

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Mariana Teixeira Konder

Regulação assistencial e atenção hospitalar na Rede de Atenção às Urgências e Emergências

Rio de Janeiro

2018

Mariana Teixeira Konder

Regulação assistencial e atenção hospitalar na Rede de Atenção às Urgências e Emergências

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Gisele O'Dwyer

Rio de Janeiro

2018

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

K82r Konder, Mariana Teixeira.
Regulação assistencial e atenção hospitalar na Rede de
Atenção às Urgências e Emergências. / Mariana Teixeira
Konder. -- 2018.
224 f. : il. color. ; graf. ; mapas ; tab.

Orientadora: Gisele O'Dwyer.
Tese (doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional
de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2018.

1. Regulação e Fiscalização em Saúde. 2. Acesso aos Serviços
de Saúde. 3. Serviços Médicos de Emergência. 4. Assistência à
Saúde. 5. Teoria da Estruturação. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.11

Mariana Teixeira Konder

**Regulação assistencial e atenção hospitalar na Rede de Atenção às Urgências e
Emergências**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Aprovada em: 04 de abril de 2018.

Banca Examinadora

Dr. Roberto José Bittencourt
Escola Superior de Ciências da Saúde / SES-DF

Dr. Kenneth Rochel Camargo Jr.
IMS / UERJ

Dra. Luciana Dias de Lima
ENSP / FIOCRUZ

Dra. Ligia Giovanella
ENSP / FIOCRUZ

Dra. Gisele O'Dwyer de Oliveira (Orientador)
ENSP / FIOCRUZ

Rio de Janeiro

2018

AGRADECIMENTOS

Ao final dessa jornada são muitos os que estiveram comigo e caminharam esse caminho árduo, não tanto pela experiência do doutorado em si, mas por tudo que estamos vivendo em nosso país.

À minha família pelo apoio incondicional e irrestrito e pela incorrigível confiança no meu potencial.

Às minhas amigas Érica e Iris, por todo o amor, longe ou perto há tantos anos.

À minha amiga Julia, pelo incomensurável companheirismo, pelo amor e carinho, agora multiplicado no Valentim, pelas afinidades de sempre, pelas dúvidas e angústias.

Às minhas amigas Denize e Renata e ao meu amigo Moisés, por tantos anos de reflexões, de amor e por serem cada dia mais uma referência de luta.

À minha amiga Vanessa, por compartilhar comigo essa experiência acadêmica árdua, mas também pelos momentos de alegria e diversão.

Aos meus colegas de turma, por todos os momentos tão profícuos de debate e pelos infindáveis momentos de apoio presencial e virtual.

À minha queridíssima Gisele, orientadora e amiga, pela confiança imensa e apoio em todas as horas.

Ao Alberto, por proporcionar leituras e debates que me permitiram enxergar a nossa sociedade com outras lentes.

Aos entrevistados, pela cooperação e gentileza, pelo aprendizado.

Aos professores da ENSP, pela disponibilidade e dedicação.

À todos os alunos da ENSP, pelas trocas e aprendizado.

À todos os funcionários da ENSP.

Obrigada a todos por acreditarem em mim!

É preciso aprender a resistir. Nem ir, nem ficar, aprender a resistir.

FUKS, 2015, página 79.

RESUMO

A conformação de redes de atenção à saúde e a estruturação da regulação em saúde foram importante foco da política de saúde, sobretudo na política nacional de atenção às urgências, motivadas pelo desafio da falta de acesso aos serviços e perda da continuidade da assistência no Sistema Único de Saúde. No município do Rio de Janeiro, a conformação da RUE foi uma das prioridades da política de saúde recentes. Desse modo, foi o objetivo dessa tese analisar a organização e o funcionamento da regulação assistencial na rede de urgência e emergência do município do Rio de Janeiro, com foco no acesso ao leito hospitalar e conformação de redes de atenção à saúde. Para esse estudo foram realizados levantamento bibliográfico, 36 entrevistas e análise de dados de bancos de dados primários e secundários acerca das solicitações de internação hospitalar inseridas nas plataformas SISREG e SMS-Rio, pelo período de 12 meses. O tratamento dos dados recorreu à estatística descritiva e a análise exploratória e o conjunto de dados e entrevistas foi discutido à luz de conceitos de integração e governança bem como da Teoria da Estruturação de Anthony Giddens. Nos resultados do estudo foram apresentadas e discutidas as práticas de regulação desenvolvidas nas diferentes esferas governamentais e unidades de saúde, com destaque para o papel fundamental desempenhado pelas centrais de regulação, núcleos internos de regulação e profissionais médicos para consolidação e qualidade do processo regulatório. Observou-se ainda como fenômeno mais global o fortalecimento e uma maior institucionalização da função regulatória promovendo maior integração da rede, principalmente na esfera municipal, que logrou constituir estrutura de governança mais potente. No entanto, tanto o difícil acesso a uma retaguarda hospitalar insuficiente e pouco qualificada, culminando no fenômeno da “internação” nas Unidades de Pronto Atendimento, como a dinâmica conflituosa das relações entre as esferas governamentais no Rio de Janeiro, que mantem uma governança segmentada da rede, persistem como obstáculos para a organização mais eficiente da RUE.

Palavras-chave: Regulação e Fiscalização em Saúde, Acesso aos Serviços de Saúde, Serviços de Saúde de Emergência, Assistência à Saúde, Teoria da Estruturação.

ABSTRACT

Background: Comprehensive health care delivery still constitutes a major challenge for the Brazilian Unified Health System. Lack of coordination among different health care levels and health care facilities result in lack of access to health care and low levels of integration across levels of care. This scenario tends to be even more critical and unequal when providing emergency health care. To address this problem, health policy in general and especially in Emergency Health Care Policy have focused on health care networks development and regulation of access to health care provision. In the city of Rio de Janeiro, local health policy has prioritized the development of an emergency care delivery network. Thus, the objective of this study was to analyze how the regulation of access to health care is organized in Rio de Janeiro's emergency health care network, exploring its impact on the access to hospital beds and on the strengthening of the health network as a whole. **Methods:** A documental review and analysis of data from primary and secondary databases were performed. Thirty-six interviews were conducted with state and local managers, and healthcare professionals responsible for promoting access to continuity of care in emergency health care network. Data analysis resorted to descriptive statistics and the contents of the interviews along with the data were interpreted under Giddens' Structuration Theory. **Results:** The development of a process of regulation of access to health care was conducive of a more integrated health care network. Nonetheless, poor access to hospital beds constituted a major obstacle to improvements in continuity of care. This produced the phenomena of "hospitalization" in pre-hospital care units. Cooperation between State and local government managers remain a significant problem and a fundamental issue to achieve better results in providing comprehensive health care. **Conclusion:** Some improvement in the degree of integration among health services in the city of Rio de Janeiro has been observed, especially on local level. However, investments in hospital bed capacity are needed in order to meet health care necessities. Besides, state and local government need to find common ground when it comes to each ones' duties in health care delivery.

Keywords: Health Care Coordination and Monitoring, Health Services Accessibility, Emergency medical services, Delivery of Health Care, Structuration Theory.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 01 -	Significados do verbete regular	27
Figura 01 -	Ideia fundamentais e relacionadas aos conceitos de regulação	27
Figura 02 -	Diagrama dos tipos de regulação	32
Quadro 02 -	Sumário das ações de regulação da atenção à saúde	33
Quadro 03 -	Aspectos da regulação de sistemas de saúde	43
Quadro 04 -	Aspectos da regulação da atenção à saúde	44
Quadro 05 -	Aspectos da regulação do acesso à assistência	45
Quadro 06 -	Modelos de Complexo Regulador	46
Figura 03 -	Principais dimensões de um sistema integrado de saúde	71
Figura 04 -	Teoria da Estruturação – Dimensões da dualidade da estrutura	73
Figura 05 -	Teoria da Estruturação – Sistemas sociais	74
Figura 06 -	Teoria da Estruturação – Posição social	75
Figura 07 -	Diagrama do campo de pesquisa	78
Figura 08 -	Diagrama dos sujeitos da pesquisa	80
Quadro 07 -	Alguns marcos da evolução da regulação no Rio de Janeiro	91
Figura 09 -	Diagrama dos componentes da RUE	92
Quadro 08 -	Hospitais públicos gerais e especializados por área programática e esfera administrativa - Rio de Janeiro/RJ – 2017	95
Quadro 09 -	Unidades de Pronto Atendimento por área programática e esfera administrativa - Rio de Janeiro/RJ – 2017	96
Figura 10 -	Mapa da Rede de Atenção às Urgências e Emergências - Rio de Janeiro/RJ – 2017	97
Figura 11 -	Fluxo de regulação na RUE do Rio de Janeiro	103
Figura 12 -	Mapa dos complexos reguladores do estado d Rio de Janeiro	109
Quadro 10 -	Recursos estratégicos regulados pela REUNI	110

Gráfico 01 -	Distribuição das solicitações de Clínica Geral e UTI Adulto inseridas por UPA e CER por esfera administrativa – Rio de Janeiro/RJ – setembro de 2016 a agosto de 2017	139
Gráfico 02 -	Distribuição das solicitações de internação hospitalar por tipo de leito por mês - Rio de Janeiro/RJ – setembro de 2016 a agosto de 2017	140
Gráfico 03 -	Distribuição do desfecho das solicitações de UTI - Rio de Janeiro/RJ - setembro de 2016 a agosto de 2017	141
Gráfico 04 -	Distribuição das solicitações de UTI conforme tempo para desfecho leito regulado - Rio de Janeiro/RJ - setembro de 2016 a agosto de 2017	143
Gráfico 05 -	Distribuição das solicitações de UTI conforme tempo para desfecho cancelamento por alta médica - Rio de Janeiro/RJ - setembro de 2016 a agosto de 2017	144
Gráfico 06 -	Distribuição das solicitações de UTI conforme tempo para desfecho cancelamento por mudança de perfil - Rio de Janeiro/RJ - setembro de 2016 a agosto de 2017	145
Gráfico 07 -	Distribuição das solicitações de UTI conforme tempo para desfecho cancelamento por óbito - Rio de Janeiro/RJ - setembro de 2016 a agosto de 2017	146
Gráfico 08 -	Distribuição do desfecho das solicitações de Clínica Geral - Rio de Janeiro/RJ - setembro de 2016 a agosto de 2017	147
Gráfico 09 -	Distribuição das solicitações de Clínica Geral conforme tempo para desfecho cancelamento por alta médica - Rio de Janeiro/RJ - setembro de 2016 a agosto de 2017	149
Gráfico 10 -	Distribuição das solicitações de Clínica Geral conforme tempo para desfecho leito regulado - Rio de Janeiro/RJ - setembro de 2016 a agosto de 2017	151
Gráfico 11 -	Distribuição das solicitações de Clínica Geral conforme tempo para desfecho cancelamento por mudança de perfil - Rio de Janeiro/RJ - setembro de 2016 a agosto de 2017	152

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 -	Tipos de leitos mais solicitados - quantidade - Rio de Janeiro/RJ - setembro de 2016 a agosto de 2017	136
Tabela 02 -	Vinte patologias mais inseridas por UPA e CER como justificativa para solicitação de leito UTI Adulto - Rio de Janeiro/RJ - setembro de 2016 a agosto de 2017	137
Tabela 03 -	Vinte patologias mais inseridas por UPA e CER como justificativa para solicitação de leito Clínica Geral - Rio de Janeiro/RJ - setembro de 2016 a agosto de 2017	138
Tabela 04 -	Desfecho das solicitações de internação em UTI inseridas no SISREG por esfera administrativa - Rio de Janeiro/RJ - setembro de 2016 a agosto de 2017	142
Tabela 05 -	Desfecho das solicitações de internação em Clínica Geral inseridas no SISREG por esfera administrativa - Rio de Janeiro/RJ - setembro de 2016 a agosto de 2017	148
Tabela 06 -	Leito de UTI regulado por esfera segundo a esfera da unidade solicitante - Rio de Janeiro/RJ - setembro de 2016 a agosto de 2017	157
Tabela 07 -	Leito de Clínica Geral regulado por esfera segundo a esfera da unidade solicitante - Rio de Janeiro/RJ - setembro de 2016 a agosto de 2017	158
Tabela 08 -	Leitos solicitados e regulados via SISREG e Plataforma SMS-Rio por tipo, por período	167
Tabela 09 -	Leitos hospitalares por tipo, por hospital, por esfera administrativa	168
Tabela 10 -	Total de leitos adultos cedidos ao CRM RJ por estabelecimento de saúde, período set/16 à ago/17, no Rio de Janeiro	172
Tabela 11 -	Leitos e serviços de diagnose e terapia selecionados por hospital, Rio de Janeiro, 2017	174
Tabela 12 -	Número total de leitos e internações, tempo médio de permanência e taxa de ocupação por tipo de hospital, por esfera administrativa. Set-2016 a Ago-2017	177
Tabela 13 -	Número de leitos clínicos e internações por procedimento clínico, tempo médio de permanência e taxa de ocupação por tipo de hospital, por esfera administrativa. Set-2016 a Ago-2017	180

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AIH - Autorização de Internação Hospitalar
- APAC - Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade
- APACHE - *Acute Physiology and Chronic Health disease Classification System*
- APS - Atenção Primária em Saúde
- AVC - Acidente Vascular Cerebral
- CACON - Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
- CAP - Coordenadoria de Área Programática
- CERAC - Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade
- CER - Coordenadoria de Emergência Regional
- CER-RJ - Central Estadual de Regulação
- CF - Clínica da Família
- CGRA - Coordenação Geral de Regulação e Avaliação
- CIB - Comissões Intergestoras Bipartite
- CID-10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças 10^a edição
- CIT - Comissão Intergestores Tripartite
- CMS - Centro Municipal de Saúde
- CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e Profissionais
- CNRAC - Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade
- CPRE - Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica
- CR - Central de Regulação
- CRMJRJ - Complexo Regulador do Município do Rio de Janeiro
- DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
- DCAA - Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria
- DECAS - Departamento de Controle e Avaliação de Sistemas
- DRAC - Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas
- EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
- FIDEPS - Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária
- GSE - Grupamento de Socorro de Emergência
- GM - Gabinete do Ministro
- HEA - Hospital Estadual Anchieta
- HECC - Hospital Estadual Carlos Chagas

HEER - Hospital Estadual Eduardo Rabelo
HEGV - Hospital Estadual Getúlio Vargas
HEMORIO - Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti
HFA - Hospital Federal do Andaraí
HFB - Hospital Federal de Bonsucesso
HFCE - Hospital Federal Cardoso Fontes
HFI - Hospital Federal de Ipanema
HFL - Hospital Federal da Lagoa
HFSE - Hospital Federal Servidores do Estado
HGG - Hospital de Geriatria e Gerontologia
HMAR - Hospital Municipal Álvaro Ramos
HMAS - Hospital Municipal Albert Schweitzer
HMBR - Hospital Municipal Barata Ribeiro
HMEF - Hospital Municipal Evandro Freire
HMFST - Hospital Francisco da Silva Telles
HMLJ - Hospital Municipal Lourenço Jorge
HMMC - Hospital Municipal Miguel Couto
HMP - Hospital Municipal da Piedade
HMPW - Hospital Municipal Paulino Werneck
HMPII - Hospital Municipal Pedro II
HMRPS - Hospital Municipal Raphael de Paula Souza
HMRF - Hospital Municipal Rocha Faria
HMRM - Hospital Municipal Rocha Maia
HMRG - Hospital Municipal Ronaldo Gazolla
HMSA - Hospital Municipal Souza Aguiar
HMSF - Hospital Municipal Salgado Filho
HU UERJ - Hospital Universitário Pedro Ernesto - HUPE
HU UFRJ - Hospital Universitário Clementino Fraga Filho – HUCFF
HU UNIRIO - Hospital Universitário Gaffrée Guinle - HUGG
HIV - *Human Immunodeficiency Virus*
HPP - Hospitais de Pequeno Porte
HUE - Hospitais Universitários e de Ensino
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IAM - Infarto agudo do miocárdio

IAP - Instituto de Aposentadorias e Pensões
IEC - Instituto Estadual do Cérebro Paulo Niemeyer
IECAC - Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro
IEDE - Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INC - Instituto Nacional de Cardiologia
INCA - Instituto Nacional do Câncer
INTO - Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia
MAC - Média e Alta Complexidade
MS - Ministério da Saúde
NIR - Núcleo Interno de Regulação
NPM - New Public Management
NOAS - Normas Operacionais de Assistência à Saúde
NOB - Normas Operacionais Básicas
NR - Núcleo avançado de Regulação
OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
PAB - Piso da Atenção Básica
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PBVS - Piso Básico de Vigilância Sanitária
PDR - Plano Diretor de Regionalização
PNAU - Política Nacional de Atenção às Urgências
PPI - Programação Pactuada Integrada
PSF - Programa de Saúde da Família
RAS - Redes de Atenção à Saúde
REUNI - Regulação de Leitos Unificada
RUE - Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SADT - Serviços de apoio diagnóstico e terapêutico
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAS - Secretaria de Assistência à Saúde
SER - Sistema Estadual de Regulação
SES-RJ - Secretaria Estadual de Saúde
SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais
SIH - Sistema de Informações Hospitalares
SISREG - Sistema de Regulação

SMS-Rio - Secretaria Municipal de Saúde

SNA - Sistema Nacional de Auditoria

SNVS - Sistema Nacional de Vigilância Sanitária

SUDS - Sistema Unificado Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TC - Tomografia computadorizada

TFECD - Teto da Epidemiologia e Controle de Doenças

TMP - Tempo Médio de Permanência

UI - Unidade Intermediária

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	16
2. INTRODUÇÃO.....	17
3. OBJETIVOS	23
4. A REGULAÇÃO EM SAÚDE E O SUS.....	24
4.1. Origens do conceito de regulação.....	24
4.2. Regulação em saúde: considerações semânticas e teóricas.....	26
4.3. Histórico da regulação em saúde no Brasil.....	36
4.4. A política nacional de regulação.....	43
4.5. Experiências de regulação do acesso à assistência	47
5. A ATENÇÃO HOSPITALAR NO SUS	56
5.1. Panorama do setor hospitalar no Brasil.....	56
5.2. Considerações sobre dimensionamento e tipologia da atenção hospitalar.....	62
5.3. Acesso e desempenho hospitalar no SUS.....	64
5.4. A política de atenção hospitalar	67
6. PERCURSO METODOLÓGICO	70
6.1. Abordagem teórica	70
6.2. Coleta de dados.....	77
6.3. Aspectos Éticos	84
7. A REGULAÇÃO EM URGÊNCIAS NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	86
7.1. Antecedentes da regulação no Rio de Janeiro.....	86
7.2. A Rede de Atenção às Urgências e Emergências do município do Rio de Janeiro.....	92
7.3. Regulação Municipal	98
7.4. Regulação Estadual	109
7.5. Regulação nas Unidades	114
7.6. Considerações sobre o processo de regulação assistencial em urgências	119
7.7. Qualidade do processo regulatório.....	126
7.8. Fluxo assistencial na RUE: algumas características e fenômenos	135
8. REGULAÇÃO ASSISTENCIAL E CONFORMAÇÃO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	156
8.1. Segmentação da Rede	156
8.2. Atenção Hospitalar	165
8.3. Dinâmica das relações intergovernamentais.....	186
8.4. Regulação assistencial: organizando e institucionalizando a rede	192
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	195
REFERÊNCIAS.....	198
APÊNDICES.....	212
Apêndice 01 - Roteiro semiestruturado gestor	213

Apêndice 02 - Roteiro semiestruturado regulador central.....	214
Apêndice 03 - Roteiro semiestruturado regulador local.....	215
Apêndice 04 - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	216
Apêndice 05 – Banco de dados hospitalar estadual, federal e universitário	218
Apêndice 06 – Banco de dados hospitalar municipal	219
ANEXOS	220
Anexo 01 – Fluxograma Vaga Zero	221
Anexo 02 – Interface SISREG.....	222
Anexo 03 – Interface Plataforma SMS-Rio	223
Anexo 04 – Interface Sistema Estadual de Regulação.....	224

1. APRESENTAÇÃO

Essa tese tem uma dupla origem. De um lado brota da relação que mantenho com o campo da urgência desde que me formei médica, optando por trabalhar com atendimento em cenários de emergência, e que se aprofundou quando tornei-me médica estatutária do Hospital Federal de Bonsucesso atuando no departamento de emergência. Minha atuação profissional nesse hospital colocou-me cotidianamente o desafio de gerir dentro da emergência a incompatibilidade entre a quantidade de pacientes que se apresentavam à emergência com agravos de saúde que demandavam cuidados hospitalares e a escassez de vagas disponíveis. Nesse contexto, desempenhando a função de chefia do plantão da emergência, estive em intenso contato com o Núcleo Interno de Regulação do hospital, além de profissionais e gestores das três esferas governamentais envolvidos com regulação de leitos buscando enfrentar a grande dificuldade que é o acesso ao leito hospitalar. Martelava na minha cabeça durante todos os plantões sempre a mesma questão: Por que é tão difícil conseguir um leito hospitalar para os meus pacientes aqui na emergência?

Em consonância com essa experiência cotidiana, minha trajetória prévia de pesquisa já explorara o âmbito da atenção às urgências, tanto na dissertação de mestrado, em que busquei analisar a integração das Unidades de Pronto Atendimento com a rede assistencial no município do Rio de Janeiro, quanto na participação em duas pesquisas de abrangência nacional: uma que avaliou as referidas Unidades de Pronto Atendimento e outra cujo objeto foi o atendimento pré-hospitalar no Brasil. Essa convergência entre minha atuação profissional cotidiana e o meu interesse no âmbito da pesquisa resultou em meu objeto de pesquisa novamente encontrar-se na intersecção entre o campo da atenção às urgências e o do planejamento e gestão em saúde.

Já não sou mais servidora do Hospital Federal de Bonsucesso, mas sigo buscando construir um sistema de saúde melhor e mais equânime a partir da minha atuação no Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Tanto da experiência profissional cotidiana quanto da experiência de pesquisa acadêmica sobressai-se como tema relevante ao Sistema Único de Saúde (SUS) a regulação assistencial na rede de urgências. Dos desafios e das frustrações cotidianas como médica do SUS emerge a grande motivação para tomar esse tema como objeto de pesquisa.

2. INTRODUÇÃO

O desafio de transformar o sistema de saúde no Brasil teve na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) um marco institucional importante. No entanto, a tarefa de garantir acesso universal e igualitário, além de organizar as ações e serviços públicos de saúde para proverem atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, persiste incompleta, mesmo diante de numerosos avanços.

Um frustrante diagnóstico de fragmentação da atenção e da gestão aliado à necessidade de aperfeiçoamento do funcionamento político-institucional do SUS resiste desafiando gestores e trabalhadores do SUS. Essa fragmentação se traduz no cotidiano em: lacunas assistenciais; recursos financeiros insuficientes, fragmentados e ineficientemente empregados; gestão do trabalho frágil e precária; pulverização dos serviços nos municípios; e pouca inserção da vigilância e da promoção no cotidiano dos serviços (BRASIL, 2010). A fragmentação dos serviços de saúde se manifesta de múltiplas formas nos diversos níveis do sistema de saúde. Em relação ao desempenho geral do sistema, a fragmentação se manifesta como falta de coordenação entre os diferentes níveis assistenciais e pontos de atenção, duplicação dos serviços e da infraestrutura, capacidade instalada ociosa e serviços de saúde prestados em locais menos apropriados, em especial nos hospitais. Em relação à experiência das pessoas que utilizam o sistema, a fragmentação se expressa como a falta de acesso aos serviços, perda da continuidade da assistência e ausência de congruência entre os serviços e as necessidades dos usuários (OPS, 2010).

Outra análise dos desafios estabelecidos para o SUS aponta cinco questões teórico-práticas para a inovação na produção do cuidado, das práticas e do conhecimento do SUS real. Primeiramente, destaca-se a quimera da atenção básica em saúde - a promessa que nunca vira realidade de uma rede de atenção básica que seja resolutiva, qualificada, que cuide dos serviços e promova a vida em todas as dimensões, que seja porta de entrada preferencial para o sistema de saúde. Segundo, a tensão entre o "usuário-fabricado" - disciplinado, de comportamento previsível - e o "usuário-fabricador" - autônomo, que faz escolhas e subverte as expectativas, planos do profissional de saúde e administrador (CECÍLIO, 2012). Uma terceira questão é a disjunção temporal entre gestores, equipe, e usuários, que consiste na forma diferente e, frequentemente, incompatível de "vivenciar" o tempo. A quarta questão trata da externalidade dos gestores com relação ao espaço micropolítico do trabalho em saúde. Muitas das formulações políticas, mesmo quando feitas com a melhor das intenções e compromisso com a produção do SUS tendem a estar presas ou subordinadas a esquemas teórico-conceituais que

não dão conta da complexidade da realidade do trabalho em saúde. Por fim, a quinta questão aborda os múltiplos sistemas que regulam o funcionamento do SUS real como uma produção social, o acesso e consumo de serviços de saúde. A regulação formal/governamental é apenas uma das lógicas regulatórias que envolvem o acesso aos serviços de saúde (CECÍLIO, 2012).

Ao problema da fragmentação aludido, a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS, surge como uma linha de enfrentamento, que ganhou força quando o Estado brasileiro adotou a estruturação de RAS como estratégia para superar fragmentação da atenção e gestão, além de aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS, assegurando ao usuário conjunto de ações e serviços efetivo e eficiente. A conformação de RAS é afirmada como estratégia de reestruturação do sistema de saúde, tanto do ponto de vista organizacional e assistencial quanto político-institucional, possibilitando vínculos de solidariedade e cooperação e, em última instância, a garantia efetiva de direitos constitucionais (BRASIL, 2010; BRASIL, 2017b)¹.

A estratégia da conformação de RAS como caminho para a construção da integralidade encontra na questão da regulação do funcionamento do SUS real um ponto crítico. A reorientação do modelo assistencial e a reorganização da rede de serviços é tarefa urgente, pois “não é aceitável [que] o modo de organização dos serviços gere ou agrave por ele mesmo o sofrimento” (MATTOS, 2009). Ainda que a busca pela integralidade do cuidado demande a reorientação do modelo assistencial, (re)organizar a rede de serviços e garantir acesso equânime aos serviços de saúde é questão premente para se prover atendimento integral.

A atuação direta do Estado é imprescindível para se garantir o acesso da população aos serviços públicos de saúde, a uma assistência qualificada, por meio de uma rede organizada de serviços. Tanto na posição de um Estado garantidor da produção dos serviços públicos - regulando mercados, como na posição de efetivador das políticas públicas em saúde - poderoso instrumento de gestão dos serviços públicos, a regulação é ferramenta fundamental para a atuação do Estado na organização do acesso dentro do sistema de saúde (VILARINS et al, 2012). Tanto nos países desenvolvidos como nos emergentes, a regulação em saúde é tema de debates para o enfrentamento dos principais desafios dos sistemas de saúde (OLIVEIRA e ELIAS, 2012).

¹ No segundo semestre de 2017 foi publicado o produto do projeto SUS Legis que consolidou centenas de portarias emitidas pelo gabinete do ministro da saúde ao longo de vários anos, sistematizando os conteúdos normativos necessários à compreensão e operacionalização do SUS, previamente dispersos em centenas de documentos. A maioria das portarias originais citadas nessa tese foram incorporadas nas portarias consolidadas.

A regulação deve ser pensada como mais do que apenas uma forma de racionalizar os recursos existentes. O processo regulatório deverá estabelecer um redimensionamento da oferta (diminuição ou expansão), qualificando a utilização dos recursos assistenciais e financeiros e evitando o recurso a fluxos paralelos, baseados em relações pessoais e outros critérios não científicos ou não pactuados. Ao garantir o acesso dos usuários aos serviços de saúde, atua sobre a oferta dos mesmos e estabelece a adequação dessa oferta às necessidades identificadas. Promove, assim, a equidade do acesso e garante a integralidade da assistência de forma universal e ordenada, segundo os princípios do SUS. Torna-se, então, um instrumento de gestão pública imprescindível para garantir maior efetividade às ações desenvolvidas pelos sistemas de saúde (VILARINS et al, 2012).

No SUS a garantia do acesso universal dos cidadãos aos serviços de saúde tem encontrado na organização das centrais de regulação assistencial uma estratégia fundamental (EVANGELISTA et al, 2008), em contínua expansão. Conectar as demandas existentes com o recurso disponível, de modo a oferecer a melhor resposta assistencial, de forma equânime, de qualidade, e em tempo oportuno é uma necessidade imediata do sistema de saúde.

No entanto, a literatura mostra que esse processo de regulação assistencial é complexo, dinâmico e ainda muito incipiente no SUS, enfrentando muitos problemas na sua realização (SILVA et al, 2012; ALBUQUERQUE et al, 2013, VIEGAS e PENNA, 2013). Um primeiro problema nesse processo regulatório é a escassez de consultas, leitos e exames, a oferta é, portanto, limitada. Além disso, a significativa influência política na gestão das unidades gera um problema de compromisso com a rede, refletindo na disponibilização parcial dos recursos da unidade na rede, o que pode implicar uma escassez adicional. Outros aspectos importantes são a baixa utilização de protocolos clínicos, redundando na pouca qualificação dos encaminhamentos, além da inexistência ou precariedade da contrarreferência. A própria fragilidade da organização das atividades de regulação aliada a incipiência em termos de sistemas de informação e comunicação contribui para ineficiência do processo regulatório. Por fim, a grande diversidade na denominação das unidades de saúde, além da multiplicidade e duplicidade das grades de oferta de serviços completam esse quadro caótico (SERRA e RODRIGUES, 2010).

No campo da atenção às urgências, a regulação assistencial é igualmente relevante e ganha particular destaque com a necessidade de conformação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), ponto forte da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) (BRASIL, 2011a; O'DWYER, 2010). O investimento recente na organização e expansão da rede de serviços de urgências, principalmente com ênfase em componentes específicos da

política, como o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), tem se mostrado estratégia insuficiente para fazer frente ao quadro complexo composto, entre outros por deficiências estruturais, fragmentação gerencial da rede e fragilidades da regulação assistencial (MACHADO et al, 2011; O'DWYER; MATTOS, 2012; O'DWYER et al, 2013). Nesse contexto particular das urgências, torna-se ainda mais crítica a fragilidade da regulação assistencial pois a falta de acesso aos recursos pode contribuir para maior mortalidade, morbidade e sofrimento.

A implantação da política de urgência foi amparada pela lógica de indução financeira pelo Estado e de forte expansão da rede. A principal estratégia da política foi criar novas unidades assistenciais, como SAMU e UPA. Os serviços hospitalares de emergência, os grandes “vilões” do sistema, apesar dos programas QualiSUS-urgência e SOS Emergência, não sofreram modificações consistentes que impactassem o atendimento. A atual RUE tenta resgatar o investimento em hospitais através das linhas de cuidado (KONDER; O'DWYER, 2015).

O caso do município do Rio de Janeiro é de particular interesse para o estudo da regulação assistencial, especialmente considerando esse processo a partir da atenção às urgências. Em primeiro lugar, a cidade do Rio de Janeiro apresenta uma rede de assistência à saúde peculiar, com uma rede de atenção primária em saúde (APS) em recente processo de expansão, devido a adesão tardia do município à Estratégia de Saúde da Família, e uma rede hospitalar fragmentada, pelos conflitos decorrentes da gestão dessas unidades ser responsabilidade de diferentes esferas administrativas (PARADA, 2001). Aliado a isso, a política de saúde recente do município e do estado deram grande prioridade à estruturação da rede de atenção às urgências, com destaque para o processo de implantação e expansão das UPA no estado do Rio de Janeiro.

As UPA surgiram em 2007 no município do Rio de Janeiro como iniciativa do governo do Estado, pretendendo responder ao contexto de crise na saúde do município que teve seu ápice em 2005. Aspectos políticos da proposta e os acordos intergovernamentais estabelecidos favoreceram rápida e ampla disseminação das UPA no município do Rio de Janeiro e em diversas regiões do estado. Todavia, o ritmo acelerado de implantação das UPA não ocorreu associado às iniciativas de melhoria dos demais componentes de atenção às urgências, estas dependentes de planejamento integrado e atuação coordenada entre distintas esferas de governo (LIMA LD et al, 2015). Embora essas unidades tenham representado um elemento importante na estruturação da RUE, não houve a necessária mudança na estrutura de governança da rede (KONDER; O'DWYER, 2016). A fragmentação e a desarticulação institucional (intra e

intergovernamental), assim como as disputas entre os governos no processo de condução da política, comprometeram a integração dos diversos componentes da atenção às urgências no estado (LIMA LD et al, 2015).

A estrutura de atenção às urgências no município do Rio de Janeiro inclui um número expressivo de serviços, ligados às diferentes esferas de governo, com perfis variados de atendimento: as unidades de atenção básica (Clínicas da Família, centros e postos de saúde); o componente pré-hospitalar móvel (SAMU); o componente de atendimento pré-hospitalar fixo (UPA e Coordenação de Emergência Regional-CER); e as emergências hospitalares. Em que pese o número expressivo de serviços existentes, problemas relativos à superlotação, qualidade, resolubilidade e integração seguem comprometendo a conformação da rede de atenção às urgências (LIMA LD et al, 2015).

As dificuldades de acesso a hospitalizações e consultas com especialistas, a precariedade na realização de exames complementares de caráter ambulatorial e de maior complexidade, leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e enfermaria em número insuficiente, além de relações de trabalho precárias resultando em escassez de profissionais de saúde, sobretudo médicos, persistem como gargalos na estruturação da rede assistencial e obstáculos ao acesso à saúde equânime e oportuno (KONDER; O'DWYER, 2016).

O enfrentamento dessas lacunas é fundamental para que SAMU e UPA se consolidem como estratégia estruturante para o SUS, componentes de uma política integrada de atenção às urgências, e não somente como programas de alta visibilidade, porém com limitada efetividade na resolução dos problemas de saúde da população (MACHADO et al, 2011).

Dentre as lacunas aludidas, o acesso à retaguarda diagnóstica, terapêutica e/ou de equipe especializada, para continuidade do tratamento de urgência constitui problema significativo na construção da rede de urgência. Diversos estudos cujos objetos são a atenção pré-hospitalar de urgência têm apontado o difícil acesso à retaguarda diagnóstica e terapêutica como gargalo recorrente da estruturação das redes de urgência (MINAYO; DESLANDES, 2008; SILVA et al, 2009; O'DWYER; MATTOS, 2012; O'DWYER et al, 2013; LIMA DP et al, 2015; TORRES et al, 2015; O'DWYER et al, 2016). Faz-se, portanto, a opção de avaliar o acesso a essa retaguarda através do acesso ao leito hospitalar no contexto dos atendimentos de urgência, considerando-se que o hospital ainda concentra grande parte dos recursos terapêuticos e diagnósticos no SUS.

Esse estudo parte da premissa que ao pleno desenvolvimento de um sistema de saúde universal, com equidade e integralidade, muitas contingências se impõem. Desse modo, toma-se que a conformação de redes de atenção à saúde é fundamental para garantir o acesso à saúde

e a integralidade do cuidado. A regulação assistencial, entendida como a regulação do acesso aos recursos e serviços de saúde, é imprescindível para alcançar integração entre as unidades de saúde e os recursos que compõem a rede assistencial. Desvelar esses processos e compreender sua dinâmica na rede são tarefas fundamentais na construção de um SUS cada vez mais próximo do almejado. Do ponto de vista científico, trata-se de tema explorado ainda de forma incipiente e de uma experiência ainda muito recente em uma grande metrópole brasileira. Destarte, a proposta desse trabalho é estudar as práticas de regulação assistencial, com ênfase no acesso ao leito hospitalar no cenário das urgências, buscando compreender suas implicações para a conformação de redes de atenção em saúde.

3. OBJETIVOS

Principal

- Analisar a organização e o funcionamento da regulação assistencial na rede de urgência e emergência do município do Rio de Janeiro, tendo em vista o acesso ao leito hospitalar e a conformação de redes de atenção à saúde.

Específicos

- Caracterizar as instâncias participantes do processo de regulação assistencial no município.

- Descrever as práticas de regulação assistencial desenvolvidas pelas instâncias envolvidas.

- Identificar os fatores intervenientes para a atuação das instâncias reguladoras da assistência na rede de serviços.

- Discutir as implicações do processo de regulação assistencial no acesso ao leito hospitalar e na conformação de redes de atenção à saúde face ao modelo de governança e a dinâmica das relações governamentais no âmbito do SUS.

4. A REGULAÇÃO EM SAÚDE E O SUS

O termo regulação é conceito polissêmico, empregado de maneira diversa, com variados significados, finalidades e abordagens. Tem-se, mais precisamente, conceitos de regulação em oposição a uma definição singular.

4.1. Origens do conceito de regulação

A categoria regulação encontra-se largamente utilizada na Administração Pública, nas Ciências Sociais e na Economia (SANTOS; MEHRY, 2006). A ideia de regulação pode ser incipientemente identificada em correntes das ciências sociais e políticas que discutem a relação do Estado com o mercado e os modos de intervenção do primeiro sobre o segundo. A concepção de que o Estado exerce algum nível de controle sobre mercado e sociedade está na origem do conceito de regulação. Perspectivas teóricas como o Neo-institucionalismo, a Teoria da Escolha Racional e a abordagem Agente x Principal, com suas raízes em formulações acadêmicas norte-americanas desde a década de 50, enfocam a relação entre agentes econômicos, sociais e Estado (compreendido como ator ou instituição), destacando o poder de regulação do Estado e sua grande capacidade de alocação de recursos (LUSTOSA DA COSTA, 2010). No campo da Economia, a teoria de oferta e demanda, determina que é através da livre competição que se define a quantidade ótima a ser produzida em uma dada sociedade. O preço é determinado quando se alcança o perfeito equilíbrio entre a oferta e a demanda (MANSFIELD, 1978; CALMBACH, 1969; SIMONSEN, 1969 APUD CASTRO, 2002). Quando uma das condições de perfeita competição não ocorre, defrontamo-nos com o que é chamado de uma falha de mercado. A regulação poderia ser caracterizada como a intervenção estatal para corrigir “falhas de mercado”, utilizando instrumentos como incentivos financeiros e de comando e controle (DONALDSON; GERARD, 1993; MCGUIRE; HENDERSON; MONEY, 1992 APUD CASTRO, 2002; SANTOS & MEHRY, 2006). Se a presença de falhas de mercado ou ausência de condições de perfeita competição justificam a intervenção/regulação estatal, a intensidade dessa regulação será tanto maior quanto maiores ou mais numerosas forem essas falhas (CASTRO, 2002). Mesmo na década de 60, as teorias econômicas já apontavam para a incompleta interpretação da realidade a partir da teoria de oferta e demanda e sistema de preços. O caso da assistência médica representa apenas um exemplo extremo da limitação da lógica do comportamento competitivo quando aplicado a determinados setores econômicos, como o da

saúde. Mais do que justificar a intervenção estatal no setor saúde, as falhas de mercado, todas presentes no campo da assistência médica, podem explicar o surgimento de instituições e estruturas sociais, regidas por lógicas não-mercadológicas, para dar resposta a circunstâncias de incerteza (ARROW, 1963).

A emergência dos Estados de bem-estar social na Europa, com a conformação de sistemas de proteção social robustos, representou o ápice do modelo de Estado provedor, representando, em parte, um desenvolvimento estranho às teorias que formulavam a ação estatal como limitada pela dinâmica do mercado. Compreender o surgimento e desenvolvimento dos Estados de bem-estar social como resultado de configurações históricas particulares de estruturas estatais e instituições políticas, é reconhecer o Estado como ator autônomo, que, através de suas estruturas institucionais, influencia a formação e o desenvolvimento dos interesses e modalidades de ação dos grupos da sociedade civil (ARRETCHE, 1995).

Dessa forma, a instalação de uma crise mundial, na década de 70 do século XX, levou a experiências de transformação do papel do Estado na sociedade e na economia, que abriram espaço para um novo paradigma. Essa crise levou a questionamentos tanto da estrutura administrativa do Estado quanto da sua forma de intervenção na economia, nos mercados. A derrocada do Keynesianismo e a emergência do New Public Management (NPM), culminaram na onda de reformas do Estado, primeiramente na Europa, que transformaram o Estado de provedor em regulador. De um modo de governança baseado na intervenção direta do Estado migrou-se para um modo de governança baseado na elaboração de regras e extensa delegação de poderes a instituições que operam de forma autônoma em relação ao governo (MAJONE, 1999). O caráter global da crise e a ascendência dos países centrais levou à consolidação do diagnóstico do Estado como problema, culminando com a onda de reformas do Estado alcançando o Brasil e América Latina na década de 80/90, que buscaram implementar os princípios no NPM (ALMEIDA, 1999; LUSTOSA DA COSTA, 2010). Subjacente a esse fenômeno estava a concepção de que menos Estado, mais mercado e a relação entre estes via mecanismos de regulação constituía a forma mais eficiente de harmonizar os diferentes interesses presentes na sociedade, de naturezas tão diversas e até contraditórias, como interesses econômicos versus sociais e interesse público versus privado (ABRUCIO, 1997; ALMEIDA, 1999; MAJONE, 1999).

Em consonância com o movimento geral de reforma do Estado, ocorreram reformas do setor saúde em vários países do mundo. Essas reformas buscaram enfrentar e dar resposta a diferentes questões dos sistemas de saúde, como problemas de financiamento, oferta de serviços e a produção privada no setor saúde (OLIVEIRA; ELIAS, 2012).

Princípios reformistas que se consolidaram nas diversas reformas sanitárias ao redor do mundo envolviam: (A) medidas racionalizadoras da assistência médica, na tentativa de diminuir a ênfase no gasto hospitalar e redirecionar para as práticas extra-hospitalares; (B) separação entre provisão e financiamento de serviços (ou entre compradores e prestadores), com fortalecimento da capacidade regulatória do Estado; (C) construção de “mercados regulados ou gerenciados”, com a introdução de mecanismos competitivos; (D) utilização de subsídios e incentivos os mais diversos visando a reestruturação do *mix* público e privado, com a quebra do “monopólio” estatal (ALMEIDA, 1999). Diante da crise financeira mais recente, as reformas seguiram as estratégias das anteriores conservando a orientação para o mercado e aprofundando a competição regulada. Medidas gerenciais inspiradas no NPM foram ampliadas, sendo implementados novos modelos de gestão nos serviços públicos e a regulação da relação entre prestadores e compradores por meio de contratos. Houve maior controle da incorporação de novos procedimentos e restrições na prestação (GIOVANELLA; STEGMULLER, 2014). Fica evidente que o debate da regulação em saúde tem origem no contexto da privatização e mercantilização dos sistemas de saúde.

O conceito de regulação em saúde no Brasil, no entanto, tem origem nas atividades de controle e auditoria exercidas principalmente sobre os prestadores privados contratados pelo sistema previdenciário. Dessa forma, observa-se que a regulação em saúde no Brasil, em seu início, está voltada às atividades do setor privado produtor de serviços de saúde (OLIVEIRA; ELIAS, 2012). Com a criação do SUS tem início um movimento inverso, na contracorrente das reformas sanitárias dos países centrais, em que o Estado assume um papel provedor no setor saúde. De um controle exclusivamente contábil-financeiro exercido pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) sobre os prestadores privados, constitui-se um sistema de provisão direta de assistência à saúde, progressivamente mais complexo, principalmente face ao modelo federativo e ao processo de descentralização, exigindo a ampliação do conceito de regulação (MENDONÇA et al, 2006).

4.2. Regulação em saúde: considerações semânticas e teóricas

Etimologicamente (MICHAELIS, 2015) 'regulação' consiste no ato ou efeito de regular, de modo que, consultando o verbete 'regular' encontramos uma multiplicidade de sentidos (Quadro 01):

Quadro 01 - Significados do verbete regular

Dirigir em harmonia com as regras ou leis;
Estabelecer regras para a execução de (lei, decreto etc.); regulamentar;
Prescrever como regra ou norma;
Regularizar ou tornar uniforme o movimento de;
Presidir a; dirigir;
Dirigir-se, guiar-se;
Estabelecer ordem, economia ou moderação em; regularizar;
Estar conforme; mover-se ou trabalhar convenientemente; funcionar normalmente;
Comedir, conter, moderar, reprimir, sustar;
Aferir, comparar, confrontar;
Estabelecer equilíbrio em;

Fonte: Dicionário Michaelis, 2015

Uma revisão bibliográfica recente, que explora as diferentes ideias subjacentes ao emprego do termo regulação, evidencia também uma variedade de sentidos de uso, corroborando a natureza polissêmica do termo. Do estudo, quatro ideias fundamentais emergem: controle, equilíbrio, adaptação e direção, conforme figura 01 (OLIVEIRA e ELIAS, 2012).

Figura 01 - Ideias fundamentais e relacionadas aos conceitos de regulação.



Fonte: Oliveira e Elias, 2012

A ideia de controle foi a mais frequentemente associada à de regulação, e junto com a ideia de equilíbrio, esteve mais relacionada a aspectos operativos e técnicos: ajustar, corrigir, restringir. A ideia de adaptação foi identificada em posição intermediária entre os aspectos operativo/técnico e político, indicando a capacidade de transformação no processo regulatório. A ideia de direção, por sua vez, estaria mais relacionada a capacidade de organização e de exercício de poder, o aspecto mais político da regulação.

A noção de controle esteve mais frequentemente associada à intervenção/regulação do setor privado, enquanto que a noção de equilíbrio foi mais frequentemente associada ao *mix*

público-privado. A noção de direção esteve regularmente associada às atividades de planejamento e formulação de políticas públicas (OLIVEIRA; ELIAS, 2012).

Além das noções acima exploradas, encontram-se comumente associadas ao conceito de regulação as ações de regulamentação, fiscalização, controle, auditoria e avaliação. Daí a compreensão, corrente no campo da saúde, da regulação como atividade do Estado, com variedade de funções: normativa, administrativa, econômica, política e de governança (OLIVEIRA; ELIAS, 2012).

Uma compreensão ampliada, mas ainda genérica, de regulação abarcaria tanto o ato de regulamentar (elaborar leis, regras, normas, instruções, etc.), quanto o conjunto de ações-meio que asseguram o cumprimento destas que dirigem, ajustam, facilitam ou limitam determinados processos. Exemplos dessas ações-meio são: fiscalização, controle, avaliação, auditoria, sanções e premiações (MENDONÇA et al, 2006).

Cumprir salientar a diferença entre os termos regulação e regulamentação. Trata-se regulação como conceito principal, que expressa a intencionalidade do ator ao exercer a sua capacidade, o seu poder instituído ou em disputa. Regulamentar se traduz no ato de normalizar em regras essa mesma intencionalidade. Portanto, o processo de regulamentação estará subordinado ao processo principal de regular (SANTOS; MEHRY, 2006).

Extrapolando o campo semântico, cumprir analisar a regulação como fenômeno social. A regulação pode ser entendida como ação social e, desse modo, conceituada como conjunto de ações mediatas, de sujeitos sociais sobre outros sujeitos sociais, facilitando ou limitando os rumos da produção de bens e serviços em determinado setor da economia, envolvendo tanto a regulamentação quanto as ações-meio (MENDONÇA et al, 2006).

O processo de regulação, envolvendo conjunto de ações de diversos sujeitos sobre outros tantos sujeitos sociais, é uma ação social complexa, se insere num cenário de disputas, de interesses conflitantes, que determinam o seu formato e alcance (MENDONÇA et al, 2006; SANTOS; MEHRY, 2006; CECÍLIO et al, 2014).

Dessa forma, as regulamentações e as ações que buscam o cumprimento destas tendem a ser conformadas pelos rumos hegemônicos da produção social. Isso significa reconhecer que a regulação está necessariamente contingenciada por contextos histórico-sociais concretos (MENDONÇA et al, 2006; CECÍLIO et al, 2014).

O ato de regular em saúde é constitutivo do campo de prestação de serviços, sendo exercido pelos diversos atores ou instituições que proveem ou contratam serviços de saúde. O conceito, as práticas e finalidades da regulação em saúde ainda são objeto de debate, existindo

compreensões distintas do tema, além de sofrerem variações ao longo dos anos e conforme o entendimento dos atores sociais em foco (SANTOS; MEHRY, 2006).

A compreensão da regulação como produção social e fenômeno atravessado por um relativismo social, cultural e histórico, permite enxergar como a regulação comporta diferentes lógicas, racionalidades e processualidades, ou regimes de regulação (CECÍLIO, 2012; CECÍLIO et al, 2014).

A regulação no Setor Saúde tem como objeto geral a produção de todas as ações de saúde e, em decorrência disto, tem como principais objetos: os estabelecimentos (envolvendo estrutura física, equipamentos, profissionais, habilitação a graus de complexidade, etc.); as relações contratuais; o exercício das profissões de saúde; a oferta e a demanda por serviços; os protocolos assistenciais; os fluxos de atendimento; a produção, a venda, a incorporação e o uso de insumos, medicamentos e de outras tecnologias; condições de trabalho e ambientes relativos ao Setor Saúde; além do controle e da avaliação dos custos e gastos em saúde (MENDONÇA et al, 2006).

Destacam-se, assim, como sujeitos da regulação: o Estado, sujeitos coletivos da sociedade civil, organizações não governamentais, segmentos do capital, corporações de profissionais, entre outros. A regulação não é função apenas do Estado, mas ocorre também na sociedade civil e no mercado por meio da concorrência ou do monopólio (MENDONÇA et al, 2006).

Tomando-se como premissa a regulação como fenômeno social, no qual vários atores tomam parte, em diversos cenários e aspectos que conformam o setor saúde, é lícito afirmar que não existem espaços não regulados. Some-se ainda a premissa de que várias "regulações" e seus sentidos coexistem e se tensionam permanentemente entre si. Uma questão de interesse fundamental seria quem está operando hegemonicamente esta regulação, e com qual lógica (MAGALHÃES JR, 2006).

Em um esquema analítico, postula-se a existência de quatro tipos de regulação, que poderiam hegemonizar o setor saúde: a privada, a tecnocrática, a corporativa e a social.

A regulação privada reflete a predominância das chamadas forças de mercado definindo a configuração que o sistema vai tomando. Facilmente identificável na prática do SUS, teve papel significativo na história do sistema de saúde brasileiro. A incapacidade reguladora dos gestores deixa muitas vezes livre aos prestadores de serviço a definição de que serviço ofertar, não dentro das necessidades do sistema, mas segundo os princípios do mercado.

A regulação tecnocrática expressa o olhar tecnicista e burocrático de equipes técnicas que se ocupam de desenhar o "seu sistema de saúde". Estabelecem suas regras de

funcionamento, geralmente feitas a partir de um olhar distante da realidade, sem considerar as diversas forças e atores sociais envolvidos e o mundo real dos trabalhadores e usuários.

A regulação corporativa traduz força regulatória dos profissionais, de modo geral nebulosa, mas também permanentemente operante. As diversas corporações de trabalhadores tendem a tensionar a gestão do sistema para obter situações no mínimo confortáveis para os seus pares, que muitas vezes se chocam com os interesses maiores do cuidado qualificado aos usuários e com produção real de saúde individual e coletiva.

Por último, a regulação social exprime a primazia do interesse público do atendimento das necessidades dos usuários com as disponibilidades possíveis dos serviços, com lógica de priorização enfrentando iniquidades e buscando obter um equilíbrio adequado dentre equidade, autonomia e custos, e as opções neste sentido sendo fortemente influenciadas pelo contexto social. (NEGRI apud MAGALHÃES JR, 2006)

Um outro esquema analítico, que compartilha das mesmas premissas, salienta a regulação como processo permanentemente instituinte, contínuo palco de mudanças, em que atores atuam e interagem manipulando recursos e instituindo regimes de regulação (CECÍLIO et al, 2014). Nesse esquema, destaca-se que múltiplos sistemas regulam o acesso e consumo de serviços de saúde, ou o funcionamento do SUS real como uma produção social, sendo a regulação formal/governamental apenas uma das lógicas regulatórias que envolvem o acesso aos serviços de saúde locais (CECÍLIO, 2012). Postula-se a (co)existência de quatro regimes de regulação. O regime de regulação governamental/formal do acesso, via complexos reguladores. O regime de regulação profissional, feito pelos trabalhadores de saúde, muito em particular pelos médicos, via contatos pessoais, relações de conhecimento e confiança, que produzem fluxos de pacientes que podem respeitar, mais ou menos, conforme as circunstâncias, os circuitos, fluxos e regras da regulação governamental/formal. O regime de “regulação clientelístico-eleitoreira”, fruto do protagonismo de múltiplos atores políticos, sejam eles políticos com cargos eletivos, entidades de classe, sindicais, ou, de modo muito mais frequente do que pensamos, dos próprios conselheiros de saúde. É uma contrarregulação, porque opera numa lógica aparentemente oposta à regulação governamental/ formal, embora faça pontos de contato com ela. A moeda de troca que alimenta este regime de regulação é, em geral, a conquista do apoio de potenciais eleitores em processos eleitorais variados, configurando o “jeitinho brasileiro” de regular. O regime de regulação leiga, isso é, aquela regulação de acesso e consumo dos serviços feita pelos próprios usuários, exige que se aprenda a conviver com os usuários reais do sistema que, aliás, antes de usuários, pessoas reais, com desejos, sentidos e protagonismos. O usuário-fabricador que questiona e bagunça todas as perspectivas de um

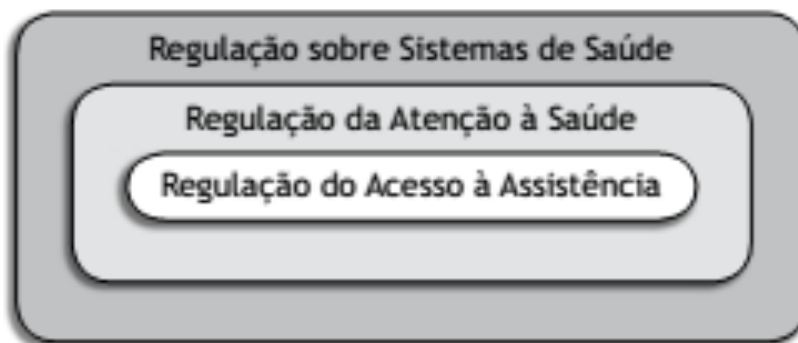
sistema de saúde racional, que deveria ser utilizado por pessoas enquadradas na normalidade que há muito tem-se buscado produzir (CECÍLIO, 2012; CECÍLIO et al, 2014).

O processo regulatório pode ocorrer em diferentes escalas, podendo se dar tanto do ponto de vista do acesso cotidiano das pessoas - a microrregulação, quanto no aspecto das definições das políticas mais gerais das instituições, numa espécie de macrorregulação. Esta última consiste nos mecanismos mais estratégicos de gestão: o estabelecimento de planos estratégicos; de projetos prioritários; de relação com o controle social; as definições orçamentárias maiores; a relação com as outras políticas sociais que interferem com produção ou não de saúde nas populações; a política de recursos humanos e o estabelecimento de regras para as relações com o setor privado na saúde (SANTOS; MEHRY, 2006).

Nos esquemas analíticos apresentados anteriormente, identificam-se diferentes escalas e esferas de regulação, além de diferentes atores atuando na regulação. Como brevemente indicado nas seções anteriores, o Estado é um ator central no processo regulatório em saúde, tanto no Brasil como em outros países. Assim, opta-se por destacar e esmiuçar a regulação estatal em saúde sob o ponto de vista do sistema de saúde brasileiro.

Apresenta-se um quadro conceitual que identifica diferentes regulações estatais, de distintas amplitudes. O Estado participa da regulação em saúde em diversas escalas. No caso brasileiro, pode-se dizer que o Estado desenvolve regulação sobre sistemas de saúde, mas também atua na regulação da assistência à saúde, e, por último, que ainda é responsável pela regulação do acesso à assistência (MENDONÇA et al, 2006). Na figura 02 demonstra-se a relação entre esses tipos de regulação. A regulação sobre sistemas de saúde compreenderia as ações e regulamentações compatíveis com macrorregulação, como indicado acima. A regulação da atenção à saúde, indica já no próprio nome o foco na assistência à saúde, envolvendo todos os seus aspectos relacionados. Já na regulação do acesso à assistência temos uma escala mais micro, envolvendo o acesso cotidiano dos usuários aos serviços, como explorado anteriormente (Figura 02).

Figura 02 – Diagrama dos tipos de regulação



Fonte: Mendonça et al, 2006

Assim, a regulação é uma função da gestão, a qual contempla uma atuação sobre os sistemas de saúde, sobre a produção direta de ações de saúde nos diversos níveis de complexidade (básica, média e alta) ambulatorial/hospitalar e sobre o acesso dos usuários a assistência nestes níveis. A Regulação sobre Sistemas de Saúde, enquanto regulação ampliada, contém as ações de Regulação da Atenção à Saúde e estas, enquanto ações sobre a produção direta das ações de serviços e, portanto, sobre prestadores de serviços, contém as ações de Regulação do Acesso à Assistência (MENDONÇA et al, 2006).

A diferença conceitual do esquema apresentado até aqui fica mais clara quando retomamos os conceitos de regulação apresentados na portaria das Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) de 2001 e na portaria 423/2002. No documento oficial das NOAS/2001 (BRASIL, 2001), fala-se apenas incipientemente de regulação do sistema, em conjunto com o Plano Diretor de Regionalização. Percebe-se uma aproximação com a ideia de regulação da atenção à saúde, porém não há maior desenvolvimento teórico dessa vertente. No entanto, a regulação do acesso à assistência é claramente explorada, e nitidamente associada à estratégia de implantação de complexos reguladores na NOAS/2001. Na portaria do Ministério da Saúde nº 423/2002 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002b), estão presentes as noções de controle assistencial e avaliação do sistema, compatíveis com a descrição da regulação da atenção à saúde apresentada a seguir, porém, o termo regulação é utilizado exclusivamente com referência a regulação do acesso à assistência.

Como mencionado acima, na Regulação sobre Sistemas de Saúde, macrorregulação, identificam-se a regulamentação e as ações de fiscalização, controle e avaliação mais gerais sobre o funcionamento dos Sistemas de Saúde (nacional, estadual e municipal). São objetos os sistemas municipais, estaduais e nacional, bem como são sujeitos o gestor federal e os gestores

estaduais e municipais. Trata-se da regulação do gestor federal sobre estados e municípios; do gestor estadual sobre municípios e prestadores; e dos municípios sobre os prestadores, assim como a autorregulação de cada uma dessas esferas. Também comporta a regulação do Estado sobre o setor privado de produção de bens e serviços de saúde não conveniados e nem contratados pelo SUS (MENDONÇA et al, 2006).

A Regulação da Atenção à Saúde, entendida como apenas uma das esferas no escopo da regulação mais geral dos sistemas de saúde, atua sobre a produção das ações diretas e finais de Atenção à Saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores de serviços de saúde, públicos e privados. Os principais sujeitos desta regulação são os gestores municipais e, de forma complementar, os gestores estaduais e o gestor federal. Dentro desse campo de regulação temos as ações de contratação, de controle assistencial, de regulação do acesso à assistência, de avaliação da atenção à saúde e de auditoria assistencial (Quadro 02). A maioria dessas ações pode ser ordenada por meio de portarias, normas e instruções, constituindo-se assim no arcabouço normativo da Regulação da Atenção à Saúde (MENDONÇA et al, 2006).

Quadro 02 - Sumário das ações de regulação da atenção à saúde

Contratação	<ul style="list-style-type: none"> • Formalização de relações pactuadas entre gestores e prestadores, estabelecendo relações recíprocas; • Estabelecimento de convênios e contratos de gestão entre gestores do SUS e entidades públicas, filantrópicas e sem fins lucrativos; • Estabelecimento de contratos de serviços baseados no pagamento de procedimentos por produção, com prestadores privados com fins lucrativos.
Controle Assistencial	<ul style="list-style-type: none"> • Cadastro de estabelecimentos, profissionais e usuários; • Habilitação e vistoria técnica de prestadores; • Programação orçamentária por estabelecimento; • Solicitação e a autorização de internações e procedimentos ambulatoriais especializados e de alta complexidade; • Monitoramento e fiscalização da execução dos procedimentos realizados nos estabelecimentos (ações de supervisão hospitalar e ambulatorial); • Monitoramento e a revisão das faturas prévias relativas aos atendimentos, apresentadas por cada prestador; • Cruzamento de informações de atendimento, informações de usuários, profissionais, estabelecimentos, programação por

	<p>unidade e tabelas de procedimentos visando à realização do processamento da produção de um determinado período;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preparo e junção das informações necessárias que viabilizam o pagamento dos serviços produzidos.
Regulação do acesso	<ul style="list-style-type: none"> • Regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências; • Controle dos leitos disponíveis e da agenda de consultas especializadas e de SADTs; • Padronização das solicitações de internações, consultas, exames e terapias especializadas, por meio dos protocolos assistenciais; • Estabelecimento de referência entre unidades, segundo fluxos e protocolos padronizados; • Organização de fluxos de referência especializada intermunicipal; • Controle e o monitoramento da utilização mais adequada dos níveis de complexidade.
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Aferição dos resultados das ações da atenção à saúde; • Avaliação de equipes, de condições e processos de trabalhos, de estrutura dos estabelecimentos de saúde; • Avaliação do processo de produção das ações, aferição de custos e gastos.

Fonte: adaptado de Mendonça et al, 2006

Legenda: SADT: serviços de apoio diagnóstico e terapêutico

A avaliação da Atenção à Saúde consiste no conjunto de operações que permitem emitir um juízo de valor sobre as ações finais da atenção à saúde nos diversos níveis de complexidade, de maneira a medir os graus de resolubilidade, qualidade, humanização, satisfação do usuário, entre outros (MENDONÇA et al, 2006).

A Regulação do Acesso à Assistência, como já foi dito, tem, no âmbito do SUS, maior discussão e desenvolvimento teórico. Compreende ações de regulação do acesso dos usuários à assistência à saúde, ou apenas regulação assistencial, como é frequentemente nomeada, o que produz certa confusão conceitual, quando não se faz uma discriminação dos vários focos da regulação, como apresentado nesse estudo. A regulação do acesso também tem sido frequentemente reduzida à implantação de centrais de internação/consultas e exames, gerando a impressão de que estas ferramentas das tecnologias da informação podem, por si, substituir as ações políticas e de comando inerentes à gestão. A regulação do acesso à assistência é mais do que a implantação de computadores, infovias, entre outros, ou de normas e protocolos, pois

abarcam também relações de gestores com prestadores, de gestores e prestadores com gerentes de unidades de saúde, de gerentes com profissionais e, o mais importante, de usuários e as suas distintas demandas/necessidades com todos. Portanto, como em qualquer trabalho em saúde, a regulação do acesso implica relações políticas, técnicas e de cuidado, consistindo assim em um conjunto de tecnologias (relacionais, saberes, instrumentos, etc.) e ações que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a estes (MENDONÇA et al, 2006). Estas intermediações podem se configurar de maneiras diversas, a depender dos objetivos e atores envolvidos como exposto anteriormente nos esquemas analíticos de outros autores.

Comumente, o que se observa é uma regulação do acesso restritiva, que promove a adequação da demanda à oferta disponível, busca a redução de custos independentemente das necessidades dos usuários, privilegia o acesso a alguns serviços e dificulta a outros, segundo os interesses de determinados gestores, prestadores ou corporações de especialistas (MENDONÇA et al, 2006).

Uma regulação do acesso à assistência, inscrita nas diretrizes do SUS de universalidade, integralidade e equidade da atenção, deveria buscar uma organização de estruturas, tecnologias e ações dirigidas aos prestadores (públicos ou privados), gerentes e profissionais, de modo a viabilizar o acesso do usuário aos serviços de saúde e de forma a adequar à complexidade de seu problema os níveis tecnológicos exigidos para uma resposta humana, oportuna, ordenada, eficiente e eficaz. Assim, a regulação assistencial deveria subsidiar o redimensionamento da oferta (diminuição ou expansão), contribuir para otimizar a utilização de recursos, não em uma lógica meramente financeira, mas de maneira a buscar a qualidade da ação, a resposta adequada aos problemas clínicos e a satisfação do usuário (MENDONÇA et al, 2006). No quadro 02 encontram-se um sumário das ações da Regulação do Acesso à Assistência ou Regulação Assistencial.

A Regulação do Acesso à Assistência ou regulação assistencial tem como estratégia principal, conforme a maioria dos documentos oficiais, a constituição de complexos reguladores, que consistiriam na implantação, articulação e integração de Centrais de Regulação Médica de Urgências, Centrais de Internação, Centrais de Consultas e Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT), Transporte Sanitário ou de pacientes com necessidades especiais e não urgentes e Protocolos Assistenciais. Todavia, se faz premente salientar que toda essa estratégia não pode tomar corpo destacada de outras ações da Regulação da Atenção à Saúde como contratação, controle assistencial e avaliação, bem como outras funções da gestão como programação e regionalização, sob pena de ineficiência ou incapacidade (MENDONÇA et al, 2006).

A formulação teórica apresentada nessa seção enfatiza a distinção entre a função gerencial de regulação do acesso à assistência e a estratégia de centrais de regulação ou complexos reguladores, que constituem uma ferramenta da primeira. Mais ainda, salienta-se que a regulação do acesso à assistência é uma parte da regulação da atenção à saúde. A regulação do acesso à assistência tem o potencial de disparar processos de organização ou reorganização da rede, exigindo controle mais efetivo sobre prestadores e reorganização da oferta, alicerçando o processo de regulação da atenção à saúde, de modo que a regulação seja baseada nas demandas e não mera adequação à oferta existente.

4.3. Histórico da regulação em saúde no Brasil

A regulação em saúde no Brasil já se fazia presente nas Caixas de Aposentadorias e Pensões e nos Institutos de Aposentadorias e Pensões, por meio de regras para a utilização de serviços e medicamentos. Nesses institutos, como o modelo adotado foi o da compra de serviços, em detrimento da sua prestação direta, essas ações de regulação se intensificaram. Com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social, em 1966, esse processo de assistência médica prestada por meio da aquisição de serviços privados se acelerou e expandiu. O processo de formação dessa rede pode ser caracterizado como o primeiro e mais importante mecanismo regulatório praticado. A regulação ocorria, junto aos seus prestadores, nos mais variados formatos: regulação comercial, administrativa, financeira e assistencial. A relação comercial e de pagamento com os seus credenciados definiu a relação e o padrão assistencial. O formato de financiamento por pagamento por procedimentos via unidades de serviços, direcionou toda a rede prestadora para uma lógica de produção de atos isolados e de maior custo. A operação administrativa oriunda desse formato comercial constituiu aspecto regulatório condicionador da assistência prestada. Os mecanismos e fluxos de controle e avaliação vigentes passaram a induzir o tipo de assistência prestada pela rede credenciada. As revisões administrativas - glosas, autorizações - definiram o que podia ou não ser feito e padronizaram a operação dos prestadores. Nesse cenário, a regulação da assistência propriamente dita foi o aspecto mais relegado da construção e consolidação de um marco regulatório para a assistência à saúde no Brasil. Os mecanismos então instituídos guardavam pequena relação com os aspectos qualitativos dos serviços prestados, com a regulação do acesso e critérios de elegibilidade para a execução de ações de saúde (SANTOS; MEHRY, 2006).

As ações de controle e de avaliação da assistência à saúde tomaram forma mais estruturada com a constituição do INAMPS, em 1978. Por meio de sua Secretaria de Controle

e Avaliação, com as respectivas coordenadorias em nível estadual, o INAMPS atuava junto aos prestadores privados contratados pelo sistema previdenciário, buscando controlar principalmente a produção e os gastos na assistência médica aos segurados. As principais ações de controle assistencial executadas pelo INAMPS eram baseadas na revisão dos prontuários médicos dos hospitais, após implantação da autorização de internação hospitalar (AIH) e na revisão dos boletins de produção ambulatorial de clínicas e laboratórios contratados e conveniados (MENDONÇA et al, 2006).

