Universidade de São Paulo
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – SP
Programa de Pós-Graduação - Doutorado em Saúde Pública

Danilo Carvalho Oliveira

**Avaliação do Componente Hospitalar da Rede de Urgências e Emergências_RUE em
Duas Unidades da Federação**

Ribeirão Preto – SP

Novembro/2020

Universidade de São Paulo
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – SP
Programa de Pós-Graduação - Doutorado em Saúde Pública

Danilo Carvalho Oliveira

**Avaliação do Componente Hospitalar da Rede de Urgências e Emergências_RUE em
Duas Unidades da Federação**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação / Doutorado
em Saúde Pública, da Faculdade de Medicina de Ribeirão
Preto da Universidade de São Paulo, para defesa e obtenção do
título de Doutor em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Pazin
Filho

Ribeirão Preto – SP

Novembro/2020

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Oliveira, Danilo Carvalho

Avaliação do Componente Hospitalar da Rede de Urgências e Emergências_RUE em Duas Unidades da Federação. Ribeirão Preto, 2020.

67 p.: il.; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Saúde Pública.

Orientador: Pazin Filho, Antônio.

1. Medicina de Emergência 2. Organização & administração. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Avaliação de Programas e instrumentos de pesquisa. 5. Hospitais.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Danilo Carvalho Oliveira

Avaliação do Componente Hospitalar da Rede de Urgências e Emergências_RUE em Duas Unidades da Federação

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação / Doutorado
em Saúde Pública, da Faculdade de Medicina de Ribeirão
Preto da Universidade de São Paulo, para defesa e obtenção do
título de Doutor em Saúde Pública.

Aprovado em: ____/____/____.

Prof. Dr.

Instituição:

Assinatura: _____

Prof. Dr.

Instituição:

Assinatura: _____

Prof. Dr.

Instituição:

Assinatura: _____

Prof. Dr.

Instituição:

Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a Deus criador do universo e fonte de inspiração e vida para tudo que conquistamos aqui na terra . Tudo posso naquele que me fortalece.

Dedico este trabalho a meu pai (Francisco Tomaz) , meus irmãos (James e Junior), meus sobrinhos(Ruan, Ian e Calebe) , minha cunhada (Priscila) e em especial a minha mãe (Mariinha) pelas longas conversas diárias ao telefone e que me ajudaram neste ano tão difícil que a pandemia nos impôs o distanciamento social. Estávamos afastados fisicamente mais juntos em espírito e coração.

Dedico esta tese ao meu orientador, irmão , amigo o Prof. Dr. Antonio Pazin Filho que fez o possível para que este momento fosse possível. Pazin jamais esquecerei seu esforço para que eu me tornasse doutor em Saúde Pública , inclusive aceitando se tornar meu orientador pontual no departamento de medicina social. Obrigado por existir.

Dedico também a minha amiga e irmã Claudia Canabrava que esteve comigo em todos os momentos do doutorado me ajudando sempre. Serei eternamente grato minha amiga você mora no meu coração .

Ao grupo de amigos de whats app de Brasília intitulado “ El Fuxico” composto por Ana Patricia/Paty, Ana Marta, Amanda/Anitta, Cristina /Cris, Diego/Sansaozinho , Juliana/ Codozinha, Eliane/Lili, Liana/Surrão, Maura /Maurinha, vocês tornaram meus dias mais leves e sempre contribuíram com palavras de animo nos momentos difíceis.

Dedico também a meus amigos Fábio Jonner, Lina Alencar, André Mascaro, Andreia, Ariellen e Adalberto sempre presentes e lado a lado, vocês são a prova viva que os amigos são a família que nos foi dado o privilegio de escolher.

AGRADECIMENTOS

“Agradeço a FMRP e ao HCFMRP-USP por ser o grande palco desta conquista e realização deste sonho. ”

“ Agradeço aos docentes do Programa de Pós Graduação em Saúde Pública pelas contribuições e a equipe da secretaria do programa em nome da Paula que não mediu esforços para apoiar em tudo que foi preciso.”

“Agradeço a CAPES por acreditar e possibilitar a difusão do conhecimento e da ciência por meio dos seus importantes mecanismos de financiamento.”

“Agradeço aos Hospitais da RUE , Gestores dos Estados de Roraima e Distrito Federal em especial a Luzia pelo apoio incondicional em todas as etapas deste trabalho.”

ABREVIATURAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral
DF	Distrito Federal
DRS	Departamento Regional de Saúde
FAMEMA	Faculdade de Medicina de Marília
FOFA	Forças Oportunidades, Fraquezas, Ameaças
GM	Gabinete do Ministro
HCFMRP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
HOSP/RUE_SUS	Componente hospitalar da Rede de Urgências e Emergências do SUS
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
MS	Ministério da Saúde
NAQH	Núcleo de Acesso a Qualidade Hospitalar
NIR	Núcleo Interno de Regulação
PAR	Plano de Ação Regional
RR	Roraima
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
UF	Unidade da Federação
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Matriz Avaliativa do componente hospitalar da RUE	16
Figura 2	Matriz FOFA de fatores contextuais da análise de implantação do componente hospitalar da RUE, no Distrito Federal e em Roraima	27

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1	Caracterização dos hospitais participantes da pesquisa	18
Quadro 2	Grau de implantação segundo dimensão e eixos do Componente Hospitalar da RUE, no universo de hospitais de Roraima e do Distrito Federal que aderiram à política.	20
Quadro 3	Análise dos Mecanismos de Gestão da Clínica nas dimensões de Porta de Entrada, enfermaria de Retaguarda Clínica e nas unidades de Terapia Intensiva e duas unidades da federação. Brasil, 2020.	22
Quadro 4	Análise dos dispositivos de inserção na rede de governança clínica nas dimensões de Porta de Entrada, enfermaria de Retaguarda Clínica e nas unidades de Terapia Intensiva e duas unidades da federação. Brasil, 2020.	25

SUMÁRIO

Apresentação	09
Produto 01 - Artigo: Avaliação do Componente Hospitalar da Rede de Urgências e Emergências_RUE em Duas Unidades da Federação	10
Resumo	11
Abstract	12
Introdução	13
Metodologia	15
Método do Estudo	15
População	17
Coleta e Análise dos dados	19
Aspectos Éticos	19
Resultados	19
Classificação de Risco	20
Mecanismos de Gestão da Clínica	21
Inserção em Rede e Governança Ampliada	24
Procedimentos Administrativos	26
Discussão	27
Conclusões	32
Sugestão para Trabalhos Futuros	32
Referências	33
Produto 02- Manual de Avaliação do Componente Hospitalar da Rede de Urgências e Emergências- RUE	35
Apêndice 1 – Roteiro para Entrevista Semi-Estruturada	53
Apêndice 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	54
Anexo 1 – Portaria 2395/2011	56

Apresentação

Trata-se da apresentação da tese de doutorado para o Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para defesa e obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Esta tese está composta em dois produtos: 1) Artigo ‘Avaliação do Componente Hospitalar da Rede Urgência e Emergência - RUE em Duas Unidades da Federação’ e 2) Manual de aplicação da Matriz de Avaliação.

O produto 1 da tese considerou a Resolução CoPGr nº 7751, de 13 de junho de 2019, DOE 14/06/2019, que trata do novo Regulamento do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – FMRP, com opção de apresentação escrita para o Doutorado no formato de um artigo científico relacionado ao projeto de pesquisa do aluno.

E no produto 2 apresenta-se o Manual de aplicação da Matriz de Avaliação do Componente Hospitalar da Rede de Urgências e Emergências- RUE, considerando-se, especialmente, a expertise do autor em sua elaboração e aplicação, bem como a importância de sua disseminação, tanto para aplicação por outros interessados, quanto para o aperfeiçoamento dos dispositivos do componente hospitalar da Rede de Urgência e Emergência.

