHONHA	4.620	17.675	26,1%	25.377	21.271	119,3%
LESTE	22.075	73.409	30,1%	78.025	74.329	105,0%
LESTE DO SUL	11.048	32.630	33,9%	34.516	36.322	95,0%
NORDESTE	11.333	51.311	22,1%	49.484	53.119	93,2%
NOROESTE	7.040	27.362	25,7%	30.143	28.792	104,7%
NORTE DE MINAS	23.703	73.307	32,3%	94.814	84.939	111,6%
OESTE	13.718	52.847	26,0%	52.868	52.817	100,1%
SUDESTE	33.366	93.516	35,7%	102.966	94.606	108,8%
SUL	39.665	143.787	27,6%	157.905	149.946	105,3%
TRIÂNGULO DO NORTE	9.020	53.581	16,8%	73.920	61.502	120,2%
TRIÂNGULO DO SUL	9.480	34.187	27,7%	37.216	33.414	111,4%
MINAS GERAIS	224.672	970.488	23,2%	1.019.938	1.044.550	97,6%

Fonte: relatório Solicitações de Internação, SUSfácilMG e SIH/SUS (Tabnet/DATASUS), 2008 e 2018. Elaborado pela autora.

Foram observadas expressivas variações inter-regionais no percentual de internações aprovadas reguladas via SUSfácilMG no intervalo de dez anos, em especial no tocante às RAS Centro e Triângulo do Norte, que apresentaram crescimento respectivo de 10,2% para 78,2% (variação de 666%) e de 16,8% para 120,2% (variação de 614%). Mais uma vez, ressalta-se que Belo Horizonte, no primeiro ano analisado, não utilizava o sistema SUSfácilMG para a regulação dos pedidos de internação hospitalar em seu território.

Portanto, os resultados apresentados pela RAS Centro (crescimento, além da média, no total de internações realizadas e na proporção de internações aprovadas reguladas) provavelmente representam o impacto quantitativo da adesão do município à utilização desse sistema informatizado, que agrega mais transparência ao processo regulatório realizado na capital.

Quanto à RAS Triângulo do Norte, que se destacou como *outlier* nesses mesmos quesitos, não foi possível estabelecer uma provável causa para os achados, o que pode ser avaliado em estudos futuros, mais detalhados e específicos. Os percentuais superiores a 100% representam que houve quantidade maior de internações reguladas no SUSfácilMG do que internações aprovadas no SIH/SUS.

Assim sendo, esses resultados sugerem que embora os pedidos de internação estejam sendo atendidos por intermédio das Centrais de Regulação (macrorregionais ou municipais), o processamento das AIH concernentes a parte dessas internações não foi aprovado, de acordo com os critérios do SIH/SUS, configurando glosas.

Não se sabe, porém, por qual fundamento essas internações podem estar sendo glosadas, se são realmente devidas ou se são consequência de erros no processamento, por exemplo. Fato é, que sempre que uma internação é realizada, ocorre uma prestação de serviços assistenciais a um usuário do SUS/MG, com todos os seus custos associados, e a não aprovação (glosa) da AIH gerada em razão dessa internação, consiste em cancelamento da remuneração da fatura da conta hospitalar correspondente, podendo representar um possível prejuízo financeiro à instituição que realizou o atendimento. O aprofundamento no conhecimento sobre a glosa de AIH é relevante e pode compor objeto de pesquisa particular sobre o tema visto que, se motivada por equívocos de processamento, intervenções simples como programas de capacitação interna para revisar e melhorar a qualidade dos processos de trabalho podem diminuir as perdas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A equidade no acesso às ações e serviços de saúde constitui um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde no Brasil. No entanto, o acesso às internações hospitalares, historicamente, refletia relações de influência (no cenário pessoal, financeiro, político, etc.), não sendo baseado em critérios assistenciais, de necessidade clínica e gravidade do quadro específico de saúde.