Importante destacar que com a expansão dos serviços privados de saúde contratados pelo INAMPS houve aprofundamento e intensificação do modelo de regulação que se centrava no controle sobre os gastos do setor, com excessiva normatização, imposição de regras e fluxos e foco quase exclusivo no acompanhamento da relação econômica estabelecida com os prestadores. No caso específico do INAMPS, o processo regulatório foi tanto mais intenso quanto maior era a crise financeira da instituição. O sistema de controle e avaliação do INAMPS cresceu proporcionalmente ao aumento da demanda por assistência médica e, principalmente, do número de prestadores desses serviços. Em síntese, esse modelo de regulação caracterizou-se pelo seu alto grau de centralização, verticalização das ações, decisões e normalização centrais, e pela dualidade advinda de diferentes culturas institucionais e de mando, que se expressa com a fragmentação da ação do Estado no sentido de promover a saúde da população. Essa situação, em geral, é evidenciada, de um lado, pelos métodos utilizados de planejamento normativo, administração paramétrica e controle, avaliação contábil-financeira; e de outro lado, pelos métodos de organização dos serviços e avaliação com base em programas verticais de saúde pública (SANTOS; MEHRY, 2006).

Em resumo no período de 1978 a 1987, a regulação em saúde tinha foco financeiro-contábil, realizando controle e avaliação *a posteriori* sobre internações hospitalares e faturas ambulatoriais. Todo o processo era centralizado no INAMPS, não havendo participação de estados e municípios (MENDONÇA et al, 2006).

No período de 1988 a 1990, ocorre a implantação do Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS), promulgação da Constituição Federal em 1988 e criação das leis orgânicas da saúde para implantação do SUS. Com a Lei 8.080/90 foram definidas as ações e competências das esferas de gestão no controle, avaliação, auditoria e regulação de serviços, ainda que de forma genérica. A Lei 8.142/90 definiu os Conselhos de Saúde como controladores e avaliadores das políticas, ações e serviços de saúde.

A instituição do SUS representou a unificação do comando sobre a política nacional associado a uma descentralização político-administrativa. Assim, abandona-se um modelo em

que a assistência à saúde ficava apartada das outras funções sanitárias a serem desempenhadas pela autoridade estatal. Nesse novo contexto, o gestor federal incorpora a função de modular o sistema nacional de saúde. A atuação do gestor federal que antes se dava diretamente sobre os prestadores de serviços, passa a ocorrer por meio da estratégia de indução de práticas por parte de gestores de outras esferas, prestadores de serviços e agentes privados (MACHADO, 2007).

Desse modo, a modulação dos sistemas estaduais e municipais de saúde tornou-se um dos focos de ação regulatória do governo federal, que se manteve expressiva, face ao peso significativo da União no financiamento da saúde e ao protagonismo do Ministério da Saúde na condução do processo de descentralização. A principal estratégia de regulação federal sobre estados e municípios, foi normativo-financeira, com a emissão de normas e portarias atreladas a oferta de recursos financeiros (MACHADO, 2007).

As Normas Operacionais do SUS e outras milhares de portarias editadas pelas diversas secretarias do Ministério da Saúde e entidades federais da saúde, em sua maioria relacionadas a aspectos operacionais ou a mecanismos de financiamento foram a base dessa regulação. Outras estratégias de regulação dos sistemas de saúde também foram empregadas pelo gestor federal, como: definição de prioridades e metas no âmbito nacional, cooperação e apoio técnico a estados e municípios, fomento federal a práticas inovadoras, ações de auditoria, controle e avaliação.

O processo, no entanto, não foi homogêneo. Nos primeiros anos da década de 90 muito da estrutura e do modo de funcionamento do INAMPS foi preservado. No período de 1991 a 1993, foram editadas as Normas Operacionais Básicas (NOB) 91 e 92, que organizavam a transferência de recursos do INAMPS para estados e municípios, via convênio e pagamento por produção. A NOB 91 definiu o controle, fiscalização e avaliação da execução orçamentária dos recursos repassados pelo INAMPS centrada em desempenho técnico, econômico e financeiro. A NOB 92 versava sobre o controle e avaliação sobre os serviços assistenciais pelos municípios; aos estados caberia controlar serviços periodicamente e controlar o “controle municipal”. A união analisaria e corrigiria o sistema de controle e avaliação assistencial. Manteve-se o controle, fiscalização da execução orçamentária pelo INAMPS. Como no período anterior, persistiu a mesma prática de controle e avaliação contábil-financeira, sob gestão do INAMPS, cabendo aos estados e municípios o repasse de dados. De diferente, iniciou-se a implantação do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) (MENDONÇA et al, 2006).

Neste período inicial de implantação do SUS, as ações de controle e avaliação efetivas permaneceram centralizadas no INAMPS e/ou nas estruturas estaduais descentralizados na ocasião do SUDS, com participação marginal dos municípios, que se restringiam ao repasse de

dados quantitativos da produção hospitalar e ambulatorial. Nos Estados, permaneceram praticamente inalteradas as rotinas e fluxos definidos anteriormente pelo INAMPS (SANTOS; MEHRY, 2006).

No período de 1993 a 2000, houve a extinção do INAMPS e criação do Sistema Nacional de Auditoria (SNA). O SNA tinha como competências controle, avaliação e auditoria da execução orçamentária, dos sistemas, das ações e serviços de saúde em cada esfera de gestão. (MENDONÇA et al, 2006).

Com instituição de modalidades de gestão (incipiente, parcial, semiplena), através da NOB 93, ficou melhor regulamentada a transferência fundo a fundo. A criação das Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) também foi passo fundamental para a estruturação das relações federativas dentro do SUS. Com a NOB 96, houve maior ampliação das exigências para o desempenho da modalidade de gestão plena, com requisitos comuns para a habilitação de gestão: capacidade de contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamentos dos serviços. Foram requisitos para assumir a Gestão Plena do Sistema: implantação do SNA, controle de consultas especializadas, Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, leitos e referências intermunicipais. Foram criados ainda o Piso da Atenção Básica (PAB), o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o Programa de Saúde da Família (PSF), Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS), Teto da Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD) e Programação Pactuada Integrada (PPI). Houve ainda em 1998 e 1999 a criação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) e da Anvisa (MENDONÇA et al, 2006).

Nesse período, teve início a atuação dos estados e municípios nas ações de controle, avaliação e auditoria, que preconizava desde a articulação das ações de controle (sobre a execução orçamentária, sistemas e serviços assistenciais), às ações de avaliação (de estrutura, processo e resultados) e de análise pericial. Na prática, porém, persistiu a visão contábil-financeira do INAMPS, baseada no controle sobre as AIH e SIA, um controle limitado ao gasto dos “tetos” financeiros transferido ou disponibilizado pelo Ministério da Saúde (MENDONÇA et al, 2006).

Destaca-se que o processo de transferência de responsabilidades, ensejado pelas modalidades de gestão a serem assumidas por parte de estados e municípios, foi fundamental para o avanço e ampliação da transferência de recursos de forma automática, já prevista em lei. O mecanismo do repasse automático fundo a fundo para os municípios habilitados na gestão semiplena foi regulamentado em 1994. A partir daí uma parcela do processo de gestão, inclusive a capacidade regulatória, foi transferida para os gestores estaduais e municipais, que passaram

a dispor de recursos financeiros regulares para assumir tais tarefas e responsabilidades. O principal avanço da NOB 96 foi a inclusão dos municípios na gestão de algum nível (básica ou do sistema), envolvendo os municípios na questão da regulação.

Em síntese, as NOB editadas contribuíram para o processo de regulamentação da relação entre os entes federados e, de forma mais ou menos elaborada, trataram do processo de regulação nos seus vários componentes, notadamente os de controle e avaliação. A principal tentativa sempre foi a de definir os papéis dos níveis de gestão no processo regulatório (SANTOS; MEHRY, 2006).

Em 2001 e 2002, as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (BRASIL, 2001; BRASIL, 2002a) trouxeram o foco para a regionalização da assistência, buscando enfrentar o que foi denominado de “atomização do SUS” em sistemas municipais isolados, remetendo aos estados a competência de organizar o fluxo da assistência intermunicipal por meio do Plano Diretor de Regionalização (PDR). A regionalização, como estratégia de conformar uma rede intermunicipal hierarquizada de referência especializada, fez exigências à organização dos fluxos de referência e contrarreferência, assim como à implantação de instrumentos e estratégias que intermediassem o acesso dos usuários aos serviços, trazendo para a pauta o conceito de “regulação assistencial”, em substituição às proposições esparsas de implantação das centrais de controle de leitos, consultas e exames, vindas desde a NOB 93. A NOAS 2002 define a regulação assistencial como a “disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada” que “deverá ser efetivada por meio de complexos reguladores que congreguem unidades de trabalho responsáveis pela regulação das urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários” (MENDONÇA et al, 2006).

Como se pode ver, ao longo da década de 90 houve a intensificação da atuação regulatória indutora do governo federal, em substituição à estrutura centralizada herdada do INAMPS, expressa no grande aumento no número de portarias federais editadas a partir de 1999. Nos anos 2000, identifica-se a persistência dessa estratégia regulatória, com foco na indução de políticas e regulação de práticas dos gestores estaduais, municipais e prestadores de serviços (MACHADO, 2007; MACHADO, 2012).

Intensificando esse processo, a partir de 2003, foi constituído o Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC), componente da Secretaria de Atenção à Saúde, cujo objetivo geral é coordenar e aprimorar a implementação do componente de Regulação de Atenção à Saúde considerando a Política Nacional de Regulação, conforme o disposto na Portaria nº 1.559 de 2008, incluindo a viabilização financeira do desenvolvimento

das ações e serviços de saúde na atenção ambulatorial e hospitalar do SUS (MENDONÇA et al, 2006).

Consoante com o objetivo geral aludido, foram herdadas várias funções do Departamento de Controle e Avaliação de Sistemas (DECAS), que antecedeu o DRAC, como: (a) controle sobre as transferências de recursos fundo a fundo para o custeio da Média e Alta Complexidade (MAC); pagamento direto aos prestadores privados e aos hospitais universitários; pagamento de recursos especiais e incentivos variados; (b) desenvolvimento das diretrizes e coordenação da implantação das atividades de Controle e Avaliação sobre a produção dos serviços de saúde, nos estados e municípios; (c) gerência do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e Profissionais (CNES); (d) gerência operacional do Sistema de Informação Ambulatorial e do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e das respectivas tabelas de procedimentos; (e) aperfeiçoamento do controle e avaliação da execução das ações de saúde, por meio dos SIA e SIH; (f) desenvolvimento e gerência da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC); (g) encaminhamento de processos de ressarcimento da saúde suplementar junto ao SUS (MENDONÇA et al, 2006).

Por outro lado, o DRAC recebeu novas funções, como: (a) coordenação das ações e instrumentos de Programação Pactuada e Integrada nos estados, municípios e no Distrito Federal; (b) regularização e organização dos contratos de prestadores no SUS; e (c) desenvolvimento das diretrizes de regulação do acesso (centrais de internação, consultas e exames), com seu instrumento informatizado, representado pelo projeto SISREG – Sistema Nacional de Regulação. Dentro da estrutura do DRAC, à Coordenação Geral de Regulação e Avaliação (CGRA) coube a tarefa de articular as diversas iniciativas de regulação do acesso da gestão anterior, como a CNRAC e o projeto de centrais de regulação, a ser operacionalizado pelo sistema informatizado SISREG (Mendonça et al, 2006).

Na constituição do DRAC, pela primeira vez, o termo “regulação”, articulado ao clássico “controle e avaliação”, aparece na denominação de um departamento do Ministério da Saúde, cujos antecessores foram o Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria (DCAA - 1993 a 2000) e o Departamento de Controle e Avaliação de Sistemas (DECAS - 2000 a 2003). O DCAA representou, a época de constituição do Sistema Nacional de Auditoria, a articulação das funções de “controle e avaliação” com as de auditoria. Já o DECAS representou a separação destas funções, ficando com as funções de “controle e avaliação”, enquanto o Departamento Nacional de Auditoria passava a responder pelas de auditoria. Nos tempos do DCAA, o termo “regulação” não era usado para as estratégias de controle da oferta de serviços e de acesso dos usuários à assistência, mesmo que, desde a NOB/93, já se recomendasse a montagem de centrais

de controle de leitos e consultas. O termo “regulação”, como regulação do acesso à assistência, ganha maior divulgação a partir da NOAS 2002, quando o conceito de regulação assistencial passa a se disseminar no âmbito do SUS. No Ministério da Saúde, entre 1999 e 2002, o principal responsável pela implantação da NOAS, e também pelas estratégias de regulação assistencial, com o projeto SISREG não foi o DECAS e sim o Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. O DECAS foi o responsável por outra estratégia de regulação do acesso: a CNRAC (MENDONÇA et al, 2006).

A consolidação da função regulatória como elemento importante, em seus vários níveis, dentro do sistema de saúde, com destaque, nessa pesquisa, para a regulação do acesso à assistência, apresenta convergências e aproximações com o processo de regionalização e conformação de redes de atenção à saúde no SUS.

A indução da regionalização e a conformação de redes de saúde ocorreram de maneira descompassada, orientadas por diferentes concepções teóricas e políticas e interesses nacionais e internacionais. Segundo Albuquerque e Viana (2015) a partir dos anos 2000 a indução de regionalização e conformação de redes, se caracteriza por três fases: fase I (2001-2005): região normativa com redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços de saúde; fase II (2006-2010): região negociada com redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde; fase III (2011-atual): região negociada e contratualizada com redes de atenção à saúde. Na fase III, a publicação da Portaria 4.279/2010 e do Decreto 7.508/2011² consolidou a nova perspectiva das RAS na política nacional. Contribuíram para isso: a criação da Diretoria de Articulação de Redes de Atenção à Saúde (Daras/SAS/MS), em 2007 (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015).

A conformação de redes de atenção à saúde se tornou uma das estratégias centrais da política nacional de saúde para lidar com a dimensão territorial da universalização da saúde e induzir mudanças na política, no planejamento e gestão do SUS. Destacam-se dois objetivos principais das RAS: (a) promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, e (b) incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, e eficácia clínica e sanitária (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015).

A organização territorial do sistema de saúde é objeto de constante disputa no âmbito da federação. As relações entre Estado, mercado e sociedade condicionam a condução da

² Em 2017, as últimas portarias são revogadas pela Portaria de Consolidação número 3 de 03 de outubro de 2017 que trata das Redes do Sistema único de Saúde (BRASIL, 2017b). Não houve mudanças no conteúdo apresentado na portaria sobre RAS de 2010.

política e das redes de saúde. Tecnologias de cooperação que atravessam técnicas de gestão e organizativas dos fatores de produção em saúde, capazes de melhorar a eficiência dos investimentos e a eficácia dos serviços, são importantes para potencializar a negociação, a regulação e a coordenação de um sistema de saúde (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015).

A regulação do acesso à assistência pode ser uma ferramenta que propicia maior eficiência de investimentos quando subsidia o redesenho da oferta, com vistas a atender as necessidades de saúde da população. Também pode aumentar a eficácia dos serviços conectando serviços disponíveis em diferentes unidades de saúde ou disponibilizando acesso para regiões em que não estão disponíveis todos os recursos. Operacionalizar a regulação do acesso ainda tem o potencial de explicitar a necessidade de cooperação entre diferentes atores na conformação das RAS.

É nessa trajetória de formulações e reformulações das conexões, práticas e finalidades dos conceitos de “controle, avaliação, auditoria e regulação”, desde a constituição do SUS, que finalmente se estabelece a compreensão e utilização atual do termo regulação. Com a formulação da Política Nacional de Regulação, em 2008, que orienta, não só o gestor federal, mas o conjunto dos gestores estaduais e municipais de saúde, temos a definitiva inclusão da regulação no léxico e cotidiano do SUS.

4.4. A política nacional de regulação

Claramente inspirada na produção teórico-técnica do DRAC, a partir de 2003, desenvolvida em publicação anterior sobre a regulação no Brasil, a política nacional de regulação, publicada em 2008, absorve as três dimensões da regulação apresentadas anteriormente a partir do referencial de MENDONÇA et al (2006). A portaria define a Regulação de Sistemas de Saúde, a Regulação da Atenção à Saúde e a Regulação do Acesso à Assistência conforme os quadros 03, 04 e 05.

Quadro 03 - Aspectos da regulação de sistemas de saúde

Regulação de Sistemas de Saúde
Objetos: sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde
Sujeitos: gestores públicos municipais, estaduais e nacional de saúde
Objetivos: <ul style="list-style-type: none">• Regulamentação, controle e avaliação de sistemas de saúde;

<ul style="list-style-type: none"> • Regulação da atenção à saúde; • Auditoria sobre sistemas e de gestão.
<p>Ações:</p> <p>I - Elaboração de decretos, normas e portarias que dizem respeito às funções de gestão;</p> <p>II - Planejamento, Financiamento e Fiscalização de Sistemas de Saúde;</p> <p>III - Controle Social e Ouvidoria em Saúde;</p> <p>IV - Vigilância Sanitária e Epidemiológica;</p> <p>V - Regulação da Saúde Suplementar;</p> <p>VI - Auditoria Assistencial ou Clínica; e</p> <p>VII - Avaliação e Incorporação de Tecnologias em Saúde.</p>

Fonte: BRASIL, 2008

Quadro 04 - Aspectos da regulação da atenção à saúde

Regulação da Atenção à Saúde
Objetos: produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, prestadores públicos e privados
Sujeitos: gestores públicos nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde
<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contratação de serviços de saúde; • Controle e avaliação de serviços e da produção assistencial; • Regulação do acesso à assistência; • Auditoria assistencial.
<p>Ações:</p> <p>I - cadastramento de estabelecimentos e profissionais de saúde no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES;</p> <p>II - cadastramento de usuários do SUS no sistema do Cartão Nacional de Saúde - CNS;</p> <p>III - contratualização de serviços de saúde segundo as normas e políticas específicas deste Ministério;</p> <p>IV - credenciamento/habilitação para a prestação de serviços de saúde;</p> <p>V - elaboração e incorporação de protocolos de regulação que ordenam os fluxos assistenciais;</p> <p>VI - supervisão e processamento da produção ambulatorial e hospitalar;</p> <p>VII - Programação Pactuada e Integrada - PPI;</p>

VIII - avaliação analítica da produção;
IX - avaliação de desempenho dos serviços e da gestão e de satisfação dos usuários - PNASS;
X - avaliação das condições sanitárias dos estabelecimentos de saúde;
XI - avaliação dos indicadores epidemiológicos e das ações e serviços de saúde nos estabelecimentos de saúde; e
XII - utilização de sistemas de informação que subsidiam os cadastros, a produção e a regulação do acesso.

Fonte: BRASIL, 2008

Quadro 05 - Aspectos da regulação do acesso à assistência

Regulação do Acesso à Assistência (Regulação do acesso ou regulação assistencial)
Objetos: prestadores públicos e privados de assistência à saúde
Sujeitos: gestores públicos municipais, estaduais e nacional de saúde, incluindo o complexo regulador (e suas unidades operacionais) aliada a regulação médica, como autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização
Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Organização, controle, gerenciamento e priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS.
Ações: <p>I - regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências;</p> <p>II - controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados;</p> <p>III - padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais; e</p> <p>IV - o estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados. A regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização, do desenho das redes.</p>

Fonte: BRASIL, 2008

Ainda que a portaria apresente e caracterize as principais dimensões da regulação, o foco do documento reside na caracterização da regulação do acesso assistencial.

A política trata da necessidade de integração e aprimoramento dos processos de trabalho que compõem a regulação assistencial, em todas as esferas de gestão do SUS. Especial ênfase é colocada na constituição de uma área técnica e na necessidade de captação, análise e manutenção das informações geradas, a fim de subsidiar as estratégias de ação e de intervenção necessárias, com destaque para o processamento da produção e o faturamento. Salienta a necessidade de integrar os processos de autorização de procedimentos como a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e a Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC) com às demais ações da regulação do acesso, fundamentais para o acompanhamento dos fluxos de referência e contrarreferência.

A estruturação da área técnica da regulação assistencial também é especificada pela política, baseada na implantação do Complexo Regulador, estrutura responsável pela operacionalização das ações da regulação do acesso, podendo ter abrangência e estrutura pactuadas entre gestores. A portaria aponta três modelos de complexo regulador com base na abrangência (Quadro 06):

Quadro 06 - Modelos de Complexo Regulador

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

II - Complexo Regulador Regional:

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

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

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

As atribuições do Complexo Regulador são: (a) fazer a gestão da ocupação de leitos e agendas das unidades de saúde; (b) absorver ou atuar de forma integrada aos processos autorizativos; (c) efetivar o controle dos limites físicos e financeiros; (d) estabelecer e executar critérios de classificação de risco e; (e) executar a regulação médica do processo assistencial.

Os Complexos Reguladores devem ser formados por unidades operacionais denominadas centrais de regulação, preferencialmente, descentralizadas e com um nível central de coordenação e integração. Para a organização interna dos complexos reguladores é prevista uma subdivisão mínima em: Central de Regulação de Consultas e Exames, Central de Regulação de Internações Hospitalares e Central de Regulação de Urgências. A primeira seria responsável por regular o acesso a todos os procedimentos ambulatoriais, incluindo terapias e cirurgias ambulatoriais; a segunda regularia o acesso aos leitos e aos procedimentos hospitalares eletivos e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência; e, a terceira regularia o atendimento pré-hospitalar de urgência e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência. Dentro dessa organização fica prevista a integração da Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade (CERAC) às centrais de regulação de consultas e exames e internações hospitalares.

Em 2017 no contexto de consolidação das portarias, foi revogada a portaria de 2008 que se incorpora à Portaria de Consolidação número 2 de 03 de outubro de 2017, Consolidado de Normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2017a). Não há alteração em relação ao conteúdo, modelo de regulação e atribuições da portaria revogada.

4.5. Experiências de regulação do acesso à assistência

4.5.1 Cenário internacional

A regulação do acesso a assistência busca conciliar a oferta de serviços existentes com a demanda por cuidados de saúde, essencialmente num processo de facilitação do acesso ao cuidado demandado. Se por um lado a regulação no cenário brasileiro busca oferecer acesso oportuno aos usuários num contexto de escassez de recursos, por outro, a regulação do acesso nos países desenvolvidos representa a dificuldade de equacionar o crescimento da demanda por serviços com acesso universal em sistemas públicos e a necessidade de conter gastos crescentes em saúde (KREINDLER, 2010).

No cenário internacional encontramos o tema da regulação do acesso à assistência desmembrado em duas questões principais: (a) uma de caráter ambulatorial, manifesta pelos elevados tempos de espera por procedimentos, e (b) outra, de caráter não programado, expressa na superlotação dos serviços de emergência e difícil acesso ao leito hospitalar.

Filas ou lista de espera para acesso a serviços surgem quando a demanda por atendimento ou tratamento excede a oferta, o que pode ser resultado de uma capacidade de atendimento reduzida ou ineficientemente utilizada (KREINDLER, 2010). Em vários países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) os tempos de espera são alvo de políticas específicas de monitoramento e intervenção para aprimorar o acesso a serviços de saúde, embora seja difícil comparar a eficiência da provisão de serviços entre países baseado nesse indicador, devido as diferentes definições e métodos de coleta (VIBERG et al, 2013). As listas de espera se tornaram o principal método pelo qual o acesso aos cuidados em saúde é medido, embora os dados contabilizados não sejam capazes de avaliar se o tempo de espera é compatível as necessidades do paciente (GODDEN; POLLOCK, 2009).

A maior disponibilidade de médicos e de leitos de cuidado agudo, bem como o maior gasto em saúde per capita estão associados com menores filas e tempos de espera. Formas de remuneração dos profissionais e de financiamento dos hospitais que estimulem aumento de produtividade também estão correlacionadas com menores tempos de espera por atendimento médico e procedimentos (SICILIANI; HURST, 2003). Experiências inglesas e italianas de organização das filas de espera por gravidade e morbidade em lugar de ordem de inserção na fila (MARIOTTI et al, 2014; GUTACKER et al, 2016) representam um modo de regular acesso à assistência, que em língua inglesa é denominado de priorização, que se assemelha aos processos em curso no Brasil. As listas de espera tem sido objeto de numerosos estudos devido ao seu potencial de custos para o sistema de saúde e de impacto negativo na saúde dos usuários. Algumas pesquisas têm mostrado que o controle do acesso ao cuidado em saúde regulado por listas de espera tem se mostrado estratégia razoável pela sua baixa associação com desfechos como maior morbidade e mortalidade (MOSCELLI et al, 2016). No que diz respeito aos custos, até um determinado nível, listas de espera podem até conter custos ao maximizar a utilização da capacidade, porém, quando o tempo de espera se torna muito longo, o resultado pode ser o de elevação dos custos, principalmente com mais recursos necessários à reavaliação pré-operatória, maiores custos de internação e maiores tempos de permanência pelo agravamento do quadro clínico do paciente (SICILIANI et al, 2009).

A questão do acesso não programado ao leito hospitalar, predominantemente discutida a partir da superlotação das emergências hospitalares, é onde se identificamos o debate sobre

regulação do acesso ao cuidado em saúde não programado na literatura internacional. Encontra-se bem estabelecido que a principal causa para a superlotação das emergências hospitalares está na saída dos pacientes cuja indicação de internação hospitalar já foi definida. Em outras palavras, a superlotação dos serviços de emergência está em grande medida associada a dificuldade de acesso ao leito hospitalar. (ANDRULIS et al, 1991; CAMERON et al, 2002; FORSTER et al, 2003; FATOVICH et al, 2005; HOOT; ARONSKY, 2008; MOSKOP et al, 2009; HARRIS; SHARMA, 2010)

O termo utilizado é *exit block* ou *access block* e é definido como impossibilidade de pacientes admitidos nos serviços de emergência serem transferidos para uma unidade de internação dentro de um intervalo de tempo razoável. Algumas referências sugerem um período de 4 a 8h. (AFFLECK et al, 2013; LAWTON et al, 2015; KNOWLES et al, 2017; MASON et al, 2017).

O fenômeno é mais frequente em grandes hospitais, em grandes centros urbanos, em hospitais considerados de referência ou terciários. Na Pediatria esse fenômeno é bem menos comum (MASON et al, 2017). Na China, é descrito fenômeno semelhante, porém com acentuada concentração na população de idosos que permanecem por períodos prolongados em salas de observação nas emergências (LIAO; WANG, 2016).

O principal motivo destacado é a elevada taxa de ocupação dos hospitais, significando que esses já estão trabalhando na capacidade máxima. Esse fenômeno é observado em países como Austrália, Canadá, Espanha, EUA, Irlanda e no Reino Unido (COOKE et al, 2004; HWANG, 2006; GÓMEZ-VAQUERO et al, 2009; AFFLECK et al, 2013; LAWTON et al, 2015; SULLIVAN, 2015; TUDELA et al, 2015; KNOWLES et al, 2017; MASON et al, 2017).

Em alguns cenários a disponibilidade de leitos é cronicamente reduzida (AFFLECK et al, 2013), em outros, a redução dos leitos hospitalares no contexto de reformas nas décadas de 80 e 90 explica essas altas taxas de ocupação (SCHULL et al, 2001; OLSHAKER; RATHLEV, 2005; FORERO et al 2010, TUDELA et al, 2015).

Algumas soluções se destacam na abordagem desse problema: a ampliação de leitos hospitalares e a criação de unidades de internação de curta permanência dedicadas aos pacientes oriundos dos serviços de emergências. (FATOVICH; HIRSCH, 2003; MOLONEY et al, 2005; OLSHAKER; RATHLEV, 2005; GÓMEZ-VAQUERO et al, 2009; HARRIS; SHARMA, 2009; WALTERS; DAWSON, 2009; FERRÉ et al, 2017; KNOWLES et al, 2017; MASON et al, 2017). Na França, solução semelhante é empregada para responder a redução de leitos nos hospitais públicos e a excessiva especialização dos leitos nas enfermarias hospitalares tradicionais. (BELLOU et al, 2003).

Outros autores apontam que o enfrentamento do fenômeno do bloqueio de acesso ao leito hospitalar envolve, além da ampliação da capacidade hospitalar, a reavaliação de processos de trabalho e cuidado dentro do hospital, empregando medidas para redução dos tempos de permanência e otimização do fluxo de cirurgias e outras atividades eletivas. (CAMERON et al, 2002; OLSHAKER; RATHLEV, 2005). Outro ainda aponta que o bloqueio de acesso tem correlação com tempos médios de permanência médios (TMP) mais longos sinalizando um problema mais global desempenho hospitalar (RICHARDSON, 2002).

A necessidade de internação hospitalar por questões associadas a maior vulnerabilidade socioeconômica e elevado nível de morbidade podem contribuir para uma maior demanda que se apresenta às emergências, agregando para a complexidade do acesso ao leito hospitalar (O'CATHAIN, 2014)

Outra manifestação de interdição ao acesso hospitalar no cenário de urgência é caracterizada pelo termo *ambulance diversion* ou *ambulance bypass*. Nesse cenário, uma emergência hospitalar anuncia a impossibilidade de acolher ambulâncias devido à superlotação. Esse fenômeno também tem correlação com a dificuldade de acesso ao leito hospitalar, em uma cadeia em que a superlotação da emergência leva ao desvio/recusa de ambulâncias (FATOVICH et al, 2005; FORERO; McCARTHY, S.; HILLMAN, 2011).

4.5.2. Sistema Único de Saúde

Tanto no nível macro como micro-organizacional, a ausência de mecanismos eficazes de regulação e ordenamento da oferta, comprometendo o acesso e a melhor utilização dos serviços do SUS por parte dos usuários, contribui de forma decisiva para a persistência de problemas relacionados à baixa eficácia do sistema de saúde brasileiro. Cobertura, financiamento, regionalização e gestão são elementos que tem sido alvo de reformas e intervenções a fim melhorar o acesso e ampliar a utilização dos serviços de saúde essenciais (SILVA, 2003).

Na estrutura institucional do SUS, os mecanismos regulatórios direcionados a produzir gestões locais voltadas ao bem-estar dos cidadãos e à qualidade da atenção à saúde estão postos. O desafio consiste mais em amadurecer a utilização desta estrutura institucional e menos em redesenhá-la (ARRETCHE, 2003).

É nesse panorama que a regulação assistencial é frequentemente identificada como um problema. A ausência, precariedade ou incompetência de processos de regulação assistencial

são as várias formas de apresentação desse problema. São apontadas dificuldades nos diferentes níveis de assistência com destaque para a Atenção Básica, e, principalmente para o funcionamento da RUE, tanto no que diz respeito ao atendimento pré-hospitalar, UPA e SAMU, quanto no funcionamento de emergências hospitalares e acesso ao leito hospitalar.

A regulação assistencial, na figura da central de regulação, é identificada como elemento potente para contornar as dificuldades nas relações e no processo de trabalho dos serviços de urgência, especialmente na relação do SAMU com UPA e hospitais, promovendo uma lógica fundamentada em relações horizontais, com pactuação e compromisso (ARAÚJO et al, 2011). Todavia, a falência da rede interfere com a superlotação e com o perfil do paciente atendido, e a carência ou ineficiência do processo de regulação assistencial contribuem para a superlotação e excessiva demanda às emergências hospitalares (O'DWYER et al, 2009; OHARA et al, 2010; DUBEUX et al, 2013).

As experiências de regulação dos serviços de saúde ou regulação assistencial mais abordadas na literatura nacional são as de regulação do acesso aos serviços ambulatoriais especializados e serviços de diagnose e terapia. O acesso ao leito hospitalar é objeto menos frequente de avaliações na literatura nacional, conforme levantamento bibliográfico dessa pesquisa. As avaliações encontradas se apoiam na existência de Centrais de Regulação (CR).

A regulação assistencial tem como tarefa primordial organizar a oferta de serviços, funcionando como interface entre sujeitos envolvidos na ação, além de serviços públicos e privados. Essa regulação é atravessada por quatro linhas de força: o Estado e os serviços públicos, os serviços privados, os trabalhadores na sua ação cotidiana, e os usuários que buscam os serviços. Trata-se de um sistema contraditório e repleto de tensões, próprio de um cenário complexo e que contempla diferentes sujeitos no curso da sua ação. O processo regulatório sofre de diversas deficiências, sendo pouco resolutivo na maioria das experiências relatadas. Vários são os elementos que explicam esse cenário.

4.5.2.1. O processo de trabalho na Central de Regulação

Numerosos são os obstáculos que permeiam o processo de trabalho nas CR, contribuindo para a incipiência ou ineficiência da regulação assistencial. Dentre eles encontramos: (a) espaço físico inadequado; (b) recursos humanos e apoio logístico insuficientes; (c) tecnologia da informação indisponível ou instável e insuficiente; (d) ausência de capacitação específica para os trabalhadores das CR; (e) ausência de protocolos de regulação; (f) pouca aderência aos protocolos de regulação, quando existem, por parte dos

atores envolvidos, reguladores, prestadores e solicitantes (EVANGELISTA et al, 2008; SERRA; RODRIGUES, 2010; SANTOS et al, 2012).

Apesar da reconhecida importância da informatização para organização de serviços e fluxos, essa certamente não deveria ser adotada como medida isolada. Não é uma panaceia, capaz de solucionar todos os problemas relacionados ao acesso aos serviços, tão complexo com várias determinações (SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010).

O desenvolvimento e aplicação de protocolos assistenciais tomam como premissa que protocolos clínicos e de regulação são ferramenta útil para os sistemas de saúde universais e redes de cuidados de saúde baseadas na atenção primária e nos sistemas de regulação. Há a expectativa que a implementação desse protocolo possa minimizar o descompasso entre as necessidades dos pacientes e as modalidades de serviço oferecidas, contribuindo para a configuração de redes assistenciais mais cooperativas (SANTOS et al, 2008; PAULA et al, 2011).

4.5.2.2. A atuação da Central de Regulação

Dois aspectos principais influem na atuação da CR: escopo e relação com outros atores. O processo regulatório pode ser unificado ou estratificado, por linhas de atenção. Nesse caso, pode-se encontrar a ação regulatória segmentada por nível de atenção, ambulatorial ou hospitalar (leitos), ou ainda por linhas de cuidado, por exemplo: cardiovascular, câncer, terapia dialítica, entre outros. O termo complexos reguladores é frequentemente empregado para esse cenário de subdivisões no processo regulatório. Há ainda exemplos de ação regulatória restrita à rede conveniada, não havendo controle sobre as unidades próprias da administração pública.

A ação regulatória também encontra na relação com a rede de serviços um de seus maiores desafios. A estruturação de fluxos assistenciais, a partir de um processo de discussão com os profissionais das unidades básicas e especializadas é fundamental. Sendo necessário considerar também o conceito de acessibilidade geográfica, quanto à distância e ao tempo de locomoção dos usuários para chegarem aos serviços, na pactuação desses fluxos. A atuação ótima dos reguladores depende de pactos entre prestadores e cumprimento de acordos. No entanto, em caso de descumprimento dos acordos, a CR, na figura de seus profissionais reguladores, em geral, encontra-se incapaz de impor qualquer decisão, pois as unidades executantes não respondem às CR e não são monitoradas por elas. Essa situação, em geral se explica pelo insuficiente respaldo político das CR.

Outro aspecto que é transversal a atuação da CR é a relação entre as esferas de governo. É comum que o município não detenha o comando único da regulação e/ou que não faça cogestão de leitos. Muitas vezes o estado centraliza a provisão de média e alta complexidade. A disposição técnica e política das esferas municipal e estadual em promover a conformação de redes regionalizadas e de um complexo regulador/regulatório compartilhado é fundamental para que a ação regulatória se consubstancie. Muitas vezes há resistência de uma ou ambas as esferas para a atuação coordenada e compartilhada.

4.5.2.3. A rede de serviços: oferta, demanda e necessidades de saúde

Um primeiro problema no que tange a oferta é sua insuficiência absoluta, culminando na organização de cotas para realização de exames e consultas. As CR são importantes para mediar o acesso aos serviços, otimizando recursos insuficientes para a demanda. A insuficiência também pode ser relativa, devido a existência de vagas para exames, consultas e leitos na rede que não estão disponíveis para regulação pelas CR. Esse desconhecimento da rede assistencial, a ausência de diagnóstico sobre capacidade instalada, limita severamente a atuação da CR, impondo dificuldade em identificar áreas críticas e necessidades de maneira ampliada. A regulação assistencial terá potencial limitado de promover acesso equânime e integral enquanto for restrito à parcela dos serviços disponíveis, não formar redes de atenção regionais, não estabelecer pactos efetivos entre entes públicos e não subordinar os interesses privados. Em lugar disso, frequentemente encontra-se fragmentação da autonomia da regulação; rede de relacionamentos determinando o acesso; e ausência de comando único. Assim, é comum as práticas nas CR serem pouco efetivas e dependentes de mecanismos não formais de ação (EVANGELISTA, 2008; FERREIRA, 2010; SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010; SERRA; RODRIGUES, 2010; GAWRYSZEWSKI et al, 2012; ALBUQUERQUE et al, 2013).

Quanto à demanda identifica-se excesso de solicitações para atenção especializada, interpretada como resultado da baixa resolutividade da Atenção Básica. A falta de qualificação sistemática do processo de trabalho e ampliação dos níveis de resolubilidade, inclusive da assistência especializada no nível secundário, impede a redução da produção de uma procura artificial por serviços especializados (SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010). Além disso, as deficiências de apoio técnico às equipes de AB e a inexistência de processos institucionalizados de contrarreferência tornam a ação regulatória limitada (BADUY, 2011).

Por outro lado, o acesso aos serviços sofre de grande distância dos serviços especializados, dinâmicas de funcionamento complexas e difíceis para os pacientes,

deslocamentos múltiplos para realização de exames, restrições financeiras. Dessa maneira, a existência dos serviços fora do contexto de fluxos assistenciais geograficamente ponderados não resolve as demandas assistenciais e ainda contribuem para um elevado absenteísmo do usuário e, por consequência, para a ociosidade relativa dos serviços especializados (FERREIRA, 2010; SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010; SILVA et al, 2011; SILVA et al, 2012; VIEGAS e PENNA, 2013).

O planejamento e regulação da oferta tende a ocorrer sem correlação com as necessidades de saúde da população e com pouco controle sobre as unidades de nível secundário. A falta de redes de atenção regionais e de pactos efetivos entre as esferas de governo tem dificultado a construção e consolidação de complexos regulatórios compartilhados entre estado e municípios. A regulação assistencial no SUS é uma ação complexa. A informatização e implantação de centrais de internação, consultas e exames, geralmente representa apenas uma adequação da demanda à oferta disponível. Assim as CR ainda são instrumentos insuficientes para garantir o acesso, ficando claro que o processo de regulação assistencial exige uma regulação mais ampla da rede (SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010; SILVA et al, 2012; VIEGAS; PENNA, 2013; ALBUQUERQUE et al, 2014).

4.5.2.4. Potencial das Centrais de Regulação

A organização do complexo regulador tem enorme potencial para garantia do acesso e da equidade. Pode se constituir local de referência e articulação, pode produzir descrição pormenorizada e a quantificação da oferta disponível e/ou necessária, suporte para toda a programação de saúde, produção do mapa de recursos assistenciais, pode organizar a oferta e promover negociações com os serviços. Centralizando o gerenciamento dos recursos assistenciais, assumindo o controle das agendas (com auxílio de sistemas de informação) pode prover informação mais qualificada para o usuário. Pode inclusive com a reorganização da oferta aumentar a disponibilidade dos recursos.

Para a constituição da rede de atenção resolutiva e humanizada, a CR tem como potencial conciliar e dirigir uma diversidade de atores e suas condutas, sua oferta e seu modo de acesso. Pode melhorar a comunicação difícil entre os diferentes pontos de atenção, além de suscitar reflexões sobre a solidariedade na rede e sobre a distância do usuário, do controle social.

A CR pode funcionar como fomentadora da avaliação para a gestão, estimulando a percepção de que a educação permanente acerca da organização e avaliação do sistema é

necessária e benéfica; favorecendo o conhecimento e visualização da rede como um todo, suas demandas, debilidades, fortalezas, possibilidades de programação e aspectos de seu controle, o que o tornou importante fomentador da prática avaliativa; desvelando situações de privilégios corporativos responsáveis por muitos momentos de conflitos entre trabalhadores, prestadores conveniados e usuários com o gestor local; estimulando melhoria dos registros dos dados de saúde, tanto nos serviços próprios quanto conveniados, ação fundamental na construção de bancos de dados mais fidedignos para a geração de informações de saúde que abastecerão o processo organizacional, avaliativo e de tomada de decisão (FERREIRA, 2010; GAWRYSZEWSKI et al, 2012).

5. A ATENÇÃO HOSPITALAR NO SUS

A partir da leitura de que a regulação assistencial constitui estratégia e ferramenta para buscar responder a um desequilíbrio entre demanda e oferta, faz-se premente uma discussão sobre a atenção hospitalar no SUS, pois, entre outros motivos, o leito hospitalar é um recurso que impacta sobremaneira o desempenho da função de regulação assistencial. Um cenário, um tanto trágico, que em parte ilustra essa questão crucial da atenção hospitalar é a superlotação dos serviços de emergência. Um fenômeno comum é o do prolongado tempo de permanência nos serviços de emergência, que tem como causa principal a indisponibilidade de leitos para internação (GRABOIS; BITTENCOURT, 2014). Constituindo a faceta mais visível das dificuldades do sistema de saúde em atender às necessidades da população, a superlotação dos serviços de emergência reflete o baixo desempenho do sistema de saúde como um todo e do hospital em particular (BITTENCOURT; HORTALE, 2009).

A primeira portaria ministerial abordando o componente hospitalar da rede de urgência e emergência foi publicada em 2011 (BRASIL, 2011), inaugurando um momento novo na política de urgências, em que ganha prioridade a retaguarda hospitalar no âmbito da atenção às urgências. Considerando que as primeiras portarias implementando a PNAU e o SAMU foram editadas quase uma década antes, identifica-se que a atenção hospitalar nesse contexto ganhou destaque apenas tardiamente.

5.1. Panorama do setor hospitalar no Brasil

Dentre as tendências mais recentes para a organização hospitalar no mundo destaca-se a desospitalização, com uma redução do número de leitos em quase todos os países, independente do tamanho do parque hospitalar, aliada a expansão das modalidades de cuidado ambulatorial ou no formato hospital-dia. Salienta-se ainda o aumento do número de internações e aumento do porte médio dos hospitais, bem como o uma maior regulação do acesso e integração do hospital com a rede de serviços. O Brasil acompanhou algumas dessas tendências, mas outras não

A rede hospitalar brasileira contava, em 2014, com 8.026 estabelecimentos de internação (equivalentes a hospitais), sendo 40,5% públicos, e 347.032 leitos SUS, dos quais 50,3% são públicos (DE NEGRI, 2014). Em 2002, eram 7.400 estabelecimentos com 471 mil leitos (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

O setor hospitalar brasileiro é composto por três subsetores: público, conveniado e privado. O subsetor público engloba os estabelecimentos administrados pela esfera governamental federal, estadual e municipal, em sua maioria financiados pelo poder público. Cerca de 70% desses hospitais são municipais. Do restante, a maioria é estadual, sendo que o governo federal opera apenas uma pequena parcela de hospitais, através do MEC e do MS. Dentre os hospitais conveniados ou contratados pelo SUS, metade são instituições sem fins lucrativos. Destaca-se que 70% dos estabelecimentos privados recebem financiamentos público. Hospitais privados com fins lucrativos e alguns filantrópicos não financiados pelo SUS, constituem 20% de todas as unidades hospitalares e 30% de todos os hospitais privados (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

Em 2009, dos leitos disponíveis no Brasil, apenas 36% eram públicos e os 64% restantes privados. Porém, do total de leitos privados, 78% deles prestam serviços para o SUS e apenas 22% se mantêm sem recursos do setor público (DE NEGRI, 2012).

Em dezembro de 2014, o panorama geral de distribuição dos serviços com internações era de predomínio de hospitais gerais, seja na rede SUS, particular ou conveniada. A maioria dos leitos SUS (54%) ofertados pelo setor público, sendo os 46% restantes vinculados a estabelecimentos filantrópicos (26%) ou privados (20%). Os estabelecimentos com leito de internação estão concentrados nas regiões Sudeste e Nordeste, com 27,8% e 36,6% respectivamente (DE NEGRI, 2014).

A maioria dos hospitais brasileiros é de pequeno porte, com menos de 50 leitos. Em 2005, havia 4.073 estabelecimentos com 50 leitos ou menos, perfazendo 65,5% dos estabelecimentos existentes, sendo 2.697 (43,4%) com até 30 leitos. Em 2014, 5.120 estabelecimentos possuíam menos de 50 leitos (63,7%), sendo 3.652 (45,5%) com até 30 leitos. Dos 1811 novos estabelecimentos com internações criados no período, 53% deles tinham entre 1 e 30 leitos e 58% entre 1 e 50 leitos. Os estabelecimentos que poderiam ser considerados de médio porte (51 a 150 leitos) compunham 26,3% dos serviços e os de grande porte – acima de 151 leitos, apenas 10% (DE NEGRI, 2014). A classificação por portes adotada pelo Ministério da Saúde, segundo De Negri (2014), é questionável à luz de parâmetros internacionais, que consideram hospitais com menos de 100 leitos economicamente inviáveis e que, quando instalados em cidades de pequeno porte e baixo desenvolvimento econômico, raramente conseguem compor e fixar suas equipes profissionais, em especial os médicos.

Os leitos do conjunto destes estabelecimentos têm a seguinte distribuição: 22,4% deles estão localizados nos hospitais de pequeno porte (77.836 leitos). Outros 33,3% estão localizados nos hospitais de médio porte, entre 51 e 150 leitos, totalizando 55,5% dos leitos

SUS disponíveis. Os 44,3% restantes estão entre as faixas de 151 a 250 (19%), 251 a 500 (16,4%) e maior que 500 leitos (8,9%). A distribuição de leitos entre as várias faixas se apresenta de forma diferente nas várias regiões do país. Para todas temos a maior concentração da oferta em estabelecimentos com 51 a 150 leitos, mas no Centro-Oeste e Nordeste, a segunda maior oferta está entre 1 e 30 leitos e, em contrapartida, nas regiões Norte, Sul e Sudeste a segunda maior concentração está em estabelecimentos com 151 a 250 leitos. As maiores concentrações percentuais de serviços com até 50 leitos estão na região Nordeste. Já as maiores concentrações de serviços com em todas as faixas acima dos 51 leitos estão na região Sudeste (DE NEGRI, 2014).

Houve uma tendência de aumento do número de estabelecimentos, que foi mais acentuada nas capitais. Essa ampliação da rede hospitalar ocorreu através da implantação de unidades hospitalares pequenas, demonstrada pela queda do número médio de leitos de internação por estabelecimento, que caiu de 46 em 2005 para 38 em 2014 para o Brasil. Alguns estados apresentaram reduções bastante marcantes: Rio de Janeiro (74 – 49), São Paulo (72 – 53) e o Distrito Federal (90 – 57). Nas unidades da federação não são encontradas médias acima de 100 leitos. Nas capitais, em 2005, as duas cidades com os maiores hospitais do país, São Paulo e Porto Alegre, tinham média de leitos de internação por estabelecimento de 130 e 186, respectivamente. Em 2014 apenas Porto Alegre manteve a média acima dos 100 leitos (119). Supõe-se que este crescimento tenha sido, em certa medida, estimulado pela Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte – HPP, instituída pela Portaria GM/MS 1044 (De Negri, 2014). Dos estabelecimentos hospitalares existentes no país, 60% estão localizados em município com menos de 50 mil habitantes (DE NEGRI, 2012).

No Brasil, o número total de leitos hospitalares aumentou durante a década de 70 e 80 e começou a declinar desde 1990 até 2009, tanto no setor público como no setor privado. Observou-se também a diminuição no total de leitos SUS - somatória dos leitos públicos com os leitos do setor privado conveniado ou contratado pelo SUS (DE NEGRI, 2012). No período entre 2005 e 2014, também se observou o fenômeno de diminuição no número total de leitos existentes (4,2%) na maioria das unidades federadas, porém com ampliação (6,2%) nas capitais (DE NEGRI, 2014). Todavia, estudo anterior, salienta que as maiores ofertas observadas nas capitais se transformam em escassez de leitos quando se analisa essas cidades com o conjunto de municípios do seu entorno, uma realidade que atinge a maioria das regiões metropolitanas do país (DE NEGRI, 2012).

Os leitos SUS sofreram diminuição (10,5%) e os leitos não SUS aumento (16,5%), no período de 2005 a 2014. Dentre os leitos SUS, os leitos públicos apresentaram crescimento

(13% nas UF e 11,9% nas capitais), enquanto na rede SUS de estabelecimentos filantrópicos houve diminuição, tanto nas unidades federadas quanto nas capitais, 5,6% e 2,3% respectivamente. Os leitos SUS privados sofreram ainda maior redução, 48,8% entre as unidades federadas e 45,4% entre as capitais. Observa-se que a maior redução de leitos SUS se deu nos estabelecimentos privados (50.214), acompanhada por um aumento de leitos SUS públicos proporcionalmente menor (18.853).

Em consonância com a diminuição do número absoluto de leitos e aliado ao crescimento da população, observou-se uma redução progressiva da relação de leitos para mil habitantes. Em 2009, a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) já apontava o número de leitos para cuidados hospitalares do Brasil como um dos menores do mundo: 1,8 leitos por 1000 habitantes, em 2009, atrás apenas do México (1,7/1.000), da Indonésia (0,7/1.000) e Índia (0,5/1000), sendo 4,9 leitos/1.000 habitantes a oferta média dos países da comunidade europeia (DE NEGRI, 2012).

A oferta de leitos hospitalares existentes (soma do total SUS e não-SUS), vem caindo nos últimos anos saindo de 2,51 leitos/1000 habitantes em dezembro de 2005, para 2,19 leitos/1000 habitantes em dezembro de 2014. Nenhum estado da federação contempla o parâmetro estabelecido na Portaria MS/GM nº 1101/2002. A maior oferta é encontrada no Rio Grande do Sul (2,80) e a menor em Sergipe (1,47). Dentre os leitos SUS, a situação fica ainda mais grave, com uma oferta de 1,92 em dezembro de 2005 que cai para 1,56 em dezembro de 2014. Essa tendência se repete na maioria das capitais. Em dezembro de 2014, dentre as capitais, a oferta de leitos SUS variou de 3,99 leitos/1000 habitantes em Recife a 1,25 leitos/1000 habitantes em São Paulo, sendo a média das capitais de 1,88 leitos/1000. Também entre os leitos não-SUS identificou-se redução da oferta entre dezembro de 2005 e dezembro de 2014, com a exceção de Acre, Pará e Rio de Janeiro, onde houve aumento da oferta. Em dezembro de 2014, a oferta de leitos não-SUS por unidade federada, variava de 5,46 leitos/1000 habitantes no Pará a 1,31 leitos/1000 habitantes em Roraima, com média de 2,41 leitos/1000 para o Brasil. Para as capitais, observou-se a maior oferta – 6,14 leitos/1000 habitantes em Goiânia e a menor – 1,35 em Boa Vista, com média de 2,55/1000.

A oferta total de leitos no país, incluídos os leitos públicos, filantrópicos e privados não logra atingir o parâmetro preconizado pelo Ministério da Saúde de 2,5 a 3 leitos/1000 habitantes (Portaria 1101/2002), nem tão pouco os 4,5 leitos/1000 habitantes, sendo 3/1000 para pacientes agudos, 1/1000 para procedimentos eletivos e 0,5/1000 para pacientes com necessidades de cuidados prolongados, continuados ou paliativos, advogados por De Negri (2014).

A redução dos leitos teve impacto em todas as especialidades registradas no CNES, exceto pelos leitos-dia. Assim, os leitos clínicos, que em 2005 somavam 108.903, em 2014 caíram para 107.527 leitos (1,3%). Os leitos cirúrgicos diminuíram de 75.799 em 2005 para 75.485 em 2014 (0,4%). Os leitos obstétricos somavam 50.133 em 2005 e em 2014 eram 41.989 (-16,2%). Os leitos pediátricos caíram 22,6% no período, indo de 57.238 em 2005 para 44.326 em 2014. Nos leitos denominados outras especialidades (leitos de crônicos, psiquiatria, reabilitação e fisiologia), encontramos o maior percentual de redução, com 28,3%, partindo de 58.630 leitos em 2005 e chegando a 42.021 em 2014. Em relação aos leitos dia, houve o único aumento entre todas as especialidades, com crescimento de 2086 leitos (184,8%), indo de 2460 em 2005 para 4546 em 2014. No conjunto dos leitos SUS, houve crescimento da oferta nos leitos públicos e redução da oferta entre os leitos filantrópicos e privados, exceto pelos leitos "outras especialidades" que sofreram aumento dentro os leitos filantrópicos, bem como os leitos dia. Entre os leitos não-SUS houve crescimento da oferta em todas as especialidades, da ordem de 3% em pediatria e obstetrícia, 19% em clínica e cirurgia, 14% em outras especialidades e 149% em leitos dia (DE NEGRI, 2014).

As reduções na especialidade de clínica médica já tinham sido observadas em outro estudo, que relatou redução de 4,5% no número de internações e de 27,6% no número de leitos entre 1999 e 2009. Além da redução geral, as internações em clínica médica apresentaram números praticamente iguais para a população idosa, com acréscimo, no período, de 6,58 milhões de idosos (51,3%). Em 1999 ocorreram 124,8 internações por habitantes com idade maior que 60 anos, havendo uma redução para 84,8 em 2009, quando, esperava-se que essa população demandasse um maior número de cuidados tanto ambulatoriais quanto hospitalares. Esses resultados foram considerados incompatíveis com o crescimento de 28,3 milhões da população adulta, o seu envelhecimento no período e a consequente necessidade de internações com um grau de complexidade maior. Mesmo tendo-se em vista os avanços que tem permitido ampliação do tratamento ambulatorial ou domiciliar para um grande número de patologias (MENDES et al, 2012).

Para os leitos de terapia intensiva, denominados leitos complementares no CNES, houve tendência de crescimento, entre 2008 e 2014, com aumento de 29,8% nos leitos existentes, 25,7% nos leitos SUS e 34,3% nos leitos não-SUS. Esses leitos são em sua maioria privados, com 61,6% dos 54.636 leitos. A esfera estadual abriga 22,5% desses leitos e as esferas federal e municipal respondem por 4,5% e 11,2%, respectivamente. Considerando apenas a oferta de leitos complementares SUS, tem-se apenas metade do parque existente (50,8%), com 27.749 leitos, sendo 43,6% deles ofertados pelo setor privado, incluídos os estabelecimentos

filantrópicos. Os leitos ofertados pela esfera estadual constituem o segundo maior conjunto de leitos complementares SUS, com 33,3% do total. As esferas municipal e federal respondem por 16,3% e 6,6% dos leitos de terapia intensiva, respectivamente. Ainda assim, a tendência foi de crescimento na maioria das unidades federadas e capitais (DE NEGRI, 2014).

A oferta de leitos de Terapia Intensiva Adulto, teve crescimento de 31,4% no total de leitos existentes no período, sendo 42,4% de crescimento nos leitos de Terapia Intensiva SUS e 22,3% nos leitos não-SUS, embora a oferta total de leitos não-SUS ainda permaneça maior que a de leitos SUS. A maioria desses leitos se encontra em estabelecimentos privados (53%), sendo destes, 73% filantrópicos. A esfera estadual abriga o segundo maior parque de leitos (29%), seguindo a tendência global dos leitos de terapia intensiva. A oferta desses leitos sofreu aumento em todas as unidades federadas sem exceção (DE NEGRI, 2014).

Em contraste com a tendência geral de redução de leitos, exceto pelos de Terapia Intensiva, o número de internações vem aumentando significativamente na rede de hospitais públicos, enquanto se reduz na rede privada (COELHO, 2016).

A análise das taxas de ocupação e dos tempos de permanência dos hospitais brasileiros permite ver mais claramente o panorama da atenção hospitalar no Brasil. No que diz respeito à taxa de ocupação observa-se que no Brasil como um todo, e na maioria dos estados, temos um mosaico de cerca de 20% dos leitos com taxas de ocupação acima de 90% e outros 50 a 60% deles com taxas de ocupação até 50%, o que significa que há superlotação e ociosidade, mostrando que a localização, acesso e qualificação de leitos e estabelecimentos determinam sua procura e ocupação, compondo um complexo cenário de escassez onde também sobram leitos (DE NEGRI, 2014). O cenário nacional é de um grande número de leitos hospitalares localizados em pequenos estabelecimentos com baixa capacidade resolutive e baixas taxas de ocupação, o que vem sendo interpretado por muitos gestores como “excesso de oferta de leitos” e não como “insuficiência técnica para sua utilização” (DE NEGRI, 2012). Dessa maneira, discutir o conceito de leito e reafirmar, elencar ou delinear um conjunto de condições mínimas para que uma “cama” possa passar a ser encarada como leito hospitalar é fundamental, como salienta De Negri (2014).

Quanto ao tempo de permanência, observamos que a maior concentração se dá nas faixas de tempo de permanência até 8 dias, somando 73,6% no total das faixas de número de leitos. Nesse sentido, o Brasil segue as tendências internacionais. Nas faixas de 1 a 30 e 31 a 50 leitos a maior frequência de internações tem tempo médio de até 3 dias, já na faixa de 51 a 150 leitos, onde ocorre a maior concentração dos leitos SUS disponíveis, o tempo médio de permanência observado com maior frequência é de até 8 dias (27,1%). O tempo de permanência

de 8 a 15 dias é observado na utilização de 10,6% dos leitos, 15 a 30 dias – 8,6% e maior que 30 dias – 5,2%. As maiores concentrações de longa permanência, ou seja, acima de 30 dias, estão nos hospitais de maior porte, nas faixas acima de 151 leitos. Para o Brasil, cerca de 20% dos leitos apresentaram utilização com até 3 dias de tempo médio de permanência. A faixa de tempo de permanência entre 3 a 8 dias é a predominante em todos os estados, apresentando percentual de cerca de 50% para o Brasil (DE NEGRI, 2014).

Analisando os tempos médios de permanência nas capitais, observamos que a concentração média para o Brasil se apresentou muito menor, menos de 5%, na primeira faixa (até 3 dias), se manteve na faixa de 3 a 8 dias e mais que dobrou na faixa de 8 a 15 dias. As concentrações na faixa de 15 a 30 dias também se mostram mais expressivas na maioria das capitais. Este fenômeno parece indicar que há maior concentração de casos graves nos hospitais das capitais, por sua maior complexidade, pois, de fato, em geral, é onde se apresentam com maior densidade os recursos humanos e tecnológicos (DE NEGRI, 2014).

Observa-se que o Brasil acompanhou a tendência mundial de redução de leitos hospitalares e aumento do número de internações. A ampliação das modalidades ambulatoriais de diagnóstico e cuidado parecem não ter acompanhado em número e resolutividade a redução dos leitos hospitalares. Quanto ao porte dos hospitais, estamos na contramão, mantendo e ampliando unidades de pequeno porte. A regulação do acesso e a integração na rede de serviços segue como uma necessidade reconhecida e objetivo a ser alcançado.

5.2. Considerações sobre dimensionamento e tipologia da atenção hospitalar

A caracterização da assistência hospitalar em termos de tamanho e capacidade instalada permite entrever apenas parcialmente o cenário da atenção hospitalar. É necessário compreender quais elementos são pertinentes para caminhar na direção de um adequado dimensionamento da rede hospitalar e de uma oferta de leitos hospitalares melhor estruturada para atender às demandas impostas pela transição epidemiológica e demográfica particular do Brasil.

O número de leitos é uma variável muito pobre para medir a capacidade de atenção de um determinado sistema. Uma cama só pode ser considerada um “leito” hospitalar apto a contribuir para o adequado cuidado à saúde se cumprir requisitos mínimos dentro da proposta assistencial da unidade de internação em que se insere. Assim, do ponto de vista do hospital, um leito hospitalar requer: (a) recursos humanos adequadamente dimensionados às necessidades dos serviços e dos pacientes; (b) treinamento e capacitação adequados para as

atividades pertinentes a cada tipo de cuidado; (c) aporte tecnológico adequado em quantidade e qualidade; (d) fluxos e processos de trabalho internos bem determinados, em plena aplicação e com monitoramento sistemático. Do ponto de vista da rede, a resolutividade de um leito hospitalar é fortemente contingenciada por dois aspectos: (1) acesso à uma oferta loco-regional organizada, em rede; (2) rigorosa regulação da oferta ambulatorial e hospitalar (DE NEGRI, 2012).

Pertinente salientar que o porte do hospital tem correlação com a possibilidade de se sustentar economicamente uma certa densidade tecnológica e, por conseguinte, um determinado nível de resolutividade. Dessa forma, é forçoso comentar a questão dos Hospitais de Pequeno Porte (HPP) no Brasil, tanto pelo seu impacto na composição do parque hospitalar brasileiro quanto pela existência de política específica para tais unidades. O escopo de atendimento dos HPP, em 2005, mostrava grande sobreposição com a AB. Além disso, a capacidade de atendimento ambulatorial ou hospitalar nas especialidades básicas é muito variável. O conjunto dos equipamentos médico-hospitalares mais frequentes nos HPP aponta para uma baixa densidade tecnológica, compatível com unidades voltadas para ações de baixa complexidade. No entanto, a baixa frequência de alguns equipamentos (Raio-X e Ultrassonografia) indicam uma capacidade resolutiva limitada (UGÁ; LÓPEZ, 2007). Em estudos sobre a atenção pré-hospitalar no Brasil, os hospitais de pequeno porte foram destacados por serem a modalidade predominante no interior, serem pouco resolutivos e atrapalharem no dimensionamento da necessidade de leitos. Incapazes de cumprir sua função de unidade de internação em algumas localidades, por deficiências estruturais e de recursos humanos, os hospitais de pequeno porte funcionam como unidades pré-hospitalares, atendendo apenas demanda espontânea (O'DWYER et al, 2017a; O'DWYER et al, 2017b).

O processo de redução de leitos ocorrido em países centrais se apoiou fortemente em dois elementos. Primeiro, houve um processo de qualificação da atenção hospitalar, incluindo: (a) redução de internações desnecessárias; (b) qualificação do cuidado prestado e desenvolvimento da gestão clínica no ambiente hospitalar; (c) redução dos tempos de permanência; (d) agilização das altas hospitalares; (e) transferência do cuidado nos casos de cronicidade das patologias ou de necessidade de monitoramento clínico constante. Em segundo lugar, houve uma transição do padrão de assistência hospitalar para uma assistência ambulatorial mais abrangente, incluindo: (a) ampliação de procedimentos cirúrgicos ambulatoriais; (b) oferta de procedimentos diagnósticos e terapêuticos em leitos-dia; (c) desenvolvimento de equipamentos e formas alternativas de cuidado, como: atenção domiciliar com apoio nas áreas de saúde e social; centros de cuidado continuado para pacientes com

restrição de autonomia e sem possibilidade de apoio familiar; (d) qualificação do cuidado e desenvolvimento da gestão clínica nas redes de atenção (DE NEGRI, 2012).

A escassez de leitos afeta negativamente a qualidade da atenção e dos serviços de saúde, seja diretamente através do prejuízo na qualidade das internações e de seus resultados ou indiretamente, como se vê no caso da superlotação dos serviços de urgência e nos tempos de espera para procedimentos eletivos (DE NEGRI, 2012).

Em resumo, a oferta assistencial precisa ser reformulada. Em uma vertente, é desejável a qualificação e reorganização na direção de uma especialização da assistência hospitalar tradicional, dividindo-a em: (a) serviços hospitalares destinados à internação de agudos; (b) serviços hospitalares destinados à realização de procedimentos eletivos seja na modalidade de leito-dia ou com internação; e (c) serviços hospitalares para o cuidado de pacientes que necessitam de cuidados prolongados, paliativos ou de saúde mental. Em outra vertente, é necessária que se ofertem serviços não hospitalares como: (a) leitos para internação domiciliar, respaldados por equipes de saúde treinadas nesse tipo de cuidado e estar integrados aos demais pontos da rede de atenção para apoio nas agudizações e intercorrências; e (b) leitos em instituições não hospitalares, ligados à saúde, à assistência social ou a ambos, destinados ao cuidado de pessoas dependentes, que não contem com a possibilidade do cuidado familiar. Não só a tipologia dos serviços necessita ser remodelada, como é essencial rever o tamanho, a densidade tecnológica e a localização dos estabelecimentos hospitalares existentes, a fim de estabelecer uma relação ótima entre escala e acessibilidade, favorecendo a equidade e universalidade na atenção hospitalar do SUS (DE NEGRI, 2012).

5.3. Acesso e desempenho hospitalar no SUS

O acesso ao hospital é percebido pela população como uma das maiores dificuldades no sistema de saúde brasileiro. Um inquérito populacional que buscava avaliar as dificuldades de acesso à atenção médica para adultos, que entrevistou cerca de 12.000 pessoas, identificou que a barreira mais prevalente foi a impossibilidade de ser hospitalizado ou ter acesso à hospitalização, entre aqueles que relataram necessidade de serem hospitalizados. A maioria (30%) relatava a necessidade de internação para cirurgia de emergência ou para submeter-se a exames (20%). Dos adultos que foram hospitalizados, 42,9% receberam alta sem consulta de seguimento marcada. Dos que tiveram consulta de seguimento marcada, 20,6% não chegaram a ser consultados, sendo 4,7% por dificuldades dentro do sistema de saúde, dos quais 1,9% por

indisponibilidades de consultas; 0,9% por ausência de médico no local de atendimento; e 1,9% por ausência de médicos do SUS (DILÉLIO, 2015).

O acesso ao atendimento de emergência também foi considerado frequentemente difícil. Dos entrevistados buscando atendimento de emergência, 2,1% não o receberam. Cerca de metade (49%) desistiu de esperar por atendimento devido ao longo tempo de espera e o problema que motivou a busca por atendimento piorou em 16,3% dos casos. Dos que receberam atendimento de emergência, 85,1% receberam alta sem encaminhamento para consulta de seguimento e 28,4% dos que foram encaminhados não compareceram às consultas. As dificuldades de acesso para consultas de seguimento relativas a problemas dentro do sistema de saúde respondem por 8,8% dos casos, sendo 1,1% indisponibilidade de consultas, 5,5% ausência de médico no local de atendimento e 2,2% ausência de médico do SUS (DILÉLIO, 2015).

A maior causa das dificuldades de acesso encontradas por aqueles buscando atendimento foram problemas estruturais e organizacionais: falta de leitos hospitalares, longos tempos de espera, falta de profissionais de saúde, indisponibilidade de consultas ou do tipo de atendimento requerido (DILÉLIO, 2015).

Uma manifestação frequente e problemática da dificuldade de acesso ao leito hospitalar é a superlotação das emergências hospitalares. Dois fenômenos são identificados como explicativos desse processo: o grande número de atendimentos nos serviços de emergência hospitalar, indicativo do baixo desempenho do sistema de saúde e a superlotação desses serviços sinalizadora do mau desempenho do hospital e de sua rede (BITTENCOURT; HORTALE, 2009).

Dificuldades de acesso aos serviços de média/alta complexidade são frequentemente relatadas por gestores. Acesso dificultado a consultas e exames especializados, tanto no que diz respeito ao agendamento quanto pela distância entre municípios e capital, se associam ao restrito acesso aos leitos, principalmente de UTI, seja pela escassez, seja por problemas regulatórios. Salienta-se que a ausência ou o inadequado processo de regulação de leitos e internações, além de dificultar o acesso, impede a definição de fluxos formais, resultando em importante obstáculo à oferta de atenção integral e tornando incompleto o processo de integração da rede. O contato informal entre profissionais oportuniza acesso desigual a internações e cirurgias, nem sempre orientados por critérios de prioridade clínica (ALMEIDA et al, 2010; AGUILERA et al, 2013).

Estudo do início da década de 2000, aponta que a oferta de serviços e a configuração espacial são os principais fatores explicativos do acesso à internação hospitalar. Foram

identificados dois padrões principais: um em que a distância tem menor influência sendo o acesso à internação mais homogêneo, relacionados principalmente à disponibilidade de leitos e à qualidade do cuidado prestado; outro em que as condições socioeconômicas têm maior impacto na limitação do uso dos serviços, sendo a distância e a mobilidade os principais problemas (OLIVEIRA et al, 2004b).