Ambos os produtos são inéditos e foram aperfeiçoados a partir das sugestões e análises da banca examinadora de Qualificação, ocorrida aos 22 de outubro de 2020.

Constata-se o quão importante e desafiador são as questões envolvidas no processo de implantação do componente hospitalar da Rede de Urgência e Emergência e de seu monitoramento e avaliação, na perspectiva da melhoria do acesso e da qualidade da assistência prestada no Sistema Único de Saúde (SUS) neste nível de atenção.

Esta tese apresenta, não apenas a variedade e complexidade de resultados e dos fatores contextuais mas, sobretudo, contribui na ampliação e aprofundamento das práticas avaliativas da implantação do componente hospitalar da Rede de Urgências e Emergências-RUE/SUS.

PRODUTO 1 – Artigo ‘Avaliação do Componente Hospitalar da Rede Urgência e Emergência - RUE em Duas Unidades da Federação’

Artigo

Avaliação do Componente Hospitalar da Rede Urgência e Emergência - RUE em Duas Unidades da Federação

Resumo

Introdução: À época da implantação da Rede de Urgência e Emergência, 2011, a superlotação das urgências motivou, sobretudo, a discussão de protocolos de acolhimento e classificação de risco, a adoção de mecanismos de gestão da clínica e a ampliação e qualificação de leitos de UTI e retaguarda. Não houve, no entanto, proposta de indicadores de avaliação e acompanhamento. **Objetivo:** Avaliar o Componente Hospitalar da RUE nas dimensões de ‘porta de entrada’, ‘enfermarias de retaguarda clínica’ e ‘de unidades de terapia intensiva’, em 10 hospitais de duas unidades federativas, Roraima (n=2) e Distrito Federal (n=8). **Métodos:** Trata-se de uma análise de implantação do tipo I, com elaboração de matriz avaliativa previamente validada, aplicada em visitas *in loco* e realização de entrevistas semiestruturadas aos gestores hospitalares. **Resultados:** Num escopo geral, a implantação da RUE não obteve êxito nas duas unidades federativas avaliadas, alcançando grau *não implantado*, *insatisfatório* ou *intermediário* na maioria dos hospitais pesquisados: ‘porta de entrada’ (87,5%), ‘leito de retaguarda clínica’ (50%); e, ‘leito de UTI’ (70%). Dentre os produtos avaliados com os piores resultados estão: a ausência de gerenciamento da classificação de risco e de protocolos assistências; a não implantação dos núcleos internos de regulação; do núcleo de acesso à qualidade hospitalar; da ferramenta kanban; de estratégias da educação permanente; e, ausência de auditoria do gestor local. Dentre os fatores contextuais observou-se: falta de capacitação para gestão; rotatividade na gestão dos hospitais; falta de protagonismo do grupo condutor da rede de urgência e emergência, falta de monitoramento do órgão financiador da política (Ministério da Saúde) e insuficiência de recursos financeiros de investimento, tanto para ‘porta de entrada’ quanto para ampliação de leitos de UTI. **Conclusão:** Considera-se que o maior desafio de implantação da RUE é a inserção de sua proposta na agenda estratégica da alta gestão dos hospitais e melhoria dos processos de contrarreferência da rede, alicerçados em processos de monitoramento, avaliação e auditoria.

Descritores: Medicina de Emergência/Organização & administração; Sistema Único de Saúde; Avaliação de Programas e instrumentos de pesquisa; Hospitais.

Evaluation of the Hospital Component of the Urgency and Emergency Network_RUE in Two Units of the Federation

Abstract

Introduction: At the time of the establishment of the Urgency and Emergency Network, 2011, the overcrowding of urgencies motivated, above all, the discussion of reception protocols and risk classification, the adoption of clinic management mechanisms and the expansion and qualification of hospital beds. ICU and rear. **Objective:** To evaluate the Hospital Component of the RUE in the dimensions of 'entrance door', 'clinical rear wards' and 'intensive care units', in 10 hospitals in two federative units, Roraima (n = 2) and Distrito Federal (n = 8). **Methods:** This is a type I implantation analysis, with the elaboration of an evaluative matrix, applied in on-site visits and semi-structured interviews with hospital managers. **Results:** In a general scope, the implementation of the RUE was not successful in the two federated units evaluated, reaching an *not implanted*, *unsatisfactory* or *intermediate* level in most of the hospitals surveyed: of 'entrance door' (87,5%), 'clinical rear wards' (50%) and 'intensive care units' (70%). Among the products evaluated with the worst results are: the absence of risk classification management and assistance protocols; the non-implantation of internal regulation nuclei; the core of access to hospital quality; the kanban tool; permanent education strategies; and, lack of audit by the local manager. Among the contextual factors, it was observed: lack of management skills; hospital management turnover; lack of protagonism by the group leading the urgency and emergency network, lack of monitoring by the policy's funding body (Ministry of Health) and insufficient financial resources for investment, both for the 'gateway' and for the expansion of ICU beds. **Conclusion:** It is considered that the biggest challenge of implementing the RUE is the insertion of its proposal in the strategic agenda of the top

Key Words: Emergency Medicine/organization & administration; Unified Health System; Evaluation of Research Programs and Tools; Hospitals

Introdução

É fato que há no Brasil uma situação desfavorável e inquietante nos serviços de urgência e emergência do Sistema Único de Saúde (SUS), seja por uma crise de acesso e da organização da oferta, com superlotação nos serviços, muitas vezes ofertados de forma reativa e episódica e em pontos de atenção isolados e não articulados; seja, pelo tempo de espera dilatado, agravamento dos quadros clínicos e aumento do risco de mortalidade, com flexibilidade nos padrões de atendimento, fragmentação do cuidado e comprometimento de sua continuidade¹.

Para enfrentamento destas questões, em julho de 2011, o Ministério da Saúde (MS) reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências criada em 2003 e instituiu a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (RUE/SUS), por meio da Portaria GM/MS nº 1.600².

Vários dispositivos organizacionais compõem a RUE no SUS, quais sejam: atenção básica, domiciliar e hospitalar, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Unidades de Pronto-Atendimento (UPA), Força Nacional do SUS e salas de estabilização. Dentre estes se destacam os serviços hospitalares, não só por estarem no imaginário social como recurso institucional e tecnológico de enfrentamento à ameaça de morte e de incapacidade, mas, sobretudo, pelo atendimento a 70% da atenção às urgências no SUS³.

Especificamente para o Componente Hospitalar, foi institucionalizado a Portaria GM nº 2395, de 11 de outubro de 2011. Àquela época, o desafio da superlotação das urgências e emergências motivou, sobretudo, a adequação de fluxos assistenciais por meio da implantação de protocolos de acolhimento e classificação de risco, a adoção de mecanismos de gestão da clínica e a ampliação e qualificação de leitos de UTI e retaguarda⁴. Tais iniciativas buscaram assegurar padrões de qualidade e segurança, fundamentados nas diretrizes clínicas, que garantissem ao usuário receber o cuidado certo, no lugar certo, na hora certa e durante tempo necessário⁵. Além disso, foram previstos pela mesma normativa, recursos de custeio para porta de entrada, unidades de terapia intensiva e enfermarias de retaguarda clínica, sendo recursos de investimento apenas para as duas primeiras situações.

Para implementação do componente hospitalar da RUE, foram constituídos grupos condutores pelas Secretarias Estaduais de Saúde, que com participação de representantes do Ministério da Saúde e municípios, elaborou os Planos de Ação Regional - PAR, considerando as necessidades loco regionais para qualificação e ampliação da capacidade instalada de urgência e governança e integração em rede dos serviços.