No intuito de combater essa realidade e promover o acesso equânime aos serviços de saúde, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, estabeleceu, em 2002, o Plano Diretor de Regionalização; em 2003, implementou a Programação Pactuada e Integrada; e, em 2006, o Sistema Estadual de Regulação.

O Sistema Estadual de Regulação, em suma, se traduz na implantação de Centrais Macrorregionais de Regulação Assistencial, operacionalizadas por equipe médica e administrativa, em busca da melhor alternativa assistencial disponível na rede pública de saúde, por meio do *software* de regulação do acesso SUSfácilMG.

Esse sistema informatizado é a principal ferramenta de trabalho das Centrais Macrorregionais de Regulação Assistencial, permite a comunicação em tempo real entre as Centrais de Regulação e os estabelecimentos de saúde, para troca de informações entre as unidades administrativas e assistenciais do SUS/MG, e é amplamente utilizado no Estado para a regulação das internações hospitalares de urgência e emergência.

As solicitações de internação/transferência são cadastradas no SUSfácilMG pelas unidades de saúde porta de entrada de urgência do SUS/MG. Após o cadastro, esta demanda é automaticamente enviada para a avaliação de um médico regulador, que busca a vaga e direciona o paciente para a unidade de atendimento com melhor condição e disponibilidade de recursos para o cuidado necessário.

Cabe salientar, aqui, a importância, bem como a necessidade de maior divulgação e fortalecimento, da figura do médico regulador como autoridade sanitária. Pode-se dizer que esse profissional tem papel fundamental na modificação do padrão anterior de disponibilização de acesso às internações hospitalares de urgência com critérios subjetivos e clientelistas, para uma regulação imparcial, equânime e humanizada.

Diante dos resultados, percebe-se que o Sistema Estadual de Regulação Assistencial está consolidado e propiciou o aumento do acesso equânime às internações hospitalares de urgência e emergência no período analisado em todas as Regiões Ampliadas de Saúde de Minas Gerais, ampliando o percentual geral de internações reguladas no Estado de 23%, em 2008, para 98% em 2018.

Embora idealmente seja esperado atingir 100% de internações reguladas, tal meta torna-se pouco provável, visto que o sistema de regulação do acesso é disponibilizado on line e qualquer intercorrência em seu funcionamento pode afetar tanto a distribuição eletrônica de AIH ou a conclusão de alguma das operações assistenciais realizadas no sistema. Considera-se, portanto, aceitável a pequena diferença de 2% para se atingir a totalidade da regulação das internações hospitalares de urgência em Minas Gerais.

Não obstante, ainda há desafios a serem tratados pela gestão pública para aperfeiçoar o processo regulatório em Minas Gerais, a saber: a dificuldade de retenção de recursos humanos nas Centrais de Regulação; a necessidade de implementação de melhorias no sistema informatizado para atualização da tecnologia aplicada; o aprimoramento das práticas e fluxos regulatórios; e a repercussão de ordens judiciais nos processos de trabalho da regulação assistencial.

Ademais, estudos futuros devem ser realizados para a avaliação do impacto da regulação municipal no processo regulatório estadual com um todo, identificando possíveis causas entre os resultados encontrados nas Regiões Ampliadas de Saúde, em especial RAS Centro e RAS Triângulo do Norte cujos municípios pólo possuem com Central de Regulação própria.