Estudo que mapeou as redes de atenção hospitalar no Brasil no que diz respeito à capacidade instalada, apontou que cerca de 75,0% de todas as internações realizadas no país no ano de 2000 ocorreram no município de residência dos pacientes, dado compatível com o fato que 91,0% da população brasileira mora em municípios com hospitais conveniados ao SUS. Foi identificada uma rede de atenção hospitalar básica (baseada na ocorrência de internações para as patologias mais prevalentes) e duas de alta complexidade (cirurgia cardíaca e neurocirurgia). Foi identificada desigualdade regional no acesso, mais acentuada em relação aos serviços mais complexos, sem ser possível, porém avaliar demanda e qualidade da assistência (OLIVEIRA et al, 2004a).

Quando ultrapassada a dificuldade de acesso ao leito hospitalar, comumente depara-se com problemas de desempenho do leito hospitalar. As limitações da capacidade assistencial do hospital constituem de fato barreira ao cuidado integral. Dentre as fragilidades da oferta de serviços dentro dos hospitais tem-se: instalações precárias; equipamentos insuficientes, obsoletos ou inexistentes; contratação e fixação de médicos, principalmente especializados; e ausência ou insuficiência de leitos de UTI (BITTENCOURT; HORTALE, 2009; DUBEUX; CARVALHO, 2009). Dificuldades semelhantes, principalmente no que diz respeito a estrutura e disponibilidade de profissionais, também é frequente nos serviços hospitalares de emergência (O'DWYER et al, 2008; O'DWYER et al, 2009). A qualificação do atendimento nas emergências hospitalares passa pela melhor gestão dos leitos hospitalares, tanto na sua disponibilidade quanto no seu desempenho clínico (BITTENCOURT; HORTALE, 2007).

No que diz respeito à equipe médica, localidades distantes dos centros mais desenvolvidos, em municípios com aparelhos e equipamentos urbanos ainda incipientes e com dificuldades de acesso pelas rodovias estaduais e federais, têm maiores obstáculos na contratação de médicos especializados (DUBEUX; CARVALHO, 2009).

O processo de mudanças da assistência na rede pública de saúde do país ocorrida nos últimos dez anos é caracterizado por quatro aspectos principais: (a) grande redução no número de internações, (b) ampliação da assistência ambulatorial, (c) crescimento da assistência de alta complexidade ambulatorial e hospitalar e (d) uma distribuição dos leitos e das internações nas especialidades não racional em relação às necessidades da população. Tal processo apresenta

algumas características que demonstram ser um movimento não planejado de acordo com as transformações exigidas pelo momento de transição demográfica, social e epidemiológica e uma distribuição não racional das internações nas especialidades.

Os resultados encontrados trazem alguns dados muito positivos como o aumento da assistência de alta complexidade; outros dados trazem consigo uma verdadeira tragédia assistencial como é o caso da redução dos leitos e internações na clínica médica com estabilização no número de idosos internados num momento de crescimento da população adulta e idosa.

A transição assistencial é caracterizada pelo aumento das ações e serviços ambulatoriais e pela redução das necessidades de internações pediátricas e obstétricas e pelo aumento das necessidades de clínica médica, clínica cirúrgica e reabilitação, em decorrência do crescimento da população adulta e idosa, que dependendo das condições sociais, pode ter menores exigências assistenciais (MENDES et al, 2012).

5.4. A política de atenção hospitalar

A Atenção Hospitalar no Brasil somente foi objeto de documentação especificando uma política global para tal segmento no ano de 2013 (BRASIL, 2013). Inclusive depois de ter sido editada portaria ministerial específica para o componente hospitalar da Atenção às Urgências (BRASIL, 2011b).

A política concede clara ênfase à formação de RAS, apoiada no processo de contratualização, buscando construir integração entre regiões e entre as esferas federadas que gerem e executam serviços hospitalares. Todavia não fazia menção à política dos hospitais de pequeno porte e nem à tendência das últimas décadas de redução do número de leitos.

Em 2017, houve atualização desta política através da Portaria de Consolidação número 2 (BRASIL, 2017a). Esta nova versão também não trata da redução dos leitos assim como não faz nenhuma proposta de adequação do parque hospitalar brasileiro. As disposições regulamentares da Política Nacional de Atenção Hospitalar se aplicam a todos os hospitais, públicos ou privados, que prestem ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. Há definição de obrigação pelo ente contratante, mas não há especificidades para os entes estaduais e municipais. São previstos como obrigatórios os Núcleo Interno de Regulação (NIR) e Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar. Apesar de serem previstas Portas Hospitalares de Urgência e Emergência, essa portaria (BRASIL, 2017a) não compõe a política de urgência, editada na Portaria de Consolidação número 3 (BRASIL, 2017b).

A atual política de Hospitais de Pequeno Porte (BRASIL, 2017a) prevê essas unidades em município ou microrregiões de até 30 mil habitantes, podendo ter de 5 a 30 leitos em locais com cobertura de ESF maior ou igual a 70%. Devem atender às especialidades básicas de clínica médica, pediatria e obstetria, realizar pequenas cirurgias e atender urgência e emergência. A taxa de ocupação esperada é de 80% com 5 dias de tempo de permanência. É facultada a participação de estabelecimentos com mais de 30 leitos.

O segmento dos Hospitais Universitários e de Ensino (HUE) é objeto de políticas específicas pelo menos desde 1991 com a criação do Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária (FIDEPS). Em 2004 foi publicada portaria interministerial reformulando a política para esse segmento, buscando o aumento de repasse através de mudanças no financiamento. Ainda assim, são numerosas as análises que apontam as dificuldades de inserção no sistema de saúde, a baixa eficiência e a persistência das fragilidades de financiamento (COELHO, 2016). A política atual para os HUE, hospitais responsáveis por 26% dos leitos de terapia intensiva do SUS, pela realização de 38% dos procedimentos de alta complexidade e por 12% do total de internações, teve início em 2011 com a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), com a justificativa de trazer facilidades para a gestão de pessoas e de orçamento, ao conferir maior autonomia administrativa ao setor. No entanto, o impacto da política da EBSERH ainda carece de avaliação (COELHO, 2016)

Considerando-se que 46% dos leitos SUS encontram-se em hospitais filantrópicos e privados, é relevante salientar que a política de compras de serviços hospitalares no SUS ancorada em uma tabela de pagamento fortemente defasada tem, junto com o crescimento da saúde suplementar, contribuído para um progressivo e considerável desligamento do parque hospitalar privado e filantrópico do SUS (COELHO, 2016).

Outras tendências e necessidades da assistência hospitalar também não são abordadas na política em vigor, como: criação de escalas econômicas mais adequadas para que os serviços tenham maior complexidade, concentrem mais tecnologia tanto em equipamentos quanto em processos; incorporação da integralidade nos discursos de serviços públicos e privados; busca de novas formas de financiamento, haja vista as insuficiências do modelo atual (VECINA; MALIK, 2007).

A conformação do parque hospitalar brasileiro sofreu grande influência da mencionada tendência de desospitalização que varreu o mundo nas últimas décadas. Todavia, no contexto específico da reforma sanitária brasileira, a crítica ao modelo hospitalocêntrico e médico-centrado, que abriu caminho para a ampliação e o fortalecimento da APS, terminou por

contribuir para que a atenção hospitalar permanecesse a margem da prioridade política, com o Estado atuando muito pouco para regular, modernizar e qualificar o setor hospitalar. O movimento de descentralização de caráter mais municipalista que caracterizou os primeiros anos do SUS, a indefinição do papel dos estados e as estratégias de regionalização que até o momento tem encontrado muitas dificuldades de organizar a provisão de serviços também tiveram papel na indefinição da política hospitalar. Por fim, o crescimento da saúde suplementar como mencionado, comprando serviços por valores cinco vezes maiores que os pagos pelo SUS, também contribuiu para o atual cenário, com participação cada vez menor do setor filantrópico e privado (COELHO, 2016).

A fragmentação da atenção hospitalar entre as esferas administrativas é uma característica que representa grande obstáculo a organização de RAS. Muitas vezes mesmo com pactuações encontram-se redes municipais, estaduais ou, em alguns poucos casos, federais que se superpõe e não ordenam sua oferta segundo as necessidades da população. É importante considerar, ainda, que a tradição, o papel e o poder dos hospitais, por sua relação com o poder médico, por sua relativa autonomia funcional e pela possibilidade de constituir clientela próprias, são elementos que contribuem para a fragilização da integralidade da assistência, ancorada na formação de RAS (PINTO; TANAKA; SPEDO, 2009).

6. PERCURSO METODOLÓGICO

A inquietação que motivou essa pesquisa nasceu da vivência das dificuldades de regulação do acesso ao leito hospitalar a partir do trabalho em um hospital no município do Rio de Janeiro. Para Minayo (2010), “nada pode ser intelectualmente um problema se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática”.

Entendendo por metodologia o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade, serão tratados nesse tópico a teoria da abordagem e os instrumentos de operacionalização do conhecimento (MINAYO, 2010).

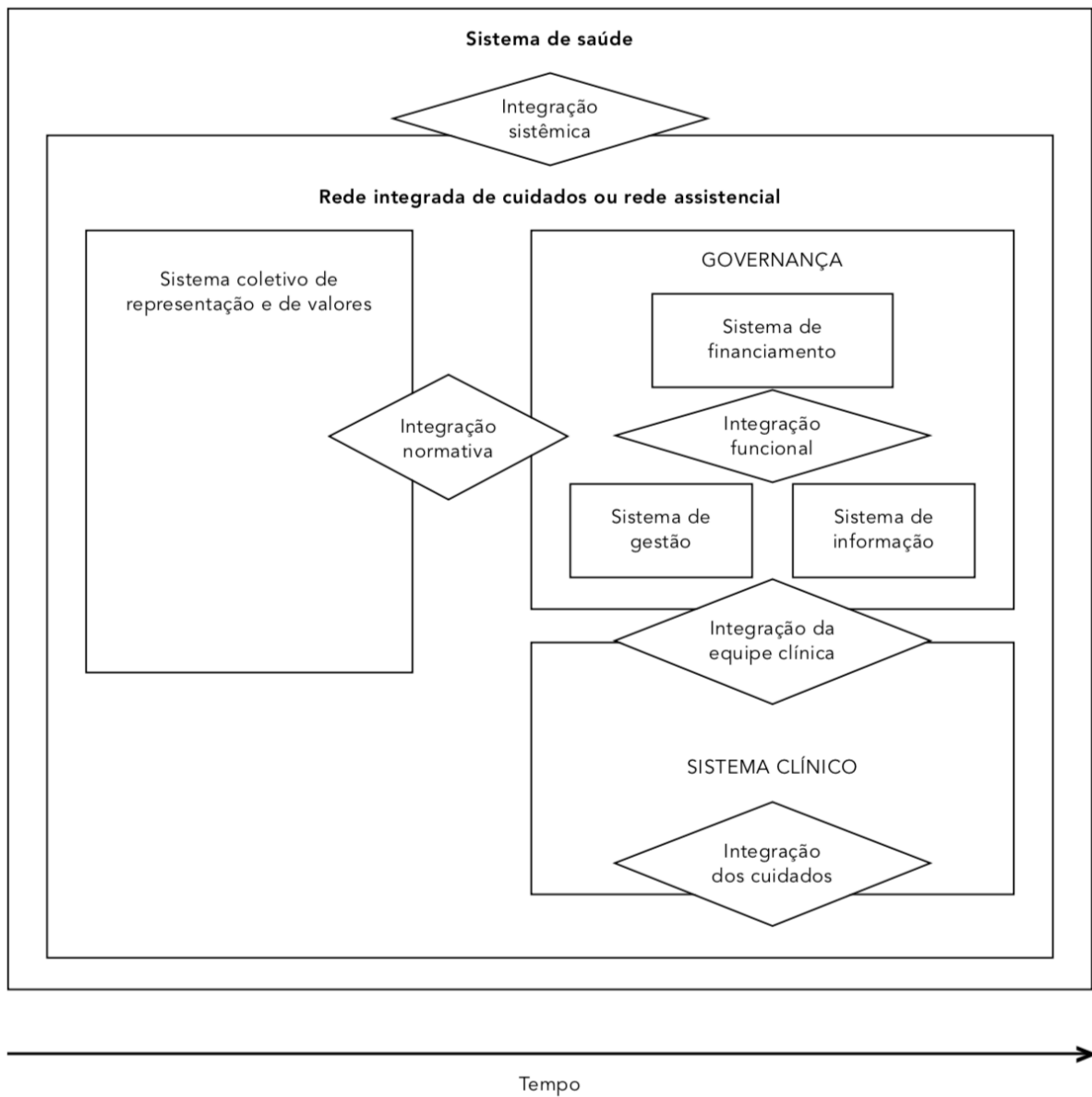
6.1. Abordagem teórica

As teorias são construídas para explicar ou compreender um fenômeno, um processo ou um conjunto de fenômenos e processos (MINAYO, 2010). Dentre várias funções que uma teoria pode cumprir na pesquisa científica, uma delas é a de iluminar a análise dos dados, como uma espécie de grade, a partir da qual podemos enquadrar a interpretação da realidade (MINAYO, 2010).

A regulação em suas diferentes dimensões está intimamente ligada às questões de governança e integralidade, pensadas a partir da conformação de redes de atenção à saúde. O enfrentamento da fragmentação do modelo assistencial, ou, em outras palavras, a busca pela integralidade, requer, entre outros, a integração dos serviços de saúde.

O conceito de integralidade se expressa, em uma de suas dimensões, por meio da questão da integração de serviços e formação de redes assistenciais. A estruturação de redes exige o reconhecimento da interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida. São, portanto, indispensáveis mecanismos de cooperação e coordenação próprios de uma gestão eficiente e responsável dos recursos coletivos, a qual responda às necessidades de saúde individuais em âmbitos local e regional (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004). Num sentido mais amplo, a integração em saúde é um processo que consiste em criar e manter uma governança comum de atores e organizações autônomas, com o propósito de coordenar sua interdependência, permitindo-lhes cooperar para a realização de um projeto coletivo (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Figura 03 - Principais dimensões de um sistema integrado de saúde



Fonte: Hartz; Contandriopoulos, 2004

É possível uma dupla leitura sobre a natureza da rede: como estrutura organizacional, voltada para a produção de serviços, e como uma dinâmica de atores em permanente renegociação de seus papéis, favorecendo novas soluções para velhos problemas num contexto de mudanças e compromissos mútuos (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Essa formulação sobre rede apresentada converge com uma leitura do conceito de governança que a compreende como o processo de tomada de decisões e o processo mediante o qual as decisões se implementam ou não. Concebida dessa forma, a análise da governança deve centrar-se tanto nos atores implicados no processo de tomada de decisão e implementação,

quanto nas estruturas criadas para que as decisões tomadas sejam levadas efetivamente a cabo (RODRÍGUEZ et al, 2010). A natureza e/ou existência de estruturas de governança são contingentes do potencial que se tem de resolver um problema de coordenação, diante de um conflito como condição inicial de interação (GONZÁLEZ-CHAVARRÍA, 2014).

Essa conceituação de governança encontra desdobramento teórico na teoria social de Giddens, particularmente no seu conceito mais importante: a dualidade da estrutura social. Para GIDDENS (2009), a estrutura social (normas e recursos) tornam possível a ação social, mas ao mesmo tempo é a interação constante entre os seres humanos que cria e recria a estrutura social. Como duas faces de uma mesma moeda, a ação humana aparece, por um lado, facilitada e limitada pela estrutura social, a qual se encontra constantemente criada e recriada pela ação humana.

As interações entre atores sociais informados para a tomada de decisões estratégicas para as coletividades humanas (agência), em um espaço e tempo concretos, vão gerar as normas e recursos (estrutura) necessários para a implementação (ou não) das decisões adotadas e para tomada de decisões futuras; uma atividade social que recriará ou, em todo caso, modificará os elementos estruturais da governança (RODRÍGUEZ et al, 2010).

A imbricação entre questões de saúde e questões sociais pode ser considerada uma das premissas que delimitam o campo da Saúde Coletiva, cujo desenvolvimento se apoia e se apoiou fortemente na incorporação de questões e metodologias das ciências sociais (BODSTEIN, 2010). Partindo de uma compreensão da saúde como um conjunto de práticas construídas e contextualizadas, a perspectiva teórica das ciências sociais denominada construtivista traz como uma de suas mais significativas vantagens a valorização da centralidade do conhecimento que os agentes têm de sua própria experiência para a compreensão do fenômeno social. A maneira como os agentes compreendem as ações fazem parte dessa ação (BODSTEIN, 2010).

A Teoria da Estruturação de Anthony Giddens é o produto maior de um dos expoentes dessa perspectiva construtivista. Giddens argumenta que a principal preocupação das ciências sociais deva ser a elucidação de processos concretos da vida social (GIDDENS, 2009).

A obra de Giddens tem sido utilizada no campo da saúde por considerarem o trabalho em saúde como um fenômeno social e com o intuito de compreender como aspectos estruturais influenciam a ação (GENEAU et al, 2008; O'DWYER; MATTOS, 2012).

Em sua teoria, Giddens propõe uma reflexão a partir do conhecimento de uma dada estrutura e de uma interpretação das consequências da ação a partir do acesso ao agente (GIDDENS, 2009). Para esse autor não há preponderância de estrutura ou de agente, mas

potencial tanto da estrutura quanto do agente na construção das práticas sociais. A transformação é concebida como fenômeno que cabe entre os extremos do potencial da estrutura e do potencial do agente (COHEN, 1996). A teoria da estruturação oferece conceitos que funcionam como recursos sensibilizadores, úteis para refletir sobre problemas de pesquisa e para a interpretação dos resultados de estudos (GIDDENS, 2009). Apresenta-se como ferramenta para o estudo das práticas nos serviços de saúde, pelo seu potencial explicativo e analítico e, especialmente porque possibilita um uso abrangente. É compatível com outros métodos e estratégias de pesquisa e não restringe porque não parte de limites pré-estabelecidos (O'DWYER; MATTOS, 2010).

A característica mais relevante dessa obra de Giddens é uma recusa do dualismo entre sujeito e objeto, da oposição entre ação e estrutura. Partindo dessa recusa o autor propõe a reconceituação desse dualismo em dualidade. A dualidade da estrutura é reconhecer que as propriedades estruturais de sistemas sociais não existem fora da ação, mas estão cronicamente envolvidas em sua produção e reprodução (GIDDENS, 2009). Para Giddens e outros construtivistas, a realidade social é de um lado estruturante, com base nas categorias de percepção dos diversos agentes, de outro estruturada, com base nas relações e posições dos agentes determinando categorias de percepção próprias, estruturas invisíveis que organizam o percebido, limitando a ação e as práticas (BODSTEIN, 2010). A dualidade da estrutura, em suas dimensões, só pode ser compreendida quando em interação, isto é, na interação entre as capacidades cognoscitivas dos agentes e as características estruturais, constituindo as modalidades de estruturação (Figura 04). Os atores se apoiam nas modalidades de estruturação na reprodução dos sistemas sociais. Ato ou aspectos da interação resultam do entrelaçamento de significados, elementos normativos e poder (GIDDENS, 2009).

Figura 04 – Teoria da Estruturação - Dimensões da Dualidade da Estrutura

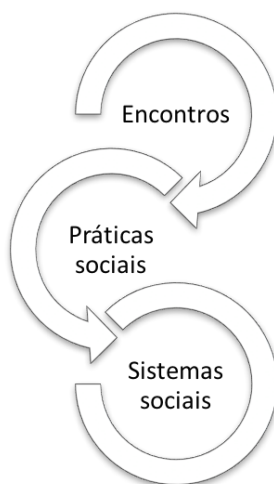


Fonte: Giddens, 2009

Considerando os sistemas de atenção à saúde como respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde da população (MENDES, 2010), a organização do sistema de saúde pode ser vista como resultado de práticas construídas e contextualizadas.

Giddens (2009) define sistema social como relações reproduzidas entre atores ou coletividades em cenários de interação, organizadas como práticas sociais regulares. A condição de existência dos sistemas sociais é a continuidade das práticas sociais regularizadas (figura 05). As práticas sociais são mantidas através de encontros que se dispersam no tempo-espaço. As características regulares ou rotineiras de encontros, tanto no tempo quanto no espaço, representam características institucionalizadas de sistemas sociais. A reprodução dos sistemas sociais implica a existência de integração social, entendida como a reciprocidade de práticas (de autonomia ou dependência) entre atores ou coletividades em situações de interações face a face, e integração de sistema, que expressa essa mesma reciprocidade com atores que estão fisicamente distantes no tempo ou espaço.

Figura 05 – Teoria da Estruturação – Sistemas sociais



Fonte: elaboração própria

Essa definição de sistema social acomoda olhares sobre o SUS em diversas escalas, desde as práticas que se organizam para a oferta do cuidado individual, passando pela gestão do sistema e da organização da atenção à saúde, até uma escala maior que envolve a definição de prioridades para as políticas de saúde e direcionamento dos sistemas de saúde. A regulação assistencial dentro de um sistema de saúde consiste em uma forma de organizar as relações entre unidades de saúde, bem como de proporcionar cuidado integral e acesso às ações em

saúde. Pode ser assim, entendida como um sistema social, em que os atores envolvidos estão aplicando recursivamente regras e recursos para a produção e reprodução de práticas sociais. A ação dos agentes é, portanto, fundamental para a reprodução das práticas, nesse caso entendida a prática regulatória dentro da rede de atenção à urgências e emergências. Os agentes ocupam posições sociais especificadas (figura 06), resultantes de interseções específicas de significação, dominação e legitimação (GIDDENS, 2009).

Figura 06 – Teoria da Estruturação – Posição social



Fonte: elaboração própria

Nessas posições os agentes empregam regras e recursos, que, como frisa Giddens (2009), estão envolvidos na geração de poder. Contudo, ao mesmo tempo em que os atores fazem uso da estrutura (regras e recursos) na ação, também a estrutura impõe limites à ação. Diferentemente de outros autores, para Giddens (2009) a estrutura é sempre tanto coerciva quanto facilitadora, em virtude da relação inerente entre estrutura e agência (agência e poder). Rodríguez *et al* (2010) enunciam essa ideia de Giddens da seguinte forma: a ação humana é ora facilitada, ora limitada pela estrutura social, a qual se encontra constantemente criada e recriada através da ação humana. É importante destacar que para Giddens (2009) o uso do poder não está associado a tipos específicos de conduta, mas é imanente a toda ação. O poder não é em si mesmo um recurso, o poder é exercido pelos agentes ao implicar recursivamente regras e recursos.

O conhecimento da estrutura não elucidada de todo como funcionam os sistemas e as práticas sociais. Especialmente porque, como afirma GIDDENS (2009):

as coerções estruturais operam sempre através dos motivos e das razões dos agentes, estabelecendo (com frequência de maneira difusa e tortuosa) condições e consequências que afetam opções abertas a outros e o que eles querem das opções que tem, sejam elas quais forem. (p. 366)

As ações humanas são realizadas a partir de uma intencionalidade e racionalidade. A ação é um processo contínuo, um fluxo constantemente monitorado pelos agentes. Entretanto, muitas vezes, independente da intencionalidade, são produzidas consequências não previstas, que apesar disto, modificam o contexto da ação. Essas são denominadas consequências impremeditadas.

Para compreensão das práticas sociais é fundamental conhecer a ação dos agentes e suas condutas estratégicas, pois todos os atores são dotados de cognoscitividade, o que significa que têm conhecimento acerca das circunstâncias de sua ação e das de outros. Tal conhecimento sobre o que fazem e como fazem pode ser acessado pela consciência discursiva ou pela consciência prática desses agentes. As ações em saúde, por exemplo, são executadas por profissionais que têm um conhecimento sobre seu trabalho que pode ser acessada pelo seu discurso - consciência discursiva - ou pela observação de sua atuação - consciência prática. Em outras palavras, Giddens (2009) explica que:

(...) analisar a estruturação de sistemas sociais significa estudar os modos como tais sistemas, fundamentados nas atividades cognoscitivas de atores localizados que se apoiam em regras e recursos na diversidade de contextos de ação, são produzidos e reproduzidos em interação. (p. 30)

A consciência discursiva representa o que os atores são capazes de dizer, ou expressar verbalmente, acerca das condições sociais, especialmente sobre as condições de sua própria ação.

As estruturas são conjuntos de regras que ajudam a constituir e regular as atividades, definindo-as como de uma certa espécie e sujeitas a uma determinada gama de sanções. Segundo Giddens, em toda relação social, o controle é exercido a partir do acesso assimétrico aos meios (recursos) e a manipulação desses meios é a forma pela qual os agentes influenciam o comportamento uns dos outros (COHEN, 1996). Giddens (2009) distingue duas categorias de recursos: os alocativos, recursos materiais, expressos principalmente no controle sobre o ambiente natural e artefatos físicos, e os autoritários, recursos não-materiais, que expressam o domínio de alguns atores sobre outros.

As teorias e conceitos apresentados serão utilizados para analisar e compreender os resultados dessa pesquisa, tomando como premissa que as práticas de regulação do acesso à assistência e a conformação da rede de atenção às urgências e emergências são práticas sociais.

6.2. Coleta de dados

O universo do estudo foi o município do Rio de Janeiro com ênfase nos estabelecimentos que compõe a rede de urgência e emergência. A escolha do município se fundamenta na inserção da pesquisadora na rede assistencial do município, bem como no cenário recente de expansão de uma política de saúde voltada para as urgências que tomou corpo no município (LIMA LD et al, 2015; KONDER; O'DWYER, 2016).

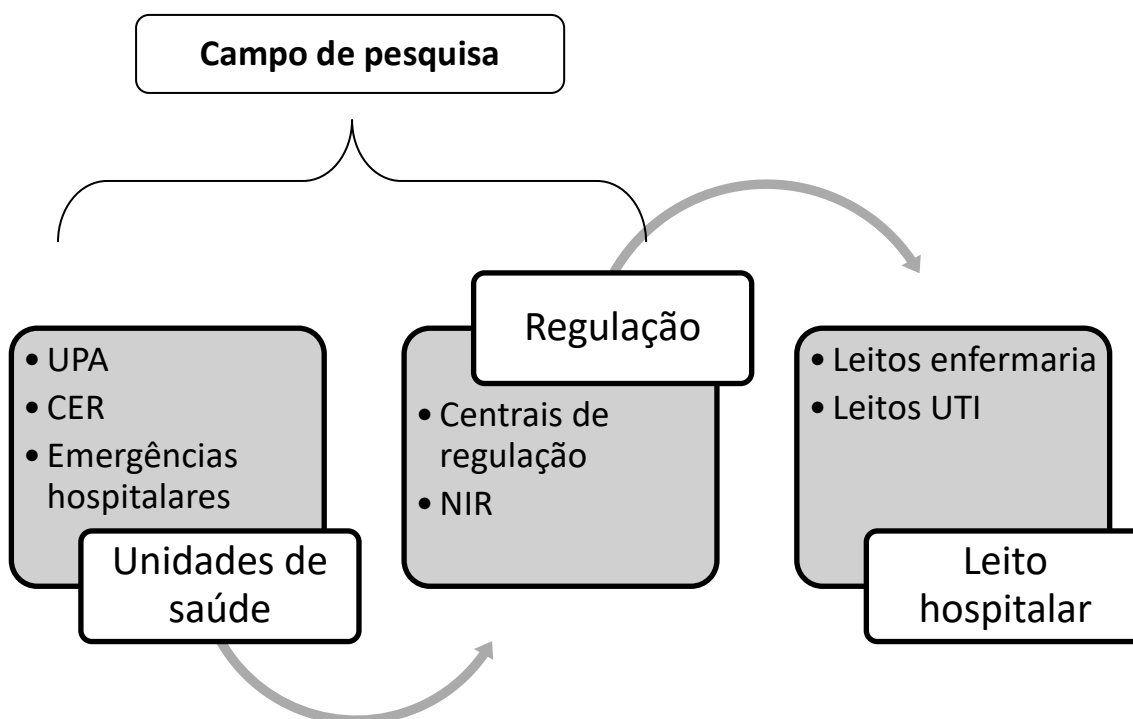
6.2.1. Levantamento bibliográfico

A primeira abordagem do campo ocorreu através de levantamento bibliográfico que buscou situar o conceito de regulação em saúde e mapear as experiências já documentadas na literatura. A seguir encontra-se descrita a estratégia de levantamento bibliográfico. A base Scielo foi preferencialmente utilizada e disponibilizou o maior número de resultados. Foram realizadas pesquisas com diferentes combinações de palavras-chave e termos livres. A pesquisa que utilizou os termos 'central' e 'regulação' produziu 118 resultados, sendo apenas 08 artigos relevantes para a temática apresentada após a leitura dos resumos. Outra pesquisa utilizou os termos 'acesso' e 'regulação', sendo que dos 62 resultados, 16 artigos se mostraram relevantes após a leitura dos resumos. Ainda na base Scielo, foi realizada pesquisa com os termos 'regulação' e 'leitos' oferecendo 05 resultados, dos quais 02 eram relevantes. Os termos 'rede' e 'urgências' também foram pesquisados na base Scielo mostrando 17 resultados dos quais 05 eram relevantes. Os resultados repetidos foram mantidos apenas na primeira pesquisa em que surgiram. Na base PUBMED foi realizada pesquisa com o seguinte termo MeSH: Health Services Monitoring, sendo obtidos 67 resultados, dos quais 01 foi relevante após leitura dos resumos. Usando os termos livres 'hospital' + 'bed' + 'access' + 'emergency' + 'care' foram identificados 397 artigos, dos quais 34 artigos se mostraram relevantes após a leitura dos resumos. Foi feita ainda pesquisa na base PUBMED com os termos livres 'waiting time' + 'health care delivery' com filtro para artigos de revisão. Foram encontrados 223 resultados dos quais após a leitura dos resumos 15 artigos se mostraram relevantes. O produto desse levantamento bibliográfico foi apresentado nos capítulos 4 e 5 dessa tese. Outros artigos foram selecionados a partir da bibliografia de referências dos artigos levantados nas pesquisas descritas acima. Documentos oficiais pertinentes à temática da regulação também foram buscados nas páginas de internet oficiais de órgãos e instâncias governamentais, sendo

identificados 18 documentos relevantes, além das informações disponibilizada nas próprias páginas de internet desses órgãos e instâncias.

A análise de documentos oficiais que tratam da implantação da regulação assistencial de forma geral e na rede de atenção às urgências emergências permitiu identificar os processos preconizados e instâncias responsáveis pelo mesmo. A análise documental foi instrumento útil com grande influência na formulação e recorte do objeto de estudo, auxiliando na conformação do campo de pesquisa (figura 07).

Figura 07 - Diagrama do campo de pesquisa



Fonte: elaboração própria

Optou-se nessa pesquisa por operar uma triangulação de dados com a intenção de suprir as possíveis deficiências das diferentes fontes de dados, bem como prover uma compreensão mais ampla de um fenômeno complexo e ainda pouco explorado (Denzin apud DESLANDES, 2015). Essa triangulação se propõe a uma vigilância interna do trabalho, buscando corroboração dos dados (MINAYO, 2004). Dessa forma o trabalho de campo contou com a realização de análise documental, entrevistas semiestruturadas com visitas as unidades e análise exploratória de dados coletados a partir de bancos de dados primários fechados e secundários abertos.

6.2.2. Entrevistas

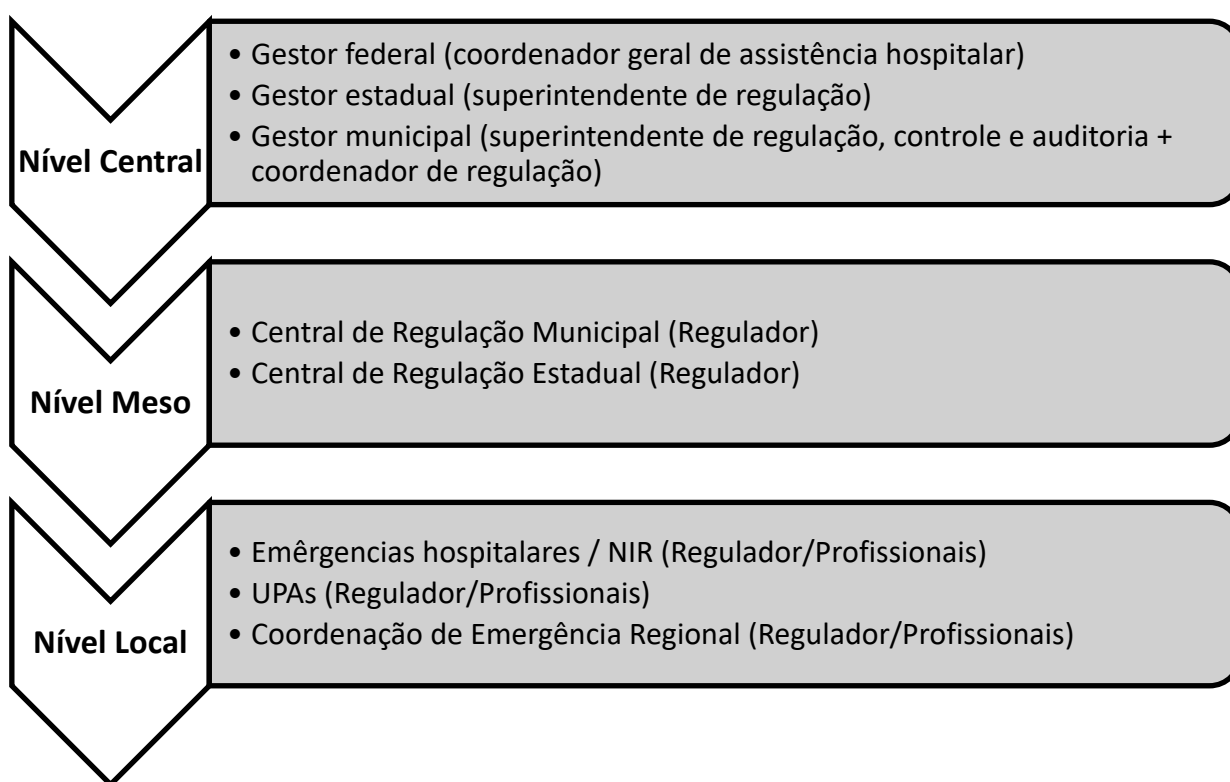
As UPA, as Centrais de Regulação municipal e estadual, os Núcleos Internos de Regulação (NIR) de hospitais com serviços de emergência e os Centros de Emergência Regional (CER) vinculados as emergências hospitalares dos hospitais municipais foram selecionados como instâncias importantes na construção das práticas de regulação assistencial no município do Rio de Janeiro. Na figura 08 apresentam-se os atores que foram identificados como informantes-chave na rede de atenção às urgências e emergências.

Desse modo, foram realizadas 36 entrevistas, incluindo gestores centrais e locais. No nível central foram realizadas 06 entrevistas, incluindo gestores das três esferas governamentais: 01 federal, 02 estaduais e 03 municipais. A Central Estadual de Regulação (CER-RJ) e o Complexo Regulador do Município do Rio de Janeiro (CRMRJ) foram visitados a fim de conhecer sua dinâmica de funcionamento e rotina de trabalho, sendo realizadas 02 entrevistas, com um médico regulador em cada. Foram entrevistados 02 médicos reguladores do Núcleo de Regulação Avançada do CRMRJ, atuantes em dois hospitais municipais diferentes. Foram realizadas visitas e entrevistas em 08 de 14 UPA municipais, com pelo menos uma unidade por área programática. O mesmo ocorreu com as UPA estaduais, realizando-se 08 visitas e entrevistas de um total de 16 unidades. Também foram realizadas visitas e entrevistas nas Coordenações de Emergência Regional (CER), totalizando 05 unidades que funcionam separadas de hospitais. As duas restantes não são unidades separadas dos hospitais aos quais estão relacionadas. Foram entrevistados coordenadores do NIR de 05 hospitais gerais: um municipal com emergência aberta, um municipal de retaguarda, um estadual com emergência aberta, um federal com emergência aberta e um universitário.

A realização das entrevistas foi orientada por três roteiros semiestruturados desenvolvidos para gestores, reguladores centrais, das centrais de regulação, e locais, das unidades de saúde (Apêndices 1, 2 e 3). Esses roteiros foram elaborados considerando sua finalidade de “apreender o ponto de vista dos atores sociais previstos nos objetivos da pesquisa” (MINAYO, 2004). Os itens incluídos nos roteiros buscaram auxiliar no “delineamento do objeto em relação à realidade empírica” e cumprir as seguintes condições propostas por Minayo (2004): (a) cada questão que se levanta deve fazer parte do delineamento do objeto e no conjunto se encaminharam para lhe dar forma e conteúdo; (b) deve permitir ampliar e aprofundar a comunicação e não cerceá-la; (c) deve contribuir para fazer emergir a visão, os juízos e as relevâncias a respeito dos fatos e das relações que compõem o objeto, do ponto de vista dos interlocutores (MINAYO, 2004).

As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas juntamente com os dados levantados na etapa anterior. Para apresentação os trechos selecionados das entrevistas foram codificados como segue: os gestores e os hospitais foram identificados por suas esferas administrativas: federal, estadual, municipal ou universitário, e numerados conforme a ordem cronológica da realização da entrevista. O reguladores centrais e coordenadores de UPA foram numerados de acordo com a ordem cronológica da realização da entrevista.

Figura 08 - Diagrama dos sujeitos da pesquisa



Fonte: elaboração própria

6.2.3. Dados quantitativos

A fim de compreender o impacto da prática de regulação de leitos foram analisados os dados relativos a esse processo. Mediante autorização foi obtido acesso às bases de dados fechadas utilizadas e alimentadas pela SMS-Rio no processo de regulação de leitos. Essas bases de dados são o SISREG e a Plataforma SMS-Rio. Através do SISREG as unidades de saúde realizam a solicitação de internação hospitalar, inserindo os dados de identificação do paciente, o tipo de leito solicitado e a história clínica com resultados de exame complementares,

justificativa de internação, código da doença (CID-10) e código de procedimentos SUS. As unidades são comunicadas dos leitos autorizados para seus pacientes através do SISREG e também por e-mail. No entanto, o CRMRJ não aprova ou autoriza as internações nos leitos regulados através do SISREG, por isso ao importar dados dessa plataforma para análise só se podia obter o conjunto das solicitações inseridas, sendo que o desfecho individual (autorização ou não de internação em um leito hospitalar) de cada uma só poderia ser acessado pela consulta individual com abertura de cada solicitação na página do SISREG. A Plataforma SMS-Rio, cujos motivos de criação são apresentados nos resultados, importa os dados referentes às solicitações do SISREG e permite a organização das solicitações em filas, além de facilitar o trabalho do regulador, pois reúne outras informações na mesma interface, como o espelho do censo dos leitos hospitalares. É na Plataforma SMS-Rio que é feita aprovação da solicitação e autorização de internação nos leitos, portanto, só foi possível importar o conjunto dos leitos regulados pela central nessa plataforma. As solicitações de internação que não eram atendidas não eram visíveis na Plataforma SMS-Rio, não havendo como conhecer o desfecho da solicitação de internação que não obtinha autorização de internação hospitalar. Desse modo, houve a necessidade de consultar ambos os sistemas.

Os dados do SISREG foram importados em blocos mensais em arquivos do *software Excel* contendo as seguintes informações: número da solicitação (inserida no SISREG), nome da unidade solicitante, data da solicitação, código internacional de doenças, nome da clínica (tipo de leito), nome do procedimento solicitado (tabela SUS).

Os dados da Plataforma SMS-Rio também foram importados em blocos mensais em arquivos CSV contendo as seguintes informações número da solicitação (inserida no SISREG), nome do paciente, tipo de leito (termos nem sempre compatíveis com os utilizados pelo SISREG), sexo, grupo etário, nome da unidade solicitante, data e hora da oferta do leito que foi regulado, data e hora da ocupação (que equivale a autorização para ocupar o leito e não a ocupação física do leito pelo paciente), nome da unidade executante, nome do regulador e nome do profissional que ofertou o leito.

Os dados importados foram correspondentes ao período de setembro de 2016 a agosto de 2017. Nesse período foram inseridas 56.907 solicitações de internação no SISREG. Foi realizada uma exploração dos dados com construção da distribuição das frequências das solicitações de internação em função de diversas variáveis como: tipo de unidade solicitante (UPA, CER, hospital), esfera da unidade solicitante (federal, estadual, municipal), tipo de leito (clínico, não-clínico, UTI, UI, pediátricos e neonatais), tipo e esfera da unidade executante, CID-10 e procedimento clínico. No mesmo período foram regulados 10.750 leitos através da

Plataforma SMS-Rio. Na exploração desses dados foi construída a distribuição das frequências dos leitos regulados em função do tipo de unidade solicitante (UPA, CER, hospital), esfera da unidade solicitante (federal, estadual, municipal), tipo de leito (clínico, não-clínico, UTI, UI, pediátricos e neonatais), tipo e esfera da unidade executante.

A partir dos dados importados construíram-se dois bancos de dados. Um primeiro banco incluiu todas as solicitações de internação de UTI adulto que tivessem sido inseridas no SISREG, no período selecionado, por UPA estadual, municipal ou CER. O segundo banco incluiu todas as solicitações de internação em Clínica Geral inseridas pelas mesmas unidades. O banco UPA-CER UTI totalizou 5.969 solicitações de internação no período e o banco UPA-CER Clínica Geral totalizou 20.317 solicitações. Desses bancos foram selecionadas amostras³ aleatórias perfazendo 10% e 5% do total de solicitações, respectivamente, o que resultou em 590 solicitações de UTI adulto e 1001, de Clínica Geral. Cada uma dessas solicitações foi acessada no SISREG através do número da solicitação a fim de coletar os seguintes dados: o desfecho da solicitação e o tempo decorrido entre inserção da solicitação e desfecho. Os desfechos principais foram: regulação/transferência para leito, alta médica (ou à revelia), óbito ou mudança de perfil. Houve solicitações em que a consulta no SISREG não permitiu conhecer o desfecho da solicitação, pois a unidade solicitante deixou a solicitação em aberto, isto é, sem resposta. O tempo decorrido foi calculado a partir da contabilização do horário de inserção no sistema e o horário descrito para o desfecho em comentário inserido no sistema pela unidade solicitante ou pelo regulador. Quando não havia menção ao horário em que se deu o desfecho, era computado o horário da inserção no sistema do comentário que informava o desfecho. A partir dos dados coletados foram confeccionados gráficos e histogramas que apresentam a distribuição da frequência dos desfechos e a distribuição temporal de cada desfecho.

A SES-RJ não autorizou o acesso à base de dados do Sistema Estadual de Regulação. Desse modo, os desfechos regulatórios das unidades estaduais foram observados a partir do SISREG, porém sabemos que as unidades estaduais obtêm a maioria de suas vagas junto a central estadual de regulação, de modo que no caso em que as UPA estaduais não informaram

³ Alguns autores (Roscoe, 1975; Alreck; Settle, 1995) questionam a premissa de que o tamanho da amostra é necessariamente uma função do tamanho da população e defendem que uma amostra de 10% seria suficiente para pesquisas exploratórias. Weisberg; Bowen (1977) apontam 3% a 4% como um nível aceitável de erro e que raramente o custo de ampliar a amostra para aumentar a precisão se justifica em termos monetários e logísticos. Gay e Diehl (1992) argumentam que o tamanho da amostra depende do tipo de estudo, sendo que numa pesquisa descritiva uma amostra de 10% seria suficiente. Alreck; Settle (1995) também defendem que dificilmente uma amostra maior que 1.000 trará informações adicionais.

através do SISREG o destino de seus pacientes, essa informação ficou inacessível pela indisponibilidade de acesso aos dados produzidos pelo Sistema Estadual de Regulação.

Os dados referentes aos hospitais foram obtidos através de consulta ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e de pesquisa no site do DATASUS. Na página de internet do CNES foi feita consulta a ficha detalhada de todos os estabelecimentos localizados no município do Rio de Janeiro cuja natureza jurídica era “administração pública” e o tipo de estabelecimento era “hospital geral”. Foi constituído banco de dados a partir dessa fonte (Apêndices 5 e 6). A partir dos dados contidos nessas fichas foram contabilizados os números de leitos hospitalares por tipo.

Para estimar o desempenho da rede hospitalar foram selecionados dois indicadores: tempo médio de permanência e taxa de ocupação hospitalar. Os tempos de permanência podem ser obtidos diretamente por meio do DATASUS. Já a taxa de ocupação precisou ser calculada. A fórmula oficial e mais precisa para cálculo da Taxa de Ocupação Hospitalar é⁴:

$$\text{TOH} = \text{número de pacientes.dia} / \text{número de leitos.dia} \times 100$$

Para tal cálculo é necessário computar o tempo desde a data de admissão do paciente independente do horário da admissão, desconsiderando o dia da saída. A fonte para esse cálculo deve ser o censo hospitalar. Diante da impossibilidade de obtenção desses dados, foi utilizada uma fórmula alternativa para obter valores aproximados. A fórmula utilizada estima a Utilização de Leitos:

$$\text{UL} = \text{total de internações no período} \times \text{média de permanência no período} / \text{total de leitos no período} \times \text{dias no período}$$

Para obter os dados sobre tempo médio de permanência e número de internações hospitalares foi feita consulta ao DATASUS através da página do TABNET⁵ <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Foram importados os dados referentes as seguintes pesquisas:

(a) Procedimentos hospitalares do SUS - por gestor - Rio de Janeiro / Média permanência por Estabelecimento e Ano/mês atendimento / Município gestor: 330455 Rio de Janeiro / Período: Set/2016-Ago/2017.

(b) Procedimentos hospitalares do SUS - por gestor - Rio de Janeiro / Média permanência por Estabelecimento e Ano/mês atendimento / Município gestor: 330455 Rio de Janeiro / Grupo procedimento: 03 Procedimentos clínicos / Subgrupo proced.:

4 Ministério da Saúde. Padronização da nomenclatura do censo hospitalar. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2002. 32 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos.)

5 O aplicativo TABNET é um tabulador genérico de domínio público que permite organizar dados de forma rápida conforme a consulta que se deseja tabular. Foi desenvolvido pelo DATASUS para gerar informações das bases de dados do Sistema Único de Saúde.

0303 Tratamentos clínicos (outras especialidades), 0304 Tratamento em oncologia, 0305 Tratamento em nefrologia, 0306 Hemoterapia, 0308 Tratamento de lesões, envenenamentos e outros, decorrentes de causas externas, 0309 Terapias especializadas / Período: Set/2016-Ago/2017.

(c) Procedimentos hospitalares do SUS - por gestor - Rio de Janeiro / Internações por Estabelecimento e Ano/mês atendimento / Município gestor: 330455 Rio de Janeiro / Período: Set/2016-Ago/2017.

(d) Procedimentos hospitalares do SUS - por gestor - Rio de Janeiro / Internações por Estabelecimento e Ano/mês atendimento / Município gestor: 330455 Rio de Janeiro / Grupo procedimento: 03 Procedimentos clínicos / Subgrupo proced.: 0303 Tratamentos clínicos (outras especialidades), 0304 Tratamento em oncologia, 0305 Tratamento em nefrologia, 0306 Hemoterapia, 0308 Tratamento de lesões, envenenamentos e outros, decorrentes de causas externas, 0309 Terapias especializadas / Período: Set/2016-Ago/2017.

6.3. Aspectos Éticos

A pesquisa foi realizada em conformidade com os princípios éticos para a pesquisa envolvendo seres humanos, estabelecidos na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi submetido a banca de qualificação em 27 de abril de 2016, na ENSP, com posterior submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), utilizando-se a base nacional Plataforma Brasil do Ministério da Saúde. A aprovação foi apresentada em parecer número 2.197.163, de 02 de agosto de 2017, CAAE 57132716.0.0000.5240. O projeto ainda foi submetido ao CEP da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro – SMS/RJ, como instituição coparticipante. A aprovação dessa instituição foi apresentada em parecer número 2.251.715, de 31 de agosto de 2017, CAAE 57132716.0.3001.5279.

As entrevistas foram realizadas individualmente, em local, data e horário da preferência do participante, utilizando-se salas reservadas para este fim, de modo a preservar a privacidade do entrevistado. Os atores selecionados para as entrevistas estavam cientes do intuito do estudo, da metodologia utilizada e da liberdade de decidir sobre sua participação através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice 4).

Os trechos de entrevistas selecionados para figurar no texto dessa tese foram identificados por códigos procurando preservar a identidade dos sujeitos participantes,

conforme compromisso de confidencialidade da autoria das informações prestadas, como exposto no TCLE. Contudo, funções ocupadas pelos entrevistados foram explicitados, o que possivelmente permite a identificação indireta dos entrevistados.

7. A REGULAÇÃO EM URGÊNCIAS NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

7.1. Antecedentes da regulação no Rio de Janeiro

Ainda que o plano de implantação de centrais de regulação no Rio de Janeiro date de quase 20 anos, por muito tempo a rede de serviços de saúde consistia dum aglomerado de unidades localizadas no território do município, mas que atuavam isoladamente, tentando resolver individualmente as demandas que se apresentavam, na base das relações pessoais.

(...) porque era como funcionava há muito tempo atrás, e muito mais numa questão de parceria entre amigos que se conheciam de unidades diferentes e que falavam; podem trazer pra cá que eu recebo e tal... e não tem uma distribuição equitativa. (Regulador Municipal 1)

A primeira atividade regulatória organizada pela esfera municipal surgiu no contexto da sua habilitação para gestão plena do sistema municipal de saúde em 1999 quando criou a Central de Autorizações de Internações e Procedimentos Especiais do Rio de Janeiro (CAIPE) localizada no edifício onde também funcionava a Maternidade Praça XV de Novembro, no centro do Rio (PEREIRA, 2016). Inicialmente, essa central agregava procedimentos de alta complexidade, como tomografia computadorizada e coronariografia/cateterismo, além de ser responsável por realizar a contratualização de serviços com institutos com o IECAC, INCA e INC.

Em 2002, é criada efetivamente uma Central de Regulação com funcionamento 24 horas, que fazia avaliação de laudos de autorização de internação hospitalar (AIH) e de transferência de pacientes entre unidades (PEREIRA, 2016). Esse primeiro movimento representa um controle e centralização das informações relativas a emissão de AIH e APAC e sua distribuição para o Ministério da Saúde, via SIH. A epidemia de dengue desse ano de 2002 levou a central de regulação a ter que controlar e agilizar as solicitações das internações tendo de dar resposta aos pacientes com quadro de dengue hemorrágica (PEREIRA, 2016). Além do controle da informação, houve expansão do escopo de atuação da regulação do acesso. Assim, a central de regulação municipal regulava entre 2002 e 2006: (1) Procedimentos e exames (tomografias computadorizadas, ressonâncias magnéticas, eletroneuromiografias, cintilografias miocárdicas de repouso e de esforço ou stress, litotripsias extracorpóreas por ondas de choque, mamografias diagnósticas e de rastreamento, radioterapia, terapia renal substitutiva, implantes de marca-passo e exames oftalmológicos), (2) Consultas (consultas especializadas nos pólos de pé diabético, pré-consulta para avaliação de cirurgia cardíaca e pós-avaliação cirurgia cardíaca),

(3) Cirurgias (cirurgias oftalmológicas e laqueaduras tubárias), e, (4) Leitos (Pediatría, Clínica Médica de Baixa complexidade, Hematologia 1ª vez de Leucemia Aguda, Púrpura Trombocitopênica Idiopática e Anemias Aplásticas⁶, Obstetrícia Baixo Risco - clínicos e cirúrgicos, Psiquiatria). A categoria de Tratamento Fora do Domicílio, para procedimentos inexistentes no município do Rio de Janeiro, e o transporte terceirizado pela SMS-Rio, com ambulâncias básicas e avançadas, para a transferência inter-hospitalar e transporte sanitário também estavam no escopo de regulação da SMS-Rio (PEREIRA, 2016). No entanto ainda restavam muitos recursos cujo acesso dependia da regulação descentralizada através das Coordenadorias de Área Programática (CAP) ou da iniciativa do paciente de “se virar” na rede. Desde 2002, a ferramenta de regulação utilizada é o SISREG, passando pelas versões I e II, quando foi incluído o módulo hospitalar (PEREIRA, 2016).

Destaca-se que, simultaneamente a esse desenvolvimento, a progressiva adesão das unidades de saúde ao CNES⁷, instituído em 2000, foi um dos movimentos administrativos que permitiu maior visibilidade dos equipamentos de saúde disponíveis, contribuindo para uma perspectiva de maior regulação dentro da rede.

Na esfera estadual, ao longo dessa primeira metade da década de 2000, a SES-RJ começou a organizar a regulação unificada da Gestaçã de Alto Risco e UTI neonatal, além da Terapia Substitutiva Renal, além de contratar parte desses serviços no privado.

Apesar da existência de centrais de regulação estadual e municipal desde o início da década de 2000, até o fim dessa década percebe-se um panorama de atuação regulatória restrita no que diz respeito ao escopo e abrangência dos recursos. Durante o conturbado período da intervenção federal no SUS municipal em 2005, umas das graves falhas apontadas era a ausência de uma central de regulação para gerir o acesso aos leitos e intermediar a relação entre Atenção Básica e Média e Alta Complexidade⁸. Além de ter uma ação regulatória pouco abrangente, a precária disponibilidade de espaço físico e recursos materiais e humanos era outro dificultador. Por longo período parte da equipe da central de regulação municipal era composta de funcionários do Ministério da Saúde. Tanto a central estadual quanto a municipal trocaram

6 <http://www.hemorio.rj.gov.br/Html/PDF/Novidades/Bol_cr_17.pdf> Acesso em: 16 dez 2017.

7 O CNES foi criado em 1999 através da PT-SAS 376. O MS/SAS instituiu as fichas de cadastro de estabelecimento e colocou em consulta pública. Em 2000, através da PT-SAS 511, o MS/SAS, após término da consulta pública, aprova e ratifica a ficha de cadastro de estabelecimento e seus respectivos manuais e determina ao DATASUS a criação do banco de dados nacional de estabelecimentos de saúde. Seu público alvo são os estabelecimentos Públicos de Saúde, Rede Complementar e Prestadores do SUS, sejam pessoas físicas ou jurídicas. <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/cadastros-nacionais/cnes>

8 Crise da Saúde acende alerta no SUS pgs 8-18 -

<http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/radis_33.pdf> Acesso em: 16 dez 2017.

de endereço algumas vezes até ganharem espaço físico, equipe e materiais adequados e dedicados.

O ano de 2008 foi emblemático para a trajetória da regulação no município e no estado. O Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Regulação do SUS através da Portaria nº 1.559 em 1º de agosto de 2008, e em 2009, regulamentou a disponibilização de recursos para implantação ou implementação de complexos reguladores (BRASIL, 2009), o que representa importante impulso legal e financeiro para aprimorar os processos locais e regionais de regulação do acesso. Novamente, outra epidemia de dengue, a de 2008, tem papel de gatilho para ampliação do escopo de atuação regulatória. Dessa vez, a SES-RJ disparou a organização de uma regulação de leitos específicos para pacientes com dengue em diversos hospitais, de todas as esferas administrativas, incluindo os universitários. A atuação da esfera estadual no enfrentamento da epidemia de dengue teve como consequência imprevista a aceleração da implantação processo regulatório.

Em julho de 2008, a SMS-Rio através de publicação no Diário oficial divulga a inauguração das novas instalações da Central de Regulação de Leitos do município (PEREIRA, 2016). O início do funcionamento do Hospital Municipal Ronaldo Gazolla (HMRG), em Acari, também em 2008, inaugura a primeira unidade de saúde do município cuja oferta de leitos e consultas é totalmente regulada pela Central Municipal de Regulação. Outro elemento de destaque foi a atualização do SISREG ocorrida em 2009, da versão II para a III, com melhorias importantes. Na esfera municipal, a oferta de serviços que estava sob controle descentralizado das CAP passou a ser visível no sistema, representando mais um passo para maior controle sistêmico.

A progressiva ampliação da rede e da função de regulação assistencial teve na estruturação da rede de urgências, sobretudo com a expansão do pré-hospitalar, um estímulo contínuo e crescente para organização do processo regulatório. O SAMU foi o componente da Política Nacional de Atenção às Urgências que teve prioridade na implementação e expansão na década de 2000 (KONDER; O'DWYER, 2015). No município do Rio de Janeiro foi implantado por iniciativa da esfera estadual em 2006 (O'DWYER et al, 2016). Esse serviço representou a primeira onda de estruturação da rede de urgências, sendo o primeiro a enfrentar dificuldades relacionadas a pouca institucionalização do processo de regulação assistencial derivado da pouca integração da rede e indisponibilidade da retaguarda hospitalar (O'DWYER; MATTOS, 2012; O'DWYER et al, 2016). A partir de 2007, começaram a surgir as UPA, que

9 <http://www0.rio.rj.gov.br/pcrj/destaques/especial/hospital_ronaldo_gazolla.shtm> Acesso em: 16 dez 2017.

inicialmente eram um projeto da esfera estadual no Rio de Janeiro para a política de saúde, mas logo tornaram-se prioridade do Governo Federal, contando com significativa adesão das unidades da federação (KONDER; O'DWYER, 2015; LIMA LD et al, 2015). A integração com a porta de saída – o hospital– e com a atenção básica, representou o maior desafio para a integração das UPA na rede assistencial. Essa dificuldade impulsionou uma maior organização da assistência no município e a estruturação da regulação do acesso dentro da rede. (KONDER; O'DWYER, 2015, 2016). Ainda assim, logo que as UPA foram implantadas a partir de 2007, o processo regulatório ainda era muito manual e atomizado, cada unidade buscava assistir seus pacientes individualmente, com pouco apoio organizado da esfera central para um processo sistemático e referenciado de regulação dos pacientes na RUE.

Eu já trabalhei numa outra UPA que não tinha esse tipo de regulação, era no telefone mesmo, catando a vaga... Tem uns nove anos. Eu fiquei lá três anos. Nessa época, quem fazia a busca da vaga era o Assistente Social, e ele fazia por telefone. Seja de exame de avaliação do especialista ou de vaga de internação, era tudo no telefone. Então, era muito difícil. Era “catagem”! Ligar pra tudo quanto é unidade. Lógico, a UPA que eu trabalhava era estadual, então, a nossa rede também era estadual e a gente saía procurando. (UPA M1)

Outro processo que contribuiu para a estruturação da regulação assistencial no município foi a expansão significativa da atenção primária que ocorreu no município a partir de 2009. O aumento significativo de unidades básicas de saúde ampliou o acesso da população às equipes de saúde, e, por conseguinte, resultou num aumento da demanda por acesso à atenção secundária. Até 2009, a regulação do acesso para grande parte das consultas e procedimentos eletivos no município do Rio de Janeiro ficava basicamente a cargo do paciente quando recebia o encaminhamento, ir até as unidades e encontrar vaga para o procedimento desejado, gerando custo de deslocamento, perda de dias de trabalho, inequidade de acesso, além de imensas filas para agendamento e disputa de vagas. Segundo Pinto et al (2017), o caminho para mudança passou pelo fortalecimento da atividade regulatória dentro da Subsecretaria Geral e pela utilização do Sistema Nacional de Regulação (SISREG) nas próprias unidades de saúde (PINTO et al, 2017). O agendamento que até então corria por conta do usuário, passou a ser responsabilidade da equipe de atenção primária, o que num contexto de ampliação da rede de APS representava um grande potencial de expansão do acesso. Nesse contexto favorável, a expansão da ação regulatória da atenção básica contribuiu para a progressiva exposição dos gargalos de acesso, que tem na assistência hospitalar seu foco principal. É nesse mesmo contexto político-institucional da gestão municipal que ganha fôlego também a estruturação da regulação assistencial da rede de urgências. Em 2012, houve a inauguração de novas instalações para o Complexo Regulador do município do Rio de Janeiro em edifício anexo ao hospital

Souza Aguiar, com espaço físico e recursos materiais para ampliar a capacidade de trabalho e acomodar todas as funções da regulação assistencial no município. Também nesse ano começou a inauguração das Coordenadorias de Emergência Regional, que modificaram o fluxo de atendimento na porta de entrada das maiores emergências hospitalares municipais. Em 2015, dois processos se destacam: a criação da Plataforma SMS-Rio e a organização dos Núcleos de Regulação avançada. Nesse mesmo ano, a criação da REUNI leva a modificações de pactuação quanto a função regulatória entre as três esferas governamentais, com maior impacto na regulação ambulatorial. No entanto, a fratura estabelecida nesse momento (PINTO et al, 2017) também reacendeu a tendência de atuação independente de município e estado na regulação das urgências.

A expansão da rede de saúde, destacadamente a RUE, os diversos processos e procedimentos gerenciais e administrativos implantados ao longo dos anos da regulamentação do SUS, bem como duas importantes epidemias de dengue no estado (2002 e 2008) foram elementos importantes para a organização da regulação assistencial no município e estado do Rio de Janeiro. Contudo, não se pode deixar de salientar que durante todo esse processo houve significativa atuação do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro (MPRJ) por meio de variadas ferramentas, desde audiências e seminários até Termos de Ajustamento de Conduta e Ações Cíveis Públicas. Desde o início da década de 2000, o MPRJ vem buscando compelir as esferas governamentais a cooperarem para estruturar a rede e seus serviços, desempenhando papel substantivo para promover mais equidade e integralidade na organização de rede de atenção à saúde (quadro 07).

O grande facilitador, por incrível que pareça, foi a judicialização. Eu acho que o fato de acontecer a judicialização, a gente, pelo menos, tinha uma coisa grande atrás de gente, um respaldo por trás, porque as dificuldades, as ameaças... (Hospital Federal)

Quadro 07 - Alguns marcos da evolução da regulação no Rio de Janeiro

ANO	EVENTO	RESULTADO
1999	Deliberação CIB n° 39	Projeto de implantação da rede de centrais de regulação do Rio de Janeiro
2001	ACP UTI Neonatal	Abertura da Central de Regulação Estadual no Hemorio Concurso público para médicos reguladores Contratualização de leitos de UTI Neonatal
2002	ACP TRS DOM Rio	Regulação intermunicipal da TRS pelo Estado Criação da Central de Regulação Municipal
2005	Deliberação CIB n° 203 Deliberação CIB n° 205	Expansão escalonada de leitos regulados pelas centrais de regulação Criação NIR rede pública hospitalar
2006	Resolução SMS-Rio n° 1205	Cria NIR hospitais municipais
2007	Deliberação CIB n° 384	Implantação da Central Estadual e das centrais regionais
2008	Epidemia de Dengue ACP Leitos Estado e União	Estruturação mais intensa da Central Efetiva regulação de leitos no município
2010	TACs propostos ao ERJ e MRJ	Foco na Atenção hospitalar e regulação de leitos
2011	Audiência com a Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva da Saúde do MPRJ ACP Leitos UTI MRJ	Discussão rumos da regulação de leitos e deficiências estruturais dos hospitais no MRJ Demandando criação de 349 leitos de CTI pela SES
2012	Deliberação CIB n° 1735 Deliberação CIB n° 1853	Aprova Plano de Ação da RUE, prevendo unificação de processos regulatórios e ampliação de leitos de retaguarda Aprova rede de atenção em alta complexidade cardiovascular e pactua fluxos e critérios para atendimento
2013	SISREG ambulatorial	Agendamento de consultas com especialistas e exames complementares via SISREG pela APS
2014	Deliberação CIB ACP – Oncologia/ Radioterapia	Pactua regulação da oferta de consultas e procedimentos ambulatoriais dos hospitais e institutos federais com sede no município Exige medidas da União, do ERJ e MRJ para assegurar a ampliação dos serviços de radioterapia no MRJ para suprir a demanda existente e futura
2015	Deliberação CIB	Pactua a criação da REUNI-RJ para ordenação do acesso dos usuários dos municípios fluminenses à serviços estratégicos localizados no município do Rio de Janeiro

Fonte: elaboração própria a partir de dados oriundos de página de internet da CIB; página de internet do MPRJ, entrevistas da pesquisa

Legenda: CIB – Comissão Intergestores Bipartite, ACP – Ação Civil Pública, TRS – Terapia Renal Substitutiva, DOM – Diário Oficial do Município, NIR – Núcleo Interno de Regulação, TAC – Termo de Ajustamento de

Conduta, MRJ – município do Rio de Janeiro, RUE – Rede de Urgência e Emergência, ERJ – estado do Rio de Janeiro, SISREG – Sistema de regulação, REUNI – Central de regulação unificada.

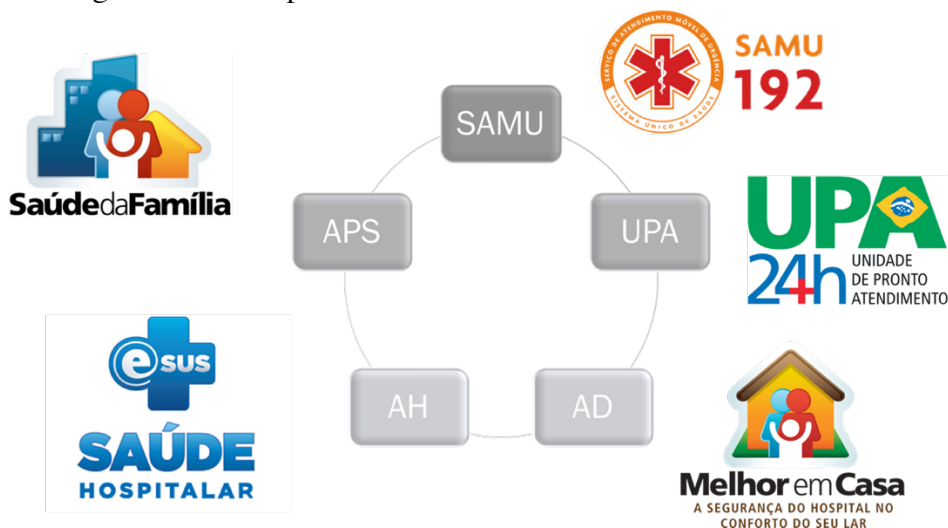
7.2. A Rede de Atenção às Urgências e Emergências do município do Rio de Janeiro

A RUE, conforme legislação federal, é constituída pelos seguintes componentes assistenciais: (1) Atenção Básica em Saúde, (2) Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, (3) Sala de Estabilização, (4) Unidades de Pronto Atendimento e o conjunto de serviços de urgência 24 horas, (5) Rede Hospitalar e (6) Atenção Domiciliar. Fazem parte ainda da RUE: o componente da Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde e a Força Nacional de Saúde do SUS. (BRASIL, 2017b)

No caso do município do Rio de Janeiro, do ponto de vista assistencial, não há salas de estabilização, pois essas se destinam a municípios de muito menor porte. Quanto à atenção pré-hospitalar móvel, o município dispõe, além do SAMU-Rio, de um serviço de atendimento na via pública provido pelo Corpo de Bombeiros do Estado do Rio de Janeiro, denominado Grupamento de Socorro de Emergência (GSE), desde 1986. Antes da regulamentação federal para o SAMU, a forma mais organizada de atendimento pré-hospitalar móvel era realizada pela Corporação dos Bombeiros que muitas vezes era a única alternativa, sendo restrita à via pública. Poucas corporações contavam com profissionais de saúde nesse atendimento, uma delas era a do Rio de Janeiro, com médicos na regulação e atendimento (O'DWYER et al, 2017).

A entrada na RUE pode acontecer através de qualquer um dos equipamentos assistenciais previstos na Figura 09.

Figura 09 - Diagrama dos componentes da RUE



Fonte: elaboração própria.