Desde então, o Ministério da Saúde investiu, entre 2011 e 2020 cerca de R\$ 2,9 bilhões em

custeio, distribuídos em todos os estados brasileiros e Distrito Federal, contemplando 360 portas hospitalares de urgências, assim como, a ampliação de 1939 leitos de UTI (adultos e pediátrico) e 7.453 novos leitos de retaguarda clínica ⁶.

Após quase 10 anos de implantação das diretrizes que buscaram organizar o componente hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no SUS permanecem os desafios de acesso e ampliação da cobertura de urgência, evidenciados pela necessidade de ampliação emergencial de mais de 11 mil leitos de UTI para o COVID-19, com investimentos de cerca de 1,6 bilhão de reais⁷.

Apesar dos critérios e processos de habilitação definidos pela RUE serem mais rígidos que as exigências estabelecidas no contexto da pandemia, a discrepância entre os números de habilitações de leitos de UTI na RUE e para o COVID-19, instiga análise mais aprofundada da implantação da RUE, tendo em vista a permanente necessidade de ampliação do acesso, garantia de atenção qualificada e integral à saúde, bem como sustentabilidade política e econômica de propostas de reorganização dos hospitais para atenção às urgências e emergências no SUS.

Em que se leve em consideração todo o esforço destacado, ainda são incipientes iniciativas de avaliação da efetividade da implantação dos mecanismos propostos que justifique o fomento provido. Estas iniciativas são embrionárias, representados em grande parte por relatórios qualitativos e desprovidas de seguimento sistemático. Em trabalho prévio, desenvolveu-se uma matriz avaliativa que se provou adequada para avaliação destes quesitos e que pode ser utilizada tanto para diagnóstico como para acompanhamento da implantação progressiva dos dispositivos propostos pela portaria^{4,8}.

Este estudo teve como objetivo avaliar o grau de implantação do componente hospitalar da Rede de Urgências e Emergências (Componente Hosp/RUE_SUS) por meio desta matriz avaliativa, no universo de 10 (dez) hospitais de duas unidades federativas - Distrito Federal e Roraima. Também foi realizada análise comparada dos graus de implantação, considerando aspectos regionais específicos e contextuais do processo de implantação do componente Hosp/RUE_SUS.

Metodologia

Método do Estudo

Trata-se de uma análise de implantação tipo 1 que aferiu o grau de implantação da intervenção e levantou seus determinantes contextuais a partir de abordagens quantitativas e qualitativas⁹.

Para a realização da presente pesquisa foi utilizada a matriz avaliativa construída e testada em estudo prévio no Departamento Regional de Saúde – DRS XIII de Ribeirão Preto – SP⁸. A matriz avaliativa baseou-se nos critérios de qualificação normatizados pela Portaria MS/GM nº 2.395/2011 e está organizada em três dimensões: ‘porta de entrada’, ‘enfermaria clínica de retaguarda’ e ‘unidade de terapia intensiva – UTI’. Para aferir o grau de implantação foi atribuída pontuação, de forma arbitrária, aos produtos esperados e constantes da matriz avaliativa, pois não há normativas para o desenvolvimento destes instrumentos que pudessem servir de base. Os valores atribuídos a cada quesito levaram em conta a ênfase na normativa específica e experiência do autor, conferindo-lhes valores que pudessem ser somados a um total de 100 (cem) pontos a cada dimensão. Procurou-se atribuir um documento comprobatório a cada item avaliado para garantir tanto a redução da variabilidade intra e inter-observador, quanto a validação objetiva do grau de implantação e a reaplicação do instrumento (Figura 01).

Nas três dimensões, foram avaliados separadamente os seguintes eixos: *classificação de risco* (exclusivo para dimensão ‘porta de entrada’), *mecanismos de gestão da clínica*; *inserção em rede e governança*; e *procedimentos administrativos*. Ao final, o grau de implantação para cada uma das dimensões e eixos foi definido em cinco níveis: não implantado (< 20%), insatisfatório (entre $\geq 20\%$ e < 40%), intermediário (entre $\geq 40\%$ e < 60%), satisfatório ($\geq 60\%$ e < 80%) e pleno ($\geq 80\%$).

Figura 1 – Matriz Avaliativa do componente hospitalar da RUE

QUALIFICAR AS PORTAS DE ENTRADA HOSPITALARES DE URGÊNCIA (PORTA) E AS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA (UTI), e, QUALIFICAR E AMPLIAR AS ENFERMARIAS CLÍNICAS DE RETAGUARDA (RETAG.)						
PRODUTOS DA IMPLANTAÇÃO		FONTE DE VERIFICAÇÃO		PONDERAÇÃO		
				PORTA 100	UTI 100	RETAG. 100
PROTOCOLOS DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO				25		
	Identificação do paciente em ambiente específico e segundo o grau de sofrimento ou de agravos à saúde e de risco de morte	Visita - Mecanismos de identificação dos pacientes classificados	12			
	Adoção de protocolo de classificação de risco com gerenciamento dos tempos preconizados	Documental: Extratificação dos dados da classificação com o perfil de acordo com protocolo adotado.	13			
MECANISMOS DE GESTÃO DA CLÍNICA				30	40	35
Qualidade	Protocolos clínico-assistenciais implantados (Protocolos IAM, AVC e Trauma) de acordo com a tipologia do hospital	Documental e Entrevista - protocolo elaborado e gerenciamento de indicadores dos respectivos protocolos	6	10	10	
	Equipe multiprofissional de forma horizontal e compatível com o porte	Documental - Escala - nº E especialidades de profissionais contratados	6			
Eficiência	Equipe de referência para responsabilização e acompanhamento dos casos implantada (horizontal para enfermária de retaguarda e para UTI tipo I e II)	Documental - Escala da equipe de referência contratada	6	10	10	
	Kanban implantado	Visita - Quadro Kanban	6	10	5	
	Núcleo Interno de Regulação – NIR implantado	Documental e Entrevista: núcleo implantado/normativa interna de funcionamento; escala de trabalho e atividades desenvolvidas	6			
	Tempo médio de permanência de no máximo 10 dias	Dados secundários: SIHSUS			5	
	Taxa de Ocupação - 90%	Dados secundários: SIHSUS		10	5	
INSERÇÃO EM REDE E GOVERNANÇA AMPLIADA				30	40	40
	Implantação da retaguarda às urgências de outros pontos de atenção de menor complexidade em sua região a partir do fornecimento de procedimentos diagnósticos, leitos clínicos, leitos de terapia intensiva e cirurgias	Documental e Dados secundários - "contratualização/pactuação"; SIA e SIHSUS para outros municípios	12			
	Fluxos de referência e contra referência com SAMU 192, UPA e com outros serviços da RAS	Documental e Entrevista - "contratualização/pactuação"; relação SAMU e NIR/Regulação Hospitalar	6			
	Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH)	Documental e Entrevista: núcleo implantado/normativa interna de funcionamento; escala de trabalho e atividades desenvolvidas.	6			
	Submissão da Porta de Entrada à Central Regional de Regulação de Urgência, à Central de Regulação de Leitos	Documental e entrevista - "contratualização/pactuação"; relação Central de Regulação e NIR/Regulação Hospitalar	6		10	
	Articulação com os Serviços de Atenção Domiciliar da Região de Saúde, quando couber	Entrevista		20	15	
	Submissão da enfermária clínica e UTI à auditoria do gestor local	Entrevista / Análise documental		20	15	
	PROCEDIMENTOS ADMINISTRATIVOS (REGULAÇÃO E RH) IMPLANTADOS				15	20
	Desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes	Documental: análise do plano de educação permanente e ou cronograma de atividades voltadas a qualificação da unidade	7	10	10	
	Reorganização dos fluxos e processos de trabalho com equipes multiprofissionais horizontais e utilizando-se de prontuário único	Documental e Entrevista	8			
	Realização dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários à complexidade dos casos	Entrevista / Visita in loco		10	15	

Já para análise contextual, a matriz FOFA facilitou a sistematização e a visualização dos pontos fortes (Fortalezas e Oportunidades) e das fragilidades (Fraquezas e Ameaças), permitindo a avaliação do contexto de cada organização hospitalar avaliada, uma vez que distingue o que é próprio e sobre o qual se tem maior governabilidade (Fortalezas e Fraquezas), do que é externo cujas características e particularidades precisam ser (re)conhecidas (Oportunidades e Ameaças)¹⁰.