Por fim, conclui-se que as informações provenientes do acompanhamento dos processos regulatórios têm grande importância para contribuir com o planejamento de ações em saúde, em aspectos assistenciais, orçamentários e financeiros, subsidiando decisões estratégicas em nível regional e estadual, e devem ser sistematizadas e divulgadas para a equipe gestora da Saúde Pública no Estado, com regularidade e completude, promovendo maior eficácia do sistema de saúde pública de Minas Gerais e garantido a equidade no acesso às ações e serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Neide. **Avaliação do acesso a leitos de UTI através da Central de Regulação Hospitalar do SUS em PE no ano de 2009**. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Pernambuco. 2009. p.47

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Série Legislação Brasileira. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4 ed. São Paulo: Saraiva, 1990. p. 168.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002**. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde/NOAS - SUS 01/2002. Diário Oficial da União. Brasília/DF. 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002**. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Diário Oficial da União. Brasília/DF. 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM 2048/02, de 12 de novembro de 2002**. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. 2002

_____. Ministério da Saúde. **Glossário do Ministério da Saúde: projeto de terminologia em saúde**. Brasília. 2004. 142 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_ms.pdf. Acesso em: 20 abr. 2019

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1559, de 01 de agosto de 2008**. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União. Brasília/DF, p. 48-9. 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 3/2017, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. 2017

_____. Ministério da Saúde. **Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde – leitura recomendada: Ministério da Saúde**. Curso de auto aprendizado: Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde. Brasília. 2012. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4342690/mod_resource/content/1/Apostila%20MS%20-%20RAS_curso%20completo-M%C3%B3dulo%20-APS%20nas%20RAS%20-%20Pg%2031-45.pdf. Acesso em: 9 fev. 2019.

CARDOSO, Lucienne TQ *et al.* **Impact of delayed admission to intensive care units on mortality of critically ill patients: a cohort study**. Critical Care. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/cc9975>. Acesso em: 01 maio de 2019.

Cunha, Sabrina Furtado *at al.* **Peregrinação no anteparto em São Luís – Maranhão**. Cogitare enferm 15(3): 441-447, jul.-set.2010. disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=575831&indexSearch=ID> Acesso em: 01 mai. 2019.

DIAS, Rodrigo Lages. **Regulação médica de urgências na região do Médio Paraíba: uma proposta para avaliação da implantação do serviço**. Dissertação do mestrado profissional – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro. 2012. p.99.

GAWRYSZEWSKI, Ana Raquel Bonder. OLIVEIRA, Denize Cristina. GOMES, Antonio Marcos Tosoli. **Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação**. Physis Revista de Saúde Coletiva nº22. Rio de Janeiro.2012. p.119-140.

GOTO, Dora Yoko Nozaki. **Instrumento de auditoria técnica de conta hospitalar mensurando perdas e avaliando a qualidade da assistência**. Curitiba; s.n; 2001.p. 38.

GUTTMANN A, SCHULL Mj, VERMEULEN Mj, STUKEL Ta. **Association between waiting times and short term mortality and hospital admission after departure from emergency department: Population based cohort study from Ontario**. Canada. BMJ 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.d2983>. Acesso em: 12 out.

JUNIOR, Krishnamurti Matos de Araujo Sarmiento. TOMITA, Shiro. KOS. Arthur Octavio de Avila. **O problema da fila de espera para cirurgias otorrinolaringológicas em serviços públicos.** Revista Brasileira de Otorrinolaringologia 71. Parte 1. Maio/junho. 2005.

KONDER, Mariana Teixeira. **Regulação assistencial e atenção hospitalar na Rede de Atenção às Urgências e Emergências.** Tese de doutorado – Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2018.

LÉLIS, Leandro José Barros. **Indicador de Resolubilidade como Instrumento de Avaliação da Regionalização da Assistência à Saúde no SUS/MG.** V Congresso CONSAD de Gestão Pública. Brasília, 2012. Disponível em: <http://consadnacional.org.br/wp-content/uploads/2013/05/074-INDICADOR-DE-RESOLUBILIDADE-COMO-INSTRUMENTO-DE-AVALIA%C3%87%C3%83O-DA-REGIONALIZA%C3%87%C3%83O-DA-ASSIST%C3%8ANCIA-%C3%80-SA%C3%9ADE-NO-SUS-MG.pdf>. Acesso em: 12 out. 2018.