A rede de saúde do município do Rio de Janeiro tem foco no atendimento das urgências desde sua origem. A primeira unidade de saúde pública criada na cidade foi o Posto Central de Assistência, posteriormente nomeado Hospital Souza Aguiar, em 1907. Outras unidades foram sendo criadas na primeira metade do século XX: em 1920, o Serviço Auxiliar de Pronto Socorro do Méier, que viria a ser o Hospital Salgado Filho. Também em 1920, foi criado o Hospital Pedro II. Em 1935, foi criado o Dispensário Ilha do governador, que viria a ser tornar o Hospital Paulino Werneck; em 1936, o Hospital Miguel Couto; em 1937, o Hospital Carlos Chagas; em 1938, o Hospital Getúlio Vargas; e em 1940, o Hospital Rocha Faria (SUSEME, 1972). Nota-se que dos 8 hospitais construídos no município até 1940, 7 persistem até hoje como portas de entradas de emergência, pois apenas o HM Paulino Werneck não tem atendimento de emergência. A partir de meados do século começaram a ser criados hospitais com perfis específicos, além de hospitais gerais. Foram criados ainda o Hospital Estadual Anchieta (HEA), em 1946; o Hospital Estadual Eduardo Rabelo (HEER), em 1947; o Hospital Estadual Barata Ribeiro (HMBR), hoje municipal, em 1948; o Hospital Municipal Lourenço Jorge (HMLJ), que originalmente foi criado como Posto de Assistência subordinado ao HMMC, em 1955; e o Hospital Municipal Rocha Maia (HMRM), em 1958, originalmente um dispensário também (SUSEME, 1972).

Atualmente, na RUE, a atenção hospitalar conta com 8 emergências hospitalares municipais: Hospital Municipal Souza Aguiar (HMSA), Hospital Municipal Miguel Couto (HMMC), Hospital Municipal Evandro Freire (HMEF), Hospital Municipal Salgado Filho (HMSF), Hospital Municipal Lourenço Jorge (HMLJ), Hospital Municipal Albert Schweitzer (HMAS), Hospital Municipal Rocha Maia (HMRF), e Hospital Municipal Pedro II (HMPII). Há ainda 2 emergências hospitalares estaduais: Hospital Estadual Getúlio Vargas (HEGV) e Hospital Estadual Carlos Chagas (HECC). Na esfera federal há 3 hospitais com emergências hospitalares: Hospital Federal do Andaraí (HFA), Hospital Federal de Bonsucesso (HFB), e Hospital Federal Cardoso Fontes (HFCF). Essa configuração nem sempre foi a mesma, sendo a responsabilidade pela gestão dos hospitais do território do município por diversas vezes fonte de conflitos ou negociações entre as esferas governamentais. Em 1999, houve um processo de municipalização de vários hospitais federais que foi revertida em 2005¹⁰. Já em 2010, houve a municipalização do Hospital Pedro II, que era estadual. Esse hospital ficou fechado para

10 <<http://acervo.oglobo.globo.com/em-destaque/municipalizacao-de-hospitais-federais-fez-saude-do-rio-sofrer-intervencao-federal-20405214>> Acesso em: 16 dez 2017.

reformas e foi reaberto em 2012¹¹. Em 2016, em plena crise estadual, houve a municipalização do Hospital Rocha Faria e do Hospital Albert Schweitzer, que pertenciam a rede estadual.¹²

Um panorama da rede hospitalar pública no município do Rio de Janeiro, com hospitais gerais e especializados, encontra-se no quadro 08. Grande parte da rede pública especializada está sob gestão estadual e federal, incluindo-se os hospitais universitários. Esses, embora sejam classificados como hospitais gerais no CNES, operam serviços altamente especializados. Sob gestão municipal, encontra-se a maior parte das portas de emergência hospitalar, situadas em hospitais gerais. Entidades sem fins lucrativos e entidades empresárias também compõe a rede SUS no município do Rio de Janeiro. Dentre as entidades sem fins lucrativos, destaca-se na esfera municipal o hospital especializado em Oncologia Mario Kroeff, além da Ação Cristã Vicente Moretti e Hospital Nossa Senhora das Dores, oferecendo 40 e 120 leitos de crônicos, respectivamente. Consta ainda o Hospital da Gamboa com convênio ativo para 30 leitos de especialidades variadas, cujos leitos não estavam sendo regulados por irregularidades de funcionamento. Outras 4 entidades sem fins lucrativos encontradas no CNES não tinham convênios ativos com a esfera municipal. Na esfera estadual, havia dois hospitais com convênios ativos. O Hospital Adventista Silvestre ofertando 12 leitos (5 UTI, 1 Cirurgia Geral, 3 Transplante e 3 Clínica Geral) e o Hospital São Francisco na Providência de Deus ofertando 58 leitos (26 UTI, 2 Cirurgia Geral, 26 Transplante e 4 Clínica Geral). Entidades empresariais, tanto na gestão municipal quanto estadual, estavam conveniadas basicamente nas categorias de Clínica/Centro de especialidade ou Serviço/Unidade de Apoio Diagnose e Terapia.

Completando a composição da RUE, temos, após um movimento recente de expansão da atenção primária em saúde no município do Rio de Janeiro, 123 Centros Municipais de Saúde e 122 Clínicas de Família. Na atenção pré-hospitalar fixa, existem no município 30 UPA, sendo 14 municipais e 16 estaduais (quadro 09). As Coordenações de Emergência Regional (CER), criadas a partir de 2012 para se tornarem as portas de entrada para emergências clínicas de seus respectivos hospitais, são atualmente 5: Centro-HMSA, Leblon/HMMC, Barra/HMLJ, Ilha/HMEF e Santa Cruz/HMPPII. A rede municipal de urgências conta ainda com dois hospitais de pequeno porte, Hospital Municipal Francisco da Silva Telles e Hospital Municipal Rocha Maia, que oferecem pronto-atendimento, mas dispõem de leitos de baixa complexidade.

11 <<http://odia.ig.com.br/portal/rio/fechado-por-quase-dois-anos-hospital-pedro-ii-é-reinaugurado-1.449738>> Acesso em: 16 dez 2017.

12 <<https://oglobo.globo.com/rio/municipalizacao-de-hospitais-fara-estado-economizar-504-milhoes-18414283> Decreto municipal nº 41.198 de 7 de janeiro de 2016> Acesso em: 16 dez 2017.

Na figura 10, exibe-se a disposição territorial das unidades que compõem a RUE. Verifica-se que a distribuição espacial dos serviços acompanha a densidade populacional nas regiões mais ricas, enquanto que nas regiões mais pobres a disponibilidade de recursos é menor.

Quadro 08 – Hospitais públicos gerais e especializados por área programática e esfera administrativa - Rio de Janeiro/RJ - 2017

Hospitais			
Gerais	AP	Especializados	AP
Estadual			
HE Anchieta	1.0	Instituto Estadual do Cérebro Paulo Niemeyer	1.0
HE Getúlio Vargas	3.1	Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia	1.0
HE Carlos Chagas	3.3	Instituto Estadual de Hematologia - HEMORIO	1.0
HE Eduardo Rabelo	5.2	Instituto Estadual São Sebastião	1.0
		Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro	2.1
		Hospital de Dermatologia Sanitária	4.0
		Hospital Estadual Santa Maria	4.0
		Hospital Estadual Transplante Câncer e Cir Infantil	4.0
Municipal			
HM Souza Aguiar	1.0	HM Barata Ribeiro	1.0
HM Miguel Couto	2.1	H Maternidade Fernando Magalhães	1.0
HM Rocha Maia	2.1	HM Jesus (Ped)	2.2
H de Geriatria e Gerontologia	2.2	HM Nossa Sra do Loreto (Ped)	3.1
HM Evandro Freire	3.1	H Maternidade Alexander Fleming	3.3
HM Paulino Werneck	3.1	H Maternidade Herculano Pinheiro	3.3
HM da Piedade	3.2	HM Alvaro Ramos	4.0
HM Salgado Filho	3.2	HM da Mulher Mariska Ribeiro	5.1
HM Francisco Silva Telles	3.3		
HM Ronaldo Gazolla	3.3		
HM Lourenço Jorge	4.0		
HM Raphael de Paula Souza	4.0		
HM Albert Schweitzer	5.1		
HM Rocha Faria	5.2		
HM Pedro II	5.3		
Federal			
HF Servidores do Estado	1.0	Instituto Nacional do Câncer I	1.0
HF de Ipanema	2.1	Instituto Nacional do Câncer II	1.0
HF da Lagoa	2.1	Instituto Nacional do Câncer III	2.2
HF do Andaraí	2.2	Instituto Nacional do Câncer IV	2.2
HF de Bonsucesso	3.1	Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia	1.0
HF Cardoso Fontes	4.0	Instituto Nacional de Cardiologia	2.1
Universitário			
HU Pedro Ernesto - UERJ			2.2
HU Gaffree guinle - Unirio			2.2
HU Clementino Fraga Filho - UFRJ			3.1

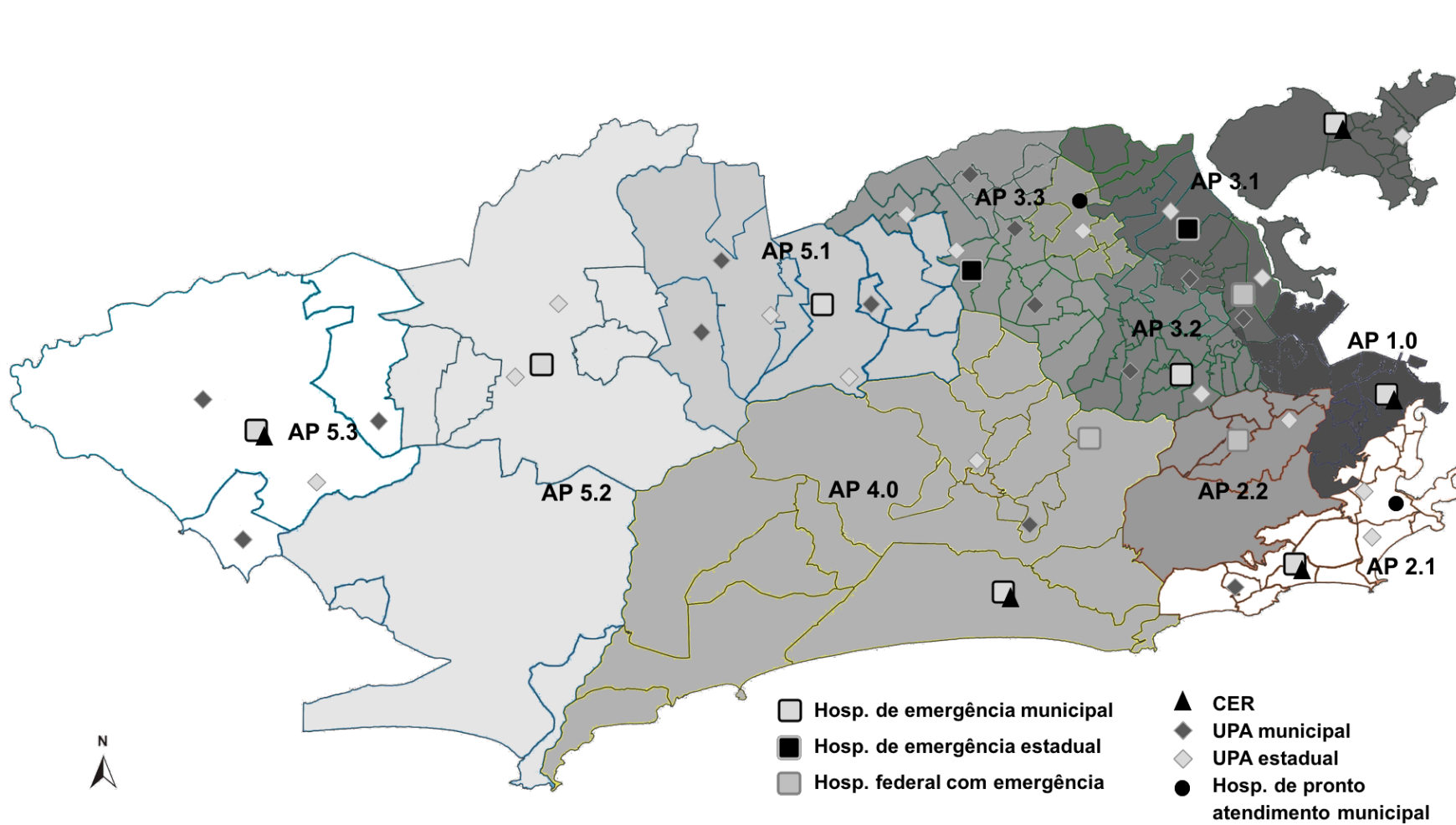
Fonte: CNES

Quadro 09 – Unidades de Pronto Atendimento por área programática e esfera administrativa - Rio de Janeiro/RJ - 2017

AP	Bairro	Esfera Adm
1.0	-	-
2.1	Botafogo Copacabana Rocinha	Estadual Estadual Municipal
2.2	Tijuca	Estadual
3.1	Ilha do Governador Maré Penha Complexo do Alemão Manguinhos	Estadual Estadual Estadual Municipal Municipal
3.2	Engenho Novo Engenho de Dentro	Estadual Municipal
3.3	Irajá Marechal Hermes Ricardo de Albuquerque Costa Barros Madureira Rocha Miranda	Estadual Estadual Estadual Municipal Municipal Municipal
4.0	Taquara Cidade de Deus	Estadual Municipal
5.1	Bangu Realengo Magalhães Bastos Senador Camará Vila Kennedy	Estadual Estadual Municipal Municipal Municipal
5.2	Campo Grande I Campo Grande II	Estadual Estadual
5.3	Santa Cruz Paciência Santa Cruz/João XXIII Sepetiba	Estadual Municipal Municipal Municipal

Fonte: <<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/exibeconteudo?id=4206759>> Acesso em 31 mar 2017 às 18:00.
<<http://www.informacaoensaude.rj.gov.br/upas-24-horas/20257-enderecos-upas-24h-estaduais.html>> Acesso em: 31 mar 2017 às 18:00.

Figura 10 – Mapa da Rede de Atenção às Urgências e Emergências - Rio de Janeiro/RJ - 2017



Fonte: elaboração própria

7.3. Regulação Municipal

7.3.1. Categorias

No Complexo Regulador do município do Rio de Janeiro são utilizadas as seguintes categorias para tratamento das demandas que chegam ao conhecimento dos reguladores:

- Vaga Zero¹³: paciente desassistido, quando o paciente se encontra em uma unidade de saúde (não inclui o paciente no domicílio ou na via pública) que não tem os recursos mínimos necessários ou onde não há o suporte para a adequada abordagem ao quadro (ex. hemorragia com repercussão hemodinâmica na APS, politraumatizado, acidente vascular cerebral (AVC), abdome aguda na UPA).
- Ambulâncias: acopladas com as solicitações de vaga zero e internação eletiva a serem executadas (ex. remoção de um paciente com infarto agudo do miocárdio (IAM) de uma Clínica da Família (CF) para uma UPA, várias UPA têm ambulância para removerem seus pacientes para leitos definitivos ou realização de exame ou avaliação de especialista).
- Internação: paciente com indicação de leito hospitalar, de enfermaria ou UTI, mas que não se encontra desassistido (ex. pacientes em ventilação mecânica e dieta enteral em UPA, pacientes em tratamento com antibioticoterapia venosa em UPA, pacientes com indicação de realização de exames ou procedimentos não disponíveis na unidade de internação em que o paciente se encontra).
- Vagas ambulatoriais: consultas e exames complementares.
- Demandas judiciais: o Setor de Mandados¹⁴ é responsável por prover assessoria técnica as ações do Complexo Regulador, na regulação ambulatorial e hospitalar, para elaboração das respostas dos mandados judiciais, de modo a que tenham efetividade e respeitem à legislação brasileira.

13 <<https://complexoreguladorsmsrio.blogspot.com.br/2017/03/orientacoes-gerais-para-regulacao-de.html>> Acesso em: 16 dez 2017.

“O médico regulador, como autoridade sanitária, na busca do melhor atendimento possível ao paciente em risco de vida, tem a prerrogativa de determinar a unidade de destino mesmo contra a opinião da chefia de serviço e/ou equipe. A decisão deve ser tomada o mais rápido possível, de acordo com a urgência de cada caso e a unidade de destino deverá ser comunicada em tempo hábil, para que se prepare para receber o paciente. A regulação de cada caso deverá ser realizada levando-se em conta critérios geográficos e viários, além da existência da especialidade/procedimentos demandados para o adequado atendimento ao paciente. As plataformas da SMSRIO (Sistema de Ambulâncias e Painel de Urgência/Emergência) serão norteadoras da regulação médica da vaga zero e são de consulta obrigatória para cada regulação médica de vaga zero.”

14 <<https://complexoreguladorsmsrio.blogspot.com.br/2017/02/lorem-ipsum.html>> Acesso em: 16 dez 2017.

A premissa que norteia o trabalho no CRMJRJ é de que todas as demandas sejam reguladas, seja de maneira centralizada como ocorre nos cenários de urgência e de acesso ao leito hospitalar, seja de modo descentralizado, como ocorre na esfera ambulatorial, na Atenção Primária. No entanto, a regulação de grande parte das demandas obstétricas atendidas pelas maternidades municipais não é intermediada pelo CRMJRJ. Além disso, no cuidado dos quadros de infarto agudo do miocárdio diversos reguladores locais descreveram a existência de um fluxo para realização de coronariografia, que corria paralelamente à regulação desse procedimento pela Central Estadual de Regulação.

7.3.2. Processo regulatório

O processo de regulação é disparado por uma unidade de saúde que apresenta uma demanda e que por isso passa a ser denominada unidade solicitante. O processo se completa com o atendimento da demanda por outra unidade de saúde, que por isso é denominada unidade executante. São numerosas as unidades de saúde que apresentam demandas e não tão numerosas as unidades que executam as demandas. Desse modo, existe uma instância que arbitra esse processo. Essa instância é a central de regulação.

Uma unidade solicitante habitualmente vai apresentar uma demanda que pode ser incluída em uma de duas categorias. A primeira categoria é a VAGA ZERO. Nessa categoria incluem-se todas as circunstâncias clínicas de completa desassistência, representando risco iminente para a manutenção da vida. Um exemplo simples é o caso de um paciente com insuficiência respiratória numa Clínica da Família. Nessa unidade de saúde não há recursos suficientes para a preservação da vida desse paciente. Outros exemplos são a completa inadequação da assistência, por exemplo em casos em que a unidade não dispõe de recursos para o adequado tratamento de uma condição potencialmente fatal, mas sem risco imediato para a preservação da vida. Exemplos frequentes são o diagnóstico clínico de acidente vascular cerebral requerendo a precoce realização de tomografia computadorizada de crânio a fim de direcionar o tratamento subsequente do paciente; a suspeita de abdome agudo cirúrgico requerendo avaliação de especialista e idealmente realização de tomografia computadorizada de abdome; a estimativa da extensão e gravidade de lesões em pacientes vítimas de traumatismos decorrentes de acidentes, armas brancas e/ ou armas de fogo. Nota-se que o recurso da vaga zero acomoda tanto o acesso à recursos mínimos de sobrevivência quanto o acesso à recursos críticos para diagnóstico e tratamento em casos de grande potencial de

morbidade e mortalidade. Assim, um paciente com dor torácica e eletrocardiograma compatíveis com infarto agudo do miocárdio pode ser removido de uma Clínica da Família (CF) ou Centro Municipal de Saúde (CMS) para uma Unidade de Pronto Atendimento, ainda que esta não seja uma unidade de internação hospitalar, a fim de garantir acesso à medicamentos e equipamentos que podem ser a diferença entre a vida e a morte. Bem como, um paciente admitido numa UPA após um acidente de motocicleta com traumatismo craniano pode ser removido até uma unidade hospitalar para realização de tomografia computadorizada de crânio e avaliação pelo neurocirurgião e retornar para a UPA caso exame complementar e avaliação médica especializada descartem a necessidade de intervenção cirúrgica (figura 11).

O Vaga Zero é o paciente com risco iminente, então aqui especificamente nosso Vaga Zero é baleado, paciente com necessidade de diálise de urgência, hemotransfusão de urgência, caso cirúrgico, um paciente com abdômen agudo, tudo que for aquela coisa de risco iminente ao paciente, a gente consegue solicitar como Vaga Zero. (UPA M4)

Na Lei 2.048 de 2002 encontramos o conceito de Vaga Zero assim definido: “(...) garantir o atendimento nas urgências, mesmo nas situações em que inexistam leitos vagos para a internação de pacientes”. Nesses casos a esfera gestora tem como responsabilidade “(...) decidir o destino do paciente baseado na planilha de hierarquias pactuada e disponível para a região e nas informações periodicamente atualizadas sobre as condições de atendimento nos serviços de urgência, exercendo as prerrogativas de sua autoridade para alocar os pacientes dentro do sistema regional, comunicando sua decisão aos médicos assistentes das portas de urgência”. Percebe-se pelo texto oficial a visão de que a situação de Vaga Zero ensejaria a emergência hospitalar como destino final do paciente. No entanto, a realidade no município do Rio de Janeiro conta com uma diversidade maior de respostas para uma variedade de situações classificadas como Vaga Zero, conforme descrito acima.

O desfecho de um fluxo de Vaga Zero pode ser variado. Em muitos casos, o motivo da Vaga Zero já justifica a posterior permanência do paciente na unidade hospitalar em que foi realizar a avaliação por especialista ou o exame complementar, como no caso de vítimas de trauma por projétil de arma de fogo e politraumatizados. No entanto, diversas outras situações se apresentam em que a permanência do paciente na unidade hospitalar não é garantida. Avaliações de Vaga Zero que terminam por descartar a necessidade de uma intervenção pelo especialista, ainda que não descarte a necessidade de uma internação hospitalar, com alguma frequência retornam para uma “internação” na UPA. A situação é significativamente comum a ponto das próprias unidades por vezes entenderem a situação como tolerável diante do cenário mais amplo, dos hospitais e das emergências hospitalares.

(...) até por conta de uma superlotação nos hospitais, esse paciente, sendo um tratamento clínico, até convém ele retornar para cá. “ah é uma infecção urinária alta” então ele retorna para cá, o clínico pode “ah então não tem necessidade, eu já descartei a outra hipótese, vou liberar esse paciente” e a gente já acaba, muitas vezes, liberando daqui ou se for uma coisa um pouco mais complicada, porém não cirúrgica, ele volta para cá e fica internado aguardando um leito de clínica médica. (UPA M4)

(...) nem todo paciente realmente é um paciente com perfil de unidade hospitalar. Aquela dor abdominal que às vezes levantou uma suspeita para gente que solicitou uma TC de abdômen, esse paciente, se não for nada cirúrgico, for algo clínico, ele vai voltar para a unidade. (UPA M7)

A situação da coronariografia via cateterismo também evidencia essa fragilidade:

Esse paciente vai fazer o cateterismo e depois ele até pode retornar para cá, mas a tendência natural das coisas agora é depois do CAT, ele já ir para alguma unidade específica de coronária. (UPA M4)

Essa categoria de demanda começou a ser operacionalizada no município do Rio de Janeiro, por iniciativa da gestão municipal, a partir de 2012. A esfera municipal oferecia um atendimento com ambulâncias, através de uma Central de Ambulâncias, mas que não era vinculado a organização e hierarquização das demandas feita pela central de regulação na época.

A VAGA ZERO surgiu, assim; já tinha muito problema das unidades ficarem presas, as ambulâncias levavam pacientes pra qualquer lugar, tudo era na base da conversa... O Coordenador da Central de Ambulância, ele conhecia dos eventos de Carnaval, de Ano Novo, tal e tal, os Diretores das unidades e, nesse período, todo mundo que precisa de uma ambulância tinha que falar com ele, e tudo funcionava como uma grande troca de favores, tipo: “Olha, tô com uma ambulância presa em uma unidade, vê se me libera”... Imagina a briga que não devia ser? Porque era menos baseado em critério técnico do que hoje. (Regulador Municipal 3)

Porque você não vai saber como que está cada local e vai ficar no escuro, fica na necessidade de uma unidade falar com a outra diretamente, porque era como funcionava há muito tempo atrás, e muito mais numa questão de parceria entre amigos que se conheciam de unidades diferentes e que falavam; podem trazer pra cá que eu recebo e tal... e não tem uma distribuição equitativa. (Regulador Municipal 1)

A gente não era próximo à Central de Ambulância e, assim, funcionava como coisas separadas, totalmente. E hoje eu vejo como foi importante, depois a gente conseguiu juntar, com o foi importante ter esse tipo de contato e entender o outro lado. (Regulador Municipal 3)

A proposta foi inicialmente percebida como uma necessidade temporária:

E é essa que é a grande questão, de como a gente consegue fazer essa priorização dentro dessa regulação e trabalhar com informação nesse sentido é tão importante. E é por conta disso que surgiu a VAGA ZERO e os NRs. Eu lembro até hoje quando a coordenadora da Central falou: “O VAGA ZERO vai ficar só 15 dias”. (Regulador Municipal 3)

No entanto, observou-se que esse fluxo se encontrava plenamente institucionalizado, havendo expansão do acesso ao e-mail do Vaga Zero para as UPA estaduais.

O e-mail de Vaga Zero do município. Então, por exemplo, é uma especialidade que não tem aqui no Getúlio, oftalmologia, não tem aqui no Getúlio, então a gente direciona para algum lugar. Obstetrícia também não tem aqui no Getúlio. Geralmente o município, ele absorve esse tipo de paciente. Já teve caso de ter gravida aqui, mandamos o e-mail de Vaga Zero e direciona. (UPA E1)

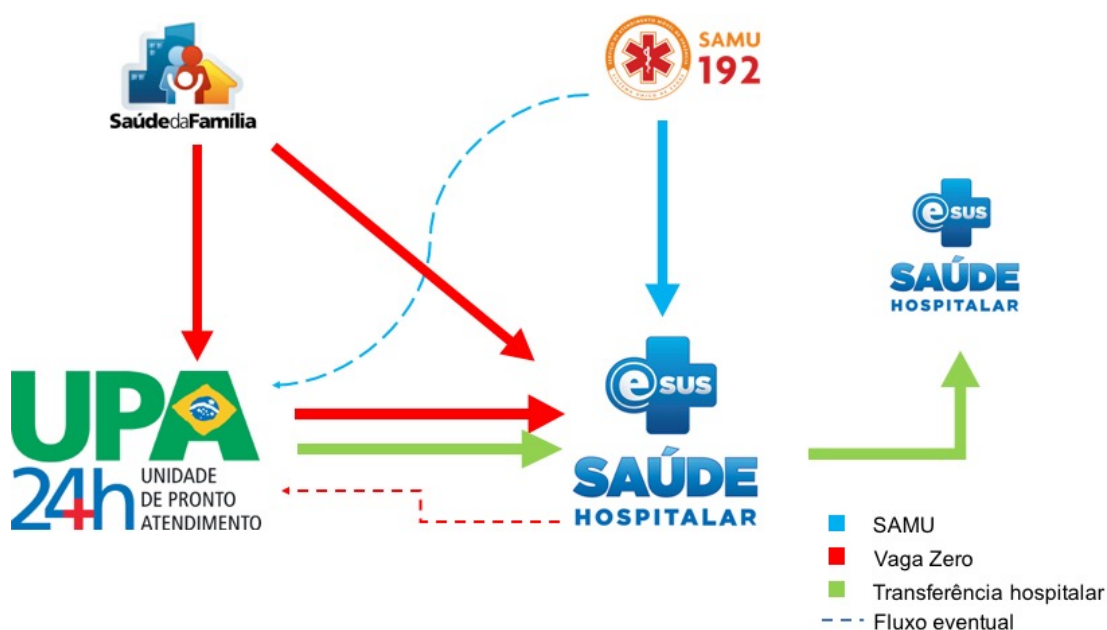
Em uma outra categoria, denominada INTERNAÇÃO HOSPITALAR, estão incluídas as demandas por leitos de internação hospitalar, seja porque se trata de uma unidade que não realiza internações hospitalares, seja porque o perfil de internação requerido pelo paciente não é contemplado pela unidade, ou ainda por haver necessidade de um recurso não disponível naquela unidade, como por exemplo a realização de um exame complementar ou a avaliação de um especialista. Ressalta-se que nessa categoria, habitualmente, trata-se de uma circunstância que encerra algum grau de estabilidade clínica dos pacientes. É frequente que as UPA solicitem leitos de enfermagem clínicos para pacientes cujos diagnósticos demandam tratamento que exija medicamentos intravenosos, suporte de oxigenioterapia ou exames complementares adicionais. Casos comuns são infecções respiratórias, insuficiência cardíaca e renal descompensadas, diabetes mellitus descompensado ou complicado. Ocorre com frequência também que haja pacientes em UPA que se apresentem com quadros graves de septicemia, acidente vascular cerebral, insuficiência respiratória cujo tratamento envolva ventilação mecânica, medicações que exijam acessos venosos profundos e monitorização contínua do status vital do paciente. Nessas circunstâncias impõe-se a demanda por um leito hospitalar em unidade de terapia intensiva. Ressalta-se aqui que embora a internação hospitalar possa ser solicitada através do SISREG por qualquer unidade de saúde do município, as solicitações oriundas da APS têm um fluxo diferente¹⁵, pois são recebidas pela central através de e-mail, sendo avaliadas e, quando priorizadas, são inseridas no SISREG para a regulação imediata. O significado desse procedimento é a inexistência de um fluxo de internação eletiva, principalmente quando se trata de um paciente com um quadro clínico. O caráter programado de uma internação hospitalar fica restrito à realização de cirurgias, cujas filas são geridas pelas próprias unidades que oferecem o serviço.

Em muitas unidades que compõem a RUE, como as UPA, a rotina é produzir um relatório médico para ser inserido no SISREG assim que um paciente é admitido nas salas amarela e vermelha. Algumas unidades o fazem de imediato quando o diagnóstico permite, em outras existe um período de observação padrão para esclarecer melhor o diagnóstico, que gira em torno de 12 a 24 horas. Os dados que constam do relatório médico são inseridos na página

15 <<http://complexoreguladorsmsrio.blogspot.com.br/2017/05/central-de-regulacao-de-internacao.html>> Acesso em: 16 dez 2017.

de internet do SISREG e o caso passa a estar visível para a central de regulação, que então pode analisá-lo. Na maioria das unidades, o médico que determina a necessidade de internação hospitalar produz o relatório e a partir daí esse documento é utilizado por um funcionário administrativo para preencher uma solicitação de leito no SISREG. Em algumas poucas unidades o médico produz e também insere diretamente os dados do paciente no SISREG.

Figura 11 – Fluxo de regulação na RUE no Rio de Janeiro



Fonte: elaboração própria

Na figura 11 observam-se os múltiplos caminhos possíveis na RUE no município do Rio de Janeiro. As setas vermelhas cheias indicam os caminhos do Fluxo de Vaga Zero. Como explicado, os fluxos pactuados incluem a saída de um paciente de uma unidade básica de saúde direto para uma UPA ou hospital em regime de Vaga Zero. Ainda pelo mesmo Vaga Zero um paciente pode sair de uma UPA para uma emergência hospitalar a fim de realizar um exame ou ser avaliado por um especialista. A seta verde cheia indica a remoção de um paciente de uma UPA para um hospital ou de um hospital para outro que disponha do recurso que o primeiro não oferece. A internação hospitalar diretamente da unidade básica de saúde é virtualmente inexistente. Quanto ao SAMU, o fluxo preferencial pactuado envolve a remoção dos pacientes do local de atendimento direto para uma emergência hospitalar, como indicado pela seta azul cheia. As setas tracejadas indicam fluxos pouco habituais. A seta vermelha tracejada indica a remoção de um paciente de um hospital para uma UPA, situação pouco adequada, mas que pode ocorrer no caso de hospitais de baixo porte e complexidade. Outra situação não ilustrada,

mas pouco frequente é a remoção de um paciente de uma UPA para outra, em geral, devido a superlotação da sala vermelha com pacientes em ventilação mecânica. Por fim, a seta tracejada azul indica a remoção de paciente pelo SAMU para UPA, fluxo pouco frequente na RUE, pois a pactuação preferencial direciona os pacientes do SAMU para as emergências hospitalares.

7.3.3. Ferramentas

As unidades se relacionam com a central pela Plataforma da SMS-Rio. Instituída em fevereiro de 2016, trata-se de um software que obtém dados do SISREG e disponibiliza-os numa interface que permite trabalhar os dados de solicitações e disponibilidade de leitos. É possível ainda na plataforma integrar esses dados com informações geográficas, o que permite otimizar a seleção das unidades executantes e o disparo das ambulâncias. As unidades inserem nessa plataforma suas solicitações, que são analisadas pelos médicos reguladores do CRM RJ, podendo ser prontamente atendidas, ou, a depender do caso, podem ser requeridas informações adicionais. A plataforma ainda oferece a possibilidade de comunicação entre as unidades solicitantes e o médico regulador por meio de um chat virtual.

A criação da plataforma originou-se de limitações do SISREG como interface para o processo de regulação. Criado numa lógica de faturamento e auditoria, a forma como o software do SISREG disponibiliza as informações não é favorável ao processo de alocação de recursos. Simultaneamente, o uso da plataforma atendeu também a necessidade de propiciar maior acesso à informação, já percebida como um nó entre os participantes do processo regulatório. Com a informação mais organizada, disponível e transparente ampliou-se o respaldo administrativo e legal para o exercício da função reguladora, tanto perante os interessados e envolvidos no processo, quanto na interação com o poder judiciário. Destaca-se como grande benefício da implantação da plataforma o acoplamento do censo hospitalar com a emissão de autorização de internação hospitalar, que permitiu fiscalizar o leito acoplado com o faturamento. As unidades hospitalares foram assim obrigadas a negociar sua autonomia sobre a utilização dos seus leitos.

O e-mail é um recurso também muito utilizado no processo de regulação. A confirmação das vagas reguladas, leitos ou vaga zero, são todas feitas por e-mail com as unidades solicitantes e executantes. Quando uma vaga é cedida ou uma transferência autorizada há o registro desse evento no sistema em que o paciente está inserido e regulado, mas as unidades envolvidas também são comunicadas via e-mail. Inclusive o e-mail é considerado a forma mais ágil de comunicação, se comparada à comunicação via SISREG ou Plataforma SMS-Rio. Frequentemente, esse e-mail é impresso pelas unidades e utilizado como documentação

comprobatória perante a outra unidade. Essa ferramenta não é formalmente um recurso da regulação, mas transformou-se numa regra instituída entre os profissionais que produz segurança, já que os médicos quando fazem o transporte preferem ter os e-mails impressos como forma de provar que o leito foi cedido

A comunicação telefônica persiste um meio útil de obtenção de informações, mas vem sendo progressivamente substituída pelo uso do WhatsApp. A incorporação desse meio de comunicação ágil, barato e disponível teve como aspecto positivo permitir uma maior proximidade com a esfera gerencial, em seus diversos níveis (secretário, subsecretário, gerente), tanto para expor situações de dificuldade de interação e relacionamento entre unidades, quanto para apresentar soluções para problemas. O lado possivelmente negativo da incorporação dessa ferramenta, advém do uso exclusivo da ferramenta WhatsApp¹⁶ em detrimento dos canais formais para registro e acompanhamento do andamento dos processos, resultando em maior informalidade do processo, redução da transparência e aumento da sensação de "ajuda entre amigos". Adicionalmente, essa ferramenta também pode materializar a ambivalência de se criar uma rede informal¹⁷, como a "CardioRede", que a partir de contatos informais disponibiliza recursos de forma desigual na rede. Ressalva-se que essa informalidade por vezes é o único meio de acesso possível ao recurso. As opiniões são divididas em relação a esse fluxo. Alguns são entusiastas a partir de uma perspectiva otimista de que ao menos por vezes consegue-se oferecer um fluxo de cuidado mais próximo do ideal do ponto de vista do acesso ao procedimento. Outros utilizam-no "docemente constrangidos", pois trata-se de fluxo paralelo e cujo acesso depende da proatividade e conhecimento daquele que está prestando assistência a cada momento, sendo variável e desigual.

A CardioRede funciona, mas eu acho que tinha que ser uma coisa maior, tinha que ser uma CardioRede para todo mundo. Ela funciona, mas assim, eu te confesso que eu evito usar. (CER 5)

A formalização dos processos regulatórios ocorre pelo SISREG e pela Plataforma SMS, meios acima mencionados, e frequentemente são adicionalmente confirmados por e-mail (como cessão de vagas, autorizações para avaliação de pacientes ou realização de exames). Os e-mails também são meio de comunicação para apresentar situações específicas ou especiais que carecem de formalização no SISREG ou na Plataforma.

16 WhatsApp Messenger é um aplicativo multiplataforma de mensagens instantâneas e chamadas de voz para smartphones.

17 Exemplo da "CardioRede": grupo de WhatsApp, com profissionais de várias unidades incluindo o INC, que tem origem em redes de contatos pessoais do responsável pela linha de cuidado em Cardiologia da prefeitura com o INC, no qual se faz marcação informal de cateterismo/coronariografia.

7.3.4. Organização do CRMRJ

O CRMRJ está instalado em edifício anexo ao HMSA. O CRMRJ se subdivide nos seguintes setores: Regulação Ambulatorial, Mandados, Internação, Urgência e Emergência e Núcleos de Regulação Avançada. Essa subdivisão do complexo regulador em centrais é prevista na política nacional de regulação (BRASIL, 2017a). Na regulação ambulatorial, a equipe faz o gerenciamento do sistema de regulação e a priorização do agendamento de consultas e exames, por gravidade e tempo de espera. Também realizam o treinamento de profissionais para acessar e utilizar o sistema. Os setores de Urgência e Emergência e Internação compartilham equipe, atendendo as demandas de Vaga Zero e Internação hospitalar, pois como visto a regulação das internações hospitalares é quase exclusivamente dedicada às demandas das unidades que compõem a RUE. Juntos esses setores ocupam um grande salão que acomoda as equipes responsáveis pelas regulações de Vaga Zero, Internação hospitalar e Ambulâncias. Nesse salão uma das paredes conta com alguns televisores grandes que exibem as seguintes informações:

- Disponibilidade dos especialistas e equipamentos nos Hospitais de Emergência do município (Clínica Médica, Pediatria, Otorrino, Oftalmologia, Cirurgia geral, Cirurgia pediátrica, Cirurgia vascular, Neurocirurgia, Urologia, Ortopedia, Psiquiatria, Hemodiálise, Tomografia computadorizada e endoscopia digestiva);
- Taxa de ocupação das salas vermelha e amarela por UPA, dentre as municipais (local que abriga os recursos que a habilitam a estabilizar pacientes graves);
- Disponibilidade de leitos em Clínica Médica, Pediatria, Cirurgia e Terapia Intensiva.

Nesse mesmo espaço físico, as equipes se organizam em núcleos: (a) Núcleo Vaga zero e Internações: 02 médicos reguladores para Vaga Zero, 04 médicos reguladores para Internação Hospitalar e 02 funcionários administrativos e (b) Núcleo ambulância: 04 funcionários administrativos.

A relação do CRMRJ com as unidades hospitalares de emergência acontece através dos Núcleos Internos de Regulação (NIR) dessas unidades. Essas instâncias têm como função coordenar o trabalho da regulação dentro do hospital. Espera-se desses núcleos ainda ser a interface entre o hospital e a central de regulação, além de controlar o fluxo de informações entre hospital e central, com especial atenção à confecção do censo hospitalar, e “semear” a cultura de regulação dentro do hospital (RIO DE JANEIRO, 2005). Desse modo, são essas as instâncias responsáveis por produzir um censo hospitalar e informar para o CRMRJ a oferta de

vagas das respectivas unidades para a rede. No entanto, os gestores do nível central relatam a percepção que os NIR não conseguem cumprir todas as suas funções tanto por insuficiência de capacitação e conhecimento dos processos quanto por uma percepção e atitude de pertencimento à unidade com concomitante distanciamento de sua reponsabilidade com a rede.

(...) se o NIR tivesse perna e competência pra fazer o trabalho dele, ajudaria muito, porque ele é a ponte oficial entre a Regulação e a Unidade. Como ele é deficiente, a gente criou os NRs também pra facilitar a nossa vida aqui. (Gestor Municipal 1)

Diante desse diagnóstico, organizou-se o Núcleo de Regulação Avançada¹⁸ (NR), uma estratégia que, a partir de abril de 2015, colocou médicos reguladores do CRM RJ para atuar in loco, como um braço avançado da regulação. A interação deixou de ocorrer apenas remotamente, havendo a presença física de reguladores do CRM RJ nesses hospitais da SMS-Rio. Essa rede foi criada a partir do diagnóstico de resistência das unidades em funcionar para também atender às demandas da rede e não apenas às suas demandas internas, principalmente considerando que a essas unidades apresentam-se demandas oriundas da porta da emergência e da rede. Nesse diagnóstico de resistência ou inércia institucional um dos elementos é a fragilidade do NIR, como integrante da unidade, em defender ou colocar em jogo questões vistas como externas às unidades. Fragilidade essa que também engloba a falta de ingerência sobre a pouca efetividade nos processos internos de cuidado e gestão dos leitos. A partir dessa leitura, o nível central concebeu a presença de um regulador do CRM RJ que materializa essa demanda externa e pode fiscalizar o funcionamento da unidade.

Quando ele foi pensado [a estratégia dos NR], não existia nenhuma dessas plataformas que eu te falei, e a gente tinha quase certeza, que o hospital não fornecia o mapa de leitos real, e aí ele foi criado pra estar dentro do hospital pra deixar esse mapa de leitos o mais atualizado possível pra não ter vaga escondida da Regulação. (Gestor Municipal 1)

Frequentemente, as tarefas cotidianas dos NIR estão sob responsabilidade de profissionais da unidade médicos e não-médicos ou até mesmo de funcionários administrativos, que tendem a estar mais comprometidos e/ou interessados em atender às demandas internas, provavelmente para acomodar as dinâmicas de trabalho mais confortáveis aos setores internos do hospital. O NR pode mais qualificadamente exercer pressão para que a unidade atue em maior conformidade com as demandas da rede, seja por também ser médico e discutir melhor sobre gravidade de casos e condutas a serem tomadas, seja por conhecer melhor a realidade da rede e o processo regulatório, torna-o mais habilitado a negociar o uso e alocação dos recursos.

18 <<https://complexoreguladorsmsrio.blogspot.com.br/2017/03/nucleos-de-regulacao-nr.html>> Acesso em: 16 dez 2017.

A estratégia logrou agilizar processos administrativos internos, garantir a veracidade e maior frequência de disponibilidade do censo hospitalar, aumentando a efetividade do processo regulatório. Todavia, não houve sucesso em atuar sobre a qualificação do cuidado e sua correlação com o processo regulatório. A expectativa relacionada a possibilidade de discutir as indicações de hospitalização e o tipo de leito solicitado não se concretizou, pois, a atuação do NR estava fortemente associada a um caráter fiscalizatório e a receptividade do profissional médico a ações que potencialmente coloquem sob escrutínio sua conduta é muito baixa.

Nos hospitais de emergência, quando tem médico, ele foi pensado pro médico do NR discutir com o médico assistente, seja ele o chefe de equipe ou o que está assistindo o caso, pra pegar emergência e subir pros leitos de um andar ou selecionar os pacientes que tem que sair. Pra mapa de leitos, pra tempo de permanência, pra exames, pedido pra fora, contato com a unidade, ele serviu. Pra médico discutir conduta médica ele não serviu. Médico não discute conduta médica. (Gestor Municipal 1)

Sobre a estratégia aponta-se a interação presencial como fundamental para construção da percepção de rede, para o desenvolvimento de uma postura de parceria entre as várias instâncias envolvidas no cuidado aos pacientes.

Ele é o olho a olho, cara a cara, que a gente não pode sair daqui pra fazer todo dia. (Gestor Municipal 1)

Em 2017, eram 13 hospitais da rede municipal que contavam com profissionais médicos atuando como núcleos de regulação descentralizados, embora esse número já viesse em processo de retração, com a completa retirada desses funcionários de algumas unidades ou extinção da presença desses profissionais nos períodos noturnos e finais de semana em outras. As restrições de ordem econômica foram a justificativa para a revisão da estratégia, que em 2017 contava com a seguinte configuração¹⁹: equipes formadas por profissionais enfermeiros diaristas (40 h) e plantonistas (12/60 h), administrativo (40 h). Esse formato está presente nas seguintes unidades: CER Centro, CER Leblon, CER Barra, CER Santa Cruz, HMRG, HMAS, HMRF e HMPII. O médico diarista encontrava-se presente apenas em quatro unidades HMSA, HMSF, HMMC e HMLJ. Nas demais unidades, de menor complexidade, os núcleos são compostos apenas por enfermeiros diaristas (40h/ semanais): Hospital Municipal da Piedade, Hospital Municipal de Geriatria e Gerontologia, Hospital Municipal Barata Ribeiro, Hospital Municipal Evandro Freire /CER Ilha, Hospital Municipal Jesus e Hospital Municipal Paulino Werneck.

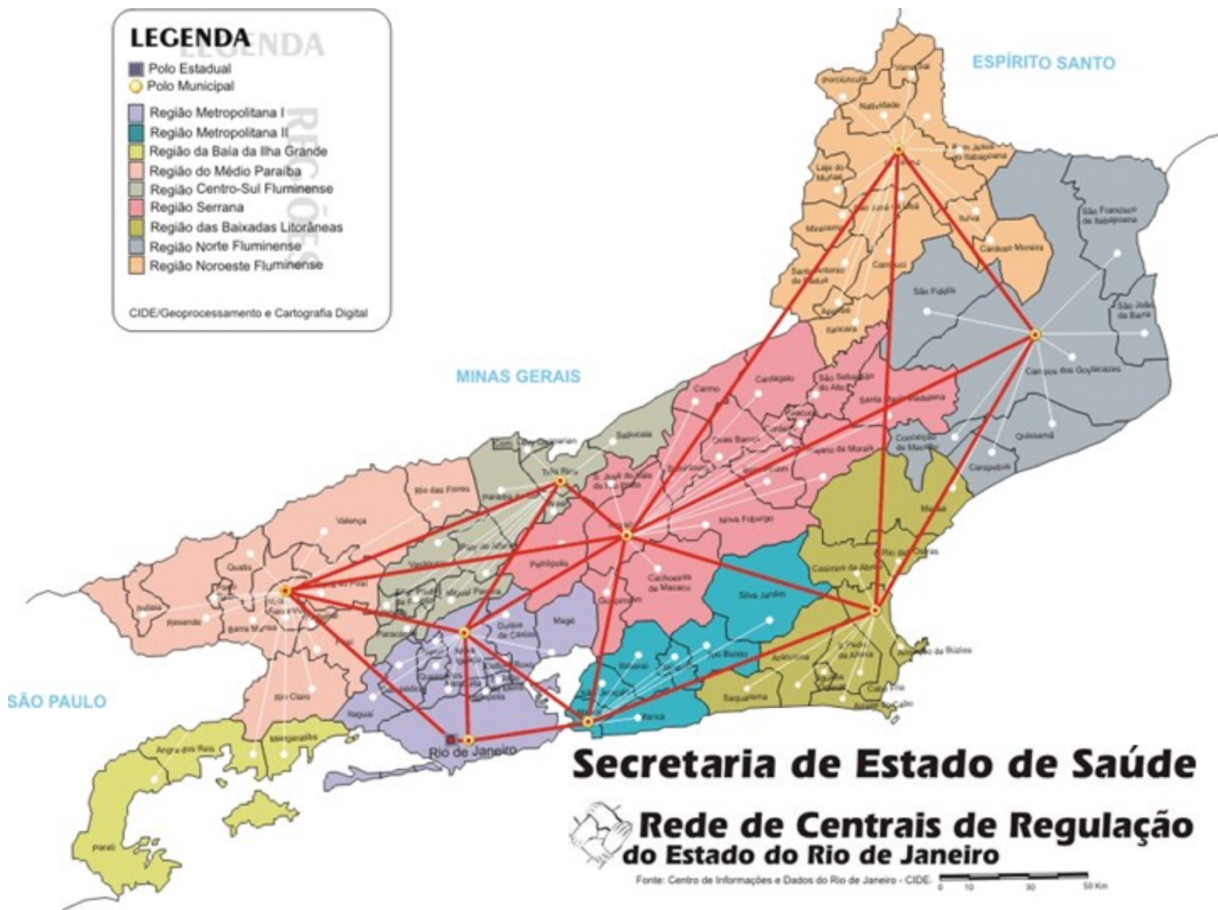
19 <<https://complexoreguladorsmsrio.blogspot.com.br/2017/03/nucleos-de-regulacao-nr.html>> Acesso em: 16 dez 2017.

7.4. Regulação Estadual

Na esfera estadual, houve a criação da Rede de Centrais de Regulação do Estado do Rio de Janeiro em 1999 (RIO DE JANEIRO, 1999). Ao longo de quase duas décadas, houve um processo gradual de expansão dos recursos a serem regulados pela esfera estadual.

Atualmente, a regulação estadual se organiza em regiões (figura 12). O estado é dividido em nove regiões de saúde e cada região de saúde tem uma central regional, que administra a oferta disponível naquela região. Exceção feita a UTI adulto, pediátrico e neonatal, além de cirurgia cardíaca infantil, que são organizados em fila única estadual.

Figura 12 - Mapa dos complexos reguladores do estado do Rio de Janeiro



Fonte: SES-RJ

7.4.1. Categorias

A Central de Regulação do estado do Rio de Janeiro faz a gestão de dois grandes grupos de recursos: os recursos denominados de estratégicos conforme pactuação em CIB e os recursos de média e alta complexidade disponíveis na rede estadual. No quadro 10 encontram-se os recursos estratégicos que motivaram a criação da REUNI.

Quadro 10 - Recursos estratégicos regulados pela REUNI

Consulta ambulatorial de primeira vez	Radioterapia Hematologia Cirurgia Bariátrica Pré-natal de alto risco Ortopedia e Traumatologia Neurocirurgia Cardiologia Oncologia
Procedimentos ambulatoriais	Terapia Renal Substitutiva - vagas de 1ª vez
Exames complementares	Eletroencefalograma Angiotomografia Cateterismo ambulatorial e internado Cintilografia do miocárdio de estresse e de repouso Ecocardiograma de estresse e transesofágico Cintilografia óssea Cintilografia renal dinâmica e estática
Leitos	UTI adulto Pediátrico Neonatal Coronariana Queimados Gestação de Alto Risco Hematologia Oncologia Ortopedia e Traumatologia de alta complexidade Neurocirurgia

Fonte: Deliberações CIB – RIO DE JANEIRO, 2015a; 2015b.

Para além dos recursos estratégicos listados no quadro acima, a CER-RJ regula recursos de média e alta complexidade, entre consultas e procedimentos, que existem nos hospitais especializados da rede estadual, como o Hospital Estadual da Criança, o Instituto Estadual do Cérebro, o Instituto de Hematologia-HEMORIO e o Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro. Os leitos existentes em hospitais gerais da rede estadual, dentro e fora do município, são regulados a fim de atender a demanda das UPA estaduais. Os hospitais com serviço de emergência como HEGV e o HECC não oferecem procedimentos ou consultas ambulatoriais.

7.4.2. Processo regulatório

Semelhantemente ao descrito no processo de regulação do CRM RJ, as unidades solicitantes apresentam suas demandas à Central Estadual de Regulação, que busca as unidades executantes que podem atender à demanda do paciente sob os cuidados da unidade solicitante. Para a maioria dos recursos, as filas são únicas e cobrem todo o estado. A CER-RJ se relaciona com unidades solicitantes e executantes via o Sistema Estadual de Regulação (SER).

Nesse cenário em que o escopo regulatório que o gestor estadual vem assumindo um perfil eminentemente ambulatorial, em que atender as demandas das UPA estaduais representa um cenário de exceção. Assim, a CER-RJ tem de dar resposta a essas demandas, que são principalmente de leito de UTI, leito clínico e de Vaga Zero, ainda que a gestão estadual nem sempre utilize esse termo. Na esfera estadual, tanto os gestores centrais quanto os reguladores locais trabalham com um fluxo de retaguarda pré-determinado e organizado a partir das especialidades ofertadas pelos hospitais estaduais. Com a redução de rede de hospitais gerais estaduais a partir de 2010, as 16 UPA estaduais tiveram essa retaguarda concentrada, principalmente nos 2 hospitais estaduais situados no território do município. O Hospital Estadual Getúlio Vargas por exemplo é retaguarda para realização de tomografia computadorizada e hemodiálise de urgência, além de avaliação por especialistas como: neurocirurgia, cirurgia vascular, cirurgia geral, urologia e ortopedia. Essa retaguarda funciona não só para as UPA, como para o Hospital Estadual Carlos Chagas para os serviços de neurocirurgia, cirurgia vascular e ortopedia. Quando esse fluxo de retaguarda não consegue absorver as demandas de Vaga Zero, as UPA podem recorrer diretamente a esfera central para solicitar ajuda.

Até recentemente, as UPA municipais não se relacionavam diretamente com a CER-RJ. Assim, todas as solicitações referentes a quadros clínicos que exigissem recursos disponíveis na rede estadual ou federal eram inseridas no SER pelo médico regulador do CRM RJ. Ao longo

dos primeiros meses de 2017, algumas unidades passaram a requerer cadastro para usarem o SER diretamente. Além disso, o software foi atualizado para permitir a solicitação de cateterismo cardíaco pelas UPA. Antes só unidades hospitalares podiam solicitar cateterismo cardíaco.

7.4.3. Ferramentas

O SER é um programa online, em linhas gerais semelhante ao SISREG. Nesse programa, o acesso é condicionado à realização de cadastro, que oferece diferentes níveis de acesso às funcionalidades do programa. Uma unidade solicitante pode ter a possibilidade de solicitar qualquer procedimento ou consulta enquanto outras terão acesso restrito ao seu perfil de atendimento. Desse modo, uma unidade que faça atendimento de urgência pode acessar o SER para solicitar uma vaga de UTI ou enfermaria adulta em caráter de urgência, bem como pode solicitar UTI pediátrica e neonatal. No período anterior ao uso do SER, utilizava-se o próprio SISREG.

De forma análoga ao SISREG, os dados que compõem cada solicitação no SER são semelhantes: dados cadastrais dos pacientes, diagnóstico, tipo de procedimento solicitado, tipo de leito solicitado, descrição do quadro clínico. Atualização de dados, especialmente os clínicos, por parte da unidade solicitante, bem como respostas e dúvidas apresentadas pelos reguladores ficam registradas compondo um histórico dos eventos relacionados à solicitação.

Diferentemente do SISREG, esse programa permite organizar filas de prioridade para favorecer o processo regulatório. A fila de solicitações de UTI é organizada por gravidade, que é calculada pela escala de APACHE (sistema de pontuação para estimar mortalidade em pacientes graves). Solicitações que estejam ligadas a um mandado judicial são sinalizadas pelo símbolo de um martelo de juiz junto ao nome. Essas solicitações são deslocadas para visualização no início da fila. Uma solicitação em fila que não receba atualização em 48 horas deixa de estar na fila e é incluída numa fila de solicitações com pendências. Outra característica dessa ferramenta é a possibilidade de fazer a inclusão de documentos digitais anexados à solicitação, permitindo a visualização de laudos e imagens de exames. Não só o médico regulador da central pode ver esses documentos anexos, a unidade executante pode ter acesso aos mesmos. Por exemplo, na área de Ortopedia é bastante pertinente a possibilidade de uma radiografia ser analisada pelo especialista antes de autorizar a transferência do paciente para a unidade executante a fim de receber o tratamento final.

Desde janeiro de 2017, a SES vem organizando a implantação de uma outra ferramenta, denominada EpiMed. Trata-se de um software de gestão hospitalar que permite fazer o censo hospitalar remoto, a partir de dados obtidos dos sistemas de prontuários eletrônicos de cada unidade. No entanto, o censo hospitalar enviado pelos hospitais federais requer confirmação via e-mail ou telefone para a verificação da real disponibilidade de leitos. Os leitos federais são visualizados por Estado e Município, mas sem qualquer reserva regular de leito para uso dessas esferas. O mesmo acontece para os hospitais universitários.

7.4.4. Organização da CER-RJ

A CER-RJ encontra-se instalada num grande salão que acomoda as equipes de regulação e de apoio, distribuídas em várias mesas dispostas de computadores para cada regulador. Nesse mesmo salão, na parede oposta a entrada, há uma série de televisores que exibem as vagas disponíveis e ocupadas, bem como a distribuição de leitos dos hospitais estaduais e federais localizados no município do Rio de Janeiro, bem como alguns hospitais estaduais de municípios que compõem a região metropolitana. Em visita a CER-RJ foram observados os referidos televisores expondo os leitos totais e disponíveis dos hospitais e institutos federais, além dos hospitais estaduais.

A CER-RJ se organiza internamente em 5 núcleos. Um núcleo denominado REUNI, um núcleo denominado Plantão CER, um núcleo Jurídico, um núcleo de videofonistas e um núcleo de Apoio Administrativo e Recursos Humanos.

O núcleo REUNI funciona de segunda-feira à sexta-feira, de 7 às 19h, com médicos regulando as filas para diversas consultas especializadas e procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Nesse núcleo não há regulação de leitos ou internações. Os médicos que compõem essa equipe são preferencialmente especializados na área clínica ou cirúrgica pertinente. Desse modo, há, por exemplo, cardiologistas gerindo a fila para realização de procedimentos diagnósticos em Cardiologia, como realização de cateterismo cardíaco diagnóstico ou intervencionista.

O núcleo denominado Plantão CER funciona todos os dias da semana 24 horas por dia, com 06 médicos em plantões de 24 horas. São responsáveis por gerir as filas de internação para gestação de alto risco, leitos de UTI pediátrica e neonatal, bem como as filas de internação em UTI adulto e leitos de enfermagem em caráter de urgência. Os médicos reguladores a cada plantão se dividem para avaliar todas as solicitações em fila. Por vezes priorizam as solicitações por

especialidade (cardiologia, clínica médica, etc), tipo de leito (UTI, enfermaria) e até por tipo de unidade solicitante (priorizando as solicitações pacientes provenientes das UPA).

O núcleo jurídico conta com integrantes habilitados à auxiliar os médicos reguladores nas circunstâncias em que um mandado judicial é endereçado à CER-RJ ou incide sobre a ação regulatória.

O núcleo de videofonistas é composto por funcionários administrativos que tem como tarefa a captação de vagas. Essa captação é feita por meio de contato telefônica com os NIR das unidades 2 vezes ao dia.

O núcleo de Apoio Administrativo e Recursos Humanos tem como finalidade auxiliar o funcionamento dos outros núcleos.

7.5. Regulação nas Unidades

Vários tipos de estabelecimento de saúde solicitam vagas às respectivas centrais de regulação. O hospital foi a primeira unidade de saúde objeto de regulamentação específica no que diz respeito à regulação do acesso à assistência. A criação de núcleos internos de regulação foi estimulada nas unidades hospitalares públicas do Rio de Janeiro, a partir de 2005, pois a organização interna dessas unidades foi considerada fundamental para a consolidação do processo de regulação (RIO DE JANEIRO, 2005). Todos os hospitais públicos passaram a ser instados a ter um NIR, desde a publicação da portaria nº 3.390/2013, sobre a Política de Atenção Hospitalar. A exigência do NIR já havia aparecido na portaria nº 2.395/2011, sobre o componente hospitalar da RUE. As equipes dos NIR são constituídas predominantemente por médico e/ou enfermeiro regulador auxiliado por funcionários administrativos. A depender do perfil do hospital, o NIR tem de administrar demandas locais oriundas de emergências hospitalares, do atendimento ambulatorial, dos pacientes internados, da fila para procedimentos cirúrgicos da própria unidade e demandas externas apresentadas pelas respectivas centrais de regulação ou diretamente por outras unidades.

Apesar do hospital contar com o recurso leito hospitalar, também sofre de restrição de acesso, vinculada a muitos pontos de demandas, internos e externos. Esses estabelecimentos também são solicitantes de vagas e procedimentos à central de regulação. Frequentemente, necessitam solicitar acesso a um recurso do qual não dispõem na própria unidade. Por exemplo, paciente internado em uma unidade que não dispõe de broncoscopia, pode solicitar a realização desse exame em outra unidade durante a investigação clínica. Por outras vezes, solicitam a

remoção paciente para unidade compatível com os cuidados requeridos. Um exemplo pertinente diz respeito aos pacientes que requerem cuidados prolongados, que muitas vezes estão internados em unidades de maior densidade tecnológica quando já não necessitam mais desses recursos.

Os estabelecimentos que não são unidades de internação, como unidades básicas de saúde (postos de saúde, CMS e CF) e unidades de pronto atendimento, são solicitantes esperados. São unidades que compõem a rede de atendimento da atenção primária e, portanto, não tem como finalidade e nem dispõem de estrutura suficiente para oferecer cuidados compatíveis com o ofertado por um hospital. Estabelecimentos privados apresentam solicitações às centrais, em geral em circunstâncias em que estejam cuidando de pacientes em situações críticas que não disponham de recursos financeiros ou plano de saúde para arcar com os custos da internação.

Dentre as unidades que compõem a RUE no Rio de Janeiro, os estabelecimentos que mais solicitam vagas de internação são as Unidades de Pronto Atendimento e as Coordenações de Emergência Regional. Na sequência descreve-se o processo interno de regulação nessas unidades.

As Coordenações de Emergência Regional, unidades criadas a partir de 2012, oferecem o atendimento às urgências clínicas que se apresentam aos grandes hospitais de emergência do município. São unidades estruturalmente muito semelhantes as UPA, em sua maioria instaladas na mesma modalidade de contêiner. O processo de regulação nessas unidades é muito semelhante ao acima descrito para as UPA. A diferença é que em sua maioria essas unidades formam equipes com funções de NIR para processar adequadamente a demanda que se apresenta, ainda que contem apenas com funcionários administrativos. Outra diferença reside na relação que essas unidades têm com seu hospital. Essas unidades têm acesso facilitado aos recursos e especialistas do hospital, tanto porque são a porta de entrada para acolher os pacientes clínicos quanto porque são fisicamente adjacentes a esses hospitais. Desse modo, frequentemente algumas demandas são resolvidas diretamente com o NIR ou o chefe de equipe da emergência do hospital, via contato telefônico e e-mail, sem necessitar mediação do CRM RJ. É o caso da realização de tomografia computadorizada e avaliação de especialistas, que para a totalidade das UPA constitui uma demanda que precisa ser atendida por meio de vaga zero.

A gente já tem um fluxo estipulado. E isso já não depende mais de mim nem do diretor. O paciente dentro de uma avaliação, o médico descreve. Urologia: O paciente com cálculo, dor e não sei o quê... Isso é uma avaliação da Urologia. Ele faz o pedido aqui, entrega aqui no NIR, o NIR manda um e-mail pro Hospital e o chefe de equipe aprova ou não. Mas a maioria das vezes ele aprova. A única coisa que ele pode falar, assim, é: “Olha, não manda agora, porque o Uro está em cirurgia, manda depois”... Quando a gente pede transfusão: “Ana, esse sangue a gente não tem, a gente vai pedir primeiro, Nefrologia não está em horário”... Como também a gente pega e fala: “Estou mandando um paciente agora para af”! E a gente sai daqui com o paciente e vai pra lá. (CER 1)

Nas Unidades de Pronto Atendimento o processo de regulação é bastante homogêneo, com pequenas variações entre elas. O processo de regulação é disparado pelo médico quando identifica a necessidade de internação hospitalar para um paciente. Esse paciente estará invariavelmente na sala amarela ou na sala vermelha. O médico responsável precisa reunir os dados clínicos e de exames complementares pertinentes e essas informações são transmitidas às centrais. O envio das informações para as centrais ocorre por meio do SISREG para o CRM RJ e por meio do SER para a CER-RJ. A inserção dessas informações nas plataformas online dos respectivos sistemas pode ser feita por qualquer funcionário da unidade que disponha de login e senha. Na maioria das unidades o médico redige um relatório em papel, muito comumente o que se faz é preencher um formulário padrão de AIH, que a rigor só se aplicaria a unidades hospitalares. Os dados contidos nessa AIH são transcritos para os sistemas. Essa etapa é frequentemente realizada por funcionários administrativos.

Geralmente a transcrição é feita por algum administrativo. Depois de pronta, ela é impressa e a gente pede para algum administrativo fazer a inserção no Sisreg. Até porque eles já têm o conhecimento do site em si. A maioria dos médicos não conhece, não sabe mexer, não tem senha, teria que fazer uma solicitação de senha individual para um número muito grande, então acaba que após escrita, a transcrição é feita por algum administrativo. (UPA M4)

Em algumas unidades há enfermeiros responsáveis por essa tarefa, em outras o assistente social também desenvolve essa atividade. Por vezes, o enfermeiro ou assistente social faz a inserção dos dados no período diurno e a noite fica a cargo de um funcionário administrativo.

(...) a noite geralmente a gente tem um administrativo e durante o dia a gente tem às vezes até o próprio serviço social que ajuda um pouco com essa questão também. (UPA M4)

Mais raramente o médico faz ele próprio a solicitação inserindo os dados nas plataformas. Em algumas unidades, alternativamente à obtenção dos dados a partir de um formulário de AIH, o responsável pela inserção dos dados pode obtê-los diretamente a partir da evolução médica no prontuário eletrônico. Essa possibilidade economiza tempo, evitando a transcrição manual dos dados. Outra tarefa é a inserção da solicitação de Vaga Zero na

Plataforma, que segue a mesma dinâmica descrita para a solicitação de leitos, no caso de UPA municipais. Para as UPA estaduais, as solicitações Vaga Zero podem ser feitas diretamente ao CRMRJ via e-mail Vaga Zero, acionando a retaguarda pactuada com os hospitais estaduais ou contatando outros hospitais via e-mail.

A monitorização do andamento das solicitações inseridas geralmente fica a cargo do mesmo funcionário que insere os dados. O tempo de atendimento das solicitações é variado, sendo comum a permanência do paciente por mais de 24 horas na unidade, especialmente se aguarda leito hospitalar. Por esse motivo, há a necessidade de atualização do quadro clínico dos pacientes. Essa atualização é feita à semelhança da inserção da solicitação. O quadro clínico atualizado é obtido a partir de novo formulário de AIH preenchido ou a partir da evolução diária no prontuário eletrônico. Nesse mesmo cenário de demora para alocação do paciente em um leito hospitalar, a atualização do quadro clínico pode envolver uma mudança do perfil de leito do paciente. Por exemplo, um paciente para o qual inicialmente tenha sido solicitada uma vaga de UTI evolui com melhora clínica e avalia-se que poderia ser internado em um leito de enfermaria clínica. Nesse caso, a solicitação inicial tem que ser negada pela central, com a justificativa de mudança de perfil de leito, para que a unidade solicitante possa inserir uma nova solicitação, já com o novo perfil de leito. Encerra-se a primeira solicitação e gera-se uma nova solicitação.

Em algumas unidades, especialmente as que têm grandes volumes de atendimento, os funcionários responsáveis pela inserção e monitoramento do andamento das solicitações desempenham apenas essa atividade, assemelhando-se a um NIR. Todavia, na maioria das unidades isso não ocorre, tanto pelo custo quanto pelo baixo volume de solicitações.

Durante o dia, a gente tem dois profissionais responsáveis do nosso NIR: as assistentes sociais, que foram incorporadas nessa função para regulação; a partir do plantão noturno, a gente já tem o supervisor administrativo, que toma a frente dessa função.
(UPA M7)

Por fim, quando as solicitações são contempladas, seja Vaga Zero seja leito hospitalar, esse mesmo funcionário operacionaliza a logística interna da unidade para enviar o paciente, providenciando a documentação e acionando a ambulância, que, em geral, é da própria unidade.