População

Foram avaliados dez hospitais, sendo dois em Roraima e oito no Distrito Federal. Estas unidades federativas foram selecionadas por terem seus Planos de Ação Regional - RUE aprovados pelo Ministério da Saúde para a totalidade das regiões de cada estado e por terem os gestores estaduais, municipais e das unidades hospitalares terem livremente consentido à pesquisa.

O Estado de Roraima localizado no extremo norte do País é composto por 15 (quinze) municípios possuindo uma população estimada em 2020 de 631.181, e, está dividido em 2 (duas) regiões de saúde, a saber: Região Centro Norte (Monte Roraima) – composta por 9 (nove) municípios, incluindo a capital, onde estão localizados os principais equipamentos de saúde, e, a região Sul (Rio Branco) que compreende 6 (seis) municípios¹¹.

Já o Distrito Federal - DF situado na Região Centro Oeste possui uma população estimada em 2020 de 3.055.149 habitantes, sendo constituída por sete regiões de saúde: 1) Região de Saúde Centro-Norte (Asa Norte, Cruzeiro e Lago Norte), 2) Região de Saúde Centro-Sul (Asa Sul, Guará, Lago Sul, Candangolândia, Núcleo Bandeirante, Riacho Fundo I e II e ParkWay), 3) Região de Saúde Oeste (Ceilândia e Brazlândia), 4) Região de Saúde Sul (Gama e Santa Maria), 5) Região de Saúde Sudoeste (Taguatinga, Samambaia e Recanto das Emas), 6) Região de Saúde Norte (Planaltina, Sobradinho, Mestre D' Armas e Arapoanga) e, 7) Região de Saúde Leste (Paranoá e São Sebastião)¹².

Quadro 1 – Caracterização dos hospitais participantes da pesquisa

Hospital	Ano de Adesão à RUE	Município	Região de Saúde	Leitos Totais*	Leitos SUS*	Leitos complementares SUS**	Tipo de Gestão	Hospital de Ensino - HE	Porta de Entrada	Enf. De Retaguarda Clínica	Leitos de Terapia Intensiva
RR1	2012	Boa Vista	Centro Norte (Monte Roraima)	434	431	22	Estadual	SIM	SIM	73	17
RR2	2012	Boa Vista	Centro Norte (Monte Roraima)	144	138	16	Municipal	NÃO	SIM	44	10
DF1	2015	Brasília	Central	796	715	57	Estadual	SIM	SIM	NÃO	45
DF2	2015	Brasília	Central	381	328	10	Estadual	SIM	SIM	NÃO	8
DF3	2015	Brasília	Central	251	231	20	Estadual	SIM	SIM	NÃO	16
DF4	2015	Brasília	Oeste	460	430	6	Estadual	NÃO	SIM	NÃO	4
DF5	2015	Brasília	Sudoeste	450	395	10	Estadual	NÃO	SIM	NÃO	8
DF6	2015	Brasília	Leste	249	227	10	Estadual	SIM	NÃO	NÃO	8
DF7	2015	Brasília	Norte	254	212	6	Estadual	SIM	SIM	NÃO	4
DF8	2015	Brasília	Sul	590	554	40	Estadual	NÃO	NÃO	NÃO	32

Fonte: Elaborado pelo autor com Base no CNES e em Portarias Específicas do Ministério da Saúde

*CNES - competência setembro 2020

**CNES – competência setembro 2020 - São considerados para a RUE os seguintes leitos complementares: UTI Adulto e UTI pediátrico

Coleta e Análise de Dados

Foi realizada pelo pesquisador *in loco* em abril e novembro de 2019 em 2 etapas: i) aplicação de matriz avaliativa e observação direta do funcionamento dos estabelecimentos (quantitativa) ; ii) realização de entrevista semi-estruturada com os gestores dos hospitais (qualitativa), visando principalmente identificar forças/fraquezas e oportunidades/ameaças. As entrevistas foram gravadas e transcritas integralmente, a partir das regras de transcrição de Preti¹³.

Os dados foram tabulados em planilhas de Excel® fazendo-se uso de estatística descritiva simples e construção de tabelas e gráficos. Já para análise dos dados qualitativos, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo de Bardin.

Aspectos Éticos

O projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CAAE: 90272218.8.0000.5440).

Resultados

No estado de Roraima os dois hospitais definidos no PAR pactuaram ações de implantação do componente HOSP/RUE-SUS para as três dimensões previstas, cujos resultados foram respectivamente: 69% e 49% para ‘porta de entrada’; 68% e 45% na ‘enfermaria de retaguarda’; e, 80% e 50% nas unidades de terapia intensiva.

No Distrito Federal, à época da publicação do componente HOSP/RUE-SUS, 6 hospitais pactuaram ações para a dimensão ‘porta de entrada’, nenhum hospital pactuou ampliação de ‘enfermaria de retaguarda clínica’, e 8 (oito) hospitais definiram ações para qualificação das ‘unidades de terapia intensiva’. Os resultados encontrados demonstram variação entre 12% e 45% para ‘porta de entrada; de 47% a 68% para ‘unidade de terapia intensiva’ (Quadro 2).

Quando comparados os hospitais de Roraima e do Distrito Federal para a dimensão de ‘porta de entrada’ (n=8), apenas 1 hospital de Roraima (RR1) alcançou nível satisfatório, ficando os demais hospitais entre os níveis intermediário (RR2, DF1 e DF3) e insatisfatório (Df2, DF5 e DF6) e não implantado (DF4). Para a dimensão UTI (n=10), 1 hospital alcançou grau pleno (RR1), 2 hospitais grau satisfatório (DF1 e DF8) e os demais (n=7) alcançaram nível intermediário de implantação do eixo de mecanismos de gestão da clínica (Quadro 2).

Quadro 2 – Grau de implantação segundo dimensão e eixos do Componente Hospitalar da RUE, no universo de hospitais de Roraima e do Distrito Federal que aderiram à política.