MAIA, Marlucia Reis Valente. Caminhos da integralidade: dispositivos para assegurar e monitorar a acessibilidade no SUS em Piraí-RJ. Rio de Janeiro. s.n. 2012. p.87.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. p. 549 il.

MENDONÇA, Claunara Schilling *et al.* **A política de regulação do Brasil.** Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2006.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Sistema Estadual de Regulação Assistencial de Minas Gerais: SUS fácil MG.** Belo Horizonte, 2006. p. 42

_____. Secretaria de Estado de Saúde. **Deliberação CIB SUS/MG nº 318,** de 07 de dezembro de 2006. Aprova o Projeto Estadual de Regulação Assistencial. 2006.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais.** Belo Horizonte. 2010.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. **DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG N° 1.979, DE 18 DE NOVEMBRO DE 2014.** Aprova o ajuste do Plano Diretor de Regionalização – PDR-SUS/MG. 2014.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. **Capítulo 6 - Regulação Assistencial na Atenção Hospitalar de Urgência** - Coordenação Estadual de Urgência e Emergência. Curso de capacitação em suporte básico e avançado de vida SAMU 192. Regional. 1. ed.. Rosana de Vasconcelos Parra e Wandha Karine dos Santos. Belo Horizonte. 2016. p.275.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.857, de 5 de dezembro de 2018.** Aprova a pactuação, a reprogramação, os parâmetros, a carteira de SADT, as regras de transição e as linhas gerais do encontro de contas para a Média Complexidade Hospitalar na PPI Assistencial/MG e dá outras providências. 2018.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **A Resolubilidade e os Vazios da Assistência Hospitalar Micro e Macrorregional do SUS/MG – 2003/2010.** Belo Horizonte, 2011. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/2A%20Resolubilidade%20e%20os%20vazios%20da%20Assistenc.pdf>. Acesso em: 12 out. 2018.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. **Notas Técnicas de Regulação Assistencial** (documento interno). Belo Horizonte: SES-MG, última revisão Dezembro de 2018.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. **DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG N° 2.933, DE 17 DE ABRIL DE 2019.** Aprova a atualização das regras gerais e a das regras de concessão, execução, acompanhamento, controle e avaliação do incentivo financeiro complementar do Programa Rede de Resposta às Urgências e Emergências das Regiões Ampliadas de Saúde do Estado de Minas Gerais. 2019.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. **DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG N° 2.934, DE 17 DE ABRIL DE 2019.** Aprova a atualização das regras gerais para implantação e implementação das Redes Regionais de Urgência e Emergência, no Estado de Minas Gerais. 2019.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. **Resolução SES/MG nº 6.713, de 17 de abril de 2019**. Belo Horizonte. 2019.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. **Resolução SES/MG nº 6.714, de 17 de abril de 2019**. Dispõe sobre a atualização das regras gerais para implantação e implementação das Redes Regionais de Urgência e Emergência, no Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte. 2019.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Relatório da situação dos leitos hospitalares SUS de Minas de Gerais**, 2014. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/anexos/PDR/Relatorio%20necessidade%20leitos%20-%20231214.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2019.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. **Síntese do Histórico dos documentos editados referentes à elaboração do PDR-SUS/MG**. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/noticias_e_eventos/000_2016/Sntese%20do%20Historico%20da%20elaborao%20reviso%20e%20ajustes%20do%20PDR-SUS-MG.pdf. Acesso em: 17 abr. 2019

_____. Secretaria de Estado de Saúde. Evolução da resolubilidade total da prestação dos Serviços Hospitalares da Atenção Terciária com ocorrência no Estado, por RAS (macrorregião). Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/anexos/PDR/comparativo_historioco_resolubilidade/18-05-Resolubilidade_da_Atencao_Terciaria_por_RAS-2008-2015.pdf. Acesso em: 01 mai. 2019.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Síntese do Histórico da elaboração, revisão e ajustes do PDR-SUS-MG**. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/noticias_e_eventos/000_2016/Sntese%20do%20Historico%20da%20elaborao%20reviso%20e%20ajustes%20do%20PDR-SUS-MG.pdf. Acesso em: 21 abr. 2019.