Nas UPA municipais as solicitações de leitos hospitalares são feitas predominantemente através do SISREG, já nas UPA estaduais essas mesmas solicitações são inseridas regularmente em ambos os sistemas, SISREG e SER, sendo que solicitações de UTI exclusivamente no SER. Apenas no ano de 2017, as UPA municipais passaram a ter a possibilidade de inserir diretamente no SER, sem a intermediação do CRMRJ, principalmente para solicitar

cateterismo/coronariografia. Os leitos de UTI continuam sendo solicitados pelas UPA municipais apenas através do SISREG. As UPA municipais solicitam Vaga Zero através da Plataforma do município. As UPA estaduais operam com um fluxo de retaguarda para as circunstâncias compatíveis com o sistema de Vaga Zero. Esse fluxo de retaguarda inclui apenas hospitais estaduais para absorver a demanda em casos urgentes em que a UPA não dispõe de recurso suficiente. Essa retaguarda é dividida por território e por especialidade, sendo predominantemente cirúrgica e não depende de intermediação da CER-RJ.

Pelo estado, só contato às vezes direto mais com as unidades ou então, dependendo, o estado tem um protocolo de Vaga Zero para as unidades que ele fala de referência da unidade, mas são coisas muito específicas mesmo que não necessariamente a gente tem no dia a dia, é muito mais específico, e aí teria o contato direto com o NIR e levaria o paciente. (UPA E3)

No entanto, várias UPA estaduais expressaram conhecer e utilizar o fluxo de Vaga Zero do município, que é disponível para toda e qualquer unidade dentro do município do Rio de Janeiro. Essa solicitação é feita pelo endereço de e-mail do sistema Vaga Zero. Como mencionado, a municipalização de 3 hospitais estaduais modificou bastante o panorama de retaguarda hospitalar para as UPA estaduais.

Por exemplo, um baleado não está muito no protocolo dessas nossas referências, embora a gente possa usar, mas eu estou a 30 quilômetros do hospital Carlos Chagas e eu tenho o hospital Rocha Faria que está a cinco quilômetros. Então a gente pede o Sisreg que o Sisreg libera. Pede a Vaga Zero, não é Sisreg, é Vaga Zero do município e ela libera o Rocha Faria em três ou quatro minutos. (UPA E4)

Eu acho que depois que teve essa integração maior com o Vaga Zero, melhorou muito a saída dos pacientes. Até um tempo atrás, a opção que eu tinha, era aquela ali, eu só tinha opção da retaguarda para os hospitais estaduais, (...) então assim, por eu estar cercada por hospitais estaduais, eu não tinha tanto esse problema aqui, mas depois que municipalizou tudo e eu fiquei em uma unidade isolada do estado, no meio do município. (UPA E6)

As atividades relacionadas à regulação do leito hospitalar são bastante organizadas e permeiam o cotidiano de grande parte da equipe assistencial nas unidades pré-hospitalares, com destaque para a forte participação do médico que presta assistência nesse processo. A necessidade mais premente de acessar o leito hospitalar aliada a criação de muitas dessas unidades no bojo de um arcabouço normativo indutor de novas práticas possivelmente explicam a maior força desse processo nas UPA e nas CER, se comparadas aos hospitais.

7.6. Considerações sobre o processo de regulação assistencial em urgências

A esfera municipal é responsável por regular e atender o maior volume de demandas de urgência dentro do município. Esse cenário se justifica por dois aspectos correlatos: a esfera municipal tem o maior número de portas de urgências – são 14 UPAS, 5 CER e 7 hospitais com emergências hospitalares – e o maior contingente de leitos hospitalares do município, com 2.164 leitos hospitalares, dentre clínicos, cirúrgicos e de terapia intensiva.

O processo de estruturação progressiva da regulação assistencial no cenário de urgências, que tomou corpo no município no período recente, tem como uma de suas características a centralização de fluxos e informação.

A centralização da informação contribuiu para uma maior organização da rede, buscando reduzir a segmentação de recursos e o trabalho redundante. A intermediação exclusiva pela central é reconhecida como uma premissa de organização e funcionamento da regulação municipal, sendo ora vista como vantajosa, ora como impeditiva de outros contatos, outros caminhos, possivelmente atrofiando relações entre as unidades. Algumas unidades solicitantes ainda estranham a centralização completa do processo de regulação pela central, "interditando" o contato das unidades diretamente entre si, enfraquecendo o caminho do acesso ao leito pelas relações interpessoais.

Mas hoje a regulação, a gente vê, antes mal ou bem a gente conseguir tirar doente daqui... Eu conheço fulano de tal, vai para lá, agora não, eu não posso. Quer dizer, eu conheço o chefe de cirurgia torácica do Souza Aguiar, podia falar 'Fulano, me ajuda?' Não pode, tem que passar pela regulação, procurar vaga, não sei o que. Aí cria uma coisa difícil, tudo fica mais dificultado. (UPA M6)

Outro estranhamento advém de o fluxo não prever qualquer contato entre unidade solicitante e executante, deixando o processo de alocação dos pacientes nos leitos disponíveis exclusivamente sob apreciação dos reguladores do CRMRJ. Uma das fragilidades aventadas para esse processo é a maior chance de inadequação da alocação.

Alguns médicos acham ruim ter se perdido a possibilidade de contato com a unidade de solicita a vaga. A regulação somente pelo laudo do SISREG muitas vezes vem incompleto ou o paciente não tem perfil da vaga. (Hospital Municipal 1)

Episódios em que unidades solicitantes tentam acessar unidades executantes sem o auxílio da central ocorrem, mas dar ciência à central parece ser uma mudança de cultura já assentada. Um exemplo que ilustra esse fenômeno foi o de uma UPA que conseguiu junto ao Hospital Mário Kroeff avaliação para uma paciente, sem o recorrer ao CRMRJ, no entanto, houve necessidade de dar ciência ao CRMRJ, inclusive porque a ambulância para transportar a paciente foi viabilizada pelo CRMRJ.

Apesar da centralização do atendimento das demandas na figura do CRMJRJ no cenário de urgência potencialmente proporcionar uma maior institucionalização do processo e equidade de acesso aos recursos, alguns fluxos persistem à margem. Como apresentado anteriormente o caso da obstetrícia, a regulação nas maternidades municipais ocorre sem a intermediação do CRMJRJ prescindindo de formalização do processo decisório e do estabelecimento de prioridades. Nesse cenário, carece-se de respaldo para as decisões face a situações problemáticas ou polêmicas. No caso da assistência ao infarto agudo do miocárdio, a existência de um fluxo junto ao Instituto Nacional de Cardiologia paralelo à regulação feita pela CER-RJ indica a persistência do recurso aos contatos pessoais na gestão da rede e do cuidado.

Uma outra circunstância em que existe um fluxo que corre a margem do controle da central envolve alguns exames complementares, é o caso da colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE), exame disponível em apenas 3 hospitais no município, nenhum deles da esfera municipal. Nesse cenário as unidades não contam com o apoio do CRMJRJ para solucionar essa demanda, mas ainda assim dão ciência à central.

Tudo é pela central, todas as nossas regulações são pela central, somente a CPRE que nos foi orientado a fazer contato direto com as unidades. Mas também passa pela central. (CER 4)

Outro aspecto de destaque no processo regulatório municipal é a clara separação entre ofertar o cuidado mínimo para manutenção da vida e ofertar o cuidado adequado que a condição clínica do paciente. O fluxo do Vaga Zero se propõe a garantir justamente o mínimo, ficando assim na categoria da Internação Hospitalar a perspectiva de oferecer ao paciente o cuidado adequado ao seu quadro clínico. Assim, o CRMJRJ organiza essas duas demandas em fluxos completamente independentes.

Diversas dificuldades se impõem na atividade cotidiana do regulador. O processo decisório empregado pelos médicos exige que sejam ponderados diversos elementos, frequentemente difíceis de equilibrar. A gravidade do quadro clínico dos pacientes inseridos nas plataformas de regulação, a adequação dos recursos disponíveis na rede, a disponibilidade de ambulâncias de diferentes complexidades e a taxa de ocupação das unidades de atendimento de emergência são alguns deles. Nesse contexto não é incomum que a demanda individual do paciente possa entrar em conflito com a demanda das unidades. Muitas vezes um paciente admitido em estado grave em uma UPA que termine por ser colocado em ventilação mecânica pode ser removido dessa UPA para um leito de UTI antes de outro paciente nas mesmas condições que esteja há mais tempo em uma outra UPA, caso a primeira UPA esteja com todos os leitos de sala vermelha ocupados.

Não tem como você chegar e falar quem está mais assistido, porque, às vezes, você tem que levar em conta, além de toda essa demanda individual do paciente, como é que está a unidade. Eu não posso deixar uma unidade de saúde fechar a porta de emergência porque eu estou indiretamente tirando o acesso de outras pessoas que poderiam usar aquela unidade... (Regulador Municipal 3)

No caso da regulação de vagas de terapia intensiva ainda entra na avaliação do regulador o potencial de benefício que diferentes pacientes, com diferentes quadros e tempos de adoecimento podem obter da remoção para uma vaga de UTI, recurso muito escasso. A disponibilização de ambulâncias também é parte do processo regulatório e deve considerar o tipo, básica ou avançada, disponível e adequada em correspondência com o tipo de demanda a ser atendida: vaga zero, transporte sanitário, transferência hospitalar.

A regulação de Vaga Zero é potencialmente mais imperiosa, exigindo visão menos ampla em relação às condições da rede. O imperativo da vida precede.

(...) o que dá menos trabalho (...) é o VAGA ZERO, porque o VAGA ZERO ela tem um início que é quando chega a demanda, uma definição pelo médico, e um fim, que é determinar pra onde vai e acionar a ambulância e todo esse processo de ambulância, qual tipo de ambulância vai, qual unidade mais fácil vai receber, o tempo dele é muito mais fechado, você acabou aquele caso você resolveu aquele problema. (Regulador Municipal 3)

Na Internação Hospitalar, há uma maior exigência de análise do caso clínico e das possibilidades da rede, que muitas vezes exige conciliar um quebra-cabeças de recursos necessários nem sempre disponíveis no mesmo lugar.

O paciente chega, resolve o problema. Quando você faz uma regulação, por exemplo, dos leitos [de transferência hospitalar] é muito mais complicado porque você tem que falar assim: “Tá bom, quem é meu paciente? Se eu tivesse um leito agora quem é o paciente nº 1 que eu colocaria, quem é o 2º, quem é o 3º e quem é o 4º?” Surgiu um leito no GAZOLLA: “Ah, então, vou colocar esse meu primeiro paciente”. Antes de colocar, vou ver: Está atualizado, de hoje? Claro, a gente tenta atualizar todos os dias porque eu não posso me dar ao luxo de perder um leito, eu não posso me dar ao luxo agora, na atual falta de leito, deixar um leito embora, então... As prioridades são muito mutáveis. (Regulador Municipal 3)

A esfera estadual, por meio da CER-RJ, tem uma atuação predominantemente ambulatorial, considerando o volume de regulações realizadas nessa esfera por meio do REUNI e o maior tamanho da equipe dedicada para essa função. A regulação de leitos que a CER-RJ reconhece como responsabilidade prioritária incluem os leitos de UTI adulto, neonatal e gestação de alto risco. A regulação de outros tipos de leito para atender a demanda oriunda da existência de UPA sob responsabilidade estadual é percebida como uma adaptação para oferecer uma retaguarda que não lhes competiria. Evidência disso, foi a adaptação que a plataforma SER teve que sofrer para acomodar a inserção dos pedidos de leitos oriundos das UPA, que não existia na versão original do *software*.

Desde 2013, os recursos ambulatoriais da esfera federal estão disponíveis para regulação. A percepção é de que a parceria funciona bem. Como mencionado, os recursos considerados estratégicos são regulados pela CER-RJ, através da REUNI desde 2015, enquanto o restante permanece com a regulação municipal.

A oferta ambulatorial aumentou em uma curva ascendente. Em relação aos leitos disponibilizando pra fora, não. Não houve exatamente por conta dessa questão da demanda. Não que a gente não devesse, devia sim, oferecer pra fora. (Hospital Federal)

Todavia, no que tange a regulação de leitos, a relação com a esfera federal é frágil, dependendo de disponibilidade e parceria constantemente negociadas, resultando na prática numa oferta de leitos pouco sistemática e difícil. Isso fica claro no exemplo do controle do censo hospitalar. Apesar da disponibilidade de um *software* moderno e cheio de funcionalidades como o Epimed, sem a devida informação fornecida pelas unidades ainda não se distingue leito habilitado de operacional (ficam escondidos os leitos bloqueados), nem o perfil ou especialidade do leito. No mapeamento da rede hospitalar federal ainda há muitas informações incompletas e irreais, dificultando a regulação desses leitos bem como impedindo o dimensionamento adequado da oferta existente.

Ao regulador na esfera estadual também se apresentam contingências e dilemas no exercício da atividade regulatória. Conciliar gravidade do quadro, tempo de espera e perfil dos recursos disponíveis em diferentes unidades é um desafio que surge também na esfera estadual.

Então a ordem cronológica para regulação estadual é só mais um fator, a gente trabalha principalmente com a questão da gravidade, com a questão da regionalidade e com o perfil da vaga. Às vezes, infelizmente, o mais grave acaba não saindo primeiro porque a vaga que eu tenho disponível não atende aquele paciente, eu tenho dois pacientes, um idoso e um jovem, todos dois com fratura de fêmur, e tenho uma unidade que pode prestar, mas que não tem uma retaguarda de CTI, então eu preferencialmente vou mandar o mais jovem, que não necessariamente é o mais grave. (Gestor Estadual 2)

A atividade regulatória foi descrita por um dos entrevistados como uma atividade-meio, pois conecta diferentes unidades da rede, que estão sob gestão de diferentes setores dentro da secretaria. A central, nessa perspectiva, tanto solicita auxílio quanto resolve demandas. Essa condição de mediador é complexa e o exercício da autoridade sanitária pelo regulador é um constante desafio, uma vez que as unidades não respondem hierarquicamente à central de regulação. Esse fenômeno é observado tanto na esfera municipal quanto na estadual.

A Regulação é uma atividade meio. Nem as Clínicas da Família, nem as UPAS, nem os hospitais estão na mesma Subsecretaria pra Regulação, assim, teoricamente. Eu sou autoridade como secretaria, mas ninguém está sob o comando da Regulação. No organograma, essas unidades não respondem à Regulação. (Gestor Municipal 1)

Só que pra isso precisa ter desenhado e quem tem que desenhar é a Assistência, porque quem tem que dizer do que ela tem capacidade de atender é a Assistência. E aí a gente trabalha com o fluxo desenhado pela Assistência. As pessoas que estão na Assistência, as pessoas que são responsáveis pela Assistência, são parceiros pra desenhar a sua capacidade operacional e o seu perfil de unidade. (Gestor Municipal 1)

A ponta ainda vê a Regulação como quem está sempre sacaneando, estão mandando doente pra onde não cabe mais, a verdade é essa. (Gestor Municipal 1)

A equipe do CRMRJ enfrenta um desafio constante frente às múltiplas demandas oriundas tanto de unidades executantes como de unidades solicitantes. Em sua atuação cotidiana a equipe tem tido sucesso em construir legitimidade e autoridade ancoradas em sua posição privilegiada de enxergar a situação mais global da rede a cada momento. Assim, a atuação do CRMRJ tem se ancorado tanto na construção de relações, quanto na fiscalização de ações. Contribuindo para a progressiva formalização da rede, para o desenvolvimento de uma percepção de pertencimento das unidades de saúde de dentro da rede municipal.

Acho que eles conseguiram entender isso, que não existe aqui uma lógica de querer prejudicar mais um do que o outro e tudo mais. E o Subsecretário novo entendeu também, e o que ele diz para os Diretores dele é assim: Regulação está olhando todo mundo. Quando um tiver pior do que o outro, é óbvio que ela vai pro outro. Quando tiver todo mundo igual, é referenciar por área. Não adianta negar, dizer que não vai receber, não tem jeito, tem que referenciar por área. (Gestor Municipal 1)

Eu vejo a saúde caminhando a passos lentos, mas há uma central empenhada no acerto. (CER 4)

A Central é vista como um facilitador, os reguladores como acessíveis, funcionamento regular e contínuo. (UPA M2)

Na esfera estadual, o relacionamento com as unidades também é permeado de conflito quanto à priorização e disponibilização do leito para a rede. Também na esfera estadual as unidades colocam suas demandas internas a frente da necessidade de atender a rede.

(...) culturalmente as unidades tem medo da regulação, ninguém quer ceder seus leitos para regulação e ficam meio que escondendo. A gente ainda tem esse tipo de embate. Apesar do sistema hoje, que nos permite dizer “não, você tem leito sim, eu estou vendo que o leito 302, leito 2 tá vago”, “não, mas sabe o que é que é, tem um paciente no centro cirúrgico que vai subir para esse leito” e aí eu também não tenho como dizer que não (Gestor Estadual 2)

(...) a central [estadual] parece que (...) não tem gerência sobre os leitos do hospital de destino e isso não parece que funciona bem, eu vejo muito paciente que chegou nesse estado e volta, então a gente tem que entrar em contato com o hospital e o hospital fala “ah, não a gente vai aferir porque não autorizou”, “ah não, mas essa vaga não existe”. (UPA E7)

A estratégia dos NR, que criou núcleos reguladores do CRMRJ nos grandes hospitais de emergência, foi, como já discutido, considerada fundamental para construir uma nova cultura nos hospitais que amplificasse o potencial do processo regulatório. A superposição de funções

com o NIR e o caráter fiscalizatório são características da estratégia reconhecidas tanto do lado da unidade quanto do lado da central.

O NR faz um serviço muito semelhante ao NIR só que a gente não tem uma subordinação à direção do hospital, a gente é subordinado à Central de Regulação pra tentar mostrar uma realidade que eventualmente os hospitais podem tentar esconder da Regulação, então, pra evitar que haja esse conflito de informação que não seja algo só da vontade do próprio hospital, a gente tenta mostrar uma realidade pra Central, ou seja, o hospital está falando: “não tem vaga”. A gente vai lá e “olha, realmente, tem a vaga”. A gente informa pra Central, mas sem entrar em conflito com a unidade. (Regulador Municipal 1)

Como resultados da estratégia observou-se maior velocidade dos processos, com provisão de informações em tempo real, monitoramento mais confiável das informações quanto ao censo hospitalar e a disponibilidade de especialistas e recursos de diagnose e terapia.

Na função nossa de NR, a gente tem como rotina, chegar no plantão, dar uma olhada pra ver como que está toda a emergência, depois dar uma ronda no hospital todo pra poder olhar e, quando você vai tentar lidar com um plantonista pra poder receber sua vaga. (Regulador Municipal 1)

A avaliação sobre a estratégia é de sucesso e impacto positivo sobre o processo regulatório.

Acho que uma capilarização da Central nas unidades. Fica presente nas unidades pra poder aumentar a taxa de sucesso de uma regulação, posso dizer dessa forma. (Regulador Municipal 1)

A percepção de que os hospitais não respondiam a autoridade exercida pela central de regulação levou a construção de uma estratégia que recorreu tanto a modificação das formas de auditar e controlar o faturamento dos hospitais (necessidade de espelhar o censo hospitalar) quanto a introdução de um novo ator para materializar a atuação da central junto às unidades. Impactar o controle sobre a produção e, portanto, sobre os recursos financeiros dos hospitais foi a forma da SMS-Rio de recorrer a recursos autoritários e alocativos para exercer efetivo poder sobre os hospitais. A presença dos reguladores do CRM RJ contribuiu para uma renegociação da autonomia dos hospitais ao dispor de seus leitos, mas também permitiu que o nível central percebesse mais claramente os dilemas vividos pelas unidades. A experiência de interação desses dois atores face a face contribuiu para uma maior integração, tomando-se a ideia de integração social de Giddens, nesse caso a autonomia e dependência exercidas por cada um dos atores, hospital e central, ganham maior reciprocidade, no sentido de um entendimento mútuo.

Na esfera municipal, um outro aspecto salientado foi a postura/filosofia da gestão central da secretaria municipal de endossar o processo regulatório e compelir as unidades a cooperarem para a existência de uma nova dinâmica de organização/interação na rede. Assim, os

reguladores reconheceram-se autorizados e respaldados para atuar como autoridade sanitária, viabilizar o processo regulatório e questionar as resistências das unidades ou mesmo acionar a instância superior, da própria unidade executante muitas vezes, em caso de discordâncias irreconciliáveis.

Hoje em dia a Vaga Zero sai... não há possibilidade de recusa. Se houver uma recusa, a central vai entrar no circuito e aí vai dizer “você vão sair daí e vão para tal lugar”, isso pode acontecer também, chegar no lugar direcionado, ver que não é possível e aí redireciona. (UPA M8)

Curiosamente, nesse processo de formalização do processo regulatório e fortalecimento do respaldo institucional, o uso do aplicativo WhatsApp foi uma ferramenta importante, apesar de seu caráter de meio de comunicação mais informal. A ferramenta permitiu maior aproximação de diferentes esferas de gestão central, local e técnica dando maior voz para todos e maior ciência aos responsáveis finais dos conflitos.

O sistema do Vaga Zero ilustra como a interação entre os agentes atuando na RUE logrou produzir práticas regularizadas no que diz respeito a interação entre as unidades e a central, produzindo a institucionalização da rede. Acessando a consciência discursiva dos atores percebe-se uma compreensão compartilhada do funcionamento, da finalidade e do significado dessa experiência.

O fluxo Vaga Zero se organizou a partir da concentração de recursos materiais sob uma única autoridade. Essa concentração permitiu maior efetividade levando as unidades envolvidas a confiar na estrutura organizada. Nessa situação a gestão central, como ator estrategicamente situado, alterou as condições globais de funcionamento desse sistema, ao empregar sua autoridade de alocação de recursos ao vincular a disponibilização das ambulâncias às decisões regulatórias pertinentes ao fluxo de Vaga Zero e Internação Hospitalar. A gestão central construiu uma nova posição social, para usar o conceito empregado por Giddens (2009), ao consolidar um serviço sistemático e confiável, que é visto como um sistema bem-sucedido.

A organização da função de regulação assistencial na rede e no interior das unidades coloca as centrais de regulação e os NIR como potenciais observatórios de funcionamento e desempenho da rede e das unidades. No âmbito da rede de urgências, a central de regulação tem uma posição privilegiada para identificar no cotidiano o status de funcionamento de cada unidade, os recursos disponíveis, os problemas e limitações recorrentes, e, principalmente, buscam solucionar problemas inesperados ou mesmo contornar problemas crônicos.

A Central de Regulação, a Regulação médica, em geral, ela é fundamental pra poder ter um fluxo melhor da rede, porque é a única unidade que tem uma visão ampla de todo o sistema de como estão as unidades. (Regulador Municipal 1)

No âmbito das unidades, a atuação do NIR tem um potencial igualmente importante. Espera-se do NIR desempenhar o papel de interface entre o hospital e a Central de regulação, garantindo um fluxo contínuo de informações e interações conforme a pactuação específica em cada esfera (RIO DE JANEIRO, 2005). Ao buscar cumprir esse papel, os NIR terminam por buscar conciliar as demandas da rede com os interesses dos setores internos do hospital, e, inevitavelmente se deparam com problemas e conflitos.

De certa maneira, acaba evidenciando uma dificuldade que é uma certa inércia dos setores pro desempenho da própria função. (Hospital Federal)

Atores estrategicamente situados, gestores na SMS-Rio, puderam operar mudanças nas práticas regulatórias na RUE no município do Rio de Janeiro, aqui entendida como um sistema social. Criaram regras, como no caso do fluxograma do Vaga Zero e do faturamento condicionado ao espelhamento do censo hospitalar, e empregaram o poder de alocar recursos, como ambulâncias, leitos e procedimentos, que modificaram as circunstâncias de produção social de outros atores, as unidades de saúde da RUE.

Apesar dessas tendências observadas, os recursos autoritários e alocativos dos vários atores estrategicamente situados envolvidos na construção e funcionamento RUE se mostraram conflitantes e insuficientes, como será discutido adiante, para se poder falar em melhoria das práticas de cuidado, do desempenho da rede e ampliação de acesso aos recursos assistenciais.

7.7. Qualidade do processo regulatório

A eficiência do processo regulatório foi frequentemente associada a qualidade dos processos regulatórios desenvolvidos. Essa qualidade tem relação com a habilidade e o comprometimento dos atores envolvidos, sendo salientada a necessidade de treinamento, capacitação e estratégias de motivação. Do processo regulatório participam as equipes que prestam assistência, com destaque para o médico, e as instâncias formais dentro das unidades de saúde responsáveis pela regulação, além das centrais de regulação no nível mais central. Dentre as unidades de saúde, os hospitais têm um órgão específico para lidar com a regulação, que é o NIR. Outras unidades de saúde não são obrigadas a constituir um NIR, mas frequentemente criam esses núcleos ou estruturas análogas por necessidade cotidiana, ilustrando a importância dessa estrutura.

Desse modo, o NIR se torna espaço crítico para o sucesso e consolidação das práticas regulatórias. Apesar da visão de que a efetividade²⁰ do processo regulatório é condicionada pela sua qualidade, os NIR ainda são locais de trabalho que recebem trabalhadores readaptados, frequentemente sem capacitação para a função ou compromisso com a missão. Além disso, os NIR têm um histórico de se ocupar mais do faturamento das AIH do que da gestão dos leitos, atuação pouco compatível com a premissa que os NIR são instâncias importantes no processo de regulação.

Se o NIR tivesse perna e competência pra fazer o trabalho dele, ajudaria muito, porque ele é a ponte oficial entre a Regulação e a Unidade. Como ele é deficiente, a gente criou os NR também pra facilitar a nossa vida aqui. (Gestor Municipal 1)

Eu tenho um colega do próprio NIR que falava que o NIR atuava sob provocação como se fosse igual ao Ministério Público; se não pede, ele não dá! Então, tem que ficar pedindo pra ele, pra ele poder agir. (Regulador Municipal 1)

Um profissional bem-intencionado facilita muito. Um cara que esteja pré-disposto a ser útil em agilizar tudo sempre ajuda bastante. Você vê em determinados plantões que tem essa diferença bem visível de profissional que quer ser proativo, buscar informação, querer ajudar, querer resolver a situação e outros profissionais que ficam mais acomodados e preferem não ser incomodados. (Regulador Municipal 1)

Não há qualquer previsão que o trabalho do NIR deva contar com a participação de um médico. No entanto, a ausência desse profissional é sentida e sua participação apontada como de grande potencial para qualificar o trabalho da regulação.

No geral, o NIR dos hospitais tem só enfermeiro ou, às vezes, não tem nem enfermeiro, só tem administrativo e, quando tem só administrativo, é comum do NIR da unidade nem fazer a busca de vaga na unidade, isso eu falo mais do plantão noturno. (Regulador Municipal 1)

(...) existe um certo problema de questão de profissão. Quando é um enfermeiro e não é um colega médico, às vezes, o médico se impõe de uma forma que o colega enfermeiro não consegue persuadir e mudá-lo de posição em relação a isso, então, o NR sendo composto por médico, tem uma força maior nisso. Se um colega médico tiver empenho ele consegue um desempenho melhor do que o colega que é enfermeiro na função. (Regulador Municipal 1)

Outro aspecto relevante é o grau de poder e autonomia que o NIR tem dentro de cada hospital. A realidade da maioria dos hospitais é a de que a equipe assistente, notadamente o médico, é quem efetivamente cede as vagas e aceita os pacientes.

20 Segundo Ribeiro (2006) no uso corrente, a efetividade diz respeito à capacidade de se promover resultados pretendidos. Tratando-se de programas sociais, diria respeito à implementação e ao aprimoramento de objetivos, independentemente das insuficiências de orientação e das falhas de especificação rigorosa dos objetivos iniciais declarados do programa. Os programas ou as organizações são efetivos quando seus critérios decisórios e suas realizações apontam para a permanência, estruturam objetivos verdadeiros e constroem regras de conduta confiáveis e dotadas de credibilidade para quem integra a organização e para seu ambiente de atuação.

Há profissionais que pra evitarem serem incomodados, querem ficar mantendo os pacientes ou numa Sala Vermelha, ou num leito de CTI. Pacientes com perfil de Amarela ele quer manter ali justamente pra ter um paciente tranquilo, basal, e não acolher um paciente mais grave. Então, ele mantém o leito ocupado com um paciente que não tem o perfil para aquela complexidade só pra não ser incomodado. (Regulador Municipal 1)

A decisão da equipe assistente se sobrepõe a atuação do NIR no processo de regulação. Por vezes a equipe inclui mais uma etapa no fluxo ao demandar contato telefônico com o médico que presta a assistência do outro lado. O resultado frequentemente é uma maior burocratização do fluxo. Não se argumenta aqui que os serviços / equipes assistentes no interior dos hospitais não participem da regulação, pelo contrário, a regulação só é possível a partir do momento que as unidades em conjunto com suas equipes desenham e formalizam a capacidade de atendimento / serviço do hospital. No entanto, condicionar a atuação do NIR a participação direta da equipe no processo decisório enfraquece a missão e atuação dessa instância regulatória.

O cara faz quase um check list torcendo pro cara ter alguma questão pra ele encrencar e não querer receber o paciente entendeu? Isso não acontece nos grandes hospitais, mas nos hospitais menores que dão suporte de retaguarda, não tem emergência, mas você tenta transferir pra lá e não consegue. (Regulador Municipal 1)

Nota-se aqui que o médico como agente principal da prática social, o cuidado em saúde, ocupa uma posição social de destaque no sistema social da prestação de serviços, fazendo uso de seu poder e legitimidade de forma nem sempre a favorecer a integração do sistema social, em outras palavras, a rede de urgências e emergências.

Não é apenas no NIR que são encontrados problemas quanto a qualidade do processo regulatório. Outro problema importante que compromete a qualidade do processo regulatório é o desconhecimento da rede de serviços, desconhecimento ou ausência de fluxos e protocolos regulatórios. Esse problema se torna especialmente crítico, quando o desconhecimento ocorre por parte dos reguladores nas centrais. Um agravamento dessa situação, por vezes, decorre da superposição de outra circunstância, o desconhecimento ou insuficiência técnica do regulador da central para lidar com as solicitações, seja para avaliar a adequação das solicitações, seja para apoiar tecnicamente o médico que presta assistência.

Será que as pessoas que estão lá são treinadas, foram treinadas para isso? Tem capacidade de olhar, como ela não tá vendo o paciente, interpretar isso e ser esperta “isso aqui não tá batendo, isso é falso”. (UPA M6)

A regulação das urgências e emergências e das internações hospitalares na esfera municipal é realizada por médicos sem exigência de formação ou qualificação profissional específicas. Na esfera estadual, o maior volume de regulações incide sobre as filas

ambulatoriais das linhas de cuidado de alta complexidade, que é predominantemente feita por regulador consultor especializado para priorizar a fila. Mesmo na CER-RJ há a necessidade de regular demandas de urgência e emergência 24 horas por dia, o que não ocorre necessariamente com médico especializado no assunto. A disponibilidade de regulador médico especializado é uma estratégia mais cara e mais difícil de operacionalizar por exigir mais reguladores.

Como discutido o conhecimento do médico regulador sobre a rede é fundamental. Todavia, as decisões regulatórias sofrem ainda influência de outros elementos. A qualificação técnica e o modo de pensar do médico regulador, as condições de funcionamento das diferentes unidades, os aspectos clínicos dos pacientes avaliados, o tempo de espera em fila dos vários pacientes são elementos de destaque no mosaico de condicionantes que interferem na decisão regulatória dos médicos na central de regulação. A busca pela otimização da utilização do leito, não constitui meramente um processo de alocar o paciente mais grave ou o primeiro da fila.

Sobressaem-se como características importantes do médico regulador sua qualidade técnica, bem como seu conhecimento da rede, do perfil de oferta de cada unidade.

O médico regulador, ele é bom, se o médico for bom. Se o médico não for bom – pra qualquer área – não funciona a regulação. (CER 2)

Você tem que saber onde é a unidade executante, o que a unidade executante faz, o que a unidade solicitante tem e o que não tem, e no que você tem que ajudá-la mais do que as outras. E o que é de cada unidade. (CER 2)

A fragilidade ou ausência dessas características podem comprometer de modo significativo a habilidade do médico regulador em desempenhar sua função. O resultado desse cenário pode ser a ociosidade do leito, do recurso, que num cenário de escassez é altamente indesejável.

A pior coisa para um regulador é deixar vaga ociosa e isso eu tenho que concordar, e acho que ainda tem muita coisa pra ajustar. (Regulador Municipal 3)

Outro médico extremamente importante no processo de regulação é aquele que presta assistência aos pacientes nas unidades. A qualidade técnica dessa equipe médica tem grande influência na confecção de diagnósticos e avaliações clínicas, e, por conseguinte, na produção de relatórios que embasam decisões de transferência hospitalar ou disparo de fluxo de Vaga Zero para avaliação por especialista.

(...) uma coisa que a gente começou a fazer e entender, que se a AIH não é bem preenchida, se ela não tá mais detalhada, se ela não traz exames... Esse doente não é regulado, porque a maneira de quem tá do outro lado entender e encaixar em que fluxo esse doente precisa ser encaixado, qual hospital que atende a demanda dele. Então uma AIH é mal preenchida, se ela é muito sucinta... (CER 3)

O médico regulador, ele não tem o acesso direto ao paciente, ele vê o nosso paciente de acordo com o que está escrito na evolução, então não adianta você pegar um

paciente extremamente grave com duas linhas de evolução. Esse paciente se perde na regulação. (UPA M7)

Médico, no geral, ele tem o costume de ser muito sucinto, então essa é sempre a reclamação do outro lado, de quem tá regulando, quem tá recebendo a solicitação. (UPA E3)

Também a qualidade e frequência da atualização de laudos para aqueles já inseridos para internação, influi na probabilidade de um determinado paciente acessar um leito. Alguns são os desdobramentos possíveis derivados da baixa qualidade dos laudos inseridos no SISREG, dentre eles destacamos: a utilização inadequada de recursos por incompletude de laudos e a morosidade para transferências hospitalares por carência de informações que qualifiquem o caso, que permitam identificar os recursos necessários. Diante dessas considerações, pode-se afirmar que inserir o laudo de um paciente no SISREG configura uma etapa importante do cuidado.

Então, um bom profissional que faz um exame bem feito no paciente e descreve bem o quadro clínico do paciente junto com os exames complementares que são determinantes pra poder saber qual o próximo passo, é determinante pra gente saber enquadrar o doente pra onde tem que levar, pra onde tem que regular ele. (Regulador Municipal 1)

[Regular] não é nada além do que é responsabilidade do médico, que a assistência completa do paciente engloba a regulação deles, é isso que a gente tem mostrado aqui. (UPA E7)

Num cenário em que a estrutura, o acesso dificultado à retaguarda hospitalar, limita significativamente as práticas de cuidado orientadas pela integralidade, se torna fundamental a ação dos atores no sentido de fortalecer práticas regulatórias que buscam reduzir o impacto da estrutura sobre as circunstâncias de ação. O bom relatório médico para a regulação se apresenta como uma extensão da boa assistência médica e funciona como uma adequada ponte entre a boa prestação da assistência diretamente pelo médico e a busca pela adequada continuidade do cuidado dentro da rede.

Nas UPA, o envolvimento do médico assistente no processo regulatório, já é a dinâmica predominante. O médico já é o responsável pela confecção de relatórios médicos que embasam a solicitação de transferências para leitos hospitalares. A inserção nos sistemas SISREG e SER acaba sendo feita diretamente pelo médico tanto por maior simplicidade do fluxo quanto pela pouca disponibilidade de pessoal.

A regulação atualmente é feita pelo próprio médico, pelo médico rotina. Antes não, antes existia um formulário que o médico preenchia e o administrativo que inseria na plataforma. Quando a gente implantou o sistema de rotina, o próprio médico alimenta o sistema, então ele que conversa diretamente com a central de regulação, sem intermediário. (UPA M5)

O próprio médico, o líder de plantão, lá da sala de observação, ele abre a plataforma do SISREG e ele regula aquele paciente dentro do perfil que ele quer solicitar. (UPA M1)

[Quem insere] É o médico. No funcionamento normal das coisas é o médico. (UPA E1)

Os gestores e reguladores do nível central ainda percebem uma baixa qualificação das solicitações oriundas das unidades da rede, problema que se torna crítico em unidades como as UPA. Comumente, o preenchimento de solicitações é incompleto carecendo de dados fundamentais para selecionar uma unidade executante para o paciente ou mesmo para justificar o tipo de leito (denominado Clínica no SISREG) selecionado. O médico é descrito como inicialmente resistente a incorporação sistemática dessa tarefa, requerendo persistência e cobrança das chefias para assumir com qualidade essa responsabilidade.

Médico não gosta de escrever. Médico é difícil de escrever. Então, eu fico no chicote com eles para escreverem as informações, até porque se ele escreve muito, a regulação não volta com esse dado. (UPA M6)

Muitas unidades solicitantes têm como estratégia a centralização da confecção de laudos e relatórios em poucos médicos ou médicos mais experientes. Os mesmos que são responsáveis, em geral pela assistência dos pacientes mais graves e complexos.

A confecção de laudos ou relatórios é em geral percebida pelos médicos como um processo apartado da assistência, burocrático. No entanto, essa prática de incorporação dos médicos nesse processo, incluindo a inserção de laudos nos sistemas, verificação das respostas, onde isso ocorre, é, por um lado, o resultado de uma estrutura que o compele a assumir essa responsabilidade, devido ao enxugamento que as equipes assistenciais e administrativas vem sofrendo, e por outro a compreensão, como ator dotado de cognoscibilidade, que essa tarefa é fundamental para que suas condições de trabalho tenham mais chance de serem melhores, evitando a permanência prolongada de pacientes nas UPA.

Por outro lado, também há a queixa de que são solicitadas informações em demasia, o que produz nas unidades a percepção de que se trata de um expediente para ganhar tempo até comunicar a disponibilidade ou não da vaga solicitada.

E muitas vezes algumas respostas que a gente recebe da própria regulação no nível de “ah dá mais um detalhe aqui”, só que esse mais um detalhe aqui só vai ser lido daqui a algumas horas e aí atrasa a transferência, quer dizer, isso parece... as perguntas, olhando pelo ponto de vista técnico é só para eu poder ganhar mais um pouquinho de tempo para eu poder esperar um pouco mais e dizer “ah vou transferir” ou “consegui uma vaga”. (UPA E7)

A essa percepção de solicitação excessiva de informações soma-se a queixa de ausência de padronização das informações requeridas pelo CRMJ, sugerindo até a criação de um formulário para uniformização dos dados a serem fornecidos.

Mas eu acho também que a regulação pede algumas informações desnecessárias. Na minha ideia, deveria ter um formulário único, exatamente o que ela precisa de informação e você preenche esse formulário e acabou. (UPA M6)

Observa-se que a exigência do registro, que visa dar qualidade a ação acaba, num exemplo de consequência impremeditada, sendo usada para complexificar e impedir a ação.

Além das organizações e atores envolvidos no processo, as ferramentas disponíveis para atividade de regulação também têm impacto na qualidade e efetividade do processo. O progressivo processo de informatização da gestão e assistência de procedimentos no SUS e nas próprias unidades de saúde facilitou sobremaneira a formalização, organização e agilidade do processo regulatório. Destaco algumas ferramentas que não são propriamente regulatórias, mas desempenharam importante papel para o aprimoramento da função de regulação assistencial. São elas: o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde, como discutido na seção 7.1 dessa tese, e o Cartão Nacional do SUS, que proporcionou identificação única para o usuário dentro do sistema, sendo possível gerá-lo a qualquer momento, em qualquer unidade devidamente cadastrada para tal, em página própria, desde que haja acesso à internet. A implementação de prontuários eletrônicos nos estabelecimentos de saúde, processo ainda fragmentado e irregular, também tem grande importância na agilização de processo e maior acesso à informação necessária para a regulação.

As atuais ferramentas de regulação, como o SISREG, Plataforma SMS-Rio e SER, são consideradas um grande avanço em relação ao cenário anterior em que predominavam os contatos telefônicos e a troca de documentações via fax, pois facilitam e tornam todo o processo mais dinâmico.

Melhorou bastante, porque antes você preenchia o formulário e enviava por fax, a regulação funcionava dessa forma, então na maioria das unidades nem tinha mais fax. Era muito lento, era um processo muito lento. (UPA M5)

Também foi destacada a vantagem dessas ferramentas uniformizarem o processo de regulação entre as diferentes unidades.

Acho que dá mais qualidade, tenta igualar a forma de regulação de uma maneira igual em todas as UPA, por exemplo, seja a UPA lá de Santa Cruz ou a UPA de Copacabana, eu acho que nessa tentativa de qualidade de inserção dos dados, acho que sim. (UPA E8)

O Sistema Nacional de Regulação (SISREG) é um sistema on-line, criado para o gerenciamento de todo Complexo Regulatório indo da rede básica à internação hospitalar,

visando um maior controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos (Anexo 02). No município do Rio de Janeiro, o SISREG é utilizado como interface básica para disparar o processo de regulação. Na esfera ambulatorial ele é a ferramenta principal, na regulação em urgências, no entanto, foi identificado como ferramenta pouco adequada para a gestão de leitos. Assim, foi criada a Plataforma SMS-Rio, também um sistema on-line, que possibilitou maior transparência no monitoramento da ocupação hospitalar, além de posteriormente incorporar a função de faturamento (Anexo 03). Também possibilitou organizar filas de prioridade (para UTI p. ex.) o que permitiu aos reguladores terem maior clareza dos argumentos e explicações quando questionados em suas decisões.

A gente poder ser transparente, nesse sentido, acho que todas as unidades de saúde sabem quem a gente transfere pra cada leito. Eu acho que isso é ótimo! Eu acho assim, cobrar da gente tem que ter muita certeza que a gente está seguindo critérios técnicos pra poder ter respaldo pra isso, mas, assim, ao mesmo tempo, se a gente está fazendo besteira, tipo; porque você botou um cara que estava a um dia aqui e um outro cara há 17 dias na UPA e não tirei? Você abre uma janela de vidro pra Central, sim, pra poder ser cobrado. Eu acho que é difícil você imaginar que esse cara está há 17 dias na UPA não seja prioridade em relação ao outro. Porque esse outro está tendo tanta prioridade? O SOUZA estava muito cheio esse dia, não dava pra atender ninguém, eu tirei por conta disso. Não, beleza! Tem outras telas, inclusive, que a gente pode ver isso. Eu acho que é importante a gente ter essa abertura e as pessoas tem acesso à Rede inteira. (Regulador Municipal 3)

A instauração de uma rotina de verificação dos censos hospitalares, no mínimo duas vezes ao dia, permitiu maior transparência quanto à ocupação hospitalar, levando a identificação de problemas nas dinâmicas internas dos hospitais. Um exemplo citado no campo dessa pesquisa foi a situação de uma emergência pediátrica lotada, fazendo o NIR da unidade solicitar a interrupção do recebimento de novos casos. No entanto, o regulador podendo verificar a taxa de ocupação da enfermaria pediátrica da unidade constata a existência de leitos pediátricos ociosos e ao recusar a solicitação da unidade, recebe a justificativa de que a enfermaria não conta com a equipe completa. Nesse caso, ficou explícita uma deficiência do hospital em outro setor, além da emergência. Dessa maneira, foram sendo expostas falhas de desempenho dos hospitais, tornando possível cobrar as unidades em termos de desempenho e envolver níveis mais altos da gestão central e local das unidades. O processo descrito se alinha com as análises que literatura já aponta, que a superlotação dos serviços de emergência tem íntima relação com problemas de fluxo do paciente em todo o hospital e iniciativas para desafogar as emergências devem envolver diversos setores a fim de aprimorar o desempenho hospitalar (BITTENCOURT; HORTALE, 2009).

Já a Plataforma SMS-Rio, ela é o diferencial da rede, porque eu consigo visualizar o paciente fulano de tal que tá lá no Salgado Filho. Eu consigo ver que no Salgado Filho tem três leitos vagos e eles conseguem ver os meus leitos vagos também. Eu consigo

ver que na UPA, eu tenho médico, que na UPA tal eu não tenho pediatra, que hoje no Albert não se tem vascular, porque é atualizado isso diariamente. “ah hoje no Albert a TC está ruim, não tem vascular, não tem ortopedia” ou seja o GSE é informado via e-mail também, nós avisamos por e-mail ao GSE e à central e aí acaba redirecionando os paciente que viriam para cá. (CER 4)

A organização [da Central]. Ela [a Plataforma SMS-Rio] consegue nos ofertar um serviço claro, tanto para quem faz quanto para quem vê, a não ser que esteja desatualizada, mas eu consigo ver em tempo real um hospital muito longe de mim. (CER 4)

A plataforma do Sistema Estadual de Regulação (Anexo 04) é considerada mais complexa e trabalhosa de inserir os dados pertinentes aos casos em que se solicita leito de UTI, exigindo um treinamento mais complexo. No caso dos leitos de enfermaria a inserção dos dados é semelhante à sequência do SISREG.

A colocação de pacientes no SER é um pouco mais complexa, visto também que é um paciente mais complexo que você está colocando lá, então requer maior número de dados e acaba sendo mais chatinho de colocar. O Sisreg, ele é menos complexo, mas é muito fácil colocar, qualquer administrativo hoje consegue colocar um paciente ali. (CER 4)

Uma outra diferença entre as plataformas utilizadas é no sistema de gestão da fila de solicitação de leitos. Enquanto cada solicitação inserida no SISREG só sai da fila quando a é encerrada, seja por motivo de disponibilização de leito para transferência, de alta médica da unidade solicitante, ou de óbito do paciente. Na Plataforma SER, a ausência de atualização das solicitações por parte da unidade solicitante por mais de 48h acarreta a retirada dessa solicitação de fila.

(...) o SER, eles tem um sistema lá que eles, se você não atualizar o doente em 48 horas, eles cancelam, tiram da fila. Eu acho errado isso, porque às vezes acontece, às vezes está tumultuado, é um dia que eu não estou aqui, estou no plantão, aí o chefe da equipe por acaso não insere o doente, ou o doente está inserido mas não teve tempo de atualizar, pronto, cancela. Por que isso não poderia ser igual como no Sisreg, que ele só devolve e fica naquela tela “solicitações devolvidas”? Mas não, cancela. Porque aí você vai ter que inserir de novo, aí você tenta inserir e isso aí é um erro frequente. (UPA E1)

Algumas UPA estaduais relatam problemas com a instabilidade da Plataforma SER, encontrando a mesma fora do ar por vezes, o que atrasa o processo regulatório ao subtrair a informatização do processo. Não houve relatos parecidos sobre a plataforma SISREG.

Vou te dar um exemplo, o SER sempre dá algum problema, o Sisreg não dá problema não, agora o SER, toda hora tem problema. (UPA E1)

E cai às vezes. Você tá preenchendo, o médico tá preenchendo, é chamado para fazer outra coisa, quando volta, parece que tem tempo, ou conexão, aí perdeu. (UPA E8)

O uso do WhatsApp é bastante difundido no cenário da regulação em urgência, compatível com o dinamismo das situações que surgem na rede de urgências. Embora seja

bastante utilizada, a preocupação com a formalização do processo regulatório parece suficientemente forte e difundida para impedir o uso inadequado da ferramenta.

Para os casos mais graves, quando o paciente já entra que precisa de Vaga Zero, os médicos inserem primeiro no WhatsApp, antes de colocar no sistema, que aí a regulação já ganha o tempo de conseguir a vaga. (UPA M5)

Quando a gente coloca que “ah, tem paciente aqui há sete dias”. Não sei agora, mas antes, nesse grupo de WhatsApp, o secretário também participava, então ele fazia uma pressão maior. (UPA M5)

Embora as ferramentas discutidas sejam importantes para o aprimoramento do processo de regulação assistencial, essas ferramentas são efetivas no limite da oferta existente. Elas não constituem solução para a demanda reprimida, ou seja, para a insuficiência de oferta (PEITER et al, 2016).

7.8. Fluxo assistencial na RUE: algumas características e fenômenos

A observação do fluxo assistencial na RUE realizada no âmbito dessa tese permitiu conhecer alguns dados pertinentes ao processo assistencial, que acrescentam ao panorama organizacional e estrutural da RUE apresentado no item 7.2 desse capítulo, uma caracterização assistencial da RUE.

Nessa caracterização assistencial, foram evidenciados alguns fenômenos já mencionados na literatura (GAWRYSZEWSKI et al, 2012; LIMA LD et al, 2015; KONDER; O'DWYER, 2016; O'DWYER et al, 2016; O'DWYER et al, 2017a; O'DWYER et al, 2017b) sobre a integração na atenção às urgências. Muito destaque recebeu a dificuldade com a retaguarda hospitalar, principalmente quando observada a partir da perspectiva das UPA. Em decorrência da pouca disponibilidade dessa retaguarda hospitalar, as UPA e as CER frequentemente têm permanecido com pacientes sob seus cuidados até haver melhora clínica, configurando situação em que o paciente obtém o cuidado em saúde não no hospital, mas numa “internação” em ambiente pré-hospitalar. Outro fenômeno de destaque envolveu a APS, as CER e as UPA na dinâmica do fluxo de Vaga Zero. Por fim, a o fenômeno da judicialização da saúde também se destacou no fluxo de assistência da RUE.

7.8.1. Algumas características assistenciais da RUE

Os tipos de leito mais frequentemente solicitados na RUE são os de Clínica Geral, UTI e Pediatria de acordo com os entrevistados.

Basicamente para a gente é o leito clínico ou CTI ou pediátrico. (UPA M4)

Clínico e CTI. A enfermaria clínica sempre a demanda é maior, a solicitação. Mas, em contrapartida, o CTI é mais difícil de ter. (CER 5)

(...) o que mais faz a movimentação nossa aqui é a de clínica médica e a de UTI. (UPA M7)

Analisando as solicitações inseridas no SISREG, os cinco tipos de leito mais frequentemente solicitados na RUE são os de Clínica Geral, UTI tipo II, Pediatria Clínica, Psiquiatria e Ortopedia Traumatologia, conforme tabela 01.

Tabela 01 - Tipos de leitos mais solicitados - quantidade - Rio de Janeiro/RJ - setembro de 2016 a agosto de 2017

Tipo de Leito	Quantidade
Clínica Geral	24.577
UTI Adulto - Tipo II	6.691
Pediatria Clínica	6.538
Psiquiatria	3.582
Ortopedia Traumatologia	3.274
UTI Adulto - Tipo I	1.730
Cirurgia Geral	1.664
Cardiologia	1.337
Saúde Mental	788
UTI Pediátrica - Tipo II	558
Unidade de Cuidados Intermediários Adulto	540
Unidade de Cuidados Intermediários Pediátrico	496
Neurocirurgia	454
Pneumologia Sanitária	406
AIDS	369

Fonte: SISREG

As patologias que mais frequentemente justificam internação hospitalar de urgência são apresentadas a seguir. De um total de 5.969 solicitações de internação em UTI Adulto inseridas por UPA e CER, 13,3% não tem a patologia que motiva a internação especificada por meio da Classificação Internacional de Doenças 10ª edição (CID-10). Dentre as solicitações inseridas

com patologia especificada, 19 tipos de CID-10 são encontrados em 58,5% do total de solicitações, com importante destaque para doenças cardiovasculares e infecções. Problemas renais e respiratórios completam esse cenário (tabela 02).

Tabela 02 - Vinte patologias mais inseridas por UPA e CER como justificativa para solicitação de leito UTI Adulto - Rio de Janeiro/RJ - setembro de 2016 a agosto de 2017

Patologias	Quantidade
Sem CID-10	796
Infarto agudo do miocárdio não especificado (I219)	626
Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico (I64)	478
Pneumonia bacteriana não especificada (J159)	348
Pneumonia não especificada (J189)	336
Edema pulmonar, não especificado de outra forma (J81)	325
Septicemia não especificada (A419)	232
Insuficiência cardíaca congestiva (I500)	188
Insuficiência respiratória aguda (J960)	143
Insuficiência cardíaca não especificada (I509)	136
Infecção bacteriana não especificada (A499)	133
Infeção de trato urinário de localização não especificada (N390)	120
Insuficiência renal aguda não especificada (N179)	81
Flutter e fibrilação atrial (I48)	71
Infarto agudo transmural da parede anterior do miocárdio (I210)	57
Hipertensão essencial (primária) (I10)	54
Bloqueio atrioventricular total (I442)	49
Outras pneumonias bacterianas (J158)	42
Parada cardíaca com ressuscitação bem sucedida (I460)	38
Doença pulmonar obstrutiva crônica com exacerbação aguda não especificada (J441)	38
Total	4.291

Fonte: SISREG

De um total de 20.317 solicitações de internação em Clínica Geral inseridas por UPA e CER, 18,1% não tem a patologia que motiva a internação especificada por meio da CID-10. Dentre as solicitações inseridas com patologia especificada, 19 tipos de CID-10 são encontrados em 57,0% do total de solicitações, com importante destaque para doenças cardiovasculares e infecções. Problemas renais também surgem como importante diagnóstico para leitos de Clínica Geral. Destacam-se, porém, diagnósticos psiquiátricos e a tuberculose como justificativa de internação hospitalar (tabela 03). Diagnósticos como esquizofrenia paranoide, psicose não-

orgânica e transtorno bipolar parecem estar sendo inadequadamente direcionados para leitos que não contam com equipe e recursos adequados ao cuidado de pacientes portadores desse transtorno. Igualmente chama atenção que 10,1% das internações em Clínica Geral em caráter de urgência se devam ao diagnóstico de tuberculose.

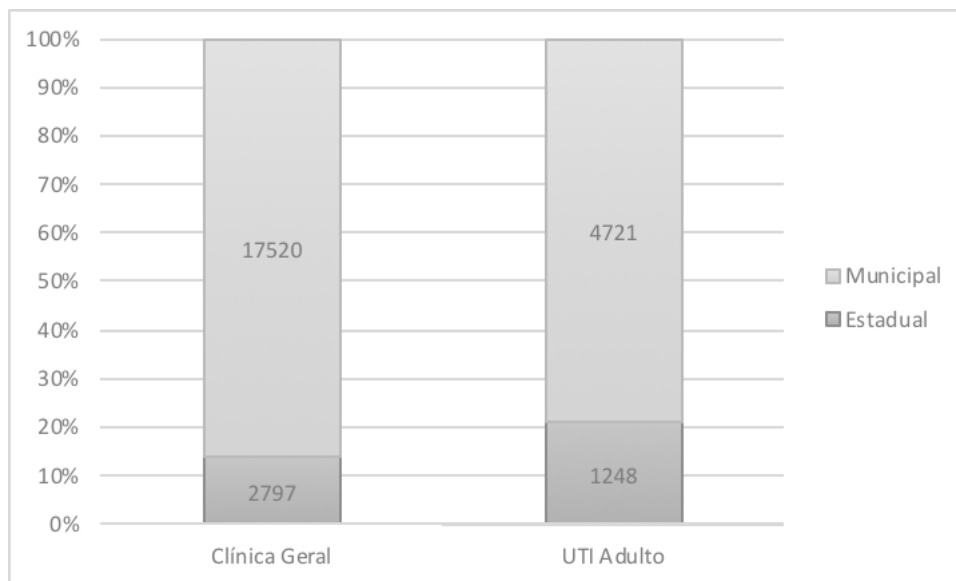
Tabela 03 - Vinte patologias mais inseridas por UPA e CER como justificativa para solicitação de leito Clínica Geral - Rio de Janeiro/RJ - setembro de 2016 a agosto de 2017

Patologias	Quantidade
Sem CID-10	3.684
Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico (I64)	1.902
Infecção de trato urinário de localização não especificada (N390)	1.304
Infarto agudo do miocárdio não especificado (I219)	1.280
Pneumonia não especificada (J189)	1.232
Pneumonia bacteriana não especificada (J159)	1.012
Infecção bacteriana não especificada (A499)	808
Insuficiência cardíaca congestiva (I500)	580
Edema pulmonar, não especificado de outra forma (J81)	430
Esquizofrenia paranóide (F200)	422
Erisipela (A46)	414
Insuficiência cardíaca não especificada (I509)	348
Insuficiência renal aguda não especificada (N179)	305
Psicose não-orgânica não especificada (F29)	303
Hipertensão essencial (primária) (I10)	248
Flutter e fibrilação atrial (I48)	222
Tuberculose pulmonar, com confirmação por meio não especificado (A153)	206
Insuficiência renal crônica não especificada (N189)	197
Septicemia não especificada (A419)	189
Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos (F312)	181
Total	15.267

Fonte: SISREG

Analisando os dois tipos de leitos mais solicitados, encontramos diferença significativa entre o número de solicitações inseridas por unidades estaduais e municipais. No gráfico 01, observa-se que das solicitações de Clínica Geral e UTI Adulto inseridas, apenas 21% e 14% das solicitações respectivamente são inseridas pela esfera estadual, evidenciando enorme volume de solicitações inseridas pela esfera municipal.

Gráfico 01 – Distribuição das solicitações de Clínica Geral e UTI Adulto inseridas por UPA e CER por esfera administrativa – Rio de Janeiro/RJ – setembro de 2016 a agosto de 2017



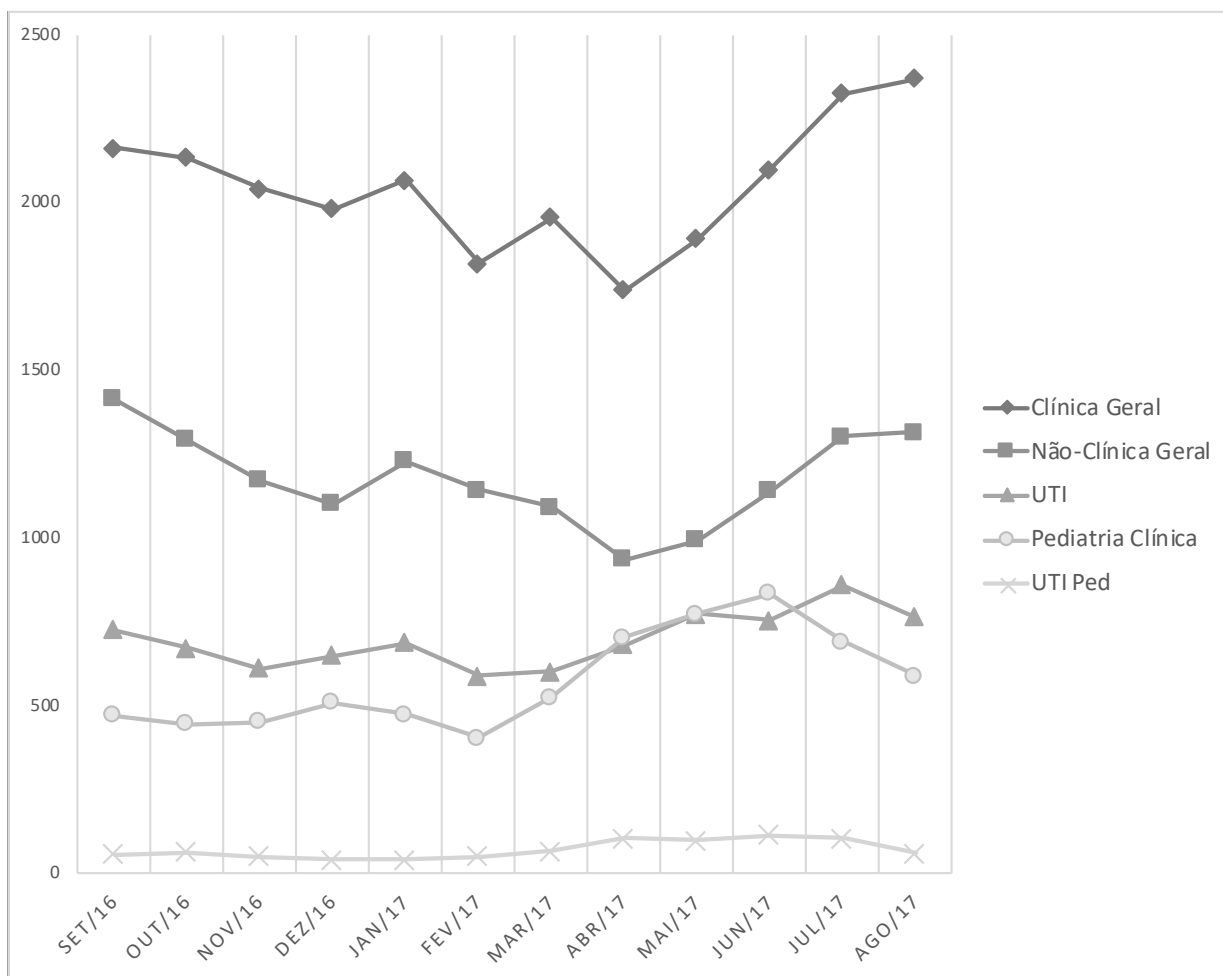
Fonte: SISREG

Nota: as quantidades apresentadas nesse gráfico englobam todas as patologias e não apenas as 20 mais frequentes.

Observa-se que a esfera estadual foi responsável por 14% das solicitações de UTI e 21% das solicitações de Clínica Geral, enquanto a esfera municipal foi responsável por 86% e 79%, respectivamente. Considerando que o estado gerencia 16 UPA e o município, 14 UPA e 05 CER, isso significa que as UPA estaduais solicitaram 14,6 leitos de Clínica Geral por UPA/mês enquanto as UPA/CER municipais solicitaram 76,8. Isso representa um volume de solicitações cinco vezes maior na esfera municipal. Para os leitos de UTI, as UPA estaduais solicitaram 6,5 vagas por UPA/mês, enquanto as UPA/CER municipais solicitaram 20,7 por UPA/mês, um volume três vezes maior de solicitações. Essa discrepância no volume de solicitações de internação é intrigante e carece de explicação. Não foi possível obter no âmbito dessa tese dados sobre os volumes de atendimento dessas unidades. Possivelmente, esse dado poderia trazer elementos explicativos para essa grande diferença.

No gráfico 02 apresenta-se o comportamento das solicitações de internação hospitalar por tipo de leito ao longo de 12 meses, de setembro de 2016 a agosto de 2017. Observa-se que o número de solicitações de internação hospitalar para adultos é bem maior que para pacientes pediátricos. Para os leitos adultos, observa-se uma tendência de redução das solicitações de uma forma geral nos dois últimos meses do ano de 2016 e nos três primeiros meses de 2017, o que pode ser possivelmente correlacionado com o período de férias. Já os leitos pediátricos têm uma demanda estável, que se avoluma no período de março a julho, com picos em maio e junho, devido ao aumento da incidência da bronquiolite, infecção respiratória comum entre crianças.

Gráfico 02 – Distribuição das solicitações de internação hospitalar por tipo de leito por mês – Rio de Janeiro/RJ – setembro de 2016 a agosto de 2017



Fonte: SISREG

7.8.2. A UPA como unidade de internação

Um fenômeno frequentemente observado nas UPA é o tempo de espera pelo leito ser bastante longo, extrapolando o período de observação de 24 horas preconizado na legislação para estabilização clínica e elucidação diagnóstica (BRASIL, 2017b). Devido às dificuldades para disponibilização dos leitos solicitados, frequentemente os pacientes permanecem nessas unidades aguardando leito, seja de enfermaria, seja de UTI. Alguns inclusive por longos períodos.

Então nos nossos doentes clínicos, dificilmente a gente consegue escoar. (CER 5)

Tem época que a gente não consegue as vagas com tanta facilidade pela regulação, de UTI principalmente. Os leitos de unidade intensiva a gente tem maior dificuldade de conseguir. (UPA M2)

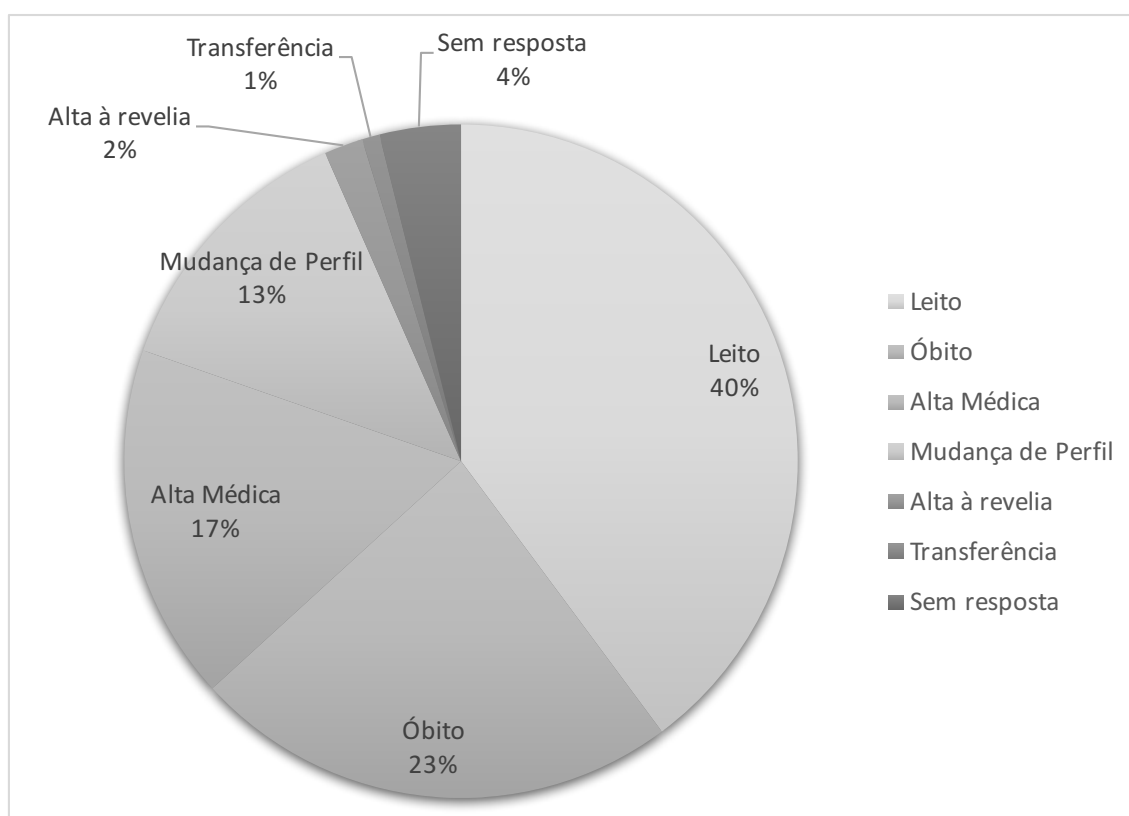
Muitas vezes o paciente vai ficar aqui dois ou três dias e vai ser liberado, sem essa necessidade. Igual eu falei da infecção urinária complicada, a erisipela... (UPA M4)

(...) quase nunca, sair um paciente daqui para ir para uma enfermaria de clínica médica é quase impossível. (UPA M6)

Para avaliar esse fenômeno foram analisados os desdobramentos dos dois tipos de perfil de leito que tiveram o maior número de solicitações inseridas no SISREG no período dessa pesquisa (vide tabela 01). Na sequência serão apresentadas primeiramente as análises referentes às solicitações de UTI, seguidas das análises referentes aos leitos de Clínica Geral.

Analisando o desfecho das solicitações de UTI de uma amostra de 590 dum total de 5.969 inseridas pelas CER e UPA de ambas as esferas entre setembro de 2016 e agosto de 2017 foi observado o seguinte (gráfico 03):

Gráfico 03 - Distribuição do desfecho das solicitações de UTI - Rio de Janeiro/RJ – setembro de 2016 a agosto de 2017



Fonte: SISREG – Dados amostrais

Das 590 solicitações de UTI amostradas, 40% foram reguladas para leito de UTI, 23% evoluíram com óbito, 17% receberam alta médica e 13% evoluíram com melhora clínica exigindo a mudança do perfil de leito solicitado.

Destaca-se o percentual elevado de solicitações de UTI que são atendidas com a designação de um leito hospitalar, sobretudo quando se coteja esse dado com a média de 11,2% de solicitações de UTI atendidas com leito (Tabela 08 – Capítulo 08 – página 167). Essa discrepância provavelmente se explica pela prioridade que essas unidades pré-hospitalares recebem para regulação de leito de UTI em comparação às solicitações feitas por unidades hospitalares.