DIMENSÃO DE IMPLANTAÇÃO	MAX.	RR1	RR2	DF1	DF2	DF3	DF4	DF5	DF6	DF7	DF8
Eixos de Implantação											
PORTAS DE ENTRADA DE URGÊNCIA	100	69%	49%	45%	27%	41%	12%	34%	25%		
Classificação de Risco	25	48%	48%	48%	24%	48%	0%	48%	24%	NA	NA
Mecanismos de Gestão da Clínica	30	70%	40%	40%	20%	53%	10%	30%	20%		
Inserção em Rede e governança ampliada	30	70%	70%	30%	30%	30%	30%	30%	30%		
Procedimentos Administrativos	15	100%	47%	80%	37%	27%	0%	27%	27%		
ENFERMARIAS CLÍNICAS DE RETAGUARDA	100	68%	45%								
Mecanismos de Gestão da Clínica	35	50%	57%	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Inserção em Rede e governança ampliada	40	63%	25%								
Procedimentos Administrativos	25	100%	60%								
UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA	100	80%	50%	68%	50%	55%	47%	52%	52%	52%	65%
Mecanismos de Gestão da Clínica	40	50%	50%	75%	50%	63%	43%	55%	55%	55%	63%
Inserção em Rede e governança ampliada	40	100%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%
Procedimentos Administrativos	20	100%	50%	90%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	100%

Fonte: Elaborado pelo autor

Legenda: RR – Hospitais Roraima, DF – Hospitais Distrito Federal

	Ponderação	Níveis de Implantação
	≥0 e <20	Não Implantação
	≥20 e <40	Insatisfatório
	≥40 e <60	Intermediário
	≥60 e <80	Satisfatório
	≥80	Pleno
	NA	Não se Aplica

Classificação de Risco

A implantação da classificação de risco foi avaliada considerando-se a identificação do paciente e seu gerenciamento, pontuando-se no máximo 12 e 13 pontos, respectivamente. A maioria dos hospitais (75%) identificou o paciente em ambiente específico com presença de enfermeiros 24 horas e com adoção de protocolos, alcançando pontuação máxima para este critério.

Entretanto, nenhuma das unidades visitadas realizava o gerenciamento dos protocolos adotados. Não foram apresentadas informações gerenciais do fluxo de atendimento do paciente, tão pouco do tempo de espera na urgência e emergência. Comum a todos os hospitais, a priorização do paciente ocorreu somente até o atendimento médico na porta de entrada. Após a consulta não

foi identificado nenhum mecanismo de priorização, seja no momento da administração da terapia prescrita, seja para a realização dos exames.

Assim sendo, dos 8 hospitais que fizeram adesão à dimensão ‘porta de entrada’, 5 encontram-se no nível intermediário de implantação da classificação de risco (RR1, RR2, DF1, DF3, DF5), 2 no nível insatisfatório (DF2, DF 6) e 1 não implantado (DF4).

Mecanismos de Gestão da Clínica

A gestão da clínica foi definida para as três dimensões de implantação do componente hospitalar da RUE. Nesta pesquisa foram considerados cinco aspectos para implantação da Gestão da Clínica, a saber: protocolos clínico-assistenciais, kanban, núcleo interno de regulação (NIR), equipes (de referência e multiprofissional) e alguns indicadores de desempenho hospitalar, cujos resultados estão compilados no Quadro 3.

Quadro 3 – Análise dos Mecanismos de Gestão da Clínica nas dimensões de Porta de Entrada, enfermaria de Retaguarda Clínica e nas unidades de Terapia Intensiva e duas unidades da federação. Brasil, 2020.

MECANISMOS DE GESTÃO DA CLÍNICA		MAX.	RORAIMA		DISTRITO FEDERAL							
			RR1	RR2	DF1	DF2	DF3	DF4	DF5	DF6	DF7	DF8
Porta de Entrada	Protocolos clínico-assistenciais implantados	6	0	0	0	0	3	0	0	0	NA	NA
	Kanban implantado	6	3	0	3	0	3	0	3	0		
	Equipe multiprofissional	6	6	6	6	3	6	3	3	3		
	Equipe de referência	6	6	6	3	3	3	0	3	3		
	NIR implantado	6	6	0	0	0	0	0	0	0		
	SUBTOTAL	30	21	12	12	6	15	3	9	6		
	% Grau de Implantação		70%	40%	40%	20%	50%	10%	30%	20%		
Enfermarias Clínicas de Retaguarda	Protocolos clínico-assistenciais implantados	10	0	0	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	Kanban implantado	5	2,5	0								
	Equipe multiprofissional horizontal	10	5	10								
	Tempo Médio de Permanência até 10 dias	5	5	5								
	Taxa de Ocupação média mensal de 85%	5	5	5								
	SUBTOTAL	35	17,5	20								
	% Grau de Implantação		50%	57%								
Unidades de Terapia Intensiva	Protocolos clínico-assistenciais implantados	10	0	0	5	0	0	0	5	5	5	5
	Kanban implantado	10	0	0	5	0	5	0	0	0	0	0
	Equipe multiprofissional horizontal	10	10	10	10	10	10	5	5	5	5	10
	Taxa de Ocupação média mensal de 90%	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
	SUBTOTAL	40	20	20	30	20	25	15	20	20	20	25
	% Grau de Implantação		50%	50%	75%	50%	63%	38%	50%	50%	50%	63%
% Grau de Implantação - Mecanismos de Gestão da Clínica			57%	49%	60%	37%	57%	24%	40%	35%	50%	63%
			Ponderação	Níveis de Implantação								
			≥0 e <20	Não Implantação		≥40 e <60	Intermediário		≥80	Pleno		
			≥20 e <40	Insatisfatório		≥60 e <80	Satisfatório		NA	Não se Aplica		

Legenda: RR – Hospitais Roraima, DF – Hospitais Distrito Federal

Fonte: Elaborado pelo autor

Por se tratar de hospitais da RUE, os protocolos clínicos priorizados foram para Acidente Vascular Cerebral-AVC, Infarto Agudo do Miocárdio – IAM e trauma-ortopedia, sempre correlacionando-os ao perfil do hospital. Na dimensão de Leitos de UTI, dos 10 (dez) hospitais avaliados, 50% possuíam protocolos formalmente escritos e atualizados, já nas demais dimensões (Porta de entrada e Retaguarda Clínica), apenas 1 hospital apresentou protocolo, porém, em nenhuma das situações os hospitais avaliados apresentaram estudo de adesão dos profissionais e indicadores de efetividade.

Quatro hospitais dispunham de kanban (40%) para dimensão porta de entrada, 1 (50%) para Enfermaria Clínica e 2 (20%) para UTI. Entretanto, os Kanbans não estavam sendo utilizados como ferramenta de gestão na sua plenitude, pois os quadros estavam preenchidos de forma incompleta, não estavam implantados em todas as unidades assistenciais analisadas (dimensões da RUE) e não foi observado nenhum mecanismo para seu gerenciamento.

O NIR estava implantado em 1 único hospital (12,5%) dos 8 que pactuaram a dimensão ‘porta de entrada’.

Os hospitais dispunham de equipes multiprofissionais nas portas de emergências, nas enfermarias clínicas e nas UTI, e em alguns deles houve processo de horizontalidade na efetivação do cuidado. Os 2 hospitais componentes da RUE em Roraima alcançaram pontuação máxima para equipe multiprofissional e para equipe de referência na porta de entrada (6 pontos cada) e para as unidades de terapia intensiva (10 pontos equipe multiprofissional); já nas enfermarias de retaguarda clínica 1 hospital alcançou pontuação máxima e outro 50% da ponderação realizada (10 pontos para equipe multiprofissional, avaliada em 50% quando apresentaram apenas médicos e enfermeiros). Já no Distrito Federal, a ‘porta de entrada’ foi pactuada em 6 hospitais, e, para esta dimensão apenas 2 hospitais alcançaram pontuação máxima para equipe multiprofissional e nenhum alcançou pontuação máxima para equipe de referência (nenhum hospital dispunha de equipe médica horizontal). No DF, dos 8 hospitais integrantes da RUE para UTI, 4 alcançaram pontuação máxima para equipe multiprofissional horizontal e os outros 4 obtiveram 50% da ponderação de 10 pontos (possuíam na sua composição médico, enfermeiro e fisioterapeuta).

Por fim, os indicadores de desempenho analisados, no eixo de ‘gestão da clínica’ foram alcançados, a exemplo da taxa de ocupação média acima de 85% e 90%, nas enfermarias clínicas e UTI, respectivamente, e do tempo médio de permanência de até 10 dias nas enfermarias clínicas.