MINAS GERAIS, Assembleia Legislativa de. **Lei Delegada nº 174, de 26 de janeiro de 2007**. 2007.

MINAS GERAIS, Assembleia Legislativa de. **Decreto Estadual nº 45.015, de 19 de janeiro de 2009**. 2009

MINAS, Renata Paiva de; MADUREIRA, Marisa; GONÇALVES, Ingrid Melo. **A programação assistencial de saúde em Minas Gerais: Relato de experiência.** Revista de Saúde Pública do SUS/MG. V2. N° 1. 2014.p.83-94.

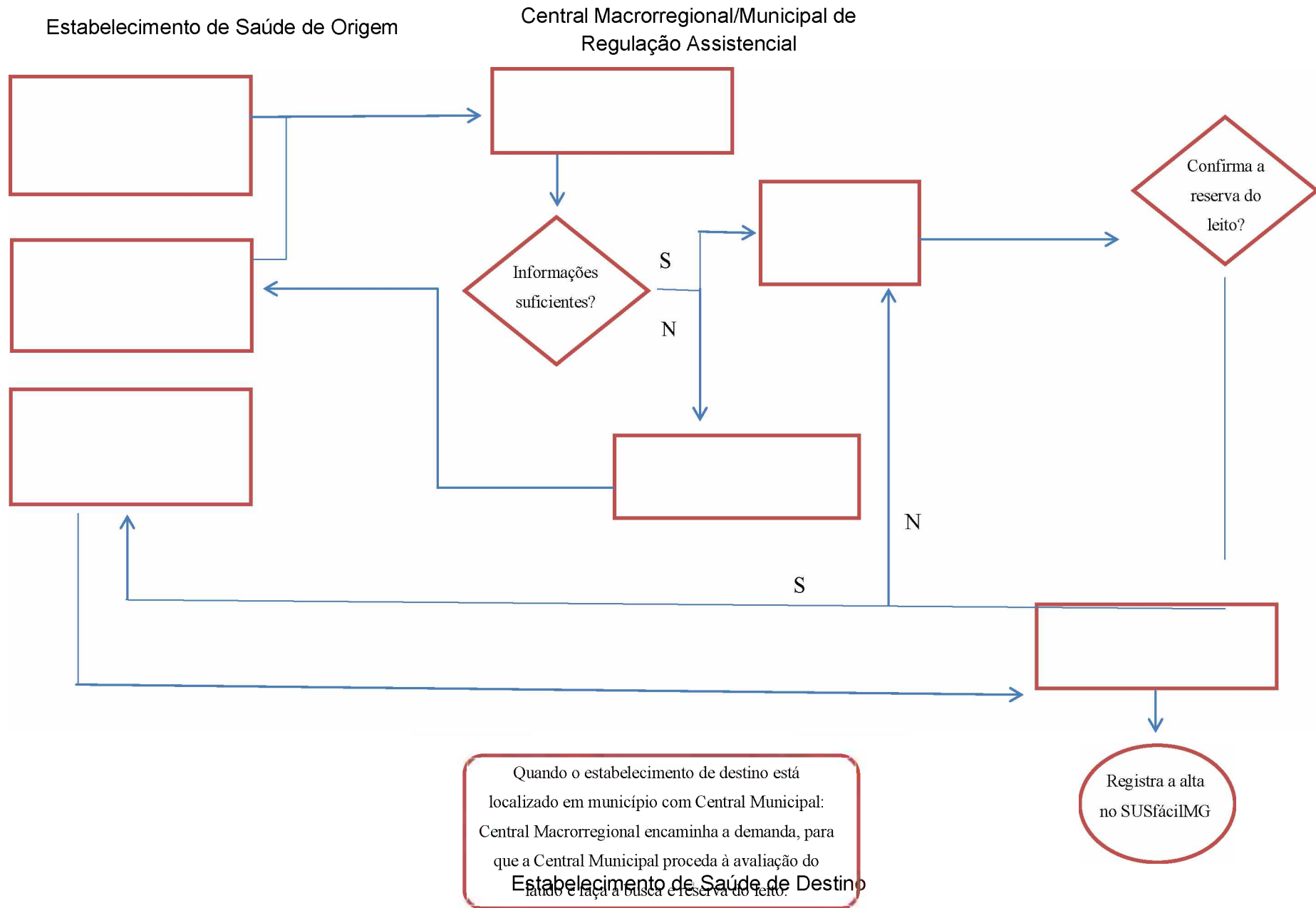
NASCIMENTO, A.M. et al. Regulação em saúde: aplicabilidade para concretização do pacto de gestão do SUS. Cogitare Enferm. 2009.14(2). P.346-52.