Analisando esses resultados por esfera administrativa (tabela 04), observamos que o percentual de altas médicas é ligeiramente maior na esfera estadual. No entanto, há um elevado percentual de solicitações de internação em UTI inseridas por UPA estaduais, cujo desfecho é desconhecido, pois o CRMRJ não recebe essas informações através do SISREG. A comparação de desfechos entre as esferas fica limitada, pois o percentual de 16,8% de solicitações sem resposta poderia corresponder tanto a solicitações que alcançaram o leito hospitalar quanto a outras altas hospitalares não contabilizadas ou até mesmo óbitos.

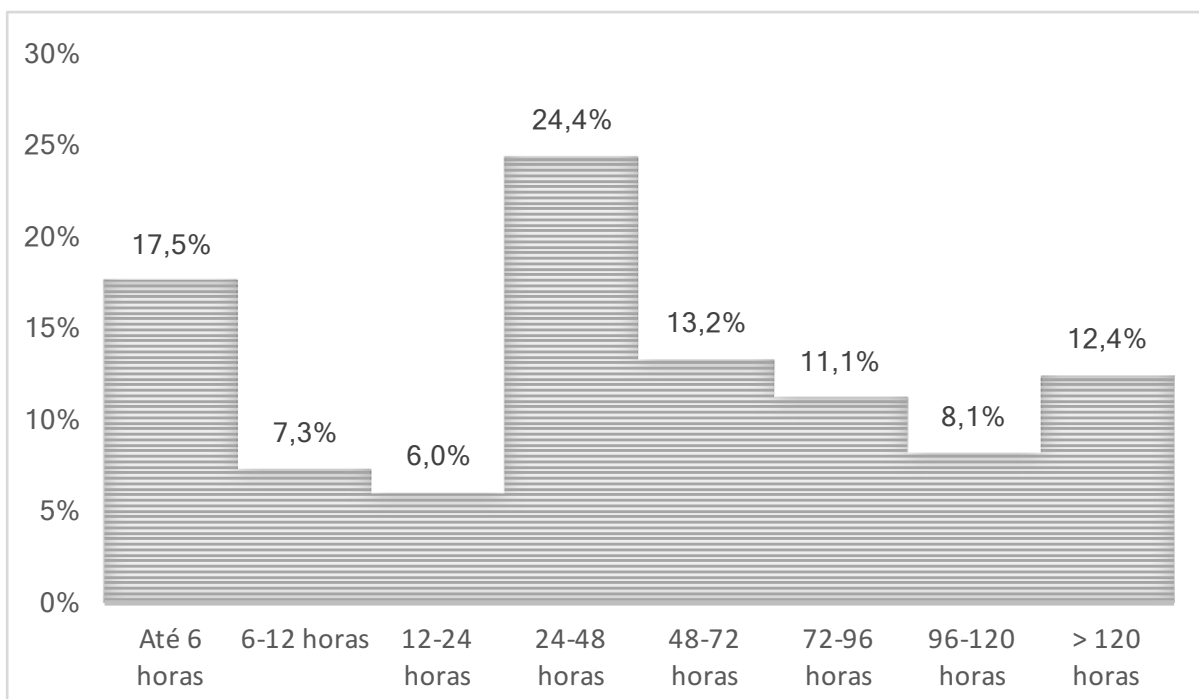
Tabela 04 - Desfecho das solicitações de internação em UTI adulto inseridas no SISREG por esfera administrativa - Rio de Janeiro/RJ - setembro de 2016 a agosto de 2017

UPA/CER	Desfecho			
	Alta Médica	Leito	Óbito	Sem resposta
Estadual	19,2%	40,0%	12,8%	16,8%
Municipal	16,6%	39,8%	26,2%	0,4%

Fonte: SISREG

No gráfico 04 abaixo é apresentado o tempo que cada solicitação da amostra levou para ser atendida com a regulação para um leito. Ressalva-se que na maioria dos casos o tempo apresentado mede o intervalo entre a inserção da solicitação no sistema, desconsiderando quanto tempo o paciente já encontra na unidade, e a informação do leito disponibilizado, desconsiderando o tempo de remoção entre UPA/CER e hospital de destino, que muitas vezes não é curto.

Gráfico 04 – Distribuição das solicitações de UTI conforme tempo para desfecho leito regulado – Rio de Janeiro/RJ – setembro de 2016 a agosto de 2017



Fonte: SISREG – Dados amostrais

Observa-se que apenas 30,8% das solicitações são atendidas nas primeiras 24 horas. A maioria das solicitações tem o leito disponibilizado após 24 horas, atendendo a 48,7% das solicitações entre 24 e 96 horas.

Esse cenário de espera pelo leito leva a circunstâncias inesperadas em que os cuidados e recursos necessários para o paciente são incompatíveis com a unidade pré-hospitalar, como a nutrição enteral e a hemodiálise.

A minha vermelha tem 14 leitos, eu já tive doente que ficou 35 dias. Como é que eu vou deixar um paciente grave, entubado, sem dieta enteral? (CER 5)

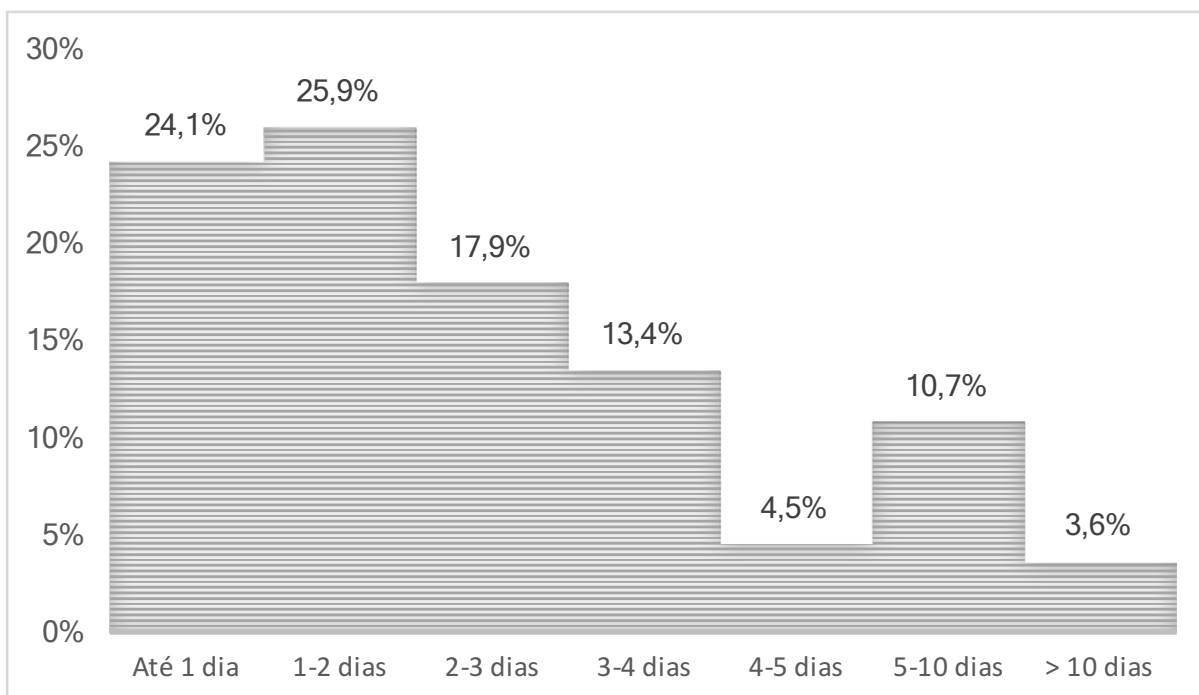
A gente não tem hemodiálise previsto em contrato para unidade pré-hospitalar, só que a gente começou a fazer porque a gente começou a perder doente. (CER 5)

Hoje o maior prejuízo que eu vejo é dos pacientes extremamente graves, quanto maior o tempo ele permanece na unidade, é mais tempo que ele fica sem nutrição, é mais tempo que ele fica em respirador inadequado, sem a fisioterapia respiratória necessária, então ele perde massa muscular e para depois você recuperar esse paciente, é pior, então você gira em um ciclo vicioso. (UPA E5)

Em outra direção, observa-se no gráfico 03 que 53% das solicitações de UTI saíram da fila da regulação antes da liberação do leito, sendo que em 17% dos casos o paciente recebeu alta médica da própria UPA ou CER. Outros 13% evoluíram tiveram seu perfil de leito modificado, presumidamente por melhora clínica e outros 23% evoluíram para óbito.

No gráfico 05 é apresentado o tempo entre a inserção da solicitação de UTI e a alta médica da unidade. Observa-se que 50,0% das altas médicas ocorrem nas primeiras 48 horas após a inserção da solicitação de UTI.

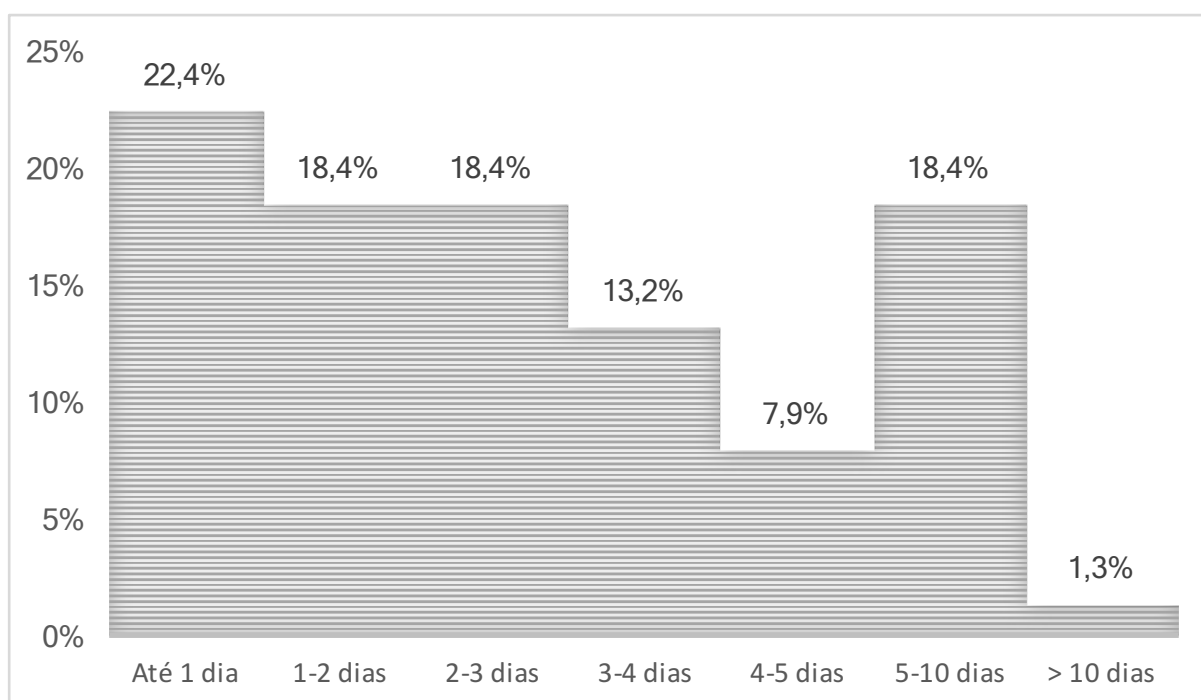
Gráfico 05 – Distribuição das solicitações de UTI conforme tempo para desfecho cancelamento por alta médica – Rio de Janeiro/RJ – setembro de 2016 a agosto de 2017



Fonte: SISREG – Dados amostrais

No gráfico 06 é apresentado o tempo entre a inserção da solicitação de UTI e a solicitação de mudança de perfil de leito. Observa-se que 40,8% solicitações de mudança de perfil ocorrem nas primeiras 48 horas após a inserção da solicitação de UTI. O perfil de mudança mais solicitado é o de Clínica Geral.

Gráfico 06 – Distribuição das solicitações de UTI conforme tempo para desfecho cancelamento por mudança de perfil – Rio de Janeiro/RJ – setembro de 2016 a agosto de 2017



Fonte: SISREG – Dados amostrais

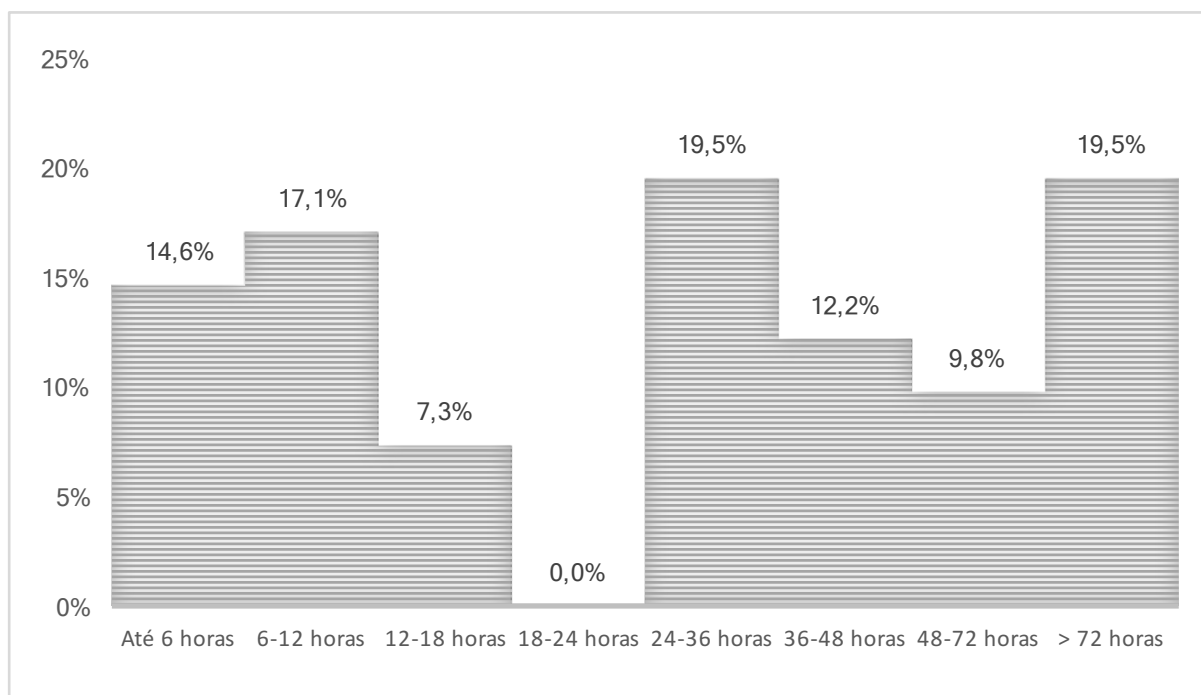
O elevado percentual de solicitações canceladas por alta médica ou mudança de perfil, sobretudo nas primeiras 48 horas, levanta dúvidas quanto aos motivos dessa proporção significativa de saídas da fila. Em seu estudo, Goldwasser (2017) observou números semelhantes e apontou a necessidade de buscar compreender se tal fenômeno se explica pela eficiência da atenção pré-hospitalar ou se por inadequação a priori dos critérios de indicação da vaga de UTI. Se por um lado, o atendimento adequado no ambiente pré-hospitalar, mediante protocolos assistenciais, pode ser responsável pela melhora clínica e de prognóstico, evitando indicação de UTI (GOLDWASSER, 2017), por outro, o fluxo administrativo interno das unidades pode estar contribuindo para um processo acelerado de inserção de solicitações, podendo produzir uma demanda por UTI superestimada.

Até porque a gente tem uma cobrança. Mensalmente a gente tem um relatório de metas. Então o paciente não pode estar há mais de 24 sem ter sido lançado. (UPA M4)

O tempo decorrido entre a inserção da solicitação de UTI e o cancelamento da mesma porque o paciente evolui para óbito é apresentado no gráfico 07. Observa-se que 39,0% dos óbitos ocorrem nas primeiras 24 horas. Muito possivelmente esses pacientes já chegaram as unidades fora de possibilidades terapêuticas. Outros 31,7% vem a falecer entre 24 e 48 horas, e após 48 horas são mais 29,3% de óbitos. Fica a interrogação se os óbitos ocorridos a partir de

24 horas de espera não seriam óbitos evitáveis no caso desses pacientes terem tido acesso a um leito de UTI.

Gráfico 07 – Distribuição das solicitações de UTI conforme tempo para desfecho cancelamento por óbito – Rio de Janeiro/RJ – setembro de 2016 a agosto de 2017



Fonte: SISREG – Dados amostrais

Outro desdobramento frequente do cenário de espera é o da “internação” na UPA. Nessas circunstâncias os pacientes são atendidos, recebem um diagnóstico, tem um tratamento iniciado e terminam por receber alta com melhora do seu quadro clínico antes de ser regulado para um leito de Clínica Geral, principalmente, mas também de UTI.

Tem muito paciente que fica aqui três, cinco, seis dias e recebe alta e fica bem, até porque a gente tem um suporte para isso. (UPA M8)

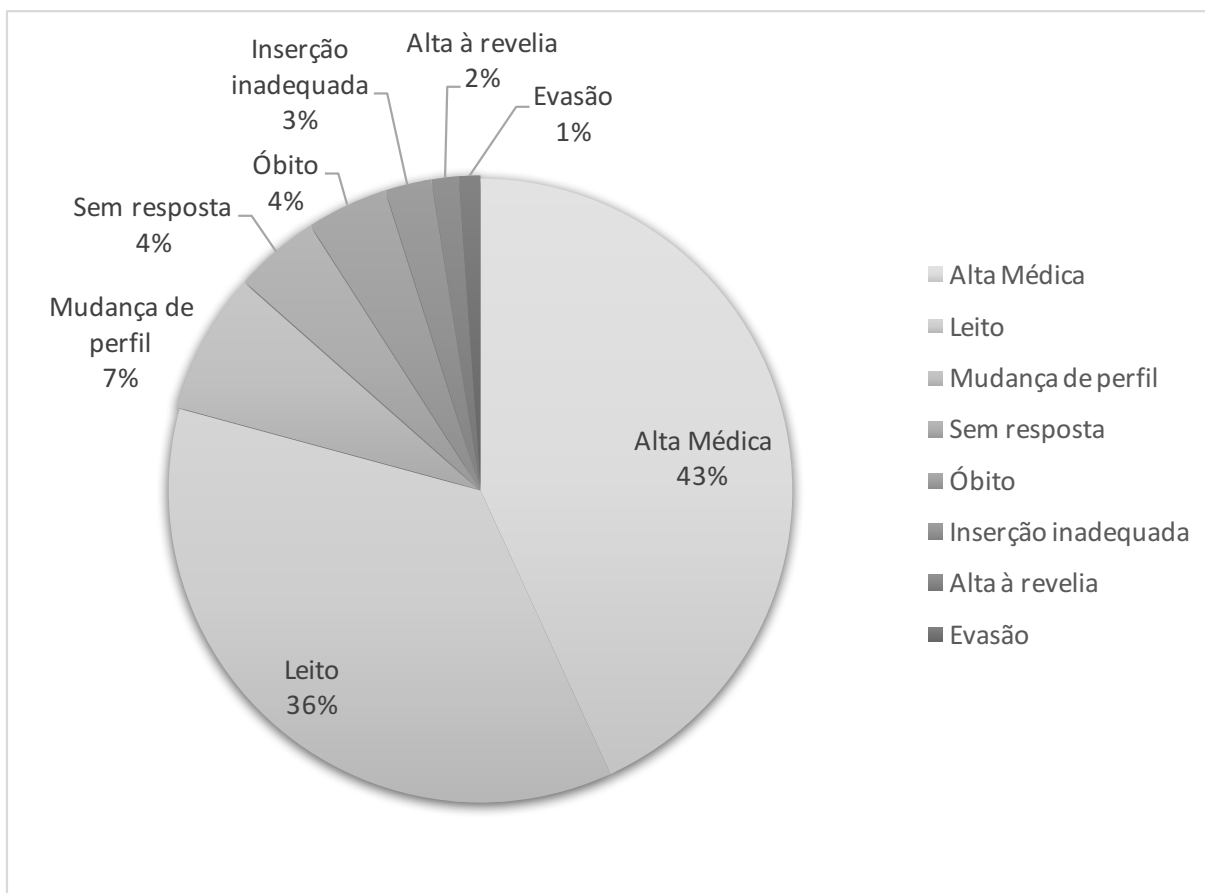
Tem pacientes aqui que eu dou alta, eu estou aqui com uma infartada que tá no quinto dia, chegar no décimo dia não evoluiu, tá muito bem obrigada, eu dou as recomendação, exames que foram feitos e ela vai para a clínica da família ver se vai fazer um cateterismo, porque não sai. Então, esse paciente é um paciente que tá evoluindo bem e tem que fazer cateterismo, mas não faz, eu mando embora. Ou então, tem muitos clientes que pedem alta, não querem mais ficar, alta revelia mesmo. (UPA M6)

(...) mas às vezes a gente acaba dando alta antes de sair a vaga também. O paciente estabiliza ou trata a patologia que o levou até aqui por completo e acaba que a gente consegue dar alta sem ter saído a vaga. (UPA M2)

Fica aqui, é tratado aqui, melhora aqui e vai embora para acompanhamento ambulatorial. (UPA E6)

Analisando o desfecho das solicitações de Clínica Geral de uma amostra de 1001 dum total de 20.317 inseridas pelas CER e UPA de ambas as esferas entre setembro de 2016 e agosto de 2017 foi observado o seguinte (Gráfico 08):

Gráfico 08 – Distribuição do desfecho das solicitações de Clínica Geral – Rio de Janeiro/RJ – setembro de 2016 a agosto de 2017



Fonte: SISREG – Dados amostrais

Das 1001 solicitações de internação em Clínica Geral amostradas, em 43% delas os pacientes receberam alta médica antes de serem regulados para um leito hospitalar, para 36% foi atribuído um leito hospitalar, 7% foram canceladas por mudança de perfil clínico, 4% evoluíram para óbito, 2% foram de alta à revelia da recomendação médica e 1% foram evasões do estabelecimento de saúde.

Não foi possível avaliar o desfecho de 4% das solicitações, pois não houve resposta da unidade solicitante após a primeira apreciação do CRM/RJ. Do total de solicitações da amostra, 3% corresponderam a inserção inadequada da solicitação. Foram duas as ocorrências predominantes: ou o perfil do paciente não era compatível com o perfil de leito, em geral porque

o paciente era pediátrico, ou o perfil de leito não era compatível com o quadro clínico do paciente, em geral um quadro de maior gravidade demandando leito de UTI.

Analisando esses resultados por esfera administrativa (tabela 05), observamos que o percentual de altas médicas é semelhante entre as esferas. No entanto, semelhantemente ao que acontece com as solicitações de UTI, há um elevado percentual de solicitações de internação em Clínica Geral inseridas por UPA estaduais, cujo desfecho é desconhecido pois essas unidades não transmitem essa informação ao CRM RJ através do SISREG. Fica, portanto, difícil comparar os desfechos entre as esferas, pois o percentual de 24,8% de solicitações sem resposta poderia corresponder tanto a solicitações que alcançaram o leito hospitalar quanto a outras altas hospitalares não contabilizadas ou até mesmo óbitos. Os erros de inserção das solicitações são parecidos entre as esferas administrativas.

Tabela 05 - Desfecho das solicitações de internação em Clínica Geral inseridas no SISREG por esfera administrativa - Rio de Janeiro/RJ - setembro de 2016 a agosto de 2017

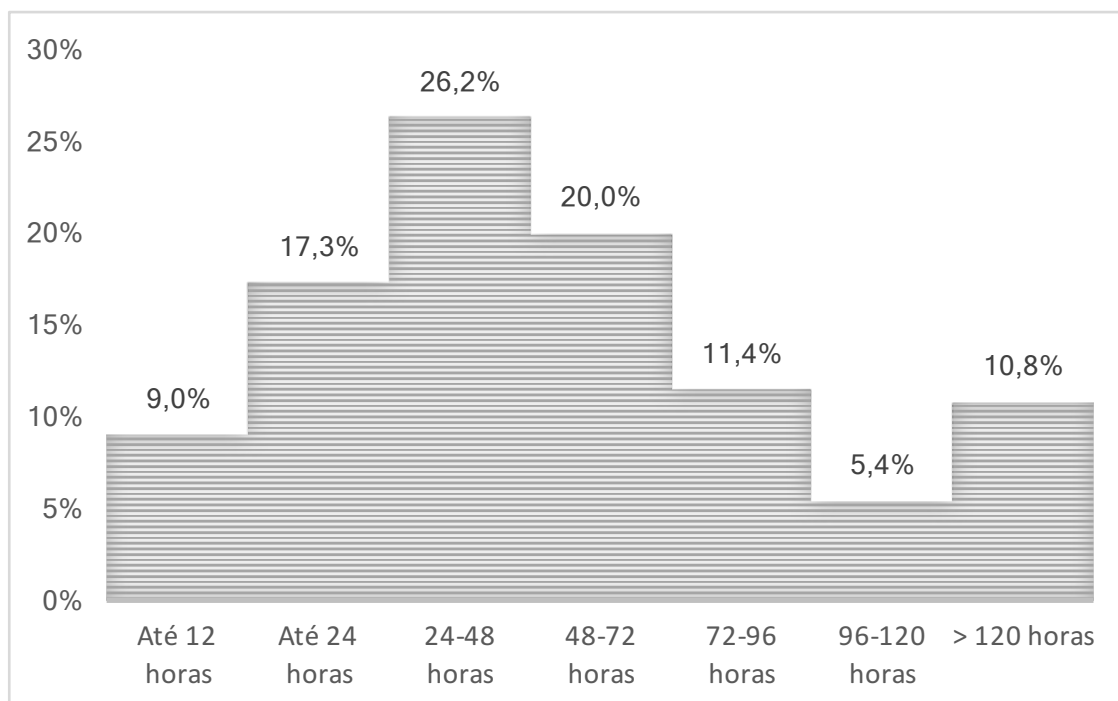
UPA/CER	Desfecho				
	Alta Médica	Leito	Óbito	Sem resposta	Erro
Estadual	48,7%	10,7%	2,7%	24,8%	2,0%
Municipal	46,0%	44,0%	4,7%	0,9%	2,7%

Fonte: SISREG

As análises acima são no todo compatíveis com a percepção dos entrevistados de que o desfecho mais comum de um paciente para quem é solicitado um leito de Clínica Geral através do SISREG na RUE é receber alta médica antes de ter o leito regulado.

O tempo decorrido entre a inserção da solicitação de Clínica Geral e a alta médica da unidade é apresentado no gráfico 09.

Gráfico 09 – Distribuição das solicitações de Clínica Geral conforme tempo para desfecho cancelamento por alta médica Rio de Janeiro/RJ – setembro de 2016 a agosto de 2017



Fonte: SISREG – Dados amostrais

Observa-se que 52,5% das altas médicas ocorrem nas primeiras 48 horas após a inserção da solicitação de Clínica Geral. Esse achado é compatível com a percepção dos entrevistados de que dentre esses pacientes predomina a alta precoce.

Poucos dias. Vamos colocar aqui a grande maioria: 48 horas, a grande maioria. (UPA M1)

Apenas 16,1% recebem alta médica com mais de 4 dias após a inserção da solicitação.

A gente tem muitas vezes o infartado que tá compensado, não tá no tubo, não tá nada... e a gente pede internação e não consegue, então você passa com ele aqui uma semana, você faz uma curva enzimática, não tá mais com enzima elevada, então ele vai acabar saindo de alta daqui, mesmo ele regulado. (UPA M8)

Considerando que o tempo médio de internação hospitalar por todas as causas da OCDE em 2015 foi de 8 dias (OCDE, 2017) e que o universo dessas solicitações é de quadros clínicos, com predomínio de pacientes idosos, o demasiado curto tempo entre inserção da solicitação e alta médica suscita dúvidas quanto a pertinência seja da alta, seja da solicitação de internação.

Esse fenômeno é tão frequente que as equipes das UPA já começam a tratar com naturalidade sua ocorrência, a ponto de considerar como razoável que a permanência na UPA substitua uma internação hospitalar.

Tem casos que a gente sabe que não teria necessidade de ocupar um leito hospitalar, que poderia ficar aqui. (UPA M5)

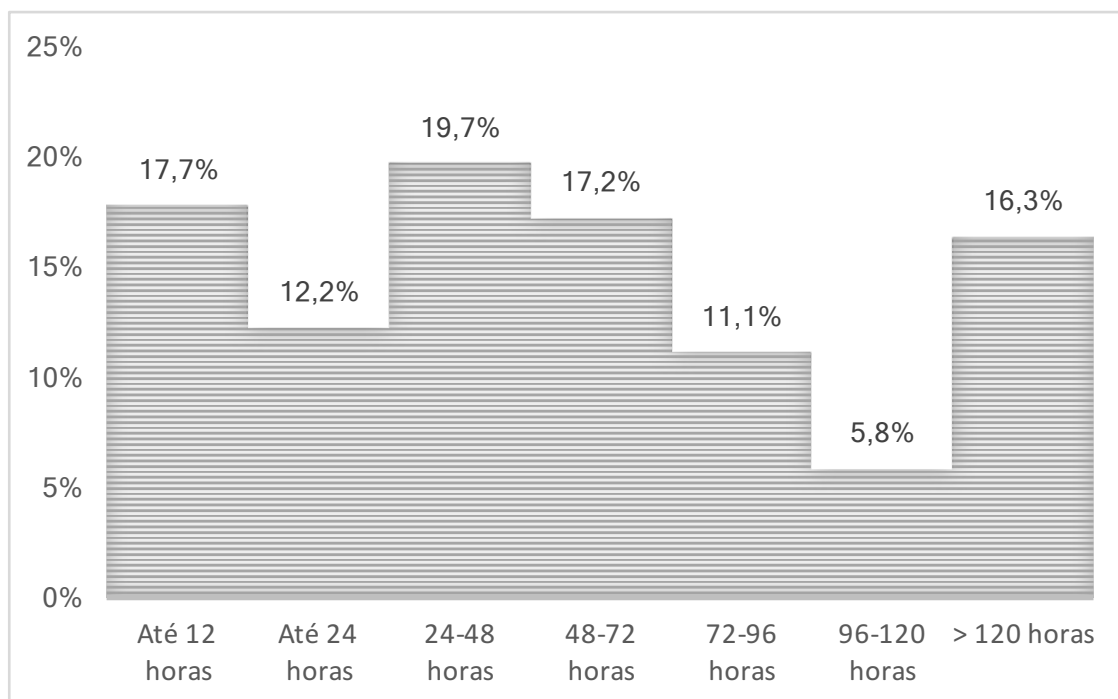
Teoricamente a UPA não foi feita para isso. A UPA seria aquela porta de entrada, só que agente entende que o hospital por estar superlotado e a UPA tendo condições de resolver a vida desse paciente em dois, três dias e resolvendo, e resolvendo bem, a gente não se incomoda e o paciente também não. (UPA E2)

Em estudo que avaliou a implementação das UPA em todo Brasil, a ocorrência de internações nas UPA foi observado como fenômeno frequente, representando uma distorção da finalidade e das possibilidades de cuidado dessa unidade (O'DWYER et al, 2017b).

A organização progressiva da regulação do acesso à assistência na RUE num contexto de escassez de leitos teve como consequência impremeditada a atuação da CER Leblon como unidade de terapia intensiva e das UPA como unidade de internação com leitos clínicos. Esse falseamento acomoda a falta de leitos em vez de tensioná-la.

Em relação às solicitações de Clínica Geral que efetivamente obtém um leito regulado, apesar de apenas 36% serem atendidas, contribuindo para o fenômeno da internação na UPA, destaca-se que esse percentual é elevado considerando a média de 13,1% de solicitações de Clínica Geral atendidas com leito. Tal como no caso dos leitos de UTI, essa discrepância provavelmente se explica pela prioridade que essas unidades pré-hospitalares recebem para regulação de leito de UTI em comparação às solicitações feitas por unidades hospitalares. As CER e UPA solicitaram 20.317 dos 24.564 de leitos de Clínica Geral inseridas no SISREG. No gráfico 10 Observa-se que 49,6% dos leitos regulados são oferecidos nas primeiras 48 horas.

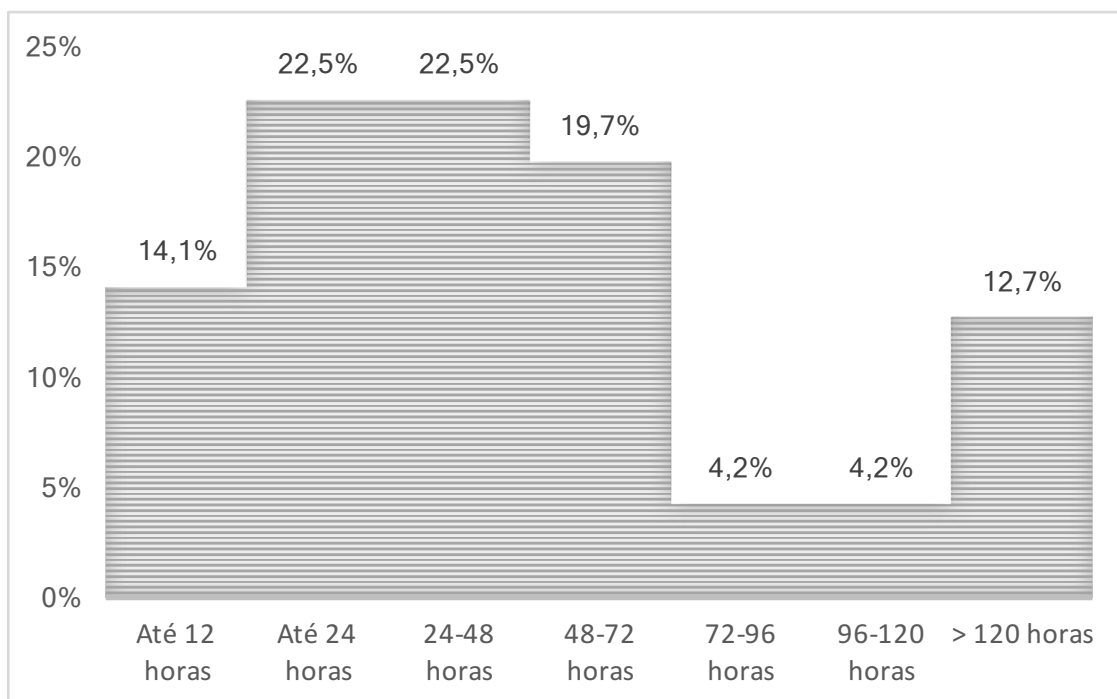
Gráfico 10 – Distribuição das solicitações de Clínica Geral conforme tempo para desfecho leito regulado – Rio de Janeiro/RJ – setembro de 2016 a agosto de 2017



Fonte: SISREG – Dados amostrais

Quanto à mudança de perfil das solicitações de Clínica Geral, 36,6% ocorrem nas primeiras 24 horas, alcançando 59,6% em 48 horas (Gráfico 11). Considerando que 78% das mudanças são solicitando leito de UTI, sinalizando um agravamento do quadro clínico do paciente, esse percentual elevado suscita dúvidas quando a pertinência da indicação inicial de leito de clínica geral.

Gráfico 11 – Distribuição das solicitações de Clínica Geral conforme tempo para desfecho cancelamento por mudança de perfil – Rio de Janeiro/RJ – setembro de 2016 a agosto de 2017



Fonte: SISREG – Dados amostrais

7.8.3. Vaga zero da APS: uma confusão

As UPA e CER relatam graves inconsistências nas demandas de Vaga Zero oriundas da APS. Para um dos entrevistados o conflito reside em haver diferentes visões sobre urgência.

A maioria das vezes a visão da urgência do médico que é de Clínica da Família, (...), é diferente de quem trabalha em UPA, e são discordantes várias vezes. (UPA M8)

O que eu percebo muito é que por vezes o médico da saúde básica, ele por não ter essa vivência, essa prática de emergência, ele acha que muita coisa é emergência e não é. (UPA M7)

Outro entrevistado apesar de reconhecer a posição mais frágil da APS no atendimento às situações urgência, aponta que a Central poderia atuar para qualificar essas solicitações.

Eu costumo a dizer que os nossos VAGAS ZERO são avaliados por eles, eu acho que eles poderiam também filtrar ou avaliar as VAGAS ZERO que vem das Clínicas da Família. Assim... Eu até entendo que deva haver uma benevolência maior por conta do perfil da Atenção Primária, mas, a impressão que eu tenho, é de que não há filtros nenhuma das VAGAS ZERO da Clínica da Família. E eu acho que poderia haver, até mesmo, pra... Eu acho que faz parte do instrumento também de qualificação da Rede. E isso a gente não tem. (UPA M2)

E eu acho que a regulação não, ou o pessoal da Vaga Zero, não esmiúça esse caso para ver se realmente vale. (UPA M6)

Diversas são as circunstâncias relatadas. Na visão dos profissionais e gestores das UPA e CER as solicitações de Vaga Zero são frequentemente inadequadas.

É uma questão que gera bastante discussão. Pela avaliação dos médicos são muitos casos desnecessários. Tanto para mais quando para menos. Tem pacientes que são regulados para UPA que deveriam ir direto para uma complexidade maior e acabam vindo para cá para fazer pit stop, vem e é inserido na Vaga Zero. E outros casos que não, que não haveria necessidade, que daria para fazer a medicação na própria atenção básica. (UPA M5)

Destacou-se a percepção de que por vezes a avaliação diagnóstica da APS é precipitada e que o recurso do Vaga Zero é utilizado para transferir o problema daquele paciente para outra instância. Há mesmo a queixa de que os relatórios do Vaga Zero exageram deliberadamente a situação crítica do paciente:

Eu já recebi uma Vaga Zero “paciente entubado, choque anafilático, de picada de abelha”, aí falei com todo mundo: “prepara a sala vermelha”. Aí paciente chega andando, falando “porque médica achou que ia ter que entubar”. (UPA M8)

60% inadequado ou mais, tem dia que a gente já sabe que é o retira-doente-da-unidade. Coisas que não tem... As vezes a gente observa que o doente nem foi visto de forma adequada e eles pedem leito. A ambulância é rapidamente liberada para eles tirarem a Vaga Zero da clínica da família e quando escreve uma coisa e chega aqui outra. (CER 3)

Acontece de eles regularem como VAGA ZERO e chegar aqui o paciente não querer nem ficar! Eles pioram o quadro clínico de uma tal forma que quando chega aqui... Poxa, nós montamos um aparato! Nós vamos esperar um paciente com o quadro clínico muito pior do que quando ele chega aqui. Aí, às vezes, ele não vai pra Sala Amarela! Vem, faz a ficha que vai pro consultório, realiza-se alguns exames, ele aguarda normalmente aqui, sentadinho, e não há nem a necessidade de internação. (UPA M1)

Principalmente no final do dia, para despachar o doente para cá. E é muito complicado. Eu não sei se o pessoal que trabalha na clínica da família, é um pessoal muito jovem, sem experiência médica, mas um fato é que isso atrapalha. (UPA CDD)

(...) não recebo muito, mas eu já vi pacientes que você olha para o relato do colega, olha para o paciente e não bate. (UPA M7)

Essa situação por vezes culmina com uma incompatibilidade entre a expectativa do paciente removido via Vaga Zero e o perfil de atendimento e recursos existentes na UPA.

Queixa de inadequação. E aí, muitas vezes, o paciente vem com o discurso de que vai internar ou de que vai passar pela avaliação do especialista. Então, ele já chega aqui na UPA achando que vai passar por um cirurgião vascular, achando que vai passar por algum especialista, né, e normalmente são muito mal orientados. A gente às vezes gera uma demanda maior do que a gente e aí tem que explicar como funciona realmente... Ou, muitas vezes, o paciente na nossa avaliação não tem critério de internação e a gente tem que ficar com o paciente e aí gera... Gera um desgaste. (UPA M2)

Como é regulação e como ele chega em Vaga Zero, eu não posso recusar, eu aceito e logo depois dou alta. E aí tem muitos doentes que reclamam, que não sabem nem o que estão fazendo aqui. (UPA M6)

Contudo, nem tudo são discordâncias. Existem situações em que a UPA reconhece que é demandada a acolher uma Vaga Zero oriunda da APS de forma pertinente. Admitindo que dispõem de maior densidade tecnológica que pode ser utilizada no melhor interesse e condição clínica do paciente.

O que acontece? Por exemplo; no caso do idoso com Pneumonia: eles estão sendo acompanhados pela Clínica da Família de fora, a medicação não está surtindo efeito, aí o idoso cai e ele piora. E aí eles inserem na plataforma de VAGA ZERO, e eles acabam regulando pra cá justamente pra gente acolher, porque eles entendem que a gente está com o poder... Manter esse idoso em observação com a medicação que geralmente é complementar ou substituída, mas que ele vai ficar monitorado aqui por nós. Eu entendo isso como uma... O mesmo processo que a gente faz de solicitação de vaga de internação, eles fazem com a gente. (UPA M1)

Toda unidade básica, ela tem que ter um suporte, ela tem que ter uma retaguarda emergencial. Aqui a nossa UPA serve como retaguarda a todas as unidades básicas aqui da área. (UPA M7)

Alguns chegam a reconhecer um percentual significativo de demandas bem solicitadas.

Algumas são importantes e, não digo metade, mas uns 40%. (UPA M8)

No entanto, as UPA e as CER não produzem análises para devolutivas sistemáticas à central quanto a inadequação dos encaminhamentos de vaga zero oriundos da APS. Salvo situações de extrema discrepância.

Quando chega uma situação absurda, óbvio que a gente fala, mas o resto a gente tenta resolver. (UPA M8)

Nas reuniões que tem mensais, quando é pertinente, é uma reunião que a gente tem com todos dos diretores de CER, UPA... a gente fala, mas isso daí é mais uma das coisas que não avançam. (UPA M8)

Então eu normalmente não acumulo pedido, na hora que chega eu já passo. (CER 5)

7.8.4. Judicialização na saúde

Destaca-se com notória frequência nas entrevistas a menção à ação individual por meio dos mandados judiciais expedidos a partir do recurso ao Judiciário por parte das famílias dos pacientes. Destaca-se que os pedidos de leitos de UTI são os mais frequentemente judicializados.

(...) tem uma fila de pacientes que aguardam fora da judicialização, mas tem aqueles com mandado e os pacientes já pegaram esse caminho das pedras, eles já entram com mandado e criou-se essa segunda fila, que é a fila do mandado e, por vezes, a central acaba nos pressionando, querendo realmente o leito por conta dessa demanda que eles têm lá. (CER 4)

Como os leitos de UTI são muito difíceis, algumas famílias optam por recorrer à justiça pra poder conseguir a liberação dessa vaga. E essas famílias tem muito mais sucesso na transferência do que os pacientes que as famílias não recorrem. (UPA M1)

Uma coisa que tem acontecido bastante, até porque as pessoas aprenderam isso e tá todo mundo discutindo isso, é a judicialização da medicina. O doente que tá entubado aqui, é quase impossível ele ficar dois, três dias entubado sem alguém da família questionar isso e pedir um laudo para entrar com o mandado judicial. É muito frequente e aí aciona as duas plataformas. (UPA M8)

A dificuldade de acesso a retaguarda hospitalar é mencionada como motivação maior para o acionamento do Judiciário.

Adulto é o maior problema por causa da falta de leitos, então você fica às vezes com adultos presos aqui muito tempo, 10 dias, 15 dias, porque não tem um leito de retaguarda necessário para aquele tipo de paciente. E aí você cai em uma outra situação bem recorrente que são os mandados judiciais, que são uma ferramenta que os acompanhantes, os familiares veem o esforço da unidade, obviamente o paciente está aqui sendo bem tratado e ele está recebendo o tratamento na medida do possível, mas os familiares querem uma melhoria, até porque nós não mentimos para os familiares e dizemos “olha, nós somos observação, seu familiar tá aqui recebendo tratamento, mas ele está aqui porque ele precisa de um leito específico no hospital”, então existe uma ansiedade dos familiares para isso. (UPA E5)

Esse cenário descrito na RUE, encontra eco em estudo realizado no Distrito Federal, que identificou o predomínio de um processo de judicialização da saúde que tem como objeto majoritário os pedidos as internações em unidades de tratamento intensivo (DINIZ et al, 2014).

A percepção da maioria dos entrevistados foi a de que o mandado judicial se interpõe ao processo regulatório, levando a priorização do direito de um indivíduo sobre os outros, na contramão do processo técnico, reforçando iniquidades. No entanto, muitas vezes a judicialização do acesso a um recurso é única forma que um usuário, cidadão tem, em um cenário de escassez e iniquidades de exigir do Estado que assuma sua responsabilidade de garantidor de direitos (BIEHL, 2016).

8. REGULAÇÃO ASSISTENCIAL E CONFORMAÇÃO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

8.1. Segmentação da Rede

8.1.1. Governança partida

Um fenômeno já reconhecido no município do Rio de Janeiro é o da segmentação da rede de serviços de saúde. Parada (2001) descreve um cenário antigo de relações federativas tensas e conflituosas entre estado e município, principalmente, derivado da presença de equipamentos de saúde estaduais e federais no território municipal, da manutenção do atendimento maciço à população da Baixada Fluminense nas unidades do município, sem ação política regional do estado, da relação direta que o município busca manter com a esfera federal, entre outros, que interdita a conformação de uma rede de serviços. O não equacionamento de conflitos antigos alimenta um distanciamento entre estado e município, que dificulta o debate de políticas e a integração em um sistema de saúde (PARADA, 2001)

Nesse estudo observa-se que esse fenômeno segue em larga medida inalterado, produzindo implicações importantes para o funcionamento da rede, com pouca integração no processo regulatório, ausência de confluência de processos, e significativa superposição de oferta. Esse cenário redundava em prejuízo para a assistência aos usuários e dificuldades para a atuação das unidades, principalmente por limitar o acesso oportuno.

Se você me pergunta, hoje, onde estão os leitos de cada esfera? Os leitos do Município estão nas mãos do Município. Os leitos do Estado estão nas mãos do Estado. Os leitos dos Federais estão nas mãos dos Federais. (Gestor Federal)

Se o paciente hoje vai para a UPA Engenho de Dentro, que é uma UPA municipal, o município do Rio regula esse paciente; se ele vai para a UPA Engenho Novo, que fica bem próxima e é uma UPA estadual, quem tem que tirar ele de lá sou eu. A unidade estadual saía para uma outra unidade estadual, para um hospital estadual ou até para um hospital federal e a unidade municipal saía para um hospital municipal. O que vai de encontro a todo processo de equidade previsto pelo SUS. (Gestor Estadual 2)

A Central do Município regula basicamente só os leitos municipais. Raras exceções que não funcionam assim. (...) A Central do Estado regula as unidades estaduais, os leitos das unidades federais e universitárias. E, atualmente, as duas Centrais trabalham de forma independente. (Regulador Municipal 1)

Olha, a primeira coisa que eu acho da central de regulação, ela não é uma central de regulação única. Apesar de o nome ser SUS, Sistema Único de Saúde, a gente tem uma central que ela é dividida, fragmentada. (CER 3)

As unidades da rede municipal raramente têm acesso aos leitos e recursos das redes estadual e federal. De maneira análoga, as unidades da rede estadual têm pouco acesso à rede municipal e as unidades federais ainda operam em grande medida de forma autônoma.

A gente não consegue VAGA ZERO pra lá [Hospital Estadual], então, às vezes, é uma situação mais emergencial, e a gente poderia ter um hospital mais próximo dando suporte pra gente, e a gente não tem. Então, é uma oferta a menos de um hospital. (UPA M2)

Eu acho que pra Regulação a gente fica mais restrito a esfera Municipal, porque somos uma UPA Municipal. Quando o paciente vai pra Justiça aí já não interessa mais. Eles são regulados também pras unidades estaduais e federais, mas, habitualmente, a gente fica restrito ao âmbito Municipal. Porque são as nossas vias de comunicação, então, se a gente faz o cadastro do paciente no SISREG que é Municipal – Sistema de Regulação Municipal – e no VAGA ZERO que é Municipal, a gente só pode aguardar vaga Municipal. (UPA M1)

(...) só temos acesso à regulação do município, não temos acesso ao SER, à regulação da federal, nada disso, esses setores não nos ajudam, nosso contato é somente municipal, eu não sei se as outras UPA têm esse acesso, aqui na unidade não tem esse acesso. (UPA M6)

(O SER) a gente começou a utilizar tem pouco tempo, mas também são só para casos de solicitação do CTI e cateterismo. São os dois casos que a gente insere. (UPA M5)

A gente tem uma inserção no SER e tudo, mas essa intermediação tem sido feita mais com a Central Municipal. (UPA M4)

Na tabela 06 fica evidente a segmentação da rede. Na amostra de solicitações de UTI, das 50 solicitações inseridas por UPA estadual que obtiveram um leito regulado, 78% foram para leitos em unidades estaduais, enquanto apenas 8% foram para leitos em unidades municipais. Das 185 solicitações inseridas por CER/UPA municipal que obtiveram um leito regulado, 91% foram para unidades municipais, enquanto apenas 1,6% foram regulados para unidades estaduais.

Tabela 06 - Leitos de UTI adulto regulados por esfera governamental, segundo esfera da unidade solicitante - Rio de Janeiro/RJ - setembro de 2016 a agosto de 2017

UPA/CER	Leito Municipal	Leito Estadual	Leito Federal	Leito HU	Leito Privado	Outros	Total
Estaduais	4	39	2	3	2	0	50
Municipais	169	3	2	2	7	2	185
Total	173	42	4	5	9	2	235

Fonte: SISREG - Dados amostrais

Na amostra de solicitações de Clínica Geral (tabela 07), das 16 solicitações inseridas por UPA estadual que obtiveram um leito regulado, 43% foram para leitos em unidades

estaduais e outros 43% foram para leitos em unidades municipais. Das 345 solicitações de Clínica Geral inseridas por CER/UPA municipal que obtiveram um leito regulado, 95% foram para unidades municipais, enquanto nenhuma solicitação foi regulada para unidades estaduais. Observamos que as unidades estaduais tiveram o acesso dividido de forma equilibrada entre rede de retaguarda estadual e municipal, enquanto as UPA municipais tiveram acesso a apenas 3 leitos estaduais.

Tabela 07 - Leitos de Clínica Geral regulados por esfera governamental, segundo esfera da unidade solicitante - Rio de Janeiro/RJ - setembro de 2016 a agosto de 2017

UPA/CER	Leito Municipal	Leito Estadual	Leito Federal	Leito HU	Leito Privado	Outros	Total
Estaduais	7	7	1	0	1	0	16
Municipais	329	0	0	1	5	10	345
Total	336	7	1	1	6	10	361

Fonte: SISREG - Dados amostrais

Mesmo no nível das centrais de regulação há pouca comunicação e contato.

A gente não tem nem formalizado da Rede Municipal quanto mais da Rede Estadual e da Rede Federal. E eu, pelo menos, vislumbraria um caminho pra poder funcionar de forma mais adequada, que seria a Rede toda trabalhando em conjunto. Muito do que eu trago de informação que eu sei daqui, é porque eu fazia lá na Central do Estado, fazia UTI, fazia Assistência de Alto Risco, fazia UTI Neo Natal, fazia toda parte de infectologia... Tudo o que foi surgindo, eu estava lá nesse período que foi surgindo também, então, a gente foi pegando. Depois que eu saí, eu não sei mais como evoluiu, mas o pouco do que se fazia e como fazia nesse processo, a gente ficava sabendo, e quanto mais consegue dividir e distribuir e multiplicar, melhor (Regulador Municipal 3).

E aí tem essa questão que existem filas paralelas para os doentes do município do Rio em que ele vai estar, pode estar, ao mesmo tempo, numa fila de leito de CTI da rede municipal, e em outra fila da rede do estado. E aí, tem situações que, às vezes, ele fica aguardando leito dos dois, sem sair um leito, ou pode sair um mesmo leito para um mesmo paciente em dois lugares diferentes. (Regulador Municipal 1)

No entanto, houve durante o período estudado uma experiência parcialmente bem-sucedida de cooperação entre as esferas.

No período olímpico foi feita uma pactuação entre Município, Estado e o DGH – entre o Ministério da Saúde e o DGH – em que teria leitos de retaguarda pras emergências municipais que foram as únicas referências do período olímpico. E o Estado não cumpriu. Ele tinha que dar os leitos de Geriatria e os de Clínica Médica de Anchieta. Era uma quantidade pequena e não cumpriu, mas os federais cumpriram. Não foi fácil regular para hospital Federal porque – eu ainda vou tentar fazer um estudo – mas o que eu tenho de noção é que para aceitar um doente, eu tinha que mandar três laudos. Pra cada vaga eram três pacientes pra eles escolherem, mais ou menos essa relação. Mas enfim, a gente conseguiu transferir no período dos Jogos Olímpicos e Paraolímpicos nas 135 vagas destinadas ao município, quase 290 pacientes. (Gestor Municipal 1)

Apesar desse episódio de cooperação entre rede federal e municipal, tratou-se de evento pontual. Normalmente, a rede federal no município do Rio de Janeiro, que concentra uma grande quantidade de recursos de grande densidade tecnológica, não opera com regulação efetiva de seus leitos e não se enxerga inserida na rede de urgências.

(...) nunca houve uma Regulação efetiva dos nossos leitos. (...) nós não estamos inseridos na RUE, na Rede de Urgência e Emergência. (Gestor Federal)

No período recente, a esfera federal foi continuamente compelida a se inserir de forma mais estruturada na rede. No entanto, a esfera federal conservava em grande medida sua autonomia na gestão de seus leitos.

Nossa Regulação, hoje, ela é informada. Nós estamos caminhando para a Regulação efetiva dos nossos leitos. (...) nossos leitos são informados, atendemos a todas as demandas que nos são encaminhadas dentro da medida do possível, não esquecendo que nós temos três emergências abertas que atendem (Gestor Federal)

Eu vou te dar um exemplo nítido, a gente tá com uma doente oncologia aqui que é do Hospital Federal, tem a matrícula de lá, a gente manda um e-mail para o NIR, para ver se pode receber a doente, dar continuidade a doente, ela é de lá, nem resposta. (...) A gente tenta, mas a negativa é grande. (CER 3)

Essa autonomia dos hospitais federais em relação a rede também se reproduz na relação entre as próprias unidades federais.

Inclusive, eu já tirei o VAGA ZERO de vários doentes neurocirúrgicos do CARDOSO FONTES porque ANDARAÍ e BONSUCESO não quiseram receber. Então, não se resolve nem entre eles! (Gestor Municipal 1)

A estruturação de redes exige o reconhecimento da interdependência dos atores e organizações, dado que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004). As unidades de saúde envolvidas na conformação da RUE, as UPA e CER mais que os hospitais, experimentam cotidianamente essa interdependência e reconhecem a necessidade de integração para ofertar um melhor cuidado e ampliar acesso para o usuário. Os mecanismos de cooperação e coordenação colocados em prática nessa rede têm visado um aprimoramento da gestão dos recursos, tão tragicamente escassos, ainda que majoritariamente no interior de cada esfera administrativa. Observamos que não há mecanismos sistemáticos para criação e manutenção de governança comum. Atores e organizações autônomas persistem atuando separadamente, distantes de coordenarem sua interdependência, para um projeto coletivo.

8.1.2. Dispersão dos recursos e especialistas

Um outro fenômeno, que contribui para a restrição de acesso ou impossibilidade do acesso oportuno, é a dispersão dos recursos. A segmentação da rede de serviços em esfera municipal, estadual e federal acentua esse fenômeno. Todavia, mesmo dentro de uma mesma rede (municipal x estadual x federal) os recursos estão espalhados, seja porque alguma unidade regionalmente estratégica de fato não dispõe do recurso, seja porque o recurso existe, mas encontra-se inoperante ou indisponível. Vale salientar que frequentemente o conserto e a manutenção de recursos tecnológicos são demorados configurando um cenário de indisponibilidade prolongada do recurso. Uma análise semelhante se aplica a disponibilidade de especialista nos hospitais gerais. Pode ocorrer de uma unidade não ofertar um determinado tipo de especialista ou mesmo de não dispor temporariamente desse especialista.

Um exemplo da realidade da rede: um paciente com traumatismo crânio-encefálico numa UPA municipal da área programática (AP) 3.1 não consegue avaliação no hospital mais próximo a ela dentro da AP, que é gerido pela esfera estadual. Assim a central regula a realização da tomografia computadorizada (TC) de crânio num hospital municipal da mesma AP ou até em outra AP. Ocorre as vezes de o local em que vai ser realizada a TC não oferecer avaliação de neurocirurgia, levando à necessidade de o paciente ser removido para uma outra unidade, na AP que for possível, a fim de ser avaliado pelo neurocirurgião. O médico da UPA fica, assim, ausente da unidade por várias horas.

É tudo mesmo regulado e aí às vezes acontece que nos liberam para o Salgado, mas aí o tomógrafo está quebrado. Às vezes acontece de fazer a tomografia no Pedro II ou no Albert e o neuro do Salgado avaliar. Isso já aconteceu algumas vezes. (UPA M8)

Você vai ficar talvez o dobro do tempo na rua e cada vez que você chega no hospital você pode ficar duas, três horas ali. Já aconteceu de ficar oito horas fora. (UPA M8)

Problemas de manutenção dos recursos de diagnose são frequentes, levando a circunstâncias em que há necessidade de realizar o exame numa unidade mais distante, seja porque o aparelho não está funcionando, seja porque o laudo ou imagens geradas pelo exame não são disponibilizados.

(...) quando a tomografia tá quebrada vou fazer tomografia aonde? Já teve casos do paciente ir lá para o instituto do Cérebro fazer tomografia para depois vir para cá. Ou então às vezes vai fazer a tomografia lá no Carlos Chagas, que é o tomógrafo manual, aí não manda a imagem... Aí às vezes você faz a tomografia, mas não tem a imagem impressa. O tomógrafo lá não tá imprimindo, não tem impressora, enfim... O médico, ele quer ver a imagem, não quer ver o laudo e aí às vezes é difícil. Eu não tiro a razão do colega, mas ele quer ver a imagem e às vezes quando o tomógrafo está quebrado, a gente tenta fazer em outro hospital e nem sempre consegue trazer a imagem. (UPA E1)

Um exemplo verídico foi o de uma idosa que sofreu um atropelamento na AP 2.1 e teve de ser removida até a AP 3.1 para atendimento e realização de TC pois era a única operante na rede pública da cidade naquele dia.

Outro exemplo é a situação em que um paciente está já hospitalizado e seu quadro evoluiu com desdobramentos que levam a necessidade de tratamento e avaliação por especialista que não existe na unidade. Foi mencionado com frequência pelos entrevistados a necessidade de avaliação por hematologista e necessidade de unidade coronariana. Em outros casos, um hospital de baixa complexidade não conta com suporte de UTI e o paciente pode ter de ser removido para uma emergência ou para uma CER. Essa situação foi relatada por duas CER e testemunhada durante o campo numa das visitas às unidades participantes da pesquisa.

Às vezes transferência de um doente que tá num hospital de uma unidade do município e ele tem uma alteração do quadro clínico e lá não é perfil, eles tiram do leito hospitalar e transferem para uma emergência. (CER 3)

Outro exemplo de interesse é a questão da colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE), exame disponível em apenas 3 hospitais, um federal e dois universitários, de difícil acesso para as outras unidades da rede.

Correlata a essa dispersão dos recursos, observa-se a recusa de pacientes em serem transferidos para unidades distantes de seu domicílio. A segmentação da rede e de seus recursos por vezes gera uma situação em que um leito é ofertado ao paciente em unidade de tal forma distante de seu domicílio que a família se vê impossibilitada de acompanhar o paciente e termina por recusar a transferência preferindo permanecer onde se encontra, em geral uma unidade que não prevê internação hospitalar.

Eu presencio muito isso no CER, essa questão, às vezes o paciente recebe alta do CTI – lá a gente possuiu leito de CTI – esse paciente recebe alta do CTI para a enfermaria, muitas vezes essa enfermaria é no Gazolla [Hospital Municipal Ronaldo Gazolla]. E ai na cabeça deles, “pô, mas eu moro na Zona Sul, para ir para Acari”, isso gera um estresse, nem a questão da distância, eles reclamam muitas vezes que Acari é muito violento, Acari é muito feio, Acari isso, Acari aquilo, “aquele hospital horroroso” nem conhece, mas... (UPA M4)

No entanto, alguns gestores defendem a ideia de que os recursos de diagnose e terapia não precisam estar no mesmo lugar, que uma unidade não precisa ter todos os recursos para que a rede ofereça o cuidado, ou seja eficiente. Para esses gestores, a depender do recorte territorial não há obrigatoriedade de se ter todos os recursos mais caros e/ou com complexos. É possível reconhecer a racionalidade dessa perspectiva, porém num cenário, como o do Rio de Janeiro, com mobilidade restrita dependendo longos períodos de tempo em que a dispersão de recursos é a agravada pelo severo subdimensionamento desses recursos, sem mencionar a questão da manutenção operacional dos mesmos, o acesso oportuno ao cuidado adequado encontra-se

frequentemente interditado para a maioria dos usuários e essa dispersão dos recursos intensifica isso.

8.1.3. Mapeamento e reorientação da oferta

A progressiva estruturação e institucionalização da atividade regulatória que tomou corpo no município do Rio de Janeiro nos últimos anos caminhou apenas modestamente para um melhor mapeamento da oferta. A reorientação da oferta de serviços ainda é uma realidade distante.

Passa longe de modelar, orientar a oferta. O processo ainda se restringe a acessar de forma mais eficiente o recurso que existe, muitas vezes descobrindo o que existe na rede. (Regulador Municipal 3)

Os dados disponíveis CNES, incluindo as habilitações específicas das unidades, por vezes não são compatíveis com a realidade, impondo aos reguladores uma dificuldade adicional ao selecionar e acessar os recursos demandados por um paciente e interditando um mapeamento confiável da oferta disponível.

Outro aspecto importante que diz respeito à oferta de leitos é, por um lado, a existência de leitos com perfil restritivo, e por outro a existência de leitos em unidades com muito baixa densidade tecnológica. Esses fenômenos por vezes se superpõem resultando em leitos ociosos em algumas unidades simultaneamente a circunstância de superlotação em outras (NEGRI FILHO, 2016). Há pelo menos 3 hospitais municipais na retaguarda da RUE cuja densidade tecnológica é tão baixa que os pacientes que podem receber não podem apresentar múltiplas comorbidades ou quadros clínicos pendentes de investigação ou que exijam maior complexidade no cuidado ofertado, seja em termos de recursos tecnológicos ou equipe multidisciplinar. Frequentemente, o HMAR e HMPW recebem apenas pacientes “quase saudáveis” apenas para tratar quadros de baixa complexidade, como erisipela e celulite, tipos de infecção cutânea, ou quadros de trombose venosa profunda, apenas para ajuste da anticoagulação. Num outro, HMRPS, esse cenário é agravado pelo atendimento exclusivo a pacientes portadores de Tuberculose ou HIV.

Ou restritivo. Esse tipo de perfilização – acho que fica bem adequado isso – por exemplo, pra Tuberculoso e HIV, se cria todas as situações pra que esse leito fique vazio. Irritante, hoje, eu tenho seis leitos vazios no RAPHAEL DE PAULA SOUZA que é para um paciente que não existe! (Regulador Municipal 3)

Há ainda o exemplo de leitos cujo perfil definido é incompatível com os recursos efetivamente disponíveis.

Por exemplo: o Miguel Couto, ele tem leito de CTI Pediátrico e UI Pediátrico. Quando você vai tentar regular algum leito pra UI Pediátrica do Miguel Couto, você tem que ter em mente que na realidade é como se fosse uma Sala Amarela, não tem monitorização. Então, está mal enquadrado esse leito... (Regulador Municipal 1)

Por vezes identifica-se que o conhecimento da oferta é apenas parcial. O regulador está ciente da disponibilidade da especialidade, mas falta clareza sobre o espectro da atuação. Um exemplo na área da nefrologia: existem unidades que oferecem hemodiálise, mas não diálise peritoneal. Outro exemplo, na área de Ortopedia: a maioria das unidades oferecem atendimento amplo, mas não cobrem o atendimento de patologias da coluna vertebral. Nesses exemplos, trata-se de uma característica da unidade de saúde que é mais duradoura. Em outros casos, a unidade oferece o atendimento, mas deixa de ofertar temporariamente, seja por desabastecimento de materiais, seja por avario de equipamento. Um exemplo é o da Urologia quando unidades não dispõem do cateter duplo J ou tem seus equipamentos em manutenção.

Conhecimento dos médicos reguladores sobre a rede, em permanente construção. (Regulador Municipal 3)

A despeito do cenário de conhecimento incompleto da rede, algumas deficiências na oferta são tão críticas que se sobressaem no cotidiano da RUE. Em algumas linhas de cuidado ou especialidades a dificuldade é muito grande, pois dois efeitos se superpõem: a insuficiência da oferta e a segmentação dessa oferta entre as esferas administrativas. As seguintes linhas de cuidado e especialidades foram destacadas: cuidados prolongados, oncologia e hematologia.

A provisão de cuidados prolongados é uma nova questão para os sistemas de saúde. A tendência mundial de aumento da expectativa de vida e envelhecimento da população nos apresenta um cenário em que a demanda por cuidados prolongados se descortina como um desafio, cuja tendência é de expansão para os próximos anos. (GEERTS et al, 2012). Embora a organização dentro dos sistemas de saúde de adequada provisão de cuidados prolongados já seja uma recomendação da Organização Mundial de Saúde (RECHEL et al, 2009), a escassez de unidades de saúde que atendam essa demanda é o cenário atual dentro do nosso sistema de saúde. Some-se a isso uma condição de elevada vulnerabilidade, em que a rede social não consegue assumir os cuidados e necessidades do paciente e a rede de saúde não oferece atendimento domiciliar adequado ou suficiente. O resultado é a ocupação de leitos de agudos e de alta complexidade com pacientes que necessitam cuidados prolongados e de baixa densidade tecnológica. A rede de urgências sofre particularmente os efeitos desse fenômeno. O reconhecimento dessa demanda pelas esferas governamentais se traduziu em regulamentação

dessa oferta pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) e adoção de medidas na esfera estadual e municipal para efetivar a provisão desse cuidado, principalmente com a criação das unidades/leitos regulamentados (RIO DE JANEIRO, 2015; RIO DE JANEIRO, 2017).

Acabou a pactuação com as Casas de Apoio. Aí os pacientes ficam morando no hospital. (Hospital Municipal 2)

Ainda que no atual estágio de organização da rede de serviços estejamos longe de lograr uma significativa tendência de reorientação da oferta de serviços, no que diz respeito a provisão de cuidados prolongados existem algumas perspectivas de modelar a oferta da rede. Tanto na esfera municipal quanto na estadual existem iniciativas incipientes de desenvolver respostas para os pacientes que requeiram cuidados prolongados e/ou paliativos, incluindo ou não necessidade de alguns recursos hospitalares, como oxigênio ou cuidados mínimos de enfermagem. São muito poucas as vagas com características de cuidados prolongados, muito insuficiente a cobertura de assistência domiciliar e praticamente inexistentes as unidades asilares públicas.

A ideia é que comecemos com os crônicos infantis para que a gente possa desafogar, porque a oferta de leito de terapia intensiva infantil é muito menor do que a de adulto, e aí pega uma época como essa de bronquiolite, a gente fica em desespero. (Gestor Estadual 2)

A linha de cuidado de oncologia é outro gargalo da rede de serviços. A situação geral da assistência oncológica no Brasil é de escassez e concentração de recursos, principalmente na atenção terciária (OLIVEIRA et al, 2011). A efetiva implementação da linha de cuidado da atenção oncológica ainda é uma realidade distante, perpetuando um cenário de atraso no diagnóstico de câncer (TRALDI et al, 2016). O cenário do estado do Rio de Janeiro não é diferente do nacional (SANTOS; MELO, 2011), mesmo sendo um dos polos de concentração (OLIVEIRA et al, 2011), contando com 8 Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) no estado do Rio de Janeiro, sendo 5 no município (BRITO; PORTELA; VASCONCELLOS, 2009). Importante ressaltar que essas unidades de referência são federais ou universitárias, principalmente. A rede de urgências frequentemente acolhe pacientes com diagnóstico oncológico, apresentando intercorrências relacionadas ao quadro oncológico, mas há muita dificuldade em contar com as unidades de saúde de referência para absorver esses pacientes. Outra dificuldade, que não se restringe ao cenário de urgência, são as dificuldades de acesso para realização do diagnóstico de câncer propriamente dito. Assim, nota-se que para além da tendência de escassez e concentração referidas, soma-se ainda o efeito da segmentação da rede ampliando as dificuldades de acesso.