Assim sendo, o grau de implantação da gestão da clínica observado nas três dimensões variou entre 24% e 63% entre os 10 hospitais avaliados. Os maiores índices foram alcançados por dois hospitais do DF, especificamente DF1 e DF8, respectivamente, 60% e 63%, correspondendo ao grau de implantação satisfatório. O hospital DF1 pactuou no PAR mecanismos de gestão da clínica para porta de entrada e UTI, já o DF8 apenas para UTI. Os demais 6 hospitais do DF pactuaram os mecanismos de gestão da clínica tanto para porta quanto para UTI e tiveram seus graus de implantação variando entre 24% e 57%, sendo 4 no grau intermediário e 2 no grau insatisfatório. Já em Roraima os dois hospitais avaliados pactuaram o eixo de gestão da clínica para as três dimensões da RUE e alcançaram 49% e 56% de grau de implantação, estando, ambos, no nível intermediário.

Para a dimensão Porta de Entrada, comparando-se os hospitais de Roraima e do Distrito Federal (n=8), apenas 1 hospital de Roraima (RR1) alcançou nível satisfatório, ficando os 3 hospitais no nível intermediário (RR2, DF1, DF3) e 3 insatisfatório (DF2, DF5 E DF6) e 1 não implantado (DF4).

Para a dimensão UTI (n=10), 3 hospitais alcançaram grau satisfatório (DF1, DF3, DF8), 7 hospitais grau intermediário (RR1, RR2, DF2, DF4, DF5, DF6, DF7).

O grau médio de implantação do eixo de mecanismos de gestão da clínica foi: 2 hospitais grau intermediário (DF1 E DF8), 6 hospitais intermediário (RR1, RR2, DF3, DF5, DF6, DF7) e 2 insatisfatório (DF2 E DF4).

Inserção em Rede e Governança Ampliada

Este eixo apresenta produtos de implantação nas três dimensões da RUE (porta de entrada, retaguarda clínica e UTI). Dentre os produtos avaliados estão a retaguarda clínica e de apoio diagnóstico para urgência, fluxos de referência e contrarreferência, submissão da porta de entrada à regulação, dentre outros (Quadro 4)

Quadro 04– Análise dos dispositivos de inserção na rede de governança clínica nas dimensões de Porta de Entrada, enfermaria de Retaguarda Clínica e nas unidades de Terapia Intensiva e duas unidades da federação. Brasil, 2020.

PRODUTOS DA IMPLANTAÇÃO		MAX.	RORAIMA		DISTRITO FEDERAL							
			RR1	RR2	DF1	DF2	DF3	DF4	DF5	DF6	DF7	DF8
Porta de Entrada	Implantação da retaguarda às urgências a partir do fornecimento de procedimentos diagnósticos, leitos clínicos, leitos de terapia intensiva e cirurgias	12	12	12	0	0	0	0	0	0	NA	NA
	Fluxos de referência e contrarreferência	6	3	3	3	3	3	3	3	3		
	Submissão da Porta de Entrada à Central Regional de Regulação de Urgência	6	6	6	6	6	6	6	6	6		
	Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH)	6	0	0	0	0	0	0	0	0		
	SUBTOTAL	30	21	21	9	9	9	9	9	9		
	% Grau de Implantação		70%	70%	30%	30%	30%	30%	30%	30%		
Enfermarias Clínicas de Retaguarda	Articulação com os Serviços de Atenção Domiciliar	15	0	0	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	Submissão da enfermaria clínica à auditoria do gestor local	15	15	0								
	Regulação integral	10	10	10								
	SUBTOTAL	40	25	10								
	% Grau de Implantação		63%	25%								
Unidades de Terapia Intensiva	Submissão da UTI à auditoria do gestor local	20	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Regulação integral	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
	SUBTOTAL	40	40	20	20	20	20	20	20	20	20	20
	% Grau de Implantação		100%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%
% Grau de Implantação - Inserção em Rede & Governança ampliada			78%	46%	40%	40%	40%	40%	40%	40%	50%	50%

Ponderação	Níveis de Implantação						
≥0 e <20	Não Implantação	≥40 e <60	Intermediário	≥80	Pleno		
≥20 e <40	Insatisfatório	≥60 e <80	Satisfatório	NA	Não se Aplica		

Legenda: RR – Hospitais Roraima, DF – Hospitais Distrito Federal

Fonte: Elaborado pelo autor

O Distrito Federal não conseguiu ampliar sua retaguarda clínica em nenhum dos hospitais que pactuaram portas de entrada na RUE (6), já o estado de Roraima ampliou 117 leitos distribuídos nas duas unidades hospitalares avaliadas⁶.

Nas duas unidades da federação encontram-se grades de regulação que estabelecem o encaminhamento dos seus pacientes para atendimentos em outros níveis de complexidade nas três dimensões da RUE. Em relação aos fluxos de referência e contrarreferência, todos os hospitais integrantes do estudo relataram não conseguir efetivar a contrarreferência, especialmente para rede básica de saúde.

Ainda no eixo de ‘inserção em rede e governança clínica’, previu-se na RUE a implantação do núcleo de acesso à qualidade hospitalar - NAQH este dispositivo não foi implantado em nenhum dos hospitais avaliados.

Também não foram observados processos de articulação com os serviços de atenção domiciliar nos hospitais de Roraima que implantaram as enfermarias clínicas de retaguarda (RR1 e RR2).

Por fim, outro aspecto deste eixo é a submissão dos serviços de UTI e da enfermaria clínica à auditoria local. Embora existam os núcleos de auditoria na gestão local das unidades federativas avaliadas, apenas um hospital pontuou no produto de submissão da auditoria (RR1). Os demais hospitais não receberam visitas das auditorias.

Em geral o eixo de ‘inserção na rede e de governança ampliada’ variou entre 40% e 78%, permanecendo 9 hospitais no nível insatisfatório e apenas um (RR1) no nível satisfatório de grau de implantação.

Procedimentos Administrativos

O último eixo, ‘procedimentos administrativos’, foi avaliado considerando a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, trabalho em equipe (prontuário único) e atividades de educação permanente. Destes itens avaliados, os hospitais apresentaram resultados positivos para os dois primeiros. Por outro lado, a educação permanente ainda se encontra no nível não implantado para a maioria dos hospitais pois, mesmo quando mencionavam haver alguma ação para o seu desenvolvimento, não puderam comprovar a execução de processos de formação e qualificação dos profissionais.

Fatores Contextuais

Os fatores contextuais observados a partir das entrevistas estão sintetizados a seguir:

Figura 2 – Matriz FOFA de fatores contextuais da análise de implantação do componente hospitalar da RUE, no Distrito Federal e em Roraima

Legenda: DF – Gestores entrevistados representantes de Hospitais do Distrito Federal;

RR – Gestores entrevistados representantes de Hospitais do Distrito Federal;

Fonte: Elaborado pelo autor com base nos resultados das entrevistas semi-estruturadas

Discussão

O grau de implantação do componente hospitalar da RUE dos 10 hospitais pesquisados foi para a maioria intermediário ou insatisfatório, independentemente da dimensão avaliada. O hospital RR1 se destacou entre os demais hospitais avaliados, pois foi o único que alcançou grau pleno de implantação na UTI e satisfatório nos eixos de porta de entrada e enfermaria de retaguarda clínica.