PEITER, Caroline Cechinel Lanzoni *et al.* **Interface entre regulação em saúde e equidade: revisão integrativa da literatura.** Cogitare enferm; 22(2): 01-08, abr-jun. 2017.

RODRIGUES, July Anne Rossi Michelin *et al.* **Glosas em contas hospitalares: um desafio à gestão.** Rev. Bras. Enferm. Brasília , v. 71, n. 5, p. 2511-2518. 2018 . Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0667>. Acesso em: 01 maio de 2019.

VILARINS, GCM. **Regulação do Acesso à Assistência: conceitos e desafios.** Comunidade Ciências Saúde. 2010.21(1): 81-84.

APÊNDICE 1: Fluxograma das etapas de regulação assistencial para solicitações de internação/transferência de urgência/emergência da SES/MG



ANEXO 1 - Evolução da resolubilidade total da prestação dos Serviços Hospitalares da Atenção Terciária com ocorrência no Estado, por RAS (macrorregião) (1)






RAS (macrorregião)	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Centro	99,64	99,53	99,52	99,52	99,43	99,41	99,53	99,47
Centro Sul	64,46	61,43	65,19	64,75	64,13	61,74	59,90	60,94
Jequitinhonha	25,79	31,07	30,94	38,52	38,65	47,70	48,93	54,48
Leste	79,24	79,42	81,46	83,60	83,85	85,35	85,07	83,67
Leste do Sul	43,43	42,72	50,50	54,39	55,04	58,07	57,50	58,63
Nordeste	47,20	52,40	53,57	62,42	68,47	64,04	61,86	61,95
Noroeste	35,38	55,52	59,18	66,49	68,19	66,14	63,85	62,87
Norte	95,10	95,69	94,82	95,49	96,12	96,33	95,97	96,22
Oeste	49,96	51,11	51,26	57,56	54,71	51,39	50,66	50,28
Sudeste	98,03	97,23	96,76	96,16	96,39	97,07	97,04	96,77
Sul	94,07	93,73	94,48	95,54	95,90	96,20	96,45	97,06
Triângulo do Norte	96,99	97,74	97,10	97,38	96,78	97,32	96,02	94,88
Triângulo do Sul	98,27	98,63	98,10	98,13	97,71	97,46	97,62	98,00
Total MG ⁽²⁾	88,48	88,81	89,01	89,64	89,84	89,88	89,8	89,8

Fonte: SES/SMACSS/DEAA - Datasus

⁽¹⁾ Elencos AC/MCHE-1 + AC/MCHE-2, conforme PDR-SUS/MG e Carteira de Serviços Assistenciais Hospitalares 2012