São os dois “gargalos”: é o paciente hematológico e o paciente oncológico. (UPA M3)

Vou te dar um exemplo e aí é um problema que não é de regulação, é um problema do município. Um doente oncológico existe, a via para o doente oncológico, não existe. Internação de doente neurológico clínico, também não. A gente tem um impasse com alguns perfis de doente. (CER 3)

No caso da assistência hematológica, o cenário não é muito diferente. São 14 os serviços de Hematologia no município do Rio de Janeiro, sendo 1 serviço estadual, 4 serviços universitários, 4 serviços em hospitais federais e 1 em instituto federal, além de mais 4 em hospitais das forças armadas e polícia. Mais uma vez observa-se a concentração do atendimento na atenção terciária, que somada a segmentação da rede em municipal de um lado e estadual com federal de outro, culmina numa maior restrição do acesso à assistência hematológica. A partir da rede de urgências, esse cenário pode ser ainda mais crítico dada a gravidade dos quadros aliada a indefinição diagnóstica.

No Rio, na parte de Hematologia, você vai ver poucas unidades que tem Hemato, nenhuma delas é municipal. O principal hospital que é o HEMORIO é estadual, e tem alguns outros hospitais federais que são da gerência do Estado também. (Regulador Municipal 1)

8.2. Atenção Hospitalar

A retaguarda hospitalar surge nesse estudo como uma questão capital para o funcionamento da rede de urgências. Percebida como uma via interdita, diversos são os problemas relatados sobre a rede hospitalar. A escassez de leitos é destacada como problema maior, porém a indefinição ou restrição de perfil do hospital e dos leitos, o baixo desempenho e as dificuldades de gestão do hospital, principalmente no que diz respeito às restrições de recursos humanos e o sucateamento da estrutura, foram apontados como elementos relevantes.

Não tenho dúvida nenhuma, falta oferta. Oferta e falta leito qualificado para o que você precisa, a gente tem uma qualidade de leito que conceitualmente é antiga, o paciente hoje ele é crônico, ele precisa de cuidados especiais. (Gestor Municipal 3)

O maior problema é indubitavelmente a insuficiência numérica de leitos hospitalares para atender a demanda que se apresenta nas portas de entrada de emergência. Como pode ser observado na tabela 08, no período de 12 meses foram 24.564 solicitações de leitos de clínica geral inseridas no SISREG para apenas 3.239 leitos de clínica geral regulados pelo CRM RJ através da Plataforma SMS-Rio (estão incluídas as solicitações estaduais e federais, mas não os leitos regulados por essas esferas). Isso significa que apenas 13,2% das solicitações de leito de

Clínica Geral foram atendidas. A situação para Unidade de Terapia Intensiva não é muito diferente. Foram 8310 solicitações de leito de UTI inseridas no SISREG para apenas 936 leitos de UTI regulados pelo CRMRJ. Como esperado o cenário da Terapia Intensiva é ainda mais grave com apenas 11,3% das solicitações de leito de UTI atendidas.

Esses números expressam o cotidiano que todos os entrevistados em todas as esferas administrativas experimentam.

O que acontece é que apesar do doente estar regulado a maioria das vezes a gente não consegue a vaga para o paciente. Existe uma demanda de leito para UTI muito maior do que a oferta de leitos. (UPA E1)

Primeiro de tudo; nós temos escassez de leitos no Rio de Janeiro. Apesar dos 2.156 leitos que nós temos na nossa Rede. (Gestor Federal)

O que a gente sofre, de fato, é a dificuldade da saída dos pacientes, principalmente os adultos que ficam muitos dias. Quando eles não resolvem, ficam 10 dias, 15 dias... (UPA M3)

Eu acho que é isso, a ausência de leitos mesmo. As grandes emergências, a gente sabe que estão lotadas, então, a gente sabe que, de repente, o paciente que vai sair daqui pra uma avaliação da Ortopedia, da cirurgia ortopédica no MIGUEL COUTO, ele tem uma fratura cirúrgica sim, mas quando ele é acolhido, vai ficar lá no corredor dois, três, quatro, cinco dias, quem sabe, semanas. (UPA M1)

Em estudo nacional que avaliou a implementação das Unidades de Pronto Atendimento, a retaguarda hospitalar foi apontada como grande desafio para o funcionamento das UPA. A dificuldade de hospitalizar pacientes constituiu obstáculo frequente e que redundou em distorções no trabalho e cuidado desenvolvido nessas unidades (O'DWYER et al, 2017b).

A rede hospitalar instalada no município do Rio de Janeiro, considerando apenas os hospitais gerais das três esferas administrativas e os universitários, conta com 1.305 leitos de Clínica Geral, sendo 726 leitos municipais, 243 leitos federais, 190 leitos estaduais e 146 leitos universitários. Ainda há 685 leitos clínicos com perfis variados como: Dermatologia, Gastrenterologia, Hematologia, Nefrologia, Neurologia, Oncologia, Pneumologia, Pneumologia sanitária, Queimados e Saúde Mental. Não foram contabilizados os leitos de Psiquiatria e os institutos e hospitais especializados, como o Instituto Nacional do Câncer (INCA), o Instituto Nacional de Cardiologia (INC), Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad (INTO), Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro (IECAC), Instituto Estadual de Hematologia Arthur Siqueira Cavalcanti (HEMORIO), o Instituto Estadual do Cérebro Paulo Niemeyer (IEC) e o Hospital Mario Kroeff. Os leitos cirúrgicos são 2.214, divididos pelas especialidades cirúrgicas (tabela 09).

Tabela 08 – Leitos solicitados e regulados via SISREG e Plataforma SMS-Rio por tipo, por mês - Rio de Janeiro - setembro de 2016 a agosto de 2017

Período	Leitos	Adultos				Pediátrico				
		Clínica Geral	Outras Clínicas	UTI	UI	ENF	UTI Ped	UTI Neo	UI Ped	UI Neo
set/16	Solicitados	2.161	1.211	724	69	470	55	16	28	0
	Regulados	234	361	75	4	206	21	0	12	0
	% regulados	11%	30%	10%	6%	44%	38%	0%	43%	-
out/16	Solicitados	2.132	1.291	670	77	443	61	15	46	1
	Regulados	307	309	69	0	225	12	1	10	0
	% regulados	14%	24%	10%	0%	51%	20%	7%	22%	0%
nov/16	Solicitados	2.041	1.172	609	47	450	49	7	36	2
	Regulados	285	299	114	2	242	13	0	17	0
	% regulados	14%	26%	19%	4%	54%	27%	0%	47%	0%
dez/16	Solicitados	1.979	1.101	649	53	509	41	14	18	6
	Regulados	238	262	73	3	197	17	3	7	0
	% regulados	12%	24%	11%	6%	39%	41%	21%	39%	0%
jan/17	Solicitados	2.066	1.229	688	60	474	39	18	23	2
	Regulados	217	181	53	2	182	12	1	15	0
	% regulados	11%	15%	8%	3%	38%	31%	6%	65%	0%
fev/17	Solicitados	1.818	1.143	587	54	404	49	7	19	1
	Regulados	210	181	74	5	180	12	0	9	0
	% regulados	12%	16%	13%	9%	45%	24%	0%	47%	0%
mar/17	Solicitados	1.953	1.092	602	62	523	66	24	48	5
	Regulados	338	265	104	3	245	18	7	17	0
	% regulados	17%	24%	17%	5%	47%	27%	29%	35%	0%
abr/17	Solicitados	1.737	935	680	85	704	105	26	69	2
	Regulados	258	291	75	6	229	10	2	18	0
	% regulados	15%	31%	11%	7%	33%	10%	8%	26%	0%
mai/17	Solicitados	1.889	993	773	58	771	99	31	54	4
	Regulados	305	328	84	4	219	12	0	8	0
	% regulados	16%	33%	11%	7%	28%	12%	0%	15%	0%
jun/17	Solicitados	2.097	1.140	755	35	832	113	32	62	6
	Regulados	279	311	83	6	264	12	1	7	0
	% regulados	13%	27%	11%	17%	32%	11%	3%	11%	0%
jul/17	Solicitados	2.322	1.302	811	38	689	105	19	55	3
	Regulados	305	316	76	4	270	16	2	20	0
	% regulados	13%	24%	9%	11%	39%	15%	11%	36%	0%
ago/17	Solicitados	2.369	1.314	763	61	587	58	17	37	5
	Regulados	263	336	56	4	260	17	3	22	1
	% regulados	11%	26%	7%	7%	44%	29%	18%	59%	20%
Média % regulados		13,2%	24,7%	11,3%	6,2%	39,7%	20,5%	8,8%	32,7%	2,7%

Fonte: SISREG, Plataforma SMS-Rio

Tabela 09 - Leitos hospitalares por tipo, por hospital, por esfera administrativa - Rio de Janeiro - 2017

Hospitais	Clínicos						Cirúrgicos	Complementares					Total
	Clínica Geral	AIDS	Cardiologia	Crônicos	Geriatría	Outros		Tipo I	Tipo II	Tipo III	UI	Queimados	
Estadual													
HEA	63	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	63
HECC	59	-	-	-	-	-	41	7	10	-	25	-	142
HEER	0	-	-	-	120	-	0	-	-	-	8	-	128
HEGV	68	-	-	-	-	-	148	-	37	-	10	-	263
Total	190	0	0	0	120	0	189	7	47	0	43	0	596
Municipal													
HMGG	13	-	-	40	-	-	0	-	-	-	-	-	53
HMAS	120	-	-	-	-	-	102	-	70	-	-	-	292
HMAR	34	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	34
HMBR	15	-	-	-	-	-	49	-	-	-	-	-	64
HMP	40	6	-	-	-	4	0	-	10	-	-	-	60
HMEF	40	-	-	-	-	15	18	-	10	-	-	-	83
HMFST	36	-	-	-	-	1	16	-	-	-	-	-	53
HMLJ	13	-	-	-	-	-	90	13	-	-	9	-	125
HMMC	33	-	18	-	-	-	164	-	10	-	12	-	237
HMPW	40	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	40
HMPII	56	-	-	-	-	29	80	-	34	-	-	-	199
HMRPS	0	38	-	-	-	4	1	-	-	-	-	-	43
HMRF	48	-	-	-	-	-	30	-	16	-	-	-	94
HMRM	22	-	-	-	-	1	0	-	-	-	-	-	23
HMRG	124	-	-	-	-	15	20	-	18	-	10	-	187
HMSF	40	-	26	-	-	1	175	-	16	-	13	-	271
HMSA	52	1	10	-	-	-	216	-	21	-	-	6	306
Total	726	45	54	40	0	70	961	13	205	0	44	6	2.164
Federal													
HFI	22	-	-	-	-	-	93	10	-	-	6	-	131
HFCF	24	-	7	-	-	-	78	8	-	-	-	-	117
HFL	54	-	10	-	-	16	72	-	18	-	-	-	170
HFA	51	-	18	-	-	18	174	16	-	-	-	4	281
HFB	31	-	18	-	-	31	156	-	17	-	-	-	253
HFSE	61	30	21	-	-	17	197	12	14	-	-	-	352
Total	243	30	74	0	0	82	770	46	49	0	6	4	1.304
Universitário													
HU UERJ	68	-	21	-	-	24	104	-	-	29	-	-	246
HU UFRJ	61	-	12	-	-	55	96	-	-	31	4	-	259
HU Unirio	17	20	8	-	-	30	94	3	5	-	-	-	177
Total	146	20	41	0	0	109	294	3	5	60	4	0	682
Total Geral	1.305	95	169	40	120	261	2.214	69	306	60	97	10	4.746

Fonte: CNES

Nota: Leitos Clínicos Outros: Dermatologia, Gastroenterologia, Hematologia, Nefrologia, Neurologia, Oncologia, Pneumologia, Pneumologia sanitária, Queimados e Saúde Mental;

Legenda: HEA – Hospital Estadual Anchieta, HECC – Hospital Estadual Carlos Chagas, HEER – Hospital Estadual Eduardo Rabelo, HEGV – Hospital Estadual Getúlio Vargas, IESS – Instituto Estadual São Sebastião, HMGG – Hospital Municipal de Geriatria e Gerontologia, HMAS – Hospital Municipal Albert Schweitzer, HMP – Hospital Municipal da Piedade, HMEF – Hospital Municipal Evandro Freire, HMFST - Hospital Municipal Francisco da Silva Telles, HMLJ - Hospital Municipal Lourenço Jorge, HMMC – Hospital Municipal Miguel Couto, HMPW - Hospital Municipal Paulino Werneck, HMPII – Hospital Municipal Pedro II, HMRPS – Hospital Municipal Raphael de Paula Souza, HMRF – Hospital Municipal Rocha Faria, HMRM – Hospital Municipal Rocha Maria, HMRG – Hospital Municipal Ronaldo Gazolla, HMSF – Hospital Municipal Salgado Filho, HMSA – Hospital Municipal Souza Aguiar, HMAR – Hospital Municipal Alvaro Ramos, HMBB –

Hospital Municipal Barata Ribeiro, HFI – Hospital Federal de Ipanema, HFCC – Hospital Federal Cardoso Fontes, HFL – Hospital Federal da Lagoa, HFA – Hospital Federal do Andaraí, HFB – Hospital Federal de Bonsucesso, HFSE – Hospital Federal dos Servidores do Estado, HU UERJ – Hospital Universitário Pedro Ernesto, HU UFRJ – Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, HU Unirio – Hospital Universitário Gaffrée Guinle.

De acordo com os dados da tabela 09 temos disponível no município do Rio de Janeiro apenas 0,2 leitos públicos de clínica geral por mil habitantes, considerando a população, conforme o Censo de 2010, de 6.320.000 milhões habitantes. Sobre esse cálculo é importante ressaltar que esse valor não leva em consideração o segmento da população coberto por plano de saúde, que tende a utilizar leitos privados, podendo superestimar o tamanho da população efetivamente usuária incluída no cálculo. Entretanto, em situações de urgência, essa população frequentemente utiliza esses leitos. Por outro, também não foi considerada a questão de os leitos universitários e federais terem de servir a população de fora da capital, o que poderia reduzir ainda mais esse valor. Também não foram contabilizados os leitos dos institutos federais por terem proporção significativa de seus recursos (leitos e procedimentos) regulados ambulatorialmente.

O cenário nacional é igualmente de escassez, em 2014, a oferta geral de leitos era de 2,19 por 1.000 habitantes no geral e 1,56, no SUS, valores esses muito abaixo da média de 3,5 e 4 nos países da OCDE (NEGRI FILHO, 2016). Quando se fala em leito efetivo, aquele devidamente equipado com recursos técnico-materiais e profissionais, genericamente caracterizado como o leito que está vinculado ao porte hospitalar, ou seja, o leito em um estabelecimento de no mínimo 100 leitos, esse déficit se aprofunda. Assim, a oferta de leitos do país sai de 1,56 para 0,7 por 1.000 habitantes (NEGRI FILHO, 2016).

A situação dos leitos de terapia intensiva é ainda mais crítica no município do Rio de Janeiro, havendo 0,07 leitos públicos de UTI por mil habitantes (incluindo os 3 tipos). Segundo Negri Filho (2016), em 2014, havia 12.680 leitos de UTI Adulto disponíveis para o SUS, entre prestadores públicos, filantrópicos e privados. Considerando que a população brasileira em 2014 era de 202.768.562 milhões de habitantes segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)²¹, temos 0,06 leitos públicos de UTI por mil habitantes. Na literatura internacional encontramos parâmetros considerados razoáveis na casa dos 0,20 a 0,25 leitos de terapia intensiva por 1.000 habitantes (COELHO, 2016).

Em um estudo que buscou determinar para o Rio de Janeiro o número de leitos públicos de terapia intensiva necessários para atender a demanda existente, Goldwasser et al (2017),

21 <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=98&data=28/08/2014>>
<<http://www.brasil.gov.br/governo/2014/08/populacao-brasileira-ultrapassa-202-milhoes-de-pessoas>>

analisando apenas os leitos regulados pela CER-RJ, identificaram que para garantir a estabilidade do sistema e o tempo máximo de espera de 6 horas haveria a necessidade de dobrar a oferta existente, mantido o mesmo tempo médio de permanência.

Um exemplo específico desse cenário de escassez é no cuidado ao paciente com infarto agudo do miocárdio. Em diversas situações há a necessidade de realização da coronariografia por meio de cateterismo como tratamento primário ou de resgate nessa patologia. O acesso ao procedimento é restrito aos casos específicos e leva frequentemente vários dias para ocorrer. Soma-se a esse cenário, o fato de que os institutos e hospitais de alta complexidade que realizam o exame somente conseguem oferecer o procedimento, mas não o leito para absorver o paciente para os cuidados subsequentes. Com isso pacientes submetidos a coronariografia via cateterismo frequentemente retornam para as UPA e CER, chegando a receber alta médica da unidade pré-hospitalar. Esse fluxo amplia acesso ao possibilitar a realização do exame, importante para reduzir morbimortalidade do IAM, mas os cuidados pós-procedimento são possivelmente de qualidade inadequada por serem oferecidos nas UPA e CER, unidades que não são capacitadas ou qualificadas para tal e que não dispõem imediatamente de recursos para prestar assistência a possíveis complicações oriundas da realização do procedimento.

Tanto Laranjeiras, quanto o IECAC, eles alegam que não têm o leito para suportar essa demanda, eles conseguem fazer o procedimento, mas o pós-procedimento não. O que tá se chegando que a gente tem tido algumas conversas com a própria subsecretaria de regulação, é exatamente isso, esse paciente não deveria voltar. (UPA M4)

À princípio, é pra fazer o exame e retornar. Quando eles percebem que o paciente é um paciente complexo, o paciente vai precisar de alguma outra abordagem, ou teve alguma intercorrência, eles mesmos absorvem. (UPA M3)

(...) nós não temos um suporte, principalmente nesses casos de Cat, para receber um paciente pós-operatório, porque é um procedimento invasivo. Às vezes o cara coloca stent, o cara chega aqui com tempo de coagulação mais alargado, o paciente volta com sangramento, então nós não temos eventualmente todo o suporte necessário para fazer o pós-operatório desse paciente e até mesmo a proposta da UPA não é essa, é transferir o paciente para fazer o exame, hoje a gente está lançando mão do Cat como uma opção até mesmo pelo desespero até dos coordenadores. (UPA E5)

Estudo realizado em São Paulo mostrou que a organização da rede de serviços para o cuidado do IAM tem significativo impacto na morbimortalidade da doença (CALUZA et al, 2012). Desse modo, o panorama encontrado no Rio de Janeiro é incompatível com a o grave problema de saúde pública que o infarto agudo do miocárdio representa. Ainda que se possa considerar a oferta do procedimento em cenário pré-hospitalar uma ampliação acesso, a disponibilidade é pouco previsível e as condições de oferta pouco adequadas. O cuidado ao infarto agudo do miocárdio, tanto por sua prevalência, como por sua elevada morbimortalidade,

exige diversos níveis de integração do sistema de saúde, sendo que a falta de organização no atendimento leva morbimortalidade significativamente mais elevada (CALUZA et al, 2012).

Um panorama da retaguarda hospitalar da RUE no município do Rio de Janeiro é apresentado na tabela 10, que lista os estabelecimentos de saúde que mais cederam leitos de adultos ao CRMJRJ entre o período de setembro de 2016 e agosto de 2017. Não foram contabilizados os leitos pediátricos, de estabelecimentos psiquiátricos e de ginecologia e obstetrícia. Observamos que os cinco hospitais que mais cederam vagas para o CRMJRJ não fazem atendimento de emergência. Os hospitais municipais com serviços de emergência têm uma oferta de leitos que varia desde 2 leitos cedidos pelo HMRF até 225 leitos cedidos pelo HMEF. A esfera federal cedeu via CRMJRJ apenas 53 leitos em 1 ano, incluindo o Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia. Dentre os universitários, somente o HU da UNIRIO cedeu leitos, 12 no total. Merece destaque o caso atípico da CER Leblon que, apesar de ser uma unidade pré-hospitalar, dispõe de leitos cadastrados como de UTI no CNES, que são ofertados para o CRMJRJ.

Quanto ao perfil dos hospitais, o Brasil tem uma rede hospitalar envelhecida, em que predominam hospitais gerais, de pequeno a médio porte, que fazem o cuidado ao agudo, ao eletivo e ao crônico, indistintamente. Uma estimativa de 2014 aponta que cidadãos com diferentes necessidades disputam entre si os cerca de 1,56 leitos por 1000 habitantes ofertados pelo SUS (NEGRI FILHO, 2016).

Tabela 10 – Leitos adultos cedidos ao CRMRJ por estabelecimento de saúde - Rio de Janeiro/RJ - setembro de 2016 a agosto de 2017

Hospitais	Total
HM Ronaldo Gazolla	2539
HM Barata Ribeiro	480
HM da Piedade	464
HM Paulino Werneck	413
HM Alvaro Ramos	403
HM Evandro Freire	225
CER Leblon	140
HM Raphael de Paula Souza	188
HM Pedro II	160
HM Miguel Couto	141
HM Albert Schweitzer	139
H Geriatria e Gerontologia	109
HM Rocha Maia	78
HM Souza Aguiar	65
HM Salgado Filho	37
HM Lourenço Jorge	36
HF da Lagoa	14
Hospital Nossa Sra das Dores	13
HU Gaffree Guinle	12
HF do Andaraí	12
INTO	9
HF de Ipanema	8
HF dos Servidores do Estado	6
HF Cardoso Fontes	3
HM Rocha Faria	2
HF de Bonsucesso	1
Total	5697

Fonte: Plataforma SMS-Rio

Dentre os hospitais localizados no município situação semelhante pode ser observada. Frequentemente os hospitais oferecem atendimento de emergência, cirúrgico eletivo e ambulatorial simultaneamente, deparando-se continuamente com a necessidade de acomodar

uma missão de hospital de agudo com funcionamento e estrutura de hospital especializado. Nessa situação, o mesmo leito era demandado pela porta da emergência lotada e pela longa fila de espera para internações eletivas, principalmente para procedimentos cirúrgicos.

(...) realmente, a porta de entrada maior do hospital era o Ambulatório, e era uma porta de entrada grande! Doze mil consultas/mês é uma coisa... (Hospital Federal)

Na esfera municipal, a criação das CER em 2012 significou uma movimentação para abordar essa questão nas grandes emergências hospitalares municipais. Essas unidades passaram a fazer o atendimento clínico das grandes emergências municipais. Com isso, o atendimento ao trauma passou a ser predominantemente regulado para essas emergências.

O conceito era novo quando foi criado e o que se queria era na verdade que se pudesse ter um fluxo ordenado diferenciado de uma emergência clínica e uma emergência cirúrgica. (Gestor Municipal 3)

A criação dessas unidades propiciou ampliação de recursos humanos e materiais para o atendimento às emergências clínicas junto a esses hospitais, ao dispor de instalação física e equipe de saúde próprias.

Nesses últimos dez anos, as portas de acesso foram abertas, elas aumentaram muito, a gente tem dados de produção dos nossos hospitais municipais antes do início das UPA e depois do início de UPAS/CER. Pra você ver, as portas de entrada hospitalares de emergência, elas reduziram o número de atendimentos, enquanto as UPAS e CER, nelas, foram expandidos, mas a soma do atendimento atual de UPAS, CER e de unidades hospitalares, ela é muito maior do que o número inicial de atendimentos que eram feitos só nas emergências, o que mostra que a gente ampliou o acesso. (Gestor Municipal 2)

Outro aspecto que merece ser salientado se refere ao perfil assistencial e o nível de densidade tecnológica encontrado na rede hospitalar disponível para RUE. Na tabela 11 é apresentada uma seleção de 10 recursos de diagnose e terapia disponíveis em todos os hospitais gerais e alguns hospitais especializados da rede hospitalar pública situada no município do Rio Janeiro. Essas informações são apresentadas em conjunto com o número de leitos de clínica geral, cirurgia e UTI, além da presença ou não de serviço de urgência. Como todos os hospitais listados contam com aparelhos para realização de radiografias simples e eletrocardiograma, esses recursos não foram incluídos na seleção.

Tabela 11 - Leitos e serviços de diagnose e terapia selecionados por hospital - Rio de Janeiro/RJ - dezembro de 2017

Hospitais	Leitos Clínica Geral	Leitos Cirúrgi cos	Leitos UTI	Serv. Urgên cia	TC	RM	US	Doppler	ECO	HD	EDA	CAT	Bronco	Uro
Estadual														
HEA	63	0	0	-	-	-	S	-	-	-	-	-	-	-
HECC	59	41	17	S	S	-	S	-	S	S	S	-	S	-
HEER	0	0	0	-	-	-	S	S	-	-	-	-	-	-
HEGV	68	148	37	S	S	-	S	S	S	S	S	-	-	S
Municipal														
HGG	13	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HMAS	120	102	70	S	S	-	-	-	S	-	S	-	-	-
HMAR	34	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HMBR	15	49	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
HMP	40	0	10	-	-	-	S	-	-	S	S	-	S	S
HMEF	40	18	10	-	S	-	S	S	-	S*	S	-	S	-
HMFST	36	16	0	S	-	-	S	S	S	S*	S	-	-	-
HMLJ	13	90	13	S	S	-	S	S	S	-	S	-	-	-
HMMC	33	164	10	S	S	-	S	S	S	S*	S	-	-	-
HMPW	40	0	0	-	-	-	S	S	-	-	-	-	-	-
HMPII	56	80	34	S	S	-	S	S	S	S	S	-	S	-
HMRPS	0	1	0	-	-	-	S	S	-	-	S	-	S	-
HMRF	48	30	16	S	S	-	S	S	S	-	S	-	-	-
HMRM	22	0	0	S	-	-	S	-	S	-	-	-	-	-
HMRG	124	20	18	-	-	-	S	S	S	S	S	-	S	-
HMSF	40	175	16	S	S	-	S	S	S	S	S	-	-	-
HMSA	52	216	21	S	S	-	S	S	-	S	S	-	S	S
Federal														
HFI	22	93	10	-	S	-	S	S	S	S*	S	-	S	S
HFCF	24	78	8	S	S	-	S	S	S	S	S	-	S	S
HFL	54	72	18	-	S	-	S	S	S	S	S	S	S	S
HFA	51	174	16	S	S	-	S	S	S	-	S	-	S	S
HFB	31	156	17	S	S	-	S	S	S	S	S	S	S	S
HFSE	61	197	26	-	S	-	S	S	S	S	S	S	S	S
Universitário														
HU UERJ	68	104	29	-	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
HU UFRJ	61	96	31	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
HU Unirio	17	94	8	-	S	-	S	S	S	S	S	-	S	S

Fonte: CNES

Nota: S - indica a presença do recurso. O asterisco indica os serviços de hemodiálise terceirizados.

Legenda: TC - Tomografia computadorizada, RM - Ressonância magnética, US - Ultrassonografia, *Doppler* - Ultrassonografia com *doppler*, ECO - ecocardiógrafo, HD - hemodiálise, EDA - endoscópio digestivo, CAT - coronariografia, Bronco - endoscópio de vias aéreas, Uro - endoscópio de vias urinárias.

Cotejando os dados das tabelas 10 e 11 observa-se que dentre os cinco hospitais que mais cederam leitos para o CRM RJ, apenas dois hospitais apresentam perfil de média e alta complexidade. São eles o HM da Piedade e o HM Ronaldo Gazolla, que dispõem de conjunto amplo de serviços de diagnose e terapia, mas ambos não contam com tomógrafo no próprio hospital. Os outros três hospitais apresentam baixíssima densidade tecnológica. O HM Álvaro Ramos e o HM Barata Ribeiro não dispõem de qualquer um dos recursos listados na tabela 11 e o HM Paulino Werneck dispõe apenas de ultrassonografia com *doppler*. Outros hospitais encontram-se em situação semelhante, na esfera estadual, o HE Anchieta e o HE Eduardo

Rabelo dispõem de no máximo ultrassonografia com *doppler*, e na esfera municipal, o HM Rocha Maia dispõe de ultrassonografia e ecocardiógrafo.

Nesse cenário de baixa densidade tecnológica o leito hospitalar disponibilizado é muito limitado para acomodar diferentes tipos de agravo e diferentes níveis de gravidade.

Então, vinha sempre aquela fala de que “existem muitos leitos vagos”, mas, assim, se fosse olhar mesmo aquele leito, aquele leito “vago” ele era muito restrito, a gente podia internar só um determinado paciente ali. (Hospital Federal)

Na esfera municipal, a maioria dos hospitais com perfil de média e alta complexidade têm serviços de emergência e acabam ocupando sua oferta de leitos de forma substantiva com a demanda oriunda da emergência.

(...) o que a gente precisa é de um leito de média complexidade, isso é o que falta, porque a maior parte dos hospitais que os tem são de emergência aberta. (Gestor Municipal 3)

O mesmo acontece com os dois hospitais estaduais, HE Carlos Chagas e HE Getúlio Vargas, que têm portas de emergências hospitalar.

Apenas 5-10% dos nossos leitos são ocupados por pacientes externos, oriundos da regulação da CER. (Hospital Estadual)

Embora a demanda seja por leitos que acomodem uma ampla gama de agravos, não é incomum que haja problemas com leitos que somente aceitam um perfil de agravos que limita sua capacidade de atender a rede. Por vezes, trata-se de situação em que o perfil é definido pelo chefe do serviço de forma unilateral, não havendo negociação com a rede de serviços, principalmente da parte de hospitais federais e universitários.

O problema não é o perfil Clínico e Cirúrgico, o problema é o perfil que o chefe – que seja o chefe de serviço – escolhe. Que assim, “na minha enfermaria de Vascular não pode internar Úlcera”. (Gestor Municipal 1)

Uma outra situação problemática é a dissonância entre o perfil do hospital e a oferta de atendimento de urgência. O resultado, em geral, é a superlotação do serviço de emergência.

Nosso hospital tem perfil cirúrgico, nossos leitos de clínica médica e CTI são voltados para a cirurgia. Apenas os leitos de coronária estão mais voltados para a rede. (Hospital Municipal 1)

Em um estudo sobre a conformação do perfil assistencial dos hospitais federais no Rio de Janeiro, Binsfeld et al (2017) observaram que processo de definição do perfil assistencial é muito pouco racional e sistêmico e que o padrão de mudança intencional nesses hospitais decorre principalmente da necessidade de resolver problemas e não de um processo planejado para interferir no processo de evolução da organização. Cada unidade incorpora tecnologia e busca atender as demandas da população isoladamente e sem planejamento, justificando-se numa desorganização do sistema que impossibilitaria a condução da conformação do perfil

assistencial de forma mais integrada. Os discursos de resistência à mudança percebidos nesses hospitais demonstram que a dimensão do poder no interior das instituições hospitalares precisa ser considerada na constituição de estratégias de conformação do perfil assistencial nas organizações hospitalares (BINSFELD et al, 2017).

O hospital federal tem que vir pra conversa. Mas pra ele vir pra conversa, essas pessoas que estão lá dentro, elas precisam entender o papel delas de rede. Aquele médico que não sabe qual é o seu papel e o do SUS. Muitos deles, se você for perguntar, ele vai dizer assim: a pior desgraça que aconteceu foi o SISREG. Porque eles acham que eles não têm que receber da rede como um todo. (Gestor Municipal 2)

O papel deles é um papel de hospital especializado. Se os hospitais federais funcionassem dentro da lógica da regulação, dando os seus leitos, fazendo a gestão interna da clínica, a gente não teria o que a gente chama de escassez de leito. (Gestor Municipal 2)

Outro estudo também corrobora a existência de dificuldades para a inserção dos hospitais na RUE, evidenciando que esse processo requer a definição de pactos e fluxos assistenciais, adequado funcionamento de outros serviços de saúde na rede, com destaque para a APS, regulação do acesso, envolvimento dos gestores e profissionais dos hospitais (SOARES et al, 2015).

No que diz respeito ao desempenho dos hospitais, verifica-se uma dinâmica bastante heterogênea com muita variação de tempos médios de permanência e taxa de ocupação. Nas tabelas 12 e 13 são apresentados os números de leitos e internações totais e leitos clínicos e internações por procedimentos clínicos, respectivamente. Em cada tabela são apresentados ainda o tempo médio de permanência e a taxa de ocupação. Esse último indicador foi calculado a partir dos dados nas 3 primeiras colunas de cada tabela considerado o período de tempo sinalizado, conforme descrito na metodologia.

Tabela 12 - Número total de leitos e internações, tempo médio de permanência e taxa de ocupação por tipo de hospital, por esfera administrativa - Rio de Janeiro/RJ - setembro de 2016 a agosto de 2017

Hospitais	Leitos	Internações	TMP	Tx Ocupação
GERAIS				
Estadual				
HEA	63	129	16,5	9%
HECC	142	3006	8,3	48%
HEER	128	200	39,3	17%
HEGV	263	9994	8,0	83%
Municipal				
HGG	53	187	38,9	38%
HMAS	292	14083	7,0	92%
HMAR	34	551	26,8	119%
HMBR	64	2015	7,4	63%
HMP	60	5001	6,5	147%
HMEF	83	3683	6,1	74%
HMFST	53	2325	6,4	76%
HMLJ	125	11717	6,8	173%
HMMC	237	10241	9,5	112%
HMPW	40	409	17,6	49%
HMPII	199	12822	7,2	127%
HMRPS	43	350	22,4	50%
HMRF	94	8996	6,5	169%
HMRM	23	505	10,7	64%
HMRG	187	11273	6,4	105%
HMSF	271	9686	10,6	103%
HMSA	306	8715	13,6	106%
Federal				
HFI	131	5149	5,7	61%
HFCF	117	3897	10,2	93%
HFL	170	6683	6,4	69%
HFA	281	5173	11,9	60%
HFB	253	7841	10,1	86%
HFSE	352	7312	7,6	43%
Universitário				
HU UERJ	246	5705	9,1	58%
HU UFRJ	259	6750	9,2	65%
HU Unirio	177	4656	5,9	43%
ESPECIALIZADOS				
HMK	65	2111	4,7	42%
INC	150	2425	11,5	51%
INCA I	202	5762	8,5	66%
INCA III	108	4459	5,9	67%
INCA II	83	2264	6,3	47%
INTO	331	10235	6,8	57%
IECAC	89	1486	12,7	58%
HEMORIO	83	2486	7,9	64%
IEC	49	37	2,6	1%

Fonte: DATASUS

Legenda: HMK – Hospital Mario Kroeff (gestão municipal), INC – Instituto Nacional de Cardiologia, INCA – Instituto Nacional do Câncer, INTO – Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia, IECAC – Instituto Estadual de Cardiologia Aloysio de Castro, HEMORIO – Instituto Estadual de Hematologia Arthur Siqueira de Cavalcanti e IEC – Instituto do Cérebro Paulo Niemeyer.

Considerando-se que padrão desejável de taxa de ocupação é de 75 a 85% (COELHO, 2016; NEGRI FILHO, 2016), observa-se na tabela 12 que poucos hospitais apresentam esse padrão. A maioria dos hospitais que têm serviços de emergência apresentam taxas de ocupação acima do limite superior do padrão desejável: HMAS 92%, HMLJ 173%, HMMC 112%, HMPII 127%, HMRF 169%, HMSF 103%, HMSA 106%, HFCE 93% e HFB 86%. Taxas de ocupação maiores que 85% são compreendidas como risco ao paciente e em hospital de agudos uma taxa superior a 90% expressa crises periódicas de leitos hospitalares (NEGRI FILHO, 2016). Por outro lado, a maioria dos hospitais que não tem serviço de emergência apresentam taxa de ocupação inferior a 75%, o que sugere ociosidade de leito e recursos. Nessa situação destacam-se os hospitais da rede federal que não tem emergência, os hospitais universitários e os institutos especializados das três esferas.

Os tempos de permanências são elevados e esse problema é conhecido. Considerando todos os hospitais incluídos na tabela 12 o tempo médio de permanência é de 8 dias, compatível com a média da OCDE em 2015 (OECD, 2017). No entanto, quando separamos as internações por procedimentos clínicos (tabela 13) essa média aumenta em 4 dias, passando a ser de 12,6 dias. Calculando a média de permanência das internações por procedimentos clínicos por esfera administrativa encontramos 9,5 dias para os hospitais municipais, 7,75 dias para os estaduais, 15,4 dias para os federais e 12,5 dias para os universitários. Considerando apenas os hospitais que tem serviço de emergência (7 municipais, 2 estaduais e 3 federais) essa média cai para 10,5 dias.

O tempo de permanência dos pacientes clínicos é muito grande, nós ainda precisamos trabalhar muito isso. Isso é um trabalho, mas isso não é uma coisa nova. Isso não é uma coisa de hoje, isso é uma coisa muito antiga. (Gestor Federal)

A análise de que o desempenho hospitalar da rede era problemático e que representava um elemento a mais para acentuar a escassez de leitos foi expressada por alguns coordenadores de UPA, que também atuavam ou haviam atuado na rede hospitalar.

Eu acho que a grande dificuldade da regulação é que ela não tem a vaga disponível para esse paciente ir para o hospital. A impressão que eu tenho é que os pacientes que estão nesse hospital não rodam, não têm uma alta rotatividade, não têm uma efetividade do diagnóstico. (UPA M6)

A questão é a seguinte, se os diretores da rede terciária não botarem o hospital para rodar, o fluxo interno do hospital, você chega na rede terciária, em qualquer hospital que você chegar, vai estar lá a sala verde, a sala amarela com três mil pacientes atochados, nos andares, pacientes que estão acima do tempo de permanência, podendo ter tido alta, mas porque não solicitaram exame, não solicitaram não sei o que, então estrangula a porta de entrada. A regulação, apesar de ter os seus problemas pontuais, ela não tem como escoar. A gente não consegue nem tirar mandado judicial. (UPA M8)

Essas médias de permanência elevadas encontram explicação em várias limitações de funcionamento dos hospitais. Muitas têm relação com a dinâmica interna do cuidado.

Funcionamento reduzido no período noturno e no final de semana, tanto em termos de equipes quanto de disponibilidade de exames complementares.

Eu fiz um estudo uma vez que a gente visitou [um hospital federal], acho que logo no começo do ano passado, e que a gente poderia duplicar a capacidade cirúrgica do hospital federal [Bonsucesso] se não fosse dessa maneira ou se ele funcionasse sábado e domingo. Porque você pode ver, você vai chegar lá sábado ou domingo tá vazio, paciente interna domingo de noite ou segunda de manhã, opera, sexta de tarde tá indo embora. (Gestor Municipal 2)

Só que ninguém entende o que acontece dentro do hospital, se não começar a entender o que acontece no hospital, não vai. A gente que tá lá há 20 anos, vê bem que alguns leitos não rodam, não tem médico para passar visita do final de semana, ninguém sai no final de semana, chega segunda-feira tá tudo entulhado lá. (UPA M8)

O que a gente escuta é que o hospital à noite não funciona. Não se quer receber paciente na emergência porque tem pouco técnico dentro do andar, então, o fluxo de paciente diminui a movimentação interna. É isso que é a justificativa. (Regulador Municipal 2)

Tabela 13 - Número total de leitos clínicos e internações por procedimentos clínicos, tempo médio de permanência e taxa de ocupação, por esfera administrativa - Rio de Janeiro/RJ - setembro de 2016 a agosto de 2017

Hospitais	Leitos	Internações	TMP	Tx Ocupação
Estadual				
HEA	63	129	16,5	9%
HECC	59	2178	9,5	96%
HEER	120	200	39,3	18%
HEGV	68	5681	8,6	197%
Municipal				
HGG	53	185	38,9	37%
HMAS	120	5233	9,3	111%
HMAR	34	551	26,8	119%
HMBR	15	179	16,0	52%
HMP	50	1277	14,5	101%
HMEF	55	2213	7,2	79%
HMFST	37	757	15,2	85%
HMLJ	13	3074	9,5	612%
HMMC	51	2777	12,9	192%
HMPW	40	409	17,6	49%
HMPII	85	4481	9,8	141%
HMRPS	42	199	34,4	45%
HMRF	48	3079	10,1	177%
HMRM	23	505	10,7	64%
HMRG	124	3746	13,1	108%
HMSF	67	4216	11,8	203%
HMSA	63	3808	13,1	216%
Federal				
HFI	22	1130	9,0	126%
HFCF	31	1585	15,5	217%
HFL	80	1731	13,4	79%
HFA	87	1999	13,2	83%
HFB	80	2295	16,1	127%
HFSE	129	2794	12,8	76%
Universitário				
HU UERJ	113	2410	12,5	73%
HU UFRJ	128	2549	14,7	80%
HU Unirio	75	1050	12,7	49%

Fonte: DATASUS

A disponibilidade de exames complementares pode ser realmente um aspecto crítico da eficiência da atenção hospitalar. Um estudo que buscou analisar os motivos de atraso na alta

hospitalar de pacientes internados em enfermarias de clínica médica de hospitais de ensino, identificou como uma das principais causas para esses atrasos a espera para realização ou liberação de laudos de exames complementares (SILVA SA et al, 2014). Esse estudo também destacou a morosidade do processo de trabalho médico, que no caso dos hospitais de ensino se manifesta como demora na discussão do caso clínico e na tomada de decisão clínica, além de dificuldades nas interconsultas (SILVA SA et al, 2014). Contudo, um cenário ainda comum nos hospitais é o de ausência de equipes horizontais (atendimento rotinizado), podendo haver atendimento prestado por equipes de pouca qualificação ou experiência e em regime de plantão, por vezes, até mesmo para pacientes internados.

Tem que ser mais efetivo, eficaz, eficiente, não é. Fica lá rodando. E esses hospitais pelo que eu vejo não têm um médico de rotina, tem um médico plantonista, então cada dia é um médico que fica rodando e vendo esses pacientes e ai não abraça o caso como tem que abraçar, então ficam esses pacientes jogados e não saem e a regulação com certeza vai ter essa dificuldade. (UPA M6)

Não tem o rotina para passar a visita, quem passa a visita é o plantonista, fica a cargo do plantonista e quando ele chega, ele primeiro não se sente seguro porque está vendo o paciente ali durante alguns minutos só, ele está vendo hemograma de hoje, ele olha a evolução de ontem, aquele médico de ontem não tinha muita vocação para passar visita e pede outro exame e deixa o paciente internado, aquele médico que está ali, no dia de hoje, ele chega, vai falar com família, que muitas vezes não quer a alta, então ele vê que ele indicar a alta e encaminhar para a clínica da família vai ser um problema, um transtorno do trabalho dele, é muito mais fácil deixar para o próximo médico e mantém o paciente internado. (UPA E4)

Esses problemas influem tanto no tempo que o paciente permanece no hospital quanto na efetividade do diagnóstico alcançado.

Ao cenário delineado anteriormente ainda se somam dificuldades estruturais internas: como a insuficiência de pessoal e estrutura sucateada. Não são incomuns as circunstâncias em que leitos ficam bloqueados seja porque faltam profissionais de saúde, principalmente o médico, seja porque há algum impedimento estrutural ou organizacional: cama hospitalar avariada, falta de limpeza, necessidade de algum conserto estrutural (hidráulico, elétrico).

Por que os nossos pacientes não têm acesso direto aos leitos? Por vários problemas estruturais, por problemas de fluxo interno da unidade, cansaço dos nossos profissionais, as nossas rotinas não são bem definidas nesse momento. (Gestor Federal)

Ninguém tinha que prestar contas a ninguém. E isso dificulta muito o processo. É a questão da limpeza, é a questão do conserto, enfim... E isso, até na ocupação do leito, impactava na internação do doente. Era uma bandeirinha que a gente vivia levantando sobre isso, de responsabilizar cada setor pela sua atividade e com justificativa. (Hospital Federal)

Hoje eu percebo que isso é muito bom, mas o nosso tempo de permanência não é absurdo, mas assim, tem morosidade? Tem. Porque quebra aparelho, aí tem que fazer fora. Você pede para fazer uma biópsia, que leva muito tempo para ficar pronta. (Hospital Universitário)

Na esfera municipal já se manifesta a percepção de que diante de um cenário crônico de escassez e constrições financeiras prolongadas, o aprimoramento dos processos de trabalho é fundamental para que se amplie o acesso aos recursos existentes. Nesse sentido, a redução dos tempos médios de permanência se apresenta como uma das metas a serem implementadas.

Então, a gente está trabalhando nesse sentido, de aprimorar, de reduzir nosso tempo médio de permanência, diminuir taxa de infecção... E a gente está fazendo um questionamento de taxa de suspensão de cirurgia, tem que diminuir a taxa de suspensão, de permanência, risco cirúrgico, pré-operatório, reduzir o tempo de pré-operatório... Cada 06/12 horas que você reduz aquilo, você está reduzindo e ampliando a rede. Então, a nossa ampliação de rede está muito focada em trabalhar nesse sentido. (Gestor Municipal 2)

O surgimento do NIR e a expansão da cultura de regulação foi, pouco a pouco, confrontando a cultura autocentrada do hospital em relação à rede. Também contribuiu para que os hospitais passassem a ter que reconhecer seus problemas de desempenho e eficiência. A progressiva institucionalização da rede e crescimento da cultura de regulação impôs aos hospitais e suas equipes começar a se perceber com uma peça dentro da rede, como compartilhando responsabilidades no todo.

[Houve uma] quebra da cultura. Melhorou muito, muito mesmo, eu chegava a ser desrespeitada, porque falavam assim “quem é você para fazer isso?”. Hoje não, existe esse respeito, as pessoas te procuram, sabem o nome, muitas vezes não sabem onde é o setor, mas sabem que existe. (Hospital Universitário)

Uma cultura de que os chefes dos serviços são donos do leito e que as especialidades são feudos representa ainda grande foco de resistência para que a gestão do hospital leve em conta o seu papel na rede como elemento relevante para seu funcionamento interno,

Conseguia se relacionar muito melhor com os serviços do que naquela clínica em que o coordenador, na verdade... Existiam coordenadores que não acreditavam, não se interessava, enfim, existia inúmeras razões, mas quando o coordenador era participativo, aquela clínica, com certeza, a gente conseguia uma Regulação muito mais efetiva. (Hospital Federal)

A cultura de que aquela clínica pertence aquele gestor ou recebe o nome daquele gestor, isso, pra mim, é o principal motivo de resistência e dificuldade. (Hospital Federal)

Os professores tomarem ciência de que os leitos são para todos. A cultura de que o leito tem dono melhorou muito. Hoje até o dono do leito liga para perguntar se ele pode tomar aquela atitude ou não. (Hospital Universitário)

Apesar de estarem previstos há muitos anos os NIR ainda têm pouco autonomia perante as unidades internas do hospital.

Ainda é de responsabilidade do gestor a ocupação do leito, nós temos os Núcleos Internos de Regulação pra isso, mas, infelizmente, os nossos núcleos de regulação não têm a autonomia ainda de colocar o paciente que entra pela porta para o leito, por isso que nossas emergências têm tanta dificuldade de fluxo (Gestor Federal)

Falta apoio e respaldo institucional nos embates com os serviços. O apoio da direção da unidade é fundamental para que o NIR de fato tenha poder dentro do hospital perante os serviços.

Na verdade, pro processo dar certo, pra Regulação realmente acontecer, uma Regulação tem que ser um setor independente. Independente no sentido, assim; lógico que tem que ter a participação do gestor maior, enfim, da Direção – principalmente da Direção Médica – mas ela não pode ter atores paralelos agindo dentro da Regulação. (Hospital Federal)

A amplitude da atuação do NIR dentro da unidade e no atendimento de demandas externas depende de como a unidade se percebe na rede, de como os gestores mais poderosos entendem a regulação e o papel do hospital.

A Regulação, ela tem muito a ver, às vezes, com o sujeito, com o gestor daquela clínica, né, se acredita ou não na Regulação. (Hospital Federal)

Muitas vezes mesmo com o respaldo da direção da unidade, o NIR persiste necessitando de autorização dos serviços do hospital para ocupar o leito hospitalar.

A gente consegue ver o censo, o que tem disponível e o que não tem disponível, daí a ele não estar realmente disponível – vai descer do centro cirúrgico, tá vindo um de cada para internar, tem um paciente no ambulatório passando mal – aí só realmente manual, tenho que ligar para o chefe daquela enfermaria e falar “olha, eu tenho um paciente assim assim e assim, você pode dar uma olhada? Porque eu to vendo que você tem um leito disponível.”. (Hospital Universitário)

No processo de construção e estruturação do SUS, a atenção hospitalar foi continuamente negligenciada. O elevado custo de investimento que a instituição hospitalar exige aliado ao processo de expansão da atenção ambulatorial apoiado no discurso excessivamente crítico ao modelo hospitalocêntrico culminou num cenário problemático em que o parque hospitalar brasileiro é predominantemente de pequeno porte e baixa resolutividade (COELHO, 2016).

Estudos de amplitude nacional sobre a implementação da atenção pré-hospitalar no Brasil que analisaram o SAMU e as UPA apontaram, em ambos os casos, graves problemas de a retaguarda hospitalar que impactaram de forma significativa a missão e o desempenho desses componentes da atenção pré-hospitalar (O'DWYER et al, 2017a; O'DWYER et al, 2017b).

No caso do Rio de Janeiro, como mencionado, encontramos uma rede hospitalar antiga, fragmentada e com problemas graves de gestão das unidades. Apesar das tecnologias gerenciais incorporadas, sobretudo no que tange à regulação assistencial, poucas foram as adaptações que a rede hospitalar implementou diante da ampliação do acesso viabilizada pela estruturação da RUE.

A gente tem novas tecnologias... Só que a rede hospitalar não cresceu na mesma velocidade! (...) a regulação avançou muito. Ela é muito estruturada, ela é fisicamente estruturada, ela tem protocolos, mas a gente encontra um problema que são os leitos hospitalares pra essa regulação. (Gestor Municipal 2)

Podem ser mencionadas como mudanças sofridas pela rede hospitalar no município do Rio de Janeiro, a criação do Hospital Evandro Freire, inaugurado em março de 2013, à época com 120 leitos. Foram ampliados leitos de UTI tipo II, sendo aberto 33 leitos com a criação da CER Leblon, em agosto de 2012, e 38 novos leitos no HM Albert Schweitzer, em agosto de 2015, passando de 30 para 68. Apesar dessas medidas o panorama de escassez ainda predomina.

No cenário do Rio de Janeiro, o hospital público persiste sendo um locus de adensamento tecnológico, cuja importância não declinou com a evolução tecnológica, pois a desospitalização possível da atenção à saúde ainda é muito frágil no município. O acesso ambulatorial a serviços de diagnose e terapia, especialistas e medicamentos é insuficiente e incompatível com a tendência de progressiva redução de leitos observada no Brasil (NEGRI FILHO, 2016).

Outros elementos tornam ainda mais aguda a insuficiência da rede hospitalar e da rede de atenção como um todo. O envelhecimento da população constitui um grande desafio para os sistemas de saúde, que se acentua num cenário de grande vulnerabilidade social, como encontramos em nosso país tão desigual do ponto de vista socioeconômico.

(...) qualidade de saúde porque ela não perpassa só por assistência médica, ela perpassa por várias outras coisas: trabalho, emprego, oportunidade de conseguir se alimentar melhor, consciência de mudança de estilo de vida, que podem mudar a qualidade de saúde de um indivíduo. (Gestor Municipal 3)

A escassez é ainda mais acentuada quando observamos a superposição de serviços e a segmentação da rede de serviços. Essa superposição tem origem antiga na primeira metade do século XX, quando já existia uma rede pública na figura dos hospitais municipais (do distrito federal na época) e dos Institutos de Assistência Previdenciária que também proviam assistência médica e que foram incorporados ao INAMPS, esfera federal, posteriormente.

Por causa da estória do Rio de Janeiro, por causa da estória dos IAPETECs, a gente tinha duas redes de hospitais de urgência e emergência. (Gestor Municipal 2)

Em termos de perfil da rede hospitalar, a municipalização dos hospitais de emergência da Zona Oeste, HM Pedro II em 2010 e HM Albert Schweitzer e HM Rocha Faria em 2016, colocou grande parte dos serviços hospitalares de emergência sob gestão e autoridade municipal, sinalizando uma maior organização da rede, em que pese a crise fiscal da esfera estadual.

Então, assim, no começo do ano passado, a gente já caminhou pra organização quando houve a municipalização do ROCHA FARIA e do ALBERT, o que foi correto. Do ponto de vista de organização de rede dentro da hierarquia do SUS, foi uma decisão correta, porque são hospitais de urgência e emergência. É a missão dos municípios cuidar da urgência e emergência e cuidar da atenção primária. (Gestor Municipal 2)

Embora a gestão estadual nos últimos 10 anos tenha investido inicialmente na expansão da rede de urgências, com as UPA, também houve investimentos em ampliação da oferta de média e alta complexidade especializada. Foram criados o Instituto do Cérebro, o Hospital Estadual da Criança e o Hospital de Ortopedia. Além disso, foi criada a Fundação Saúde, para gerir recursos humanos em saúde, que permitiu aumentar a provisão de profissionais de saúde em institutos especializados como IEDE e IECAC.

E o Estado, caminhou pro seu papel: Hospital Estadual da Criança, Hospital de Ortopedia, Instituto Estadual do Cérebro, colocou as Fundações no IEDE, no IECAC, que são missões do Estado. Então, assim... Caminha pra organização. Mas é um processo longo, é um processo histórico, não é feito sem sofrimento, entendeu? Mas se a gente olhar historicamente nos últimos dez anos, no meu entendimento, ele está correto. (Gestor Municipal 2)

O parque hospitalar do município do Rio de Janeiro, considerados os 30 hospitais, entre gerais e especializados, apresentados na tabela 09, é constituído predominantemente por hospitais de grande e médio porte. São 14 hospitais de grande porte (mais de 150 leitos), sendo que 6 dispõem de emergências hospitalares, e 12 hospitais de médio porte (entre 50 e 150 leitos), com 5 deles com emergências hospitalares. O maior porte dos hospitais da rede é uma característica positiva principalmente quando se observa que são estes hospitais que oferecem a maior parte da média e alta complexidade no SUS. No entanto, esse aspecto favorável é ofuscado pelo significativo número desses hospitais que tem serviços de emergência. Esses hospitais enfrentam cotidianamente o desafio de equilibrar a demanda oriunda da porta de emergência e a demanda da rede, via CRMRJ, como se fossem dois hospitais num só.

Hospitais que tem neurocirurgia, vascular, ortopedia... Na porta de entrada dele! (...) A regulação espera que esses leitos sejam recursos oferecidos para toda a rede, mas, lá embaixo, na porta de entrada dele, está com paciente precisando de leito. E aí, qual é o melhor modelo pra gestão interna do hospital, olhando para o hospital como um ente individual? (Gestor Municipal 2)

o que a gente precisa é de um leito de média complexidade, isso é o que falta, porque a maior parte dos hospitais que os tem são de emergência aberta. (Gestor Municipal 3)

(...) não dá para você fazer a baixa, média e alta complexidade em um mesmo lugar. (Gestor Municipal 3)

Trata-se de um problema que persiste sem resposta e ainda é motivo de dificuldade para a melhor inserção dessas unidades na rede.

Eu percebo que a gente encontra muitas resistências dentro dos hospitais porque a pergunta é: se eu ainda não dei conta nem da minha emergência, se a minha emergência tá com superlotação, como é que eu vou dar leito pra fora? Essa é a questão. (Gestor Municipal 2)

Um dos gestores analisa que há premente necessidade de remodelamento da oferta hospitalar a fim de organizar melhor o atendimento, obter o melhor desempenho das unidades existentes e atender um novo perfil, com a demanda para cuidados prolongados.

A gente precisa evoluir, você vai precisar de um leito de hospital, ainda no formato intermediário que um dia possa se modificar, que (...) recebe os doentes seletivamente, só via regulação, ele tem cuidado de CTI e cirurgia eletiva, que são basicamente alta complexidade, mas a internação clínica também é e o doente não fica ali, ele sai, ele não tem como ficar. Porque se eu tiver o formato que eles têm hoje, como é Bonsucesso, como é o próprio Miguel Couto, que tem ambulatório, ou como é Piedade e Lagoa, eu vou ocupar minha própria demanda. (Gestor Municipal 3)

(...) ter uma retaguarda sem ambulatório e sem emergência. (Gestor Municipal 3)

A complexidade do segmento hospitalar é significativa. São elevados os custos para investir e remodelar, bem como para manter e aprimorar. As demandas postas pela RUE indicam a necessidade de ampliar a rede hospitalar. Contudo há ainda espaço para expansão da capacidade de atendimento mediante aprimoramentos no desempenho e funcionamento dos hospitais. O que numa perspectiva de restrições financeiras prolongadas surge como principal caminho para o fortalecimento da atenção hospitalar no SUS.

8.3. Dinâmica das relações intergovernamentais

8.3.1. Incompreensão de papéis

Como discutido anteriormente, as relações federativas no âmbito do SUS no município do Rio de Janeiro são marcadas por dissonâncias que datam de antes da constituição do SUS. O desafio de construir um sistema de saúde conforme os princípios da CF88 não tornaram essas relações mais fáceis, pelo contrário. As dificuldades de cooperação persistem e a compreensão sobre o papel que cada esfera deve desempenhar e as responsabilidades que deve assumir segue em disputa. Desse modo, de ambas as partes, esfera municipal e estadual, são apontadas omissões relativas a atuação da gestão municipal e estadual.

No âmbito estadual há a compreensão de que o município deveria assumir toda a atenção às urgências:

Como o município do Rio desconheceu muito tempo as UPA estaduais, a gente assumiu esse papel, então a gente regula praticamente tudo. (Gestor Estadual2)

Na mesma linha há a percepção de que a regulação dos leitos de UTI municipais feita a parte pelo próprio município não estaria em conformidade com a legislação:

(...) porque as unidades do município que tem UTI adulto estão fora da regulação estadual. Eles até solicitam, quando eles não conseguem vagas nas unidades deles, eles inserem no SER. (Gestor Estadual 2)

Esse desencontro de compreensões não encontra resposta na legislação que regulamenta o SUS. A Constituição Federal não define o tipo de descentralização que o SUS deverá adotar, nem como se constituirá efetivamente a rede hierarquizada e regionalizada. A Lei Federal n. 8.080/1990 apresenta as atribuições comuns e específicas dos três gestores, porém, não delimita as competências assistenciais em saúde (CONASS, 2011). As portarias que tratam do componente hospitalar e da atenção as urgências, tampouco. Resta como caminho a pactuação oriunda de negociação entre gestores sobre responsabilidades e competências nas ações de saúde e provisão de serviços. Nesse quesito a esfera estadual é apontada como falha no cumprimento da pactuação, como citado para o período olímpico.

No que concerne a organização de uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada com ênfase na municipalização, em que cabe as esferas federal e estadual “promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os municípios, dos serviços e das ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal” (BRASIL, 1990), depreende-se que os serviços de saúde devem ser majoritariamente municipais ou estaduais (CONASS, 2011). De maneira que a persistência de unidades federais provendo serviços de saúde, herança da estruturação sob o INAMPS, contribui para complicar o já deveras complexo cenário de repartição de competências e responsabilidades no SUS do Rio de Janeiro.

A esfera federal por meio de seus 6 hospitais gerais, sem contar os institutos, representa 1/5 da capacidade hospitalar instalada na cidade e abriga grande volume da oferta de média e alta complexidade. Nesse contexto, a dificuldade percebida em haver escoamento dos pacientes na rede de urgências, principalmente de unidades municipais para unidades estaduais ou federais, é considerada incompatível com o grau de densidade tecnológica da rede federal de hospitais.

Outra problemática é tentar resolver uma coisa que a gente discute há oito anos, desde que a primeira UPA municipal foi criada, de Vila Kennedy, que é a integração federal, municipal e estadual. Esse fluxo que funciona ao contrário, que a gente recebe tudo do estado e, em contrapartida, não consegue mandar quase nada para eles, isso é um absurdo. (UPA M8)

Apesar do perfil de alta complexidade desses hospitais aponta-se grande restrição no perfil de paciente que podem ser recebidos nesses hospitais, configurando uma situação em que o perfil de complexidade dos pacientes para cujos leitos são cedidos se sobrepõe ao perfil de

complexidade da rede hospitalar municipal. A competência esperada desse nível de atenção não se concretiza para a retaguarda da rede de urgências.

O lance é o seguinte, o pessoal da rede Federal - rede Federal e Estadual – que é um assistente de suporte para alguns pacientes mais complexos, quando eles querem ofertar leito – eles falam que ofertam leito – eles ofertam leito pra baixa complexidade que a rede Municipal também tem. Vamos ofertar leito aqui, mas não pode vir isso, isso, e aquilo, eliminando todas aquelas exceções que eles não querem receber nos seus leitos, aí vai sobrar ali uma infecção urinária, uma pneumonia, enfim, pacientes mais simples e há oferta na rede municipal pra poder desaguar isso e, os grandes problemas, não. (Regulador Municipal 1)

8.3.2. Integração das esferas administrativas

As dificuldades de interação entre as esferas político-administrativas anteriormente discutidas são percebidas pelos atores nas diversas instâncias envolvidas com a regulação assistencial na rede de urgências.

Essas instâncias precisam sentar e conversar. E... É isso, Estado, Município e Federal. E, de fato, ver o que eles querem trazer pra população do Rio de Janeiro. E... Abrir! Não dá mais pra ficar esses “pequenos feudos”: isso aqui é meu, isso só é seu porque tá aqui, isso aqui é meu... Não é possível. (UPA M3)

A lógica não é de cooperação. (Gestor Municipal 1)

Acho que é na verdade falta de uma gestão única, de alguma forma saber direcionar melhor o que é competência da rede Federal, Estadual e Municipal, pelo menos fazer algo proporcional. (Regulador Municipal 1)

Às vezes a estadual dá uma vaga e logo em seguida a municipal liga dando uma vaga também, a gente fala “não, paciente já foi para tal lugar”. Na minha opinião, elas não se comunicam, não é eficaz essa integração não. (UPA E2)

Em outro estudo, Lima LD et al (2015) analisando a implementação das UPA no estado do Rio de Janeiro apontou a manutenção da desarticulação institucional entre as esferas governamentais como um elemento que permeia as relações federativas no estado RJ, impactando a integração dos diversos componentes da rede de urgências no estado.

O impacto dessas relações federativas conflituosas pode ser visto na segmentação da rede de serviços de saúde, como discutido anteriormente, mas afeta principalmente o usuário.

Eu acho que tinha que ter um entrosamento maior, eu acho que o paciente é uma coisa só, não é um paciente federal ou municipal ou estadual, eu sempre falei isso. (UPA E1)

No período recente, a rede urgência experimentou um acelerado ritmo de implantação das UPA, mas sem concomitante investimento nos demais componentes de atenção às urgências (LIMA LD et al, 2015), com destaque para atenção hospitalar e domiciliar. A qualificação e

expansão desses componentes exige planejamento integrado e atuação coordenada entre distintas esferas de governo. Apesar da forte interdependência federativa, envolvendo os entes federal, estadual e a capital, persiste uma relação de conflitos, acordos e influências recíprocas (LIMA LD et al, 2015)

E essa segregação, eu acho que impacta em muito no cuidado do cidadão, por isso que as relações intergovernamentais têm que ser mais abertas. Tem que ter a política, tem que ter a burocracia por causa de verba, mas eu acho que tem que ter um nível que fala assim “não, pera aí, daqui para baixo não pode interferir”. Tem que ter a política pública. (CER 5)

A experiência recente da regulação ambulatorial constitui um fenômeno útil para reflexão sobre a dinâmica das relações governamentais. Como apresentado na seção 7.1, até 2009, praticamente não ocorria regulação de consultas e procedimentos eletivos (PINTO et al, 2017). A estruturação da regulação ambulatorial, centralizou na esfera municipal a gestão da oferta de consultas e procedimentos para a população do município. Da oferta dos Hospitais Federais (HFA, HFB, HFCE, HFI, HFL, HFSE), 70% era disponibilizada para a capital e 30% para conjunto dos demais municípios. No caso dos Institutos Federais (INCA, INTO e INC), a divisão era 50% para cada (RIO DE JANEIRO, 2014). A criação do Central Unificada de Regulação (REUNI), em resposta a recomendações da Defensoria Pública da União e do Estado²², inaugurou mais um capítulo dessa história de relações interditadas. A partir de julho de 2015, a SES-RJ passou a operacionalizar a regulação do acesso dos municípios fluminenses aos procedimentos definidos como estratégicos (Quadro 10 - Capítulo 7 – página 95) localizados no município do Rio de Janeiro. O resultado prático da criação da REUNI foi a migração de toda a oferta dos institutos federais para a CER-RJ. Essa regulação era feita desde 2009 pela SMS-Rio (PINTO et al, 2017). Embora grande parte da oferta dos hospitais federais persista sob gestão da SMS-Rio, a disputa pela gestão dos recursos estratégicos renovou o embate entre as secretarias. As gestões municipal e estadual não conseguiram pactuar uma proposta comum e o a SMS-Rio não se incorporou ao processo de constituição da REUNI (RIO DE JANEIRO, 2015a).

Da perspectiva do município, o novo cenário retirava a governabilidade sobre um contingente de recursos de alta densidade tecnológica presentes na rede federal, sob pretexto de melhor distribuição dos recursos entre capital e interior, incompatível com o tamanho da população da capital.

22 <https://dpu.jusbrasil.com.br/noticias/198654430/inaugurada-central-unificada-de-regulacao-do-acesso-a-servicos-de-saude-no-rj>

Quando eles pegaram essa oferta e levaram pra REUNI aí eles viram que a gente não tinha quase nada e o pouco que a gente tinha a gente dividia conforme estava pactuado pra outra CIB que foi aquela que foi revogada que é a que fala dos 70 a 30 dos federais e dos 50 a 50 dos institutos. Então, se o INCA desse quatro vagas por mês, duas eram nossa, duas eram dos outros municípios. Até porque, quarenta e tantos por cento da população está aqui, sessenta e poucos está fora, e muitos desses sessenta e poucos não vai vir e tem outras regiões que tem tratamento Oncológico. (Gestor Municipal 1)

Da perspectiva estadual, a demanda por acesso oriunda da Baixada Fluminense, Metropolitana I, composta majoritariamente por municípios cujos sistemas locais de saúde são incipientes ou inexistentes em todos os níveis de atenção, foi o grande motor dessa reorganização promovida pela instituição do REUNI.

Inicialmente, foi uma pactuação que os serviços que estavam na capital eram todos do município do Rio de Janeiro. Sim, então, São João de Meriti não tem acesso a um hospital federal, nem a um INC, nem ao INTO, nem ao INCA... Ah não, tem sim! Foi de uma porcentagem de 30% através do SISREG, que chamava PPI. A dificuldade de acesso a esse processo de trabalho gerou uma dificuldade de acesso tão grande - a palavra foi INIQUIDADE mesmo - que os recursos federais centralizados na capital, principalmente pra Baixada Fluminense, região Metropolitana 1 e 2, é quem depende desses 30%. Eu não dependo desses 30%. O Estado não invade. A região do Médio Paraíba tem recurso, ela se organizou em nível de saúde, a região norte... as regiões têm suficiência. (...) É um desenho que você tem que pensar que tem que ser uma Nova Iguaçu, uma Caxias, no mínimo, que tenha hospital, que tenha recurso e que estariam muito bem organizadas pra dar esse acesso aos 30%. (Gestor Estadual 1)

A criação da REUNI acenou com a possibilidade de gestão centralizada de todas as vagas situadas no município e redução da segmentação da rede de hospitais gerais e dos recursos. No entanto, desde sua constituição não foi possível um pacto federativo efetivo entre as esferas. A não incorporação da esfera municipal na organização do REUNI constrói um cenário de duplicidade de oferta para alguns recursos, na medida em que os recursos municipais não foram incorporados pela REUNI, ainda que os recursos definidos como estratégicos que o município oferta sejam basicamente os leitos de UTI.