Dentre os fatores contextuais que podem explicar os achados encontrados estão: falta de capacitação para gestão; rotatividade na gestão dos hospitais; insuficiência de protagonismo do

grupo condutor da rede de urgência e emergência, ausência de monitoramento do órgão financiador da política (Ministério da Saúde) e escassez de recursos financeiros de investimento, tanto para ‘porta de entrada’ quanto para ampliação de leitos de UTI. Não se pode deixar contudo de levantar a possibilidade de que a inexistência de um padrão de avaliação/comparação como o utilizado no presente trabalho não estivesse normatizado e fosse aplicado de modo sistemático.

O SUS é um projeto em evolução constante, sendo que muitas vezes se publicam portarias normativas às quais estão atrelados recursos de custeio, mas não estão claras as normas de avaliação e acompanhamento ou mesmo do funcionamento esperado para o processo. Como exemplo, pode-se citar a criação do NIR na PNHOSP em 2011¹⁴, que só teve o seu Manual de Operacionalização publicado em 2017¹⁵. Este trabalho é um exemplo desta discrepância que deve ser corrigida para que as políticas públicas deixem de ser implantadas ou se percam as iniciativas de implantação por falta de retro-alimentação necessária.

Comparando-se as duas unidades federativas analisadas, a maior diferença entre Roraima e Distrito Federal foi a não ampliação de enfermarias de retaguarda clínica. De fato, a retaguarda clínica ainda é um desafio na RUE, podendo inclusive ter contribuído negativamente no grau de implantação tanto para qualificação das portas de entrada quanto das UTI no DF. Em realidade, poucas estratégias de retaguarda clínica efetiva estão implantadas no país nos moldes da Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, Capítulo III – Dos Leitos de Retaguarda¹⁶. Exemplo pioneiro da região de Ribeirão Preto no Estado de São Paulo demonstrou a possibilidade de implantação, mas apenas agora esta iniciativa começa a ser ampliada¹⁷.

Avaliando-se as duas dimensões em que a maioria dos hospitais pactuou na RUE (n=8), a ‘unidade de terapia intensiva’ obteve melhores resultados que a porta de entrada. A UTI é um serviço fechado dentro do hospital e que apresenta maior controle de sua demanda quando comparado à porta de entrada, isso pode explicar maior padronização do cuidado e melhor desempenho de implantação desta dimensão. Um outro aspecto é a presença de profissionais especializados (Médicos Intensivistas) cuja especialidade já existe no Brasil há mais de 20 anos, enquanto a existência de Médicos Emergencistas só foi reconhecida como especialidade recentemente e ainda carece de profissionais capacitados para suprir a demanda do mercado. Mesmo assim, dentre os mesmos 8 hospitais, apenas 1 hospital alcançou grau pleno (RR1) e 2 hospitais grau satisfatório de implantação para UTI (DF1 e DF8).

Embora para a maioria dos hospitais tenha sido observada a identificação do paciente em

ambiente específico, a falta de gerenciamento da classificação de risco pode derivar na descontinuidade da priorização da assistência, resultando, por exemplo, na situação em que um paciente ‘não ou pouco urgente’ tem terapia administrada ou resultado de exame avaliado antes do paciente ‘urgente’. Este resultado nos faz questionar a efetividade da classificação de risco implantada nos hospitais avaliados e os possíveis impactos insatisfatórios e até negativos nos desfechos clínicos. A normatização e orientações da classificação de risco para RUE mostraram-se insuficientes para efetivar seu gerenciamento, devendo ser melhor detalhado no âmbito da gestão do SUS e das redes temáticas prioritárias. A padronização de como deve ser feita a classificação de risco também é algo importante a ser considerado para se obter padrões efetivos de comparação. Há uma grande variedade de sistemas disponíveis que estão sendo comercializados e que podem comprometer futuramente as definições de gestão federal.

Ademais, acredita-se que uma ambiência adequada das portas de entrada de urgências e emergências é contundente à organização do fluxo assistencial unidirecional, ao promover a separação dos pacientes críticos daqueles não críticos e evitar retorno às etapas de atendimento. Vale ressaltar que a ausência do recurso de investimento previsto pelo Ministério da Saúde para melhoria da estrutura física das portas de entrada foi um fator negativo para implantação de fluxos efetivos, agravado em muito pela superlotação das emergências hospitalares.

O NIR estava implantado em um único hospital dos 8 hospitais que pactuaram a dimensão ‘porta de entrada’. Tal aspecto influenciou a implantação insatisfatória dos mecanismos de gestão da clínica elencados neste estudo, tendo em vista que uma das atribuições do NIR é a indução dos mecanismos de gestão da clínica, a exemplo da ferramenta kanban e dos protocolos assistenciais, devendo colaborar tecnicamente para sua proposição e ou atualização¹⁵.

Em estudo realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-HCFMRP, que avaliou a implantação do NIR em suas duas unidades (Campus e Unidade de Emergência – UE) apresentou como processos exclusivos do NIR o monitoramento do Kanban e, como forças do NIR, a atuação efetiva junto ao corpo clínico, no acompanhamento dos indicadores de acesso e seu protagonismo na gestão do leito e da informação¹⁸. Em outro estudo, realizado no Hospital das Clínicas de Marília /FAMEMA, a implantação do NIR, com ênfase no centro cirúrgico, provocou mudanças satisfatórias evidenciadas pela melhoria dos indicadores de performance operacional monitorados pelo NIR no hospital em questão¹⁹.

O *Kanban* na RUE tem sido utilizado como instrumento de monitoramento do tempo de permanência do paciente. Quando implantado efetivamente pode também instrumentalizar a avaliação das principais pendências ou não conformidades administrativas (processo de

admissão e/ou alta, hotelaria etc) e assistenciais (apoio diagnóstico terapêutico, interconsultas etc) que afetam a rotatividade do leito²⁰. Embora os indicadores pactuados (taxa de ocupação média e tempo médio de permanência) tenham sido satisfatórios, tal resultado não é efetivamente mérito da implantação da RUE. Afinal, os hospitais constituintes dos PAR em Roraima e no Distrito Federal foram exatamente escolhidos por sua importância na rede, operando normalmente com altas taxas de ocupação. E, o tempo médio de permanência, normatizado de até 10 dias, é maior que os índices médios para a maioria dos procedimentos assistenciais hospitalares, portanto, mais factível²¹. Desta maneira, mesmo se tivesse sido implantado satisfatoriamente, o Kanban poderia não produzir melhorias no desempenho do hospital visto os valores pactuados pela RUE no tempo médio de permanência.

Outros indicadores que poderiam mensurar a performance operacional dos hospitais não foram definidos na RUE, e se tivessem sido avaliados, possivelmente não teriam seus índices alcançados pelos hospitais estudados, a exemplo do intervalo de substituição de leito e do índice de renovação²². Assim sendo, a avaliação isolada dos indicadores propostos no componente hospitalar da RUE sem levar em consideração outros indicadores de desempenho não permitem uma avaliação holística da excelência operacional das dimensões hospitalares analisadas.

No entanto, isto não é o objetivo desta avaliação de implantação tipo 1, sendo que indicadores de desempenho das ferramentas implantadas deverão ser avaliados por outros níveis de instrumentos que deverão ser futuramente desenvolvidos e testados. Provavelmente, será necessário o desenvolvimento de um sistema similar ao de acreditação de instituições hospitalares em que o nível de exigência seja cada vez maior para que se atinja a avaliação adequada da implantação e manutenção da qualidade da RUE, abrindo toda uma linha de pesquisa para desenvolvimento e validação destas ferramentas.

Os dispositivos da gestão da clínica não foram instituídos pela inexistência de profissionais, já que a maioria dos hospitais dispunha de equipes multiprofissionais nas portas de emergências, nas enfermarias clínicas e nas UTIs. Considera-se, portanto, que a ausência de diretrizes estratégicas e a falta de capacitação da gestão podem ter contribuído para sua não implantação.