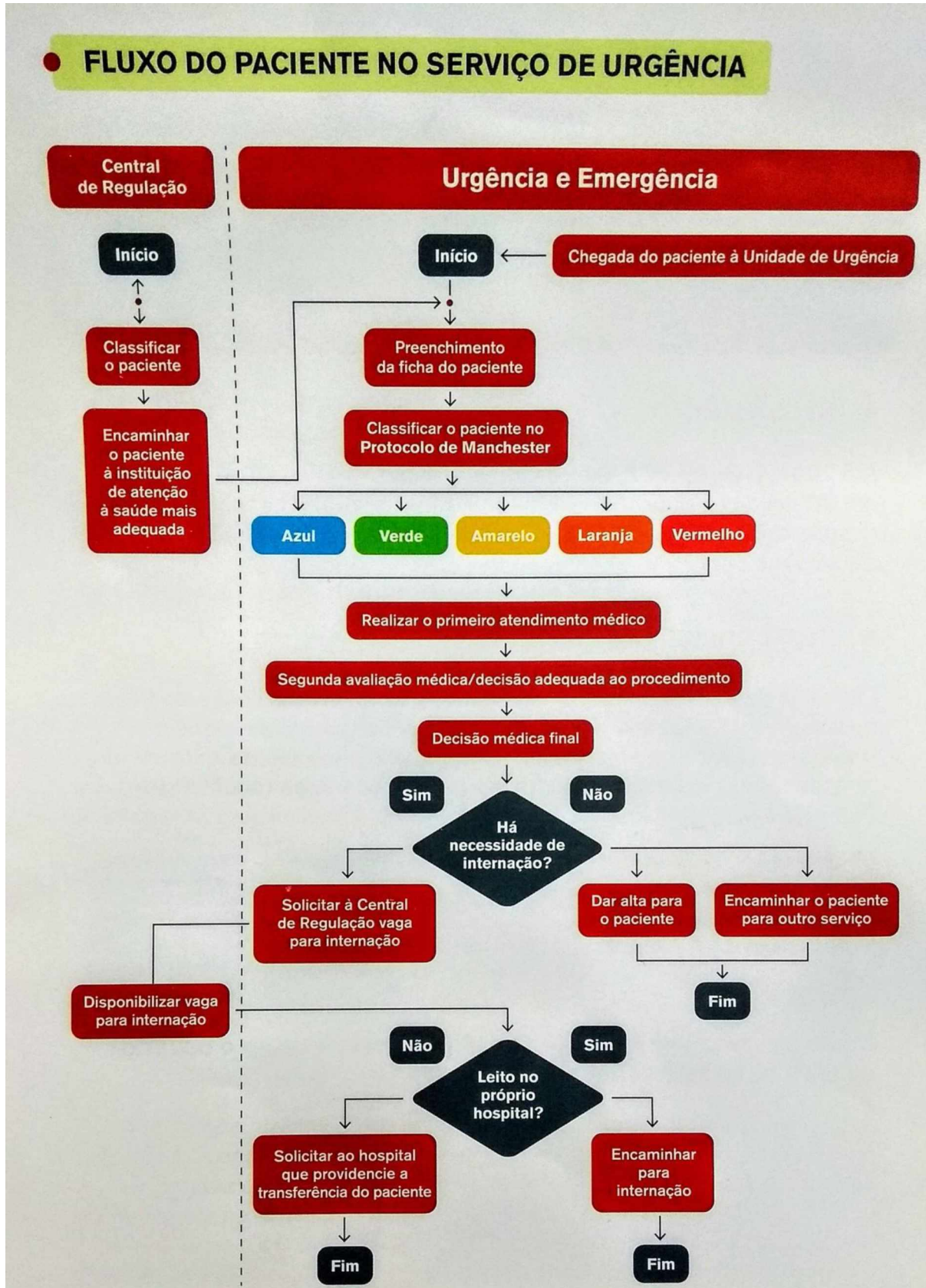
⁽²⁾ Faz-se a relação com o atendimento dos residentes em MG (vide fórmula no Acordo de Resultados) e no site: saude.mg.gov.br - Gestor - PDR (Regionalização) - Resolubilidade da Atenção Terciária por RAS anos 2008 a 2015