Voltando a questão do poder: existe uma disputa muito grande entre os poderes. A Regulação, por exemplo, essa passagem da Regulação Municipal pra Estadual, ali, ninguém está se importando se vai ser melhor ou pior, é uma questão de disputa mesmo de poder. E o paciente, por incrível que pareça, ele é um pouco essa moeda de troca. Existe muita disputa entre eles, mas não conseguem chegar a um consenso, até porque, pra gente fazer uma Regulação falando de um Complexo Regulador, tem que entender a lógica e o funcionamento de cada unidade. (Hospital Federal)

A dinâmica das relações federativas no território do Rio de Janeiro é de permanente (re)construção de relações entre as esferas para compartilhamento dos recursos da rede, tanto pelos efeitos da trajetória do SUS no Rio de Janeiro, quanto pela troca de gestores, fenômeno largamente implicado nas dificuldades de institucionalização do SUS. Além disso, discrepâncias de momentos financeiros entre as esferas também têm forte influência na construção dessas relações a cada momento.

Você pode montar o esquema mais moderno do mundo para migração, transferência, essas coisas regulação, mas se os gestores das unidades não tiverem boa vontade de resolver o problema de saúde, acho eu, não resolve não. (UPA E2)

Se entendermos rede como estrutura organizacional que estando voltada para a produção de serviços necessita estar ancorada numa dinâmica de atores em permanente renegociação de seus papéis, buscando novas soluções para velhos problemas num contexto de mudanças e compromissos mútuos (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004), no município do Rio de Janeiro encontramos um processo em curso, pontuado por avanços e retrocessos entremeados.

Contamos com diversos atores e organizações envolvidos, entre gestores do nível central federais, estaduais e municipais, além de profissionais e gestores das próprias unidades, que não têm os mesmos recursos, interesses ou competências para determinar um projeto assistencial comum. Salta aos olhos que a compreensão da interdependência esteja presente na consciência discursiva dos atores, mas não seja detectável nas práticas gerenciais e de cuidado. Reconhece-se a complementariedade de recursos, ainda que a repartição de responsabilidades pareça ter negociação mais conflituosa. A autoridade do ponto de vista normativo está aberta a construção e negociação, mas na prática a distribuição de recursos (orçamentos e unidades) contingencia fortemente os interesses e a competência para viabilizar cooperação e integração a fim de formar rede de atenção à saúde.

Aspectos institucionais do SUS tem forte influência sobre a governança do processo regulatório. Um elemento importante reside nas dificuldades de integração entre os três níveis de governo do SUS. Em geral, os gestores do SUS, na figura das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde não apresentam níveis homogêneos de desenvolvimento institucional (reflexo da heterogeneidade estrutural do país e da herança do antigo sistema). Além disso, é frequente que interesses político-partidários modulem as relações intergovernamentais (PAIM e TEIXEIRA, 2007). Em todos os seus níveis, a regulação em saúde encontra-se conectada com a questão da governança. A conexão regulação-governança torna-se mais evidente quando se busca analisar as estruturas de governança em termos do que se busca regular, os contextos institucionais de negociação, os tipos de agentes que participam do processo de regulação e os mecanismos de coordenação, incluídos os marcos normativos e institucionais, que possibilitam a cooperação estratégica, negociação ou construção de acordos entre os agentes e a regulação da problemática de interesse.

8.4. Regulação assistencial: organizando e institucionalizando a rede

Apesar de todas as dificuldades, a regulação assistencial promovida pelas centrais de regulação é reconhecida como importante elemento de organização e articulação da rede de serviços, integrando diferentes serviços e níveis de atenção.

Então eu acho que o que monta a rede é a regulação, porque são todas unidades separadas e a regulação consegue linkar todas elas de alguma maneira, seja com leito, seja por Vaga Zero, seja com agendamento, uma consulta eletiva, uma unidade terciária, secundária. A regulação une todos os níveis, a primária, a secundária e a terciária. Então sem regulação eu não consigo pensar em rede. (CER 5)

Eu acredito muito que a Regulação ainda está buscando fazer essa Rede funcionar nessas instancias, estarem falando, e conseguir trazer os hospitais também pra essa Regulação, disponibilizando, mas, nesse momento, a gente percebe que ainda é uma conversa. (UPA M3)

Também no interior das unidades a cultura da regulação assistencial tem potencial de impacto na organização interna das unidades e no papel desempenhado pela unidade hospitalar na rede de serviços.

Que mudou a cultura do hospital eu não tenho a menor dúvida. Sobre a inserção do hospital na Rede, a gente teve momentos e, mais uma vez, eu volto a dizer que isso tem a ver com o gestor maior do hospital. A gente teve momentos de ter uma inserção importante na Rede a partir do momento que aquele gestor maior, quer dizer, o Diretor, entendia a importância da Regulação como um caminho sem volta e da importância desse hospital estar inserido. E a gente conseguiu se inserir na Rede. (Hospital Federal)

No entanto, esse processo ainda é recente, muito suscetível a sofrer revezes. A disposição das unidades frente a rede pode mudar com a mudança de gestores e retroceder em processos de integração.

A partir do momento que a Direção anda pra trás, e cede a pressões e a pedidos, e isso tem haver com a manutenção do poder e uma série de questões, essa sua inserção na Rede já é vista de uma maneira diferente dentro da Rede. Então, quanto mais longe, quanto mais independente a Regulação puder acontecer, melhor é a maneira de como o hospital se insere na Rede. (Hospital Federal)

Gestores e profissionais de saúde, principalmente de unidades mais antigas e tradicionais, muitas vezes não compartilham valores comuns no que diz respeito a importância e a estratégia para construção de redes assistenciais dentro do SUS. Unidades e profissionais incorporados ao SUS em diferentes contextos, apresentam diferentes percepções do seu papel na e para a rede. Aqueles que se estabeleceram em períodos mais recentes convivem mais intensamente com a “cultura” de rede, e isso modula suas práticas. Num contexto mais propício do ponto de vista normativo, gerencial e político para a construção de redes, unidades e profissionais se integram mais rapidamente a novas práticas gerenciais e de cuidado.

A posição que as centrais de regulação ocupam na rede em relação às unidades permite uma visão mais global da operação da rede a cada momento. Uma das tarefas desempenhadas pela regulação é a de distribuição das demandas que se apresentam as unidades possibilitando aliviar sobrecarga de trabalho e evitar a superlotação de unidades. Como discutido anteriormente, a superlotação das salas vermelha e amarela das unidades pode motivar a priorização da regulação de um leito para aliviar a unidade superlotada, bem como pode, na ausência de leito, transferir pacientes graves entre UPA.

(...) eu acho que esse papel da integração das unidades é muito produtivo até mesmo pra focar o tipo de hospital que vai receber o quê, pra escoar bem... Distribuir bem as demandas. (Regulador Municipal 2)

A percepção do conjunto dos entrevistados é a de que se estão construindo progressivamente relações mais institucionais que pessoais. As tarefas a serem desempenhadas pelas partes são explícitas. Isso contribui para a institucionalização das relações dentro da rede, para a percepção de que há uma rede da qual todos fazem parte e da qual todos vão precisar em algum momento. As determinações se cumprem a partir de processos negociados e não porque o regulador fica passando o chapéu à espera da boa vontade de uma unidade. E o contrário também, uma unidade que se encontre em dificuldades não precisará implorar pelo socorro de outra.

A Central é vista como um facilitador, os reguladores como acessíveis, funcionamento regular e contínuo. (UPA M2)

Retomando de Hartz; Contandriopoulos (2004) a ideia de que a integralidade, em uma de suas dimensões, se consubstancia na integração de serviços e formação de redes assistenciais, o cenário observado no município do Rio de Janeiro no período do estudo parece promissor, apesar das dificuldades estruturais e financeiras permanentes e do processo ocorrer em larga medida no interior da rede assistencial sob autoridade municipal.

Analisando os resultados a partir das dimensões apresentadas na figura 03 observamos que a própria constituição e consolidação do CRMRJ viabiliza integração das equipes clínicas das várias unidades envolvidas na RUE, propiciando potencialmente uma maior integração dos cuidados. Ao integrar as equipes/unidades a gestão municipal aprimora a interface entre o sistema clínico e o sistema de governança na RUE. Dentro da gestão municipal medidas implementadas sobre os 3 elementos que compõem a dimensão da integração funcional foram significativamente importantes. A consolidação e aprimoramento do uso dos sistemas de informação, como o SISREG e a Plataforma SMS-Rio foram prioridade e se destacaram como elementos importantes para maior robustez da RUE. Ocorreram também modificações no

sistema de gestão dos leitos da rede hospitalar ao acoplar o faturamento das AIH ao processo de espelhamento do censo hospitalar na Plataforma SMS-Rio.

A relevância desse processo pode ser salientada ainda por outra perspectiva. Uma das facetas da fragilidade institucional do SUS reside justamente na ineficiência da gestão de sistemas, serviços e recursos, principalmente em razão da insuficiente incorporação de tecnologias de gestão adequadas ao manejo de organizações complexas, tanto em áreas como planejamento, orçamentação, avaliação, regulação, sistemas de informação, como na gestão de serviços, como hospitais e outras unidades de saúde (PAIM e TEIXEIRA, 2007). Desse modo, podemos concluir que ao atuar sobre as dimensões financeira, gerencial e de informação o município caminhou para construir uma maior integração funcional, fortalecendo a governança que exerce sobre a rede de serviços municipais que compõem a RUE no município e contribuindo para uma maior estabilidade institucional do SUS.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A organização e fortalecimento do processo regulatório na RUE teve na gestão municipal ator fundamental, que ao priorizar a regulação no cenário de urgências, usou sua autoridade para moldar a participação das unidades, sobretudo as hospitalares, contribuindo para a integração assistencial. A central de regulação municipal foi outro ator importante, que desempenhou papel crítico na coordenação do cotidiano da RUE construindo novos significados e legitimidade junto às unidades, tanto a partir da atuação na própria central, como na atuação in loco com os núcleos avançados de regulação. Pode-se observar que todas as modalidades de estruturação estiveram presentes no processo de conformação da regulação do acesso à assistência na RUE. A significação foi elemento importante, sendo observada uma compreensão comum a respeito da importância dos fluxos e modos de interação acontecerem como preconizado. Além disso, o envolvimento do médico assistente no processo regulatório também se apoiou na modalidade de significação. O acesso ao leito hospitalar mediado exclusivamente pela central expressa o poder exercido pela central, configurando maior exemplo da modalidade de dominação. Essa maior facilidade que a esfera central, na figura da SMS e da central de regulação, dispõe de manejar os recursos disponíveis, reforçam a importância de atuar segundo as normas construídas, ou seja, operando também a modalidade de legitimação. Do conjunto de ações identificadas como fundamentais para consolidação da prática regulatória, entendida como uma prática social, resultaram algumas consequências impremeditadas, com destaque para atuação de unidades pré-hospitalares como unidades de internação.

A experiência de regulação do acesso a assistência na Rede de Urgência e Emergência no município do Rio logrou algum êxito na redução dos fluxos assistenciais paralelos, ancorados em relações pessoais, critérios não científicos ou não pactuados. Caminha-se ainda que modestamente para uma maior qualificação da utilização dos recursos assistenciais disponíveis. No entanto, a regulação do acesso a assistência persiste em grande medida operando apenas uma grande racionalização dos recursos existentes. Isso porque a regulação do acesso à assistência ainda está distante de induzir um processo mais planejado e robusto de redimensionamento da oferta, seja com diminuição ou expansão dos serviços que existem. Os recursos financeiros investidos apenas incrementalmente remodelam a oferta. Dois são os elementos explicativos que se destacaram nessa tese: de um lado temos a esfera da gestão e das relações institucionais, de outro, a insuficiência de recursos financeiros e materiais.

A governança do processo regulatório, tanto no nível macro, quanto no nível micro, é fortemente influenciada por questões institucionais do SUS. Por um lado, um diagnóstico de fragilidade institucional e ineficiência da gestão de sistemas, serviços e recursos, resultantes de insuficiente incorporação de tecnologias de gestão adequadas, persiste como um grande gargalo para o SUS. Nessa pesquisa o elemento gerencial/ institucional enfocado foi o da função de regulação do acesso à assistência. Intervenções no campo dos sistemas de informação e gestão de hospitais e unidades de saúde obtiveram algum sucesso. Observou-se que o sistema gestor e o sistema clínico mais afinados produziram maior sistematicidade, contribuindo para aprimoramentos no funcionamento da rede de serviços e das práticas de cuidado, o que constitui avanço a ser reconhecido e preservado dada sua notória juventude.

Por outro, as dificuldades na dinâmica relacional entre os três níveis de governo do SUS, decorrentes das diferentes expertises institucionais de cada esfera e da “contaminação” das relações intergovernamentais por interesses político-partidários, representam um elemento que contingencia fortemente as possibilidades de expansão e qualificação do sistema de saúde. No caso dessa tese salienta-se uma disputa pela direcionalidade do processo de construção do sistema local de saúde. Menos por discrepâncias de desenvolvimento institucional e mais por dificuldades de compartilhamento de responsabilidades, recursos e poder, presumidamente “contaminadas” por interesses político-partidários, a dinâmica relacional observada entre os três níveis de governo no município do Rio de Janeiro é predominantemente conflituosa, persistindo como obstáculo a uma mais célere e consistente construção da RUE, em particular, e da rede de atenção à saúde, em geral.

Os recursos disponíveis para o SUS cumprir sua missão jamais foram considerados suficientes. Quando não o são por insuficiência numérica absoluta, nos deparamos com a inadequada utilização dos recursos existentes. O parque hospitalar constituiu o exemplo utilizado nessa tese para ilustrar esse elemento. Como discutido, de um lado, a rede hospitalar brasileira sofre de escassez de leitos, impondo aos usuários do SUS, com diferentes necessidades, disputar entre si os leitos públicos ofertados, de outro, sofre de uma inadequação do perfil da rede hospitalar, predominantemente composta de velhos hospitais gerais, de pequeno a médio porte, que fazem o cuidado ao agudo, ao eletivo e ao crônico, simultaneamente. A rede hospitalar pública do município do Rio de Janeiro faz jus a essa análise, com a grande maioria de seus hospitais construídos antes da década de 70, com poucos tendo sofrido reformas significativas. Vários desses hospitais concentram significativa densidade tecnológica, fazendo indistintamente atendimento de urgência e eletivo. Além disso,

os leitos situados em hospitais públicos, sobretudo os clínicos são indiscutivelmente insuficientes.

O panorama apresentado nessa tese sugere que a gestão municipal constituiu, por diversos movimentos e contingências, uma estrutura de governança mais potente, principalmente por se arrogar uma responsabilidade mais ampla por seus munícipes. A esfera estadual procedeu uma reorientação de seu papel, em parte por ter sido atingida mais precoce e intensamente pela crise econômica, como ilustrado pelo movimento de municipalização de alguns hospitais estaduais.

Parece ser necessário e potencialmente produtivo estudar a experiência regulatória de outras grandes metrópoles a fim de compreender como estado e município se relacionam, pois não há obrigatoriamente definição quanto aos papéis a serem desenvolvidos na esfera da regulação do acesso à assistência, bem como não há preeminência estabelecida no que diz respeito ao desenvolvimento e gestão do parque hospitalar. Importa salientar que essa tese apenas tangenciou questões relevantes para esse debate como a estrutura e o volume de recursos financeiro para o SUS, o modelo de gestão de pessoas e o papel da corporação médica na conformação de redes e no modelo de cuidado em saúde.

REFERÊNCIAS

- AFFLECK, A. et al. Emergency department overcrowding and access block. **CJEM**. 15(6):359-84, 2013.
- AGUILERA, S.L.V.U. et al. Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde na Região Metropolitana de Curitiba: desafios para os gestores. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v.47, n.4, p. 1021-1040, 2013.
- ALBUQUERQUE, M.S.V. et al. Regulação assistencial no recife: possibilidades e limites na promoção do acesso. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 223-236, 2013.
- ALBUQUERQUE, M.V.; VIANA, A.L.A. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. **Saúde e Debate**, 39, nº especial: 28-38; 2015.
- ALMEIDA, C.M. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 263-286, 1999.
- ALMEIDA, P.F. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.2, p. 286-298, 2010.
- ANDRULIS, D.P. et al. Emergency departments and crowding in United States teaching hospitals. **Ann Emerg Med**. 20(9):980-6, 1991.
- ARAUJO, M.T. et al. Representações sociais de profissionais de unidades de pronto atendimento sobre o serviço móvel de urgência. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. spe, p. 156-163, 2011.
- ARRETCHE, M. Emergência e desenvolvimento do Welfare State: teorias explicativas. **BIB**, Rio de Janeiro, n. 39, 1995.
- ARRETCHE, M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 331-345, 2003.
- ARROW, K. Uncertainty and the welfare of economics of medical care. **The American Economic Review**. 53(5): 941-973, 1963.
- BELLOU, A. et al: Commission d'évaluation de la Société francophone de médecine d'urgence. Place des services d'urgences dans la régulation des hospitalisations publiques. **Rev Med Interne**. 24(9):602-12, 2003.

BIEHL, J. Patient-citizen-consumers: judicialization of health and metamorphosis of biopolitics. **Lua Nova**, São Paulo, n. 98, p. 77-105, 2016.

BINSFELD, L.; RIVERA, F.J.U.; ARTMANN, E. O processo de conformação do perfil assistencial nos hospitais federais da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, 2017.

BITTENCOURT, R.J.; HORTALE, V.A. A qualidade nos serviços de emergência de hospitais públicos e algumas considerações sobre a conjuntura recente no município do Rio de Janeiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 929-34, 2007.

BITTENCOURT, R.J.; HORTALE, V.A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1439-1454, 2009.

BODSTEIN, R. Teoria social e o campo da saúde coletiva. In: HORTALE, V (Org). **Pesquisa em saúde coletiva: fronteira, objetos e métodos**. Rio de Janeiro: Ed FIOCRUZ, 2010. P. 151-71.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011. 223 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 4)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 95, de 29 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS SUS 01/2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 jan. 2001. p. 23.

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, 28 fev. 2002a. p. 52.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 423, de 24 de junho de 2002. Aprova o detalhamento das atribuições básicas inerentes a cada nível de governo no controle, regulação e avaliação da assistência à saúde no SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 jun. 2002b. p. 97.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 04 ago. 2008. p. 48.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.907, de 23 de novembro de 2009. Dispõe sobre o financiamento para a implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores e informatização das Unidades de Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 nov. 2009. p. 49.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 2010. p. 88.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 08 jul. 2011a. p. 70.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011. Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 out. 2011b. p. 79.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 08 jul. 2011c. p. 70.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.809, de 7 de dezembro de 2012. Estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 dez. 2012. p. 36.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 2013. p. 54.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 out. 2017a. p. 61.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 out. 2017b. p. 192.

BRITO, C.; PORTELA, M.C.; VASCONCELLOS, M.T.L. Sobrevida de mulheres tratadas por câncer de mama no estado do Rio de Janeiro. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 481-489, 2009.

CALUZA, A.C.V. et al. Rede de infarto com supradesnívelamento de ST: sistematização em 205 casos diminui eventos clínicos na rede pública. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 99, n. 5, p. 1040-1048, 2012.

CAMERON, P.; SCOWN, P.; CAMPBELL, D. Managing access block. **Aust Health Rev.** 25(4):59-68, 2002.

CECILIO, L.C.O. Escolhas para inovarmos na produção do cuidado, das práticas e do conhecimento: como não fazermos "mais do mesmo". **Saúde soc.**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 280-289, 2012.

CECÍLIO, L.C.O.; CARAPINHEIRO, G.; ANDREAZZA, R. **Os mapas do cuidado: o agir leigo na saúde**. São Paulo: Hucitec: Fapesp, 2014. 198 p

COELHO, Ivan Batista. **Os hospitais no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2016. 221 p.

COHEN, I.J. Teoria da estruturação e práxis social. In: GIDDENS, A.; TURNE, J. (org.). **Teoria social hoje**. São Paulo: UNESP, 1996. p. 393- 446.

COOKE, M.W. et al. Total time in English accident and emergency departments is related to bed occupancy. **Emerg Med J.** 21:575e6, 2004.

COSTA, F.L. **Reforma do Estado e contexto brasileiro: crítica do paradigma gerencialista**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010. 256 p

DE NEGRI, A. (org.). Dimensionamento de número de leitos e tipologia hospitalar: o desafio de fazer as perguntas certas e de construir suas respostas. **LIGRESS/HCor**. São Paulo, 2012. 101p.

DE NEGRI, A. (org.). Cartografia do Sistema Hospitalar Brasileiro (2005-2014). **LIGRESS/HCor**. São Paulo, 2014. 196p.

DESLANDES, S.F. Revisitando as metodologias qualitativas nas pesquisas de avaliação: vertentes, contribuições e desafios. In: BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria (Org). **Políticas, planejamento e gestão em saúde: abordagens e métodos de pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2015. P. 193-217.

DICIONÁRIO MICHAELIS ONLINE <<http://michaelis.uol.com.br/moderno/>

portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=regular>. Acesso em: 24 set. 2015.

DILÉLIO, A.S. et al. Lack of access and continuity of adult health care: a national population-based survey. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, 31, 2015.

DINIZ, D.; MACHADO, T.R.C.; PENALVA, J. A judicialização da saúde no Distrito Federal, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 591-598, 2014.

DUBEUX, L.S.; FREESE, E.; FELISBERTO, E. Acesso a hospitais regionais de urgência e emergência: abordagem aos usuários para avaliação do itinerário e dos obstáculos aos serviços de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 345-369, 2013.

DUBEUX, L.S.; CARVALHO, E.F. Caracterização da oferta de serviços especializados em hospitais de referência regional: uma contribuição para a regionalização da assistência à saúde no SUS. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v.9, n.4, p.467-76, 2009.

EVANGELISTA, P.A.; BARRETO, S.M.; GUERRA, H.L. Central de regulação de leitos do SUS em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: avaliação de seu papel pelo estudo das internações por doenças isquêmicas do coração. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 767-76, 2008.

FATOVICH, D.M.; HIRSCH, R.L. Entry overload, emergency department overcrowding and ambulance bypass. **Emerg Med J.** 20:406e9, 2003.

FATOVICH, D.M.; NAGREE, Y.; SPRIVULIS, P. Access block causes emergency department overcrowding and ambulance diversion in Perth, Western Australia. **Emerg Med J.** 22(5):351-4, 2005.

FERRÉ, C et al. General Characteristics and Activity of Emergency Department Short-Stay Units in Spanish Hospitals. **J Emerg Med.** 52(5):764-768, 2017.

FERREIRA, J.B.B. et al. O complexo regulador da assistência à saúde na perspectiva de seus sujeitos operadores. **Interface**, Botucatu, v. 14, n. 33, p. 345-358, 2010.

FORERO, R. et al. Access block and ED overcrowding. **Emerg Med Australas.** 22(2):119-35, 2010.

FORERO, R.; MCCARTHY, S.; HILLMAN, K. Access block and emergency department overcrowding. **Critical Care.** 15:216, 2011.

FORSTER, A.J. et al. The effect of hospital occupancy on emergency department length of stay and patient disposition. **Acad Emerg Med.** 10:127-33, 2003.

FUKS, Julián. **A resistência**. São Paulo: Companhia das letras, 2015. 139 p.

GAWRYSZEWSKI, A.R.B.; OLIVEIRA, D.C.; GOMES, A.M.T. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 119-140, 2012.

GEERTS, J.; WILLEMÉ, P.; MOT, E. Long-term care use and supply in Europe: projections for Germany, the Netherlands, Spain and Poland. Brussels: **Centre for European Policy Studies**. 2012.

GIDDENS, A. **A constituição da sociedade**. 3ª Ed. São Paulo: Martins Fontes, 2009. 458p.

GIOVANELLA, L.; STEGMULLER, K. Crise financeira europeia e sistemas de saúde: universalidade ameaçada? Tendências das reformas de saúde na Alemanha, Reino Unido e Espanha. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 11, p. 2263-2281, 2014.

GOLDWASSER, R.S. et al. Difficulties in access and estimates of public beds in intensive care units in the state of Rio de Janeiro. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, 19, 2016.

GÓMEZ-VAQUERO, C. et al. Efficacy of a holding unit to reduce access block and attendance pressure in the emergency department. **Emerg Med J**. 26(8):571-2, 2009.

GONZALEZ-CHAVARRIA, A. Análisis institucional multiagente: el problema de estructuración y agencia en la explicación de la emergencia de estructuras de gobernanza. **Rev.Estud.Soc.**, Bogotá, n. 49, 2014.

GODDEN, S.; POLLOCK, A.M. Waiting list and waiting time statistics in Britain: A critical review. **Public Health**. 123: 47-5, 2009.

GRABOIS, V.; BITTENCOURT, R.J. Superlotação dos serviços de emergência. In: SOUSA, Paulo; MENDES, Walter. **Segurança do paciente. Conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2014.

GUTACKER, N.; SICILIANI, L.; COOKSON, R. Waiting time prioritisation: Evidence from England. **Social Science & Medicine**. 159: 140e151, 2016.

HARRIS, A.; SHARMA, A. Access block and overcrowding in emergency departments: an empirical analysis. **Emerg Med J**. 27(7):508-11, 2010.

HARTZ, Z.M.A.; CONTANDRIOPOULOS, A. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S331-S336, 2004.

HOOT, N.R.; ARONSKY, D. Systematic review of emergency department crowding: causes, effects, and solutions. **Ann Emerg Med.** (2):126-36, 2008.

HWANG, J.I. The relationship between hospital capacity characteristics and emergency department volumes in Korea. **Health Policy.** 79:274e83, 2006.

KNOWLES, E.; MASON, S.M.; SMITH, C. Factors associated with exit block and impact on the emergency department. **Emerg Med J.** 34(1):61-62, 2017.

KONDER, M.T.; O'DWYER, G. A integração das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) com a rede assistencial no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online]. 2016, v. 20, n. 59

KREINDLER, S.A. Policy strategies to reduce waits for elective care: a synthesis of international evidence. **British Medical Bulletin.** 95: 7–32, 2010.

LA FORGIA, G.; COUTTOLENC, B. **Desempenho hospitalar no Brasil. Em busca da excelência.** São Paulo: Ed. Singular, 2009.

LAWTON, L.D.; THOMAS, S.; MOREL, D.G. Trends in access block 2011 to 2013: the Redcliffe National Emergency Access Target experience. **Emerg Med Australas.** 27(1):11-5, 2015.

LIAO, T.F.; WANG, C. Permanent emergency: Inequality in access to hospitalisation among urban elderly Chinese. **Glob Public Health.** 10:1-16, 2016.

LIMA, D.P.; LEITE, M.T.S.; CALDEIRA, A.P. Redes de Atenção à Saúde: a percepção dos médicos trabalhando em serviços de urgência. **Saúde debate,** Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 65-75, 2015.

LIMA, L.D. et al. Interdependência federativa na política de saúde: a implementação das Unidades de Pronto Atendimento no estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc saúde colet,** Rio de Janeiro; 20(2): 595-606, 2015.

MACHADO, C.V. O modelo de intervenção do Ministério da Saúde brasileiro nos anos 90. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2113-2126. 2007.

MACHADO, C.V.; SALVADOR, F.G.F.; O'DWYER, G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. **Rev. Saúde Pública,** São Paulo, v. 45, n. 3, p. 519-28, 2011.

MACHADO, C.V. O modelo de intervenção do Estado na saúde: notas sobre a atuação federal. In: MACHADO, Cristiani Vieira (Org). **Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012.

MAGALHÃES Jr, H.M. **O desafio de construir e regular redes públicas com integralidade em sistemas privado-dependentes: a experiência de Belo Horizonte**. 2006. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas.

MAJONE, G. Do Estado positivo ao Estado regulador: causas e consequências de mudanças no modo de governança. **Rev Serviço Público**, ano 50 vol 1:5-36, 1999.

MARIOTTI, G. et al. Waiting time prioritisation for specialist services in Italy: The homogeneous waiting time groups approach. **Health Policy**. 117: 54–63, 2014.

MASON, S.; KNOWLES, E.; BOYLE, A. Exit block in emergency departments: a rapid evidence review. **Emerg Med J**. 34(1):46-51, 2017.

MATTOS, R.A. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface -Comunic., Saude, Educ.**, v.13, supl.1, p.771-80, 2009.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MENDONÇA, C.S.; REIS, A.T.; MORAES, J.C. **A política de regulação do Brasil**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. 116 p

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F. Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1877-86, 2008.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social. Teoria, método e criatividade**. Petrópolis/RJ: Vozes, 2010. 108p.

MOLONEY, E.D. et al. Impact of an acute medical admission unit on length of hospital stay, and emergency department 'wait times'. **QJM**. 98(4):283-9, 2005.

MOSCELLI, G.; SICILIANI, L.; TONEI, V. Do waiting times affect health outcomes? Evidence from coronary bypass. **Social Science & Medicine**. 161: 151-59, 2016.

MOSKOP, J.C. et al. Emergency department crowding, part 1--concept, causes, and moral consequences. 221. **Ann Emerg Med**. 53(5):605-11, 2009.

NEGRI FILHO, A.A. **Bases para um debate sobre a reforma hospitalar do SUS: as necessidades sociais e o dimensionamento e tipologia de leitos hospitalares em um contexto de crise de acesso e qualidade.** 2016. 366f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

O'CATHAIN, A. et al. Explaining variation in emergency admissions: a mixed methods study of emergency and urgent care systems. **Health Serv Deliv Res.** 2(48), 2014.

O'DWYER, G. et al. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro. **Ciênc. saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 13(5):1637-1648, 2008.

O'DWYER, G.O.; OLIVEIRA, S.P.; SETA, M.H. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1881-90, 2009.

O'DWYER, G. A gestão da atenção às urgências e o protagonismo federal. **Ciênc saúde coletiva**, 15(5):2395-2404, 2010.

O'DWYER, G., MATTOS, R.M. Teoria da Estruturação de Giddens e os estudos de práticas avaliativas. **Physis**, Rio de Janeiro, 20(2): 609-623, 2010.

O'DWYER, G, MATTOS, RA. O SAMU, a regulação no Estado do Rio de Janeiro e a integralidade segundo gestores dos três níveis de governo. **Physis**, Rio de Janeiro, 22 (1): 141-160, 2012.

O'DWYER, G. et al. The current scenario of emergency care policies in Brazil. **BMC Health Services Research**, 13:70, 2013.

O'DWYER, G. et al. Atenção pré-hospitalar móvel às urgências: análise de implantação no estado do Rio de Janeiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 2189-2200, 2016.

O'DWYER, Gisele et al. O processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: estratégias de ação e dimensões estruturais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 7, 2017a.

O'DWYER, Gisele et al. O processo de implantação das unidades de pronto atendimento no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, 125, 2017b.

OECD. Average length of stay in hospitals. In Health at a Glance 2017: **OECD Indicators**, OECD Publishing, Paris, 2017.

OHARA, R.; MELO, M.R.A.C.; LAUS, A.M. Caracterização do perfil assistencial dos pacientes adultos de um pronto socorro. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 5, p. 749-754, Oct. 2010.

OLIVEIRA, E.X.G.; CARVALHO, M.S.; TRAVASSOS, C. Territórios do Sistema Único de Saúde – mapeamento das redes de atenção hospitalar. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(2):386-402, 2004a.

OLIVEIRA, E.X.G.; TRAVASSOS, C.; CARVALHO, M.S. Acesso à internação hospitalar nos municípios brasileiros em 2000: territórios do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 Sup 2: S298-S309, 2004b.

OLIVEIRA, E.X.G. et al. Acesso à assistência oncológica: mapeamento dos fluxos origem-destino das internações e dos atendimentos ambulatoriais. O caso do câncer de mama. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 317-326, 2011.

OLIVEIRA, R.R.; ELIAS, P.E.M. Conceitos de regulação em saúde no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 571-576, 2012.

OLSHAKER, J.S.; RATHLEV, N.K. Emergency Department overcrowding and ambulance diversion: the impact and potential solutions of extended boarding of admitted patients in the Emergency Department. **J Emerg Med**. 30:351e6, 2006.

PAIM, J.S.; TEIXEIRA, C.F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, supl. p. 1819-1829, 2007.

PARADA. A Construção do Sistema Estadual de Saúde: antecedentes e formas de inserção. **Physis**, Rio de Janeiro, 1(1): 19-104, 2001.

PAULA, J.S. et al. Clinical and regulatory protocols for the management of impaired vision in the public health care network. **Arq. Bras. Oftalmol.**, São Paulo, v. 74, n. 3, p. 175-179, 2011.

PEITER, C.C.; LANZONI, G.M.M.; OLIVEIRA, W.F. Regulação em saúde e promoção da equidade: o Sistema Nacional de Regulação e o acesso à assistência em um município de grande porte. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 63-73, 2016.

PEREIRA, F.P. **Regulação do sistema único de saúde em contexto de escassez de recursos: aspectos bioéticos da tomada de decisão médica**. 2016. 99 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal Fluminense, Niterói.

PINTO, N.R.S.; TANAKA, O.Y.; SPEDO, S.M. Política de saúde e gestão no processo de (re)construção do SUS em município de grande porte: um estudo de caso de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 927-938, 2009.

PINTO, L.F. et al. A regulação municipal ambulatorial de serviços do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro: avanços, limites e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1257-1267, 2017.

RECHEL, B., DOYLE, Y., GRUNDY, E., MCKEE, M. **How can health systems respond to population ageing?** Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. 2009.

RIBEIRO, E.A.W. Eficiência, efetividade e eficácia do planejamento dos gastos em saúde. **Hygeia, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**. 2(2):27-46, 2006.

RICHARDSON, D.B. The access-block effect: relationship between delay to reaching an inpatient bed and inpatient length of stay. **Med J Aust**. 177(9):492-5, 2002.

RIO DE JANEIRO (Estado). Comitê Intergestores Bipartite. Deliberação nº 39 de 24 de junho de 1999. Aprova o projeto de centrais de regulação do Rio de Janeiro e cria o comitê de implantação. <<http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/276-cib-1999/junho/55-deliberacao-cib-rj-n-0039-de-24-de-junho-de-1999.html>>. Acesso em: 4 abr. 2016.

RIO DE JANEIRO (Estado). Comitê Intergestores Bipartite. Deliberação nº 205 de 20 de dezembro de 2005. Aprova a criação de núcleos internos de regulação na rede de hospitais públicos no estado do Rio de Janeiro. <<http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/150-2005/dezembro/192-deliberacao-cib-rj-no-0205-de-20-de-dezembro-de-2005.html>>. Acesso em: 4 abr. 2016.

RIO DE JANEIRO (Estado). Comitê Intergestores Bipartite. Deliberação nº 3.145 de 03 de setembro de 2014. Pactua a proposta de regulação da oferta de consultas e procedimentos ambulatoriais dos hospitais e institutos federais com sede no município do Rio de Janeiro. <<http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/409-2014/agosto/3557-deliberacao-cib-n-3-145-de-03-de-setembro-de-2014.html>> Acesso em: 29 nov. 2016.

RIO DE JANEIRO (Estado). Comitê Intergestores Bipartite. Deliberação nº 3.470 de 20 de julho de 2015. Pactua a criação de uma central unificada de regulação – REUNI-RJ – com o objetivo de ordenação do acesso dos usuários dos municípios fluminenses à serviços estratégicos localizados no município do Rio de Janeiro. 2015a. <<http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/450-2015/julho/3948-deliberacao-cib-n-3-470-de-20-de-julho-de-2015.html>>. Acesso em: 4 abr. 2016.

RIO DE JANEIRO (Estado). Comitê Intergestores Bipartite. Deliberação nº 3.534 de 18 de setembro de 2015. Agrega procedimentos estratégicos a serem regulados exclusivamente pela

REUNI-RJ. 2015b. <<http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/452-2015/setembro/4023-deliberacao-cib-n-3-534-de-18-de-setembro-de-2015.html>>. Acesso em: 4 abr. 2016.

RIO DE JANEIRO (Estado). Comitê Intergestores Bipartite. Deliberação nº 4.623 de 06 de julho de 2017. Pactua a solicitação de habilitação de 40 (quarenta) leitos de cuidados prolongados no sanatório Oswaldo Cruz (CNES 2275627), localizado no município de Petrópolis, pela rede de urgência e emergência. <<http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/566-2017/julho/5112-deliberacao-cib-n-4-623-de-06-de-julho-de-2017.html>>. Acesso em: 29 nov. 2017.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Edital de Convocação Pública nº 03/2015. Termo de referência – Leitos de internação em cuidados prolongados. **Diário Oficial do Município**, Rio de Janeiro, RJ, 14 abr. 2015. p. 58.

RODRIGUEZ, C. et al. Gobernanza y salud: significado y aplicaciones en América Latina. **Rev. Salud Pública**, Bogotá, v. 12, supl. 1, 2010.

SANTOS, F.P.; MERHY, E.E. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 10, n. 19, p. 25-41, 2006.

SANTOS, M.C. et al. O processo comunicativo no serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU-192). **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 69-76, 2012.

SANTOS, J.S. et al. Clinical and regulatory protocol for the treatment of jaundice in adults and elderly subjects: a support for the health care network and regulatory system. **Acta Cir. Bras.**, São Paulo, v. 23, supl. 1, p. 133-142, 2008.

SANTOS, R.S.; MELO, E.C.P. Mortalidade e assistência oncológica no Rio de Janeiro: câncer de mama e colo uterino. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 410-416, 2011.

SCHULL, M.J.; SZALAI, J.P.; SCHWARTZ, B. et al. Emergency department overcrowding following systematic hospital restructuring: trends at twenty hospitals over ten years. **Acad Emerg Med**. 8:1037-43, 2001.

SERRA, C.G.; RODRIGUES, P.H.A. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3579-3586, 2010.

SICILIANI, L.; HURST, J. Explaining Waiting Times Variations for Elective Surgery Across OECD Countries. **OECD Health Working Papers**, No. 7, OECD Publishing, Paris. 2003

SICILIANI, L.; STANCIOLE, A.; JACOBS, R. Do waiting times reduce hospital costs? **Journal of Health Economics**. 28: 771–780, 2009.

SICILIANI, L.; BOROWITZ, M.; MORAN, V. (eds.). Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works? **OECD Health Policy Studies**, OECD Publishing. 2013.

SILVA, P.L.B. Serviços de Saúde: o dilema do SUS na nova década. **São Paulo Perspec.**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 69-85, Mar, 2003.

SILVA, J.G. et al. Atendimento pré-hospitalar móvel em Fortaleza, Ceará: a visão dos profissionais envolvidos. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 591-603, 2009.

SILVA, M.V.S. et al. Avaliação do Acesso em Saúde na 2ª Microrregião de Saúde, CE. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 107-116, 2012.

SILVA, S.A. et al. Fatores de atraso na alta hospitalar em hospitais de ensino. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 314-321, 2014.

SOARES, E.P.; SCHERER, M.D.A.; O'DWYER, G. Inserção de um hospital de grande porte na Rede de Urgências e Emergências da região Centro-Oeste. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 616-626, 2015.

SPEDO, S.M.; PINTO, N.R.S.; TANAKA, O.Y. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 953-972, 2010.

SULLIVAN, C.M. et al. Aiming to be NEAT: safely improving and sustaining access to emergency care in a tertiary referral hospital. **Aust Health Rev**. 38(5):564-74, 2014.

SUSEME - SUPERINTENDÊNCIA DE SERVIÇOS MÉDICOS - **Assistência Pública - 80 anos de história**. Secretaria da Saúde do Estado da Guanabara. Guanabara, 1972.

TORRES, S.F.S.; BELISARIO, S.A.; MELO, E.M. A Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião Norte de Minas Gerais: um estudo de caso. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 361-73, 2015.

TRALDI, M.C. et al. Demora no diagnóstico de câncer de mama de mulheres atendidas no Sistema Público de Saúde. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 185-191, 2016.

TUDELA, P. et al. La saturación en los servicios de urgencias hospitalarios. **Emergencias**. 27:113-120, 2015.

UGÁ, M.A.D.; LÓPEZ, E.M. Os hospitais de pequeno porte e sua inserção no SUS. **Ciênc saúde Coletiva**, 12(4):915-928, 2007.

VECINA NETO, G.; MALIK, A.M. Tendências na assistência hospitalar. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 12, n. 4, p. 825-839, 2007.

VIBERG, N. et al. International comparisons of waiting times in health care – Limitations and prospects. **Health Policy**. 112: 53–61, 2013.

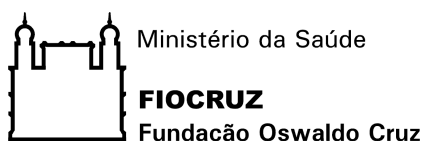
VIEGAS, S.M.F.; PENNA, C.M.M. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 181-190, 2013.

VILARINS, G.C.M.; SHIMIZU, H.E.; GUTIERREZ, M.M.U. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 640-647, 2012.

WALTERS, E.H.; DAWSON, D.J. Whole-of-hospital response to admission access block: the need for a clinical revolution. **Med J Aust**. 191(10):561-3, 2009.

APÊNDICES

Apêndice 01 - Roteiro semiestruturado gestor



INSTRUMENTO GESTOR

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ Escola Nacional de Saúde Pública / Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP

Roteiro semiestruturado de entrevista

Data e local da entrevista:

Nome:

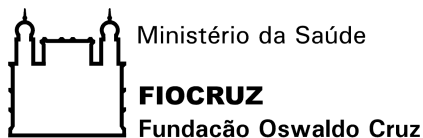
Cargo ocupado/ função:

Tempo em que está no cargo/ função:

Trajетória profissional relevante anterior ao cargo (UF, formação/atuação profissional, atuação em SMS/SES):

- 1) Como se organiza o processo de regulação de leitos no município do Rio de Janeiro?
- 2) Quais instâncias / organizações / unidades participam do processo?
- 3) Quantos e quais tipos de leitos o Estado/Município está regulando?
- 4) Quais atores você identifica como fundamentais nesse processo?
- 5) Como o profissional médico participa / influencia esse processo?
- 6) Quais outros profissionais participam do processo de regulação?
- 7) Quais elementos você identifica como facilitadores da atividade de regulação?
- 8) Quais elementos você identifica como dificultadores da atividade de regulação?
- 9) Como funciona a Central de Regulação estadual/ municipal?
 - (a) atuação
 - (b) estrutura de funcionamento
 - (c) gestão de pessoal: capacitação e contratação de profissionais
 - (d) relação com as unidades prestadoras
- 10) Qual a importância e como a regulação do acesso à assistência influencia na formação de redes de atenção em saúde?
- 11) Qual o impacto das relações intergovernamentais no processo de regulação do acesso à assistência?
- 12) Considerações finais do entrevistado.

Apêndice 02 - Roteiro semiestruturado regulador central



INSTRUMENTO REGULADOR CENTRAL

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ

Escola Nacional de Saúde Pública / Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP

Roteiro semiestruturado de entrevista

Data e local da entrevista:

Nome:

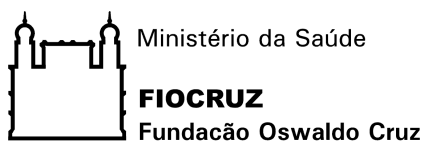
Cargo ocupado/ função:

Tempo em que está no cargo/ função:

Trajatória profissional relevante anterior ao cargo (UF, formação/atuação profissional, atuação em SMS/SES):

- 1) Como se organiza o processo de regulação de leitos no município do Rio de Janeiro?
- 2) Quais instâncias / organizações / unidades participam do processo?
- 3) Quantos e quais tipos de leitos estão sendo regulados?
- 4) Quais atores você identifica como fundamentais nesse processo?
- 5) Como o profissional médico participa / influencia esse processo?
- 6) Quais outros profissionais participam do processo de regulação?
- 7) Quais elementos você identifica como facilitadores da atividade de regulação?
- 8) Quais elementos você identifica como dificultadores da atividade de regulação?
- 9) Como funciona a Central de Regulação do/no município?
 - (a) atuação
 - (b) estrutura de funcionamento
 - (c) gestão de pessoal: capacitação e contratação de profissionais
 - (d) relação com as unidades prestadoras
- 10) Qual a importância e como a regulação do acesso à assistência influencia na formação de redes de atenção em saúde?
- 11) Qual o impacto das relações intergovernamentais no processo de regulação do acesso à assistência?
- 12) Considerações finais do entrevistado.

Apêndice 03 - Roteiro semiestruturado regulador local



INSTRUMENTO REGULADOR LOCAL

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ

Escola Nacional de Saúde Pública / Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP

Roteiro semiestruturado de entrevista

Data e local da entrevista:

Nome:

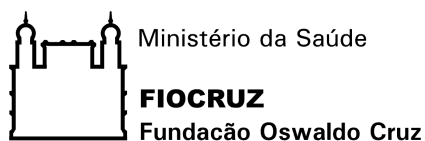
Cargo ocupado/ função:

Tempo em que está no cargo/ função:

Trajetória profissional relevante anterior ao cargo (UF, formação/atuação profissional, atuação em SMS/SES):

- 1) Como se organiza o processo de regulação de leitos na sua unidade?
- 2) Quais instâncias / unidades participam do processo?
- 3) Quantos e quais tipos de leitos estão sendo regulados?
- 4) Quais atores você identifica como fundamentais nesse processo?
- 5) Como o profissional médico participa / influencia esse processo?
- 6) Quais outros profissionais participam do processo de regulação?
- 7) Quais elementos você identifica como facilitadores da atividade de regulação?
- 8) Quais elementos você identifica como dificultadores da atividade de regulação?
- 9) Como funciona o NIR da sua unidade?
 - (a) atuação
 - (b) estrutura de funcionamento
 - (c) gestão de pessoal: capacitação e contratação de profissionais
 - (d) relação com outras unidades internas e externas
- 10) Qual a importância e como a regulação do acesso à assistência influencia na formação de redes de atenção em saúde?
- 11) Qual o impacto das relações intergovernamentais no processo de regulação do acesso à assistência?
- 12) Considerações finais do entrevistado.

Apêndice 04 - Termo de consentimento livre e esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **"REGULAÇÃO ASSISTENCIAL: UM OLHAR A PARTIR DAS URGÊNCIAS"**, desenvolvida por **Mariana Teixeira Konder**, aluna de Doutorado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Pesquisadora Dra. **Gisele O'Dwyer**.

O estudo proposto tem por objetivo analisar a organização e o funcionamento da regulação assistencial na rede de urgência e emergência do município do Rio de Janeiro, tendo em vista a conformação de redes de atenção à saúde

A sua seleção para participação se deve à sua atuação como gestor e/ou profissional de saúde do sistema de saúde do município do Rio de Janeiro.

Você poderá se recusar a participar ou desistir de participar da pesquisa a qualquer tempo, sem prejuízo para a sua relação com as pesquisadoras ou com a ENSP/FIOCRUZ. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Todas informações por você prestadas serão confidenciais e o material será armazenado em local seguro. Os nomes dos entrevistados não serão vinculados às informações, porém os cargos dos entrevistados poderão ser mencionados, havendo o risco de identificação indireta do entrevistado em função do cargo que ocupa.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista às pesquisadoras do projeto. Este estudo implica apenas na disponibilidade de tempo para conceder a entrevista. Caso você esteja de acordo, a entrevista poderá ser gravada para transcrição posterior, visando facilitar o processamento do material. Entretanto, você pode solicitar às pesquisadoras que não gravem ou que interrompam a gravação a qualquer momento durante a realização da entrevista. A duração da entrevista é de aproximadamente uma hora.

As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e sua orientadora. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP.

Sua colaboração nesta pesquisa significará imensa contribuição para a compreensão da política e da rede de urgência e emergência no Rio de Janeiro e no Brasil e fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

Os resultados dessa pesquisa serão divulgados por meio da tese de doutorado e da elaboração de artigos científicos. Os resultados poderão ser apresentados ou enviados para os entrevistados, caso seja de seu interesse.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar à pesquisadora informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste termo.

Este termo é redigido em duas vias, sendo uma para o participante e outra para o pesquisador.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Tel e Fax: (21) 25982863

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde

Rua: Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar - Sala 401 – Centro - Cep - 20031-040

site: www.prefeitura.rio/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa

e-mail: cepsms@rio.rj.gov.br / cepsmsrj@yahoo.com.br

Telefone: 2215-1485

Pesquisadora responsável: Mariana Teixeira Konder

Tel: (21) 99676-2251

e-mail: marianakonder@gmail.com

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Autorizo a gravação da entrevista: () SIM () NÃO

Assinatura do participante: _____

Nome do participante: _____

Rio de Janeiro, ____ / ____ / _____

Apêndice 05 – Banco de dados hospitalar estadual, federal e universitário

CNES	Esfera Adm	Nome	OSS	Caracterização		Atendimento			Inf. Gerais		Equipamentos								Leitos CIR				Leitos CM				Leitos UTI I		Leitos UTI II		Leitos UTI III		Leitos UI						
				Tipo estabelecimento	Gestão	Urgência	SEH	STI	TC	RM	US	Doppler	ECO	HD	EDA	CAT	Bronco	Uro	jul/07	mai/16	ago/17	Espec.	jul/07	mai/16	ago/17	Espec.	jul/07	ago/17	jul/07	ago/17	jul/07	ago/17	jul/07	ago/17					
2298724	E	SES RJ HOSPITAL ESTADUAL ANCHIETA	Pro Saude	Hospital geral	Estadual	Não	Não	Não	N	N	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	50	0	0	0	0	63	63	Clinica Geral	0	0	0	0	-	-	0	0
2273411	E	SES RJ HOSPITAL ESTADUAL CARLOS CHAGAS		Hospital geral	Estadual	S	S	Não	S	N	S	N	S	S	S	N	S	N					99	39	41	Gastro; CG; Gineco; Plast; BMF (tinha Ort em 2007)	35	60	59	Clinica Geral	6 (+2 iso)	6 (+1 iso)	0	10 (Não SUS)	-	-	0	25	
7516800	E	SES RJ HOSPITAL ESTADUAL EDUARDO RABELLO		Hospital geral	Estadual	Não	Não	Não	N	N	S	S	N	N	N	N	N	N					x	0	0	-	x	120	120	Geriatria	x	0	x	0	-	-	x	8	
2270234	E	SES RJ HOSPITAL ESTADUAL GETULIO VARGAS	Pro Saude	Hospital geral	Estadual	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	N	N	S					158	148	148	Uro; Tx; Ort; CG; BMF; Plast; NC (em 2007 atualis + ORL, Gineco, Gastro)	31	68	68	Clinica Geral (em 2007 Cardio, AIDOS e Geriatria)	8 (+2 iso)	0	0	37	-	-	0	10	
2269775	F	MS HOSPITAL DE IPANEMA		Hospital geral	Federal	não	não	S	S	N	S	S	S	S*	S	N	S	S					94	94	93	ORT(10); NC (4), CG(41), Plástica (6); OFT (2); Gineco (16); Uro (10); BMF (2); ORL (2)	25	22	22	Clinica Geral (Tinha cardio em 2007)	5	10	-	-	-	-	-	-	
2295423	F	MS HOSPITAL FEDERAL CARDOSO FONTES		Hospital geral	Federal	S	S	N	S	N	S	S	S	S	S	N	S	S					64	78	78	Uro (18); CG (37); Gastro (10); Gineco (13) (tinha Torax em 2007)	33	56	56	Clinica Geeral (28), Pneumo (14), Nefro (7), Cardio (7)	13 (+4iso)	8	-	9 (Não SUS)	-	-	9	-	
2273659	F	MS HOSPITAL FEDERAL DA LAGOA		Hospital geral	Federal	não	não	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S					112	68	72	CG (8), Tx (4), Gineco (6), Uro (8), ORL (8), OFT(5), Cardio (8), Gastro (2), Plástica (4), ORT (7), NC (6), Onco (6)	73	69	80	Clinica Geral (54), Hemato (2), Onco (8), Neuro (4), Cardio (10), Nefro (2) (tinha pneumo em 2007)	17	-	-	18	-	-	-	-	
2269384	F	MS HOSPITAL FEDERAL DO ANDARAÍ		Hospital geral	Federal	S	S	S	S	N	S	S	S	N	S	N	S	S					154	173	174	CG (68); Tx (8); NC (22); ORL (6); Uro (18); ORT (30); Plast (10); Gineco (12)	66	77	87	Clinica Geral (51); Hemato (8); Cardio (18); Pneumo (10)	28	16 (+4 de UTQ)	-	-	-	-	8	-	
2269880	F	MS HOSPITAL GERAL DE BONSUCESSO		Hospital geral	Federal	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S					197	196	156	NC (15); Transplante (13); Onco (19); CG (34); Uro (22); ORT (21); Gineco (12); Cardio (10); Gastro (5); Tx (5); BMF, ORL, OFT e Plast sem leito definido	127	83	80	Clinica Geral (31); Pneumo (6); Cardio (18); Nefro (16); Hemato (9) (tinha AIDOS e Onco em 2007)	17 (+2 de iso)	-	-	17 (+14 de UCO)	-	-	-	-	
2269988	F	MS HSE HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO		Hospital geral	Federal	Não	Não	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S					178	255	197	Uro (17); OFT (14); ORL (15); BMF (3) Plast (9); ORT (20); Tx (6); Cardio (2) CG (39); Gastro (16); NC (11); Gineco (25) (tinha Endocrino e Onco em 2007)	93	138	129	Clinica Geral (61); Onco (1); Cardio (21); AIDOS (30); Neuro (16); Nefro? (tinha Pneumo, Hansenologia, Geriatria; Doonato e Hemato)	12	12	10	14	-	-	-	14	
2269783	UE	UERJ HOSPITAL UNIV PEDRO ERNESTO		Hospital geral	Estadual	Não	Não	Não	S	S	S	S	S	S	N	N	S	S					242	97	104	Gineco (16); Tx (19); CG (33); Uro (20); NC (6); Plast (8); ORL ?; OFT ?; Transplante (2) (tinha Cardio; Onco; gastro; Orto e BMF.)	157	93	113	Neuro (6); Cardio (21); Nefro (14); Clinica Geral (68); Hemato (4) (tinha Dermato; Pneumo e Neuro em 2007)	29	-	29	-	-	29	3	6	
2280167	UF	UFRJ HOSPITAL UNIVERSITARIO CLEMENTINO FRAGA FILHO		Hospital geral	Federal	S	S	Não	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S					189	101	96	BMF (2); Cardio (6); Gineco (5); Endocrino (4); CG (26); Onco (2); ORL (4); Plast (4); Tx (5); NC (6); Uro (6); ORT (12); Gastro (10); OFT (2); Transplante (2)	149	114	128	Hansenologia (2); AIDOS (9); Dermato (4); Onco (2); Hemato (10); Neuro (6); Pneumo (9); Clinica Geral (61); Nefro (13); Cardio (12); Geriatria ? Hemato (2); Onco (5); Dermato (2); Geriatria (3); Pneumo (4); AIDOS (20); Cardio (8); Clinica Geral (17); Neuro (1); Nefro (9) (tinha Neuro; Hansenologia em	27	-	35 (+12 de iso)	4 (+18 de iso)	-	-	31	4	-
2295415	UF	HOSPITAL UNIVERSITARIO GAFFREE E GUINLE		Hospital geral	Federal	Não	Não	Não	S	N	S	S	S	S	N	N	S	S					134	94	94	OFT (3); Gineco (13); ORT (12); Gastro (6); CG (19); ORL (4); NC (5); Onco (4); Endocrino (6); Uro (15); Plast (2); Tx (5) (tinha Uro em 2007)	94	75	75		12	3	-	5	-	-	8	-	

Apêndice 06 – Banco de dados hospitalar municipal

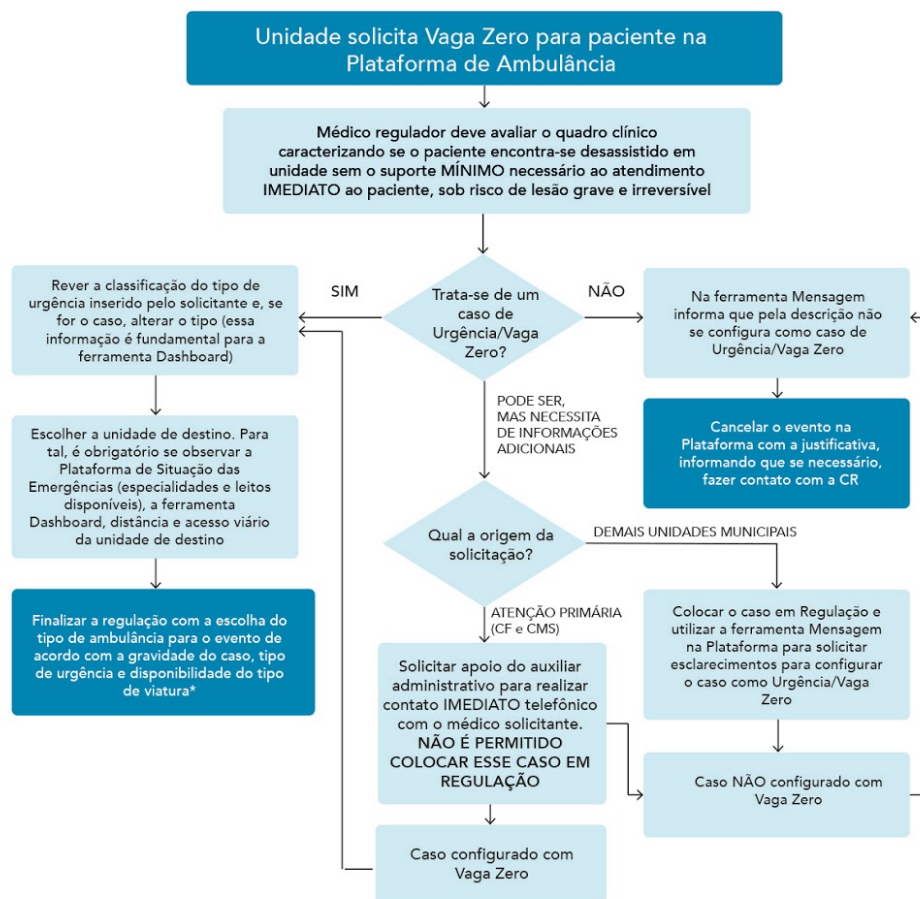
CNES	Esfera Adm	Nome	OSS	Caracterização		Atendimento		Inf. Gerais		Equipamentos										Leitos CIR				Leitos CM				Leitos UTI I		Leitos UTI II		Leitos UTI III		Leitos UI	
				Tipo estabelecimento	Gestão	Urgência	SEH	STI	TC	RM	US	Doppler	ECO	HD	EDA	CAT	Bronco	Uro	jul/07	mai/16	ago/17	Espec.	jul/07	mai/16	ago/17	Espec.	jul/07	ago/17	jul/07	ago/17	jul/07	ago/17	jul/07	ago/17	
2269481	M	SMS HOSPITAL MUNICIPAL DA PIEDADE AP 32		Hospital geral	Municipal	Não	Não	S	N	N	S	N	N	S	S	N	S	S	65	56	56	CG; Uro; Gineco	43	46	50	Clínica Médica (40); AIDS (6); Pneumo sanitária (4)	5	10	-	-	-	-	4 (+1 iso)	-	
7166494	M	SMS HOSPITAL MUNICIPAL EVANDRO FREIRE AP 31	CEJAM	Hospital geral	Municipal	Não	Não	S	S	N	N	N	S	N	S*	S	N	S	-	18	18	CG (9); Ort (9)	-	53	55	Clínica Geral (40); Saúde Mental (15)	-	-	-	20 (10 Não SUS)	-	-	-	0 (tinha 10)	
2291266	M	SMS HOSPITAL MUNICIPAL FRANCISCO DA SILVA TELLES AP 3 3		Hospital geral	Municipal	S	S	N	N	N	N	S	S	S*	S	N	N	N	16	16	16	CG (12); Gineco (4)	40	40	37	Clínica Geral (36); Pneumo sanitária (1)	7	-	-	-	-	-	-		
2270609	M	SMS HOSPITAL MUNICIPAL LOURENCO JORGE AP 40		Hospital geral	Municipal	S	S	S	S	N	N	S	S	N?	S	N	N	N	56	59	90	Ort(49); Cardiologia (10);	39	21	13	Clínica Geral	13 (+5 iso)	13	-	-	-	-	8	9	
2270269	M	SMS HOSPITAL MUNICIPAL MIGUEL COUTO AP 21		Hospital geral	Municipal	S	S	Não	S	Não	S	S	S	S*	S	N	N	N	218	165	164	CG (46); Ort (65); BMF (4); NC (24); Cardio (25)	92	51	51	Clínica Geral (33); Cardiologia (18)	15	-	10	15 (5 Não SUS)	-	-	-	7	12
2270056	M	SMS HOSPITAL MUNICIPAL PAULINO WERNECK AP 31		Hospital geral	Municipal	Não	N	N	N	N	N	S	N	N	N	N	N	N	14	-	-	(tinha CG; Ort; Gineco em 2007)	10	40	40	Clínica Geral	-	-	-	-	-	-	3	-	
6995462	M	SMS HOSPITAL MUNICIPAL PEDRO II AP 53	SPDM	Hospital geral	Municipal	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	N	S	N	-	85	80	30; Ort (34); BMF (1); NC	-	90	85	Clínica Geral (56); Saúde Mental (19); Queimado (10)	-	-	-	34	-	-	-	-	
2273349	M	SMS HOSPITAL MUNICIPAL RAPHAEL DE PAULA SOUZA AP 40		Hospital geral	Municipal	Não	Não	Não	N	N	S	S	N	N	S	N	S	N	18	1	1	CG (tinha Gineco em 2007)	60	16	46	AIDS (38); Isolamento (4); Penumo sanitária (4)	-	-	-	-	-	-	-	-	
2295407	M	SMS HOSPITAL MUNICIPAL ROCHA FARIA	IABAS	Hospital geral	Municipal	S	S	Não	S	N	S	S	S	N?	S	N	N	N	91	71	30	CG (10); Ort (20)	40	64	48	Clínica Geral	16	-	3 (+2 iso)	16	-	-	-	-	
2273489	M	SMS HOSPITAL MUNICIPAL ROCHA MAIA AP 2 1		Hospital geral	Municipal	S	Não	Não	N	N	S	N	S	N	N	N	N	N	-	-	-	-	31	16	23	Clínica médica (22); Pneumo sanitária (1)	-	-	-	-	-	-	-	-	
5717256	M	SMS HOSPITAL MUNICIPAL RONALDO GAZOLLA AP 33	Viva Rio	Hospital geral	Municipal	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	N	S	N	-	36	20	CG	-	124	139	Clínica médica (124); saúde mental (15)	-	-	-	18	-	-	-	10	
2296306	M	SMS HOSPITAL MUNICIPAL SALGADO FILHO AP 32		Hospital geral	Municipal	S	S	S	S	N	N	S	S	S	S	N	N	N	159	152	175	Cardio (40); ORT (51); BMF (4); Gineco (14); NC (33); CG (33)	82	67	66	Clínica Geral (40); Cardiologia (26)	-	-	16	16 (+1 de iso)	-	-	-	32	13
2280183	M	SMS HOSPITAL MUNICIPAL SOUZA AGUIAR AP 10		Hospital geral	Municipal	S	S	S	S	N	N	S	N	S	S	N	S	S	239	191	216	Cardio (36); ORT (46); BMF (4); NC (32); CG (30); Tx (6); ORL (8); Uro (32); OFT (9); Plast (13)	67	50	63	Clínica Médica (52); Cardio (10); AIDS (1)	21	12	21 (+6 de iso)	21 (+1 de iso)	-	-	-	11	-
2273187	M	SMS HOSPITAL MUNICIPAL ALVARO RAMOS AP 40		Hospital especializado	Municipal	Não	Não	Não	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	-	-	-	-	70	57	48	Clínica Geral (34); Reabilitação (14)	-	-	-	-	-	-	-	-	
2270242	M	SMS HOSPITAL MUNICIPAL BARATA RIBEIRO AP 1 0		Hospital especializado	Municipal	Não	Não	Não	Não	N	N	N	N	N	N	N	N	N	69	63	49	Ort (30); Plast (19)	2	1	15	Clínica Geral	-	-	-	-	-	-	4	0	

ANEXOS

Anexo 01 – Fluxograma Vaga Zero



FLUXOGRAMA VAGA ZERO



* O DISPARO DE AMBULÂNCIAS

A otimização do limitado recurso das ambulâncias faz parte do escopo do trabalho do médico regulador, o profissional com maior capacidade para identificar e estabelecer conforme prioridade o atendimento em segurança, no menor tempo possível, para a unidade mais próxima com capacidade de atender a demanda de urgência e liberar a ambulância para novos procedimentos. Para tal, o contato com os profissionais da Central de Ambulância e posteriormente com os da unidade solicitante são fundamentais para ver a disponibilidade da ambulância que atenda mais adequadamente as demandas.

AMBULÂNCIA BÁSICA: normalmente com maior disponibilidade para atendimento imediato, possui macro e pode levar e trazer de volta o médico da unidade solicitante.

AMBULÂNCIA AVANÇADA/NEO: para pacientes graves, dependentes de prótese, medicação em bomba ou alto risco de piora clínica para local distante. Avaliar tempo de atendimento e contato com o setor de ambulância e colega na unidade solicitante a fim de estabelecer o risco entre disponibilidade de avançada e tempo de assistência.

CEGONHA CARIOCA: para pacientes em trabalho de parto de baixo risco ou indicação clínica de interrupção a termo, sendo referenciada exclusivamente para a referência cegonha da unidade ou da paciente.

Fonte: <http://complexoreguladorsmsrio.blogspot.com.br/2017/05/central-de-regulacao-de-urgencia-e.html>

Anexo 02 – Interface SISREG

SISREG
SISTEMA NACIONAL DE REGULAÇÃO

Versão: 3.4.14774

LOGIN

Operador:

Senha :

entrar

O QUE É O SISREG III?

Sistema on-line, criado para o gerenciamento de todo complexo regulatório indo da rede básica à internação hospitalar, visando a humanização dos serviços, maior controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos.

Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas

SUS+ MINISTÉRIO DA SAÚDE BRASIL

Fonte: <http://sisregiiirj.saude.gov.br>

Anexo 03 – Interface Plataforma SMS-Rio

The screenshot displays the web interface of the SMS-Rio platform. At the top, there is a header with the logo of the Prefeitura do Rio de Janeiro and the text 'Secretaria Municipal de Saúde'. Below the header is a navigation bar with links for 'Logar', 'Inicial', 'Painel', and 'Urgencia e Emergencia'. The main content area features a large background image of a harbor with many sailboats and a prominent mountain in the background. Overlaid on this image is a dark blue box with white text titled 'Painel de Sistemas da SMSRio'. The text in the box provides information about the platform, including its purpose, target audience, users, and contact information for support.

Painel de Sistemas da SMSRio

Do que se trata?
O Painel de Sistemas da SMSRio é uma aplicação desenvolvida pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro para a rede de atenção à Saúde do Município do Rio de Janeiro.

Para quem se destina?
Esta plataforma se destina às Unidades Hospitalares das Esferas Municipal, Estadual e Federal.

Quem pode utilizar?
Todos os profissionais da rede hospitalar e a Central de Regulação Municipal.

Como utilizar?
Os sistemas de interesse dos usuários nesse perfil estarão disponibilizados na barra de navegação acima. Para tanto o usuário deve ter cadastro no sistema. Para se cadastrar basta acessar [cadastrar](#) e preencher os dados.

E se tiver dúvidas?
Para mais informações pode acessar o e-mail suporte.smsrio@gmail.com ou através do **telefone (21) 3806-0700, ramal: 269**.

SMSRIO- Todos os direitos reservados - 2017 ©Copyright

Fonte: <https://smsrio.org/painel/include/inicial.php>

Anexo 04 – Interface Sistema Estadual de Regulação



SER
Sistema Estadual de Regulação

Usuário

Senha

Entrar

Fonte: <http://201.90.53.53:8080/ser/login>