LEGENDA

	Macrorregiões com resolubilidade ideal: acima de 90%
	Macrorregiões com boa resolubilidade: entre 61% e 89,9%
	Macrorregiões com resolubilidade regular: entre 51% e 60%
	Macrorregiões com baixa resolubilidade: entre 40% e 50,9%
	Macrorregiões com resolubilidade crítica: abaixo de 39% e/ou situações atípicas

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais – Plano Diretor de Regionalização. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/anexos/PDR/comparativo_historioco_resolubilidade/18-05-Resolubilidade_da_Atencao_Terciaria_por_RAS-2008-2015.pdf

ANEXO 2 – Fluxo do paciente no serviço de urgência



Fonte: Cartilha utilizada em divulgação da Rede Estadual de Urgência e Emergência, pela SES/MG, 2015.

ANEXO 3 - Interface inicial do sistema de regulação assistencial SUSfácilMG

SUSfácil - v. 2.02 - Google Chrome

Inseguro | www.susfacil.mg.gov.br/administrativo/seguranca/GEN/gen_acesso.php?ini=1

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL

SUS fácil MG

Operação:
Acesso ao sistema

Siga os passos abaixo:
Identificação do operador
Seleção de operação

IDENTIFICAÇÃO DO OPERADOR

Informe nome do operador e senha e clique em Avançar.

OPERADOR

SENHA

Avançar

Fonte: http://www.susfacil.mg.gov.br/administrativo/seguranca/GEN/gen_acesso.php?ini=1

ANEXO 4 - Termo de Confidencialidade para liberação de acesso ao SUSfácilMG



TERMO DE CONFIDENCIALIDADE PARA LIBERAÇÃO DE ACESSO AO SUSfácilMG

Eu, _____, CPF nº _____,
 e-mail _____, contato telefônico _____,
 município _____/MG, cargo _____,
 instituição Escolher um item., unidade _____,
 setor _____, abaixo assinado, comprometo-me a:

- Assumir a responsabilidade técnica, ética e administrativa correspondente ao perfil de usuário que me foi atribuído no Sistema SUSfácilMG;
- Manter sigilo e confidencialidade de toda informação documentada escrita ou por meio eletrônico, recebida por mim, no desempenho de minhas funções, bem como, as que eu tiver acesso ou me forem apresentadas por meio do sistema informatizado do SUSfácilMG, inclusive, *login* e senha de acesso pessoais;
- Não produzir cópias ou de qualquer forma reproduzir, ou ainda transferir para outra parte quaisquer documentos e/ou informações confidenciais de pacientes, notadamente, os dados cadastrais do mesmo e a identificação dos operadores do sistema informatizado do SUSfácilMG, sem prévia autorização do superior responsável;
- Não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício próprio ou para o uso de terceiros;
- Não divulgar a terceiros a natureza e o conteúdo das informações, mantendo meu compromisso de cumprir com o sigilo de qualquer informação recebida no desempenho de minhas funções, notadamente, os dados cadastrais informatizados no sistema do SUSfácilMG, referentes ao paciente e aos responsáveis pela operacionalização do mesmo.

Declaro estar ciente que não tenho permissão para o compartilhamento de *login* e senha de acesso ao SUSfácilMG, podendo ser legalmente responsabilizado caso as informações inseridas no sistema ou o uso destas sejam inadequadas, sendo este mau uso decorrente da liberação inadequada do meu acesso ao sistema. Declaro ainda estar ciente do que preceituam os artigos 153, 154, 325 e 327 do Código Penal, art. 229, I, Código Civil e o art. 207 do Código de Processo Penal.

E por estar de acordo com o presente Termo, assino-o.

_____ / ____ / ____

 Assinatura do Compromitente