A inexistência ou ineficácia da contrarreferência foi trazida unanimemente pelos entrevistados como fator contextual negativo. Os entrevistados atribuíram à baixa capacidade operacional da rede básica de saúde, à dificuldade de comunicação entre os níveis terciários e primários, à desorganização da rede de atenção à saúde e ao modo fragmentado na oferta do cuidado sem linhas de cuidados estabelecidas, os maiores desafios para sua efetivação .

Os gestores do Distrito Federal apresentaram como fator limitante para efetivação da contrarreferência a composição da Região Integrada do Desenvolvimento do Distrito Federal – RIDE, que compreende o Distrito Federal, 28 municípios do estado de Goiás e quatro municípios do estado de Minas Gerais. Desta forma, os problemas relacionados à contrarreferência se acentuam no DF visto que as cidades integrantes da RIDE, embora próximas à Brasília, estão situadas em diferentes entes administrativos e governamentais do SUS²³.

Ainda no eixo de ‘inserção em rede e governança clínica’, previu-se na RUE a implantação do Núcleo de Acesso à Qualidade Hospitalar – NAQH, mas não foi implantado em nenhum dos hospitais avaliados. Talvez esta não implantação tenha como uma de suas explicações a dificuldade de interpretação do papel do NAQH diferenciando-o do NIR. Entende-se que o NIR é um núcleo interno do hospital para operacionalização da gestão do fluxo interno e externo do paciente, da oferta de serviços para a rede e da melhoria da performance hospitalar. Já o NAQH estaria no nível da mesogestão que, subsidiado inclusive pelos resultados do NIR, deveria discutir os aspectos da rede que afetam a referência e contrarreferência, especialmente, e, planejar estrategicamente ações para a superação dos desafios de inserção em rede. Para agravar a dificuldade de entendimento, o Manual do NIR publicado em 2017 incorpora grande parte das atribuições do NAQH trazidas pela portaria que normatizou o componente hospitalar da RUE, fazendo com que os gestores hospitalares questionassem a necessidade de NAQH para aqueles que já implantaram o NIR¹⁵.

A ausência de submissão à auditoria do gestor local foi outro aspecto que influenciou negativamente os resultados observados no eixo de inserção em rede e governança ampliada. De fato, esperava-se que as auditorias realizadas *in loco* e periodicamente trouxessem aspectos de monitoramento e avaliação aos processos de implementação da RUE, promovendo análises e estimulando as instituições envolvidas quando não alcançassem os aspectos previstos nos PAR.

Por fim, a não implantação de atividades de educação permanente observada na maioria dos hospitais estudados é outro aspecto que contribui para interpretação dos resultados. Afinal, a partir da educação permanente pode-se identificar e superar os desafios de implantação ao enfatizar diretrizes e objetivos da RUE, promover a cooperação entre os atores envolvidos e a corresponsabilização pelos resultados e análise situacional de cada singularidade institucional.

Estes resultados são específicos das regiões analisadas, não podendo ser generalizado para demais regiões que fizeram adesão à RUE. Mais importante do que a comparação entre regiões

é a estruturação de métricas de comparações históricas para melhorias que venham ser executadas na rede, e, os resultados ora apresentados devem ser utilizados.

Conclusões

Num escopo geral, a implantação da RUE não obteve êxito nas duas unidades federativas avaliadas, alcançando grau *não implantado*, *insatisfatório* ou *intermediário* na maioria dos hospitais pesquisados: ‘porta de entrada (87,5%), ‘leito de retaguarda clínica’ (50%); e, ‘leito de UTI’ (70%).

Dentre os eixos de classificação de risco (i), mecanismos de gestão da clínica (ii), inserção em rede e governança ampliada (iii), e, procedimentos administrativos (iv), os dispositivos que demonstraram menor desempenho foram respectivamente: o gerenciamento da classificação de risco (i); a gestão de protocolos assistências, o NIR e kanban (ii); ausência nos processos de contrarreferência, NAQH e a submissão à auditoria do gestor local (iii); e, a implantação de atividades de educação permanente (iv).

Apesar de quase dez anos de início da implantação desta política, nas duas unidades federativas avaliadas, ainda há muito que se fazer para alcançar ao menos grau satisfatório de implantação. A RUE nos casos estudados pareceu ser mais um mecanismo complementar de custeio do que de estruturação da rede, pois apesar do baixo grau de implantação não houve, a priori, exclusão de recursos financeiros federais.

A introdução de uma matriz avaliativa de aferição do grau de implantação do componente hospitalar da RUE que poderá ser replicada, possibilita outras análises que periodicamente identifiquem os diferentes níveis de implantação e impulsionem a atualização desta política.

Sugestão para trabalhos futuros

Apresentação e análise do Modelo conceitual-lógico e da Matriz de Avaliação de implantação do componente hospitalar da RUE com uma proposta de atualização de seus objetivos, dispositivos, fontes de verificação dos resultados e estratégias de monitoramento.

Referências

1. De Negri Filho 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 [tese]. [São Paulo]: Universidade de São Paulo; 2016. 402 p.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 07 julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.htm 1. Acesso em 21 jul 2020.
3. La Forgia GM & Couttolenc BF. Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da Excelência. São Paulo.Singular. 2009. 496p.
4. 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). Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CIBNOVEMBRO7REUNIAO/componentehospitalardeurgencia.pdf>. Acesso em: 16 jul 2020.
5. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática Brasília: Anvisa, 2017.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Controle de Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade – SISMAC. Brasília-DF, 2020.
7. <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/47253-ministerio-da-saude-habilita-mais-de-11-mil-leitos-de-uti-para-covid-19>
8. Oliveira DC. Análise de implantação do Componente Hospitalar da Rede de Urgências e Emergências na RUE, 38 p. Dissertação (Mestrado em Gestão das Organizações da Saúde) Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo-SP. São Paulo. 2017
9. Denis JL, Champagne F. Análise de Implantação. In: HARTZ, ZMA., org. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 1997. P. 49-88. ISBN 85-85676- 36-1. Available from SciELO Books
10. Chiavenato I, Sapiro A. Planejamento Estratégico: fundamentos e aplicações. 1ª Edição. 13º tiragem. Rio de Janeiro: Elsevier; 2003.
11. Brasil. Ministério da Saúde Portaria GM/MS nº 2.859, de 17 de dezembro de 2011. Aprova a Etapa I do Componente Hospitalar do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências do Estado de Roraima.
12. Brasil. Ministério da Saúde Portaria GM/MS nº 2.238, de 31 de dezembro de 2015. aprovou a Etapa I do Componente Hospitalar do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências do Distrito Federal.

13. Petri D. Análise de Textos Orais. 6. Ed. São Paulo: Humanitas; 2003
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28/07/2017, que instituiu a Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde, Capítulo II - Das Políticas de Organização da Atenção à Saúde, Seção I - Das Políticas Gerais de Organização da Atenção à Saúde, Art. 6º - inciso IV, Anexo XXIV estabelecendo A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) (Origem: PRT MS/GM 3390/2013).
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Manual de implantação e implementação : núcleo interno de regulação para Hospitais Gerais e Especializados [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017. 57 p. : il. Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_implementacao_hospitais_gerais_especializados.pdf
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28/07/2017, que instituiu a Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde, Capítulo III – Dos Leitos de Retagurada.
17. Pazin Filho et.al., Impacto de leitos de longa permanência no desempenho de hospital terciário em emergências, Rev Saúde Pública;49:83, 2015.
18. Pazin Filho et al. A implantação do Núcleo Interno de Regulação em Hospital Público Terciário – A experiência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Medicina (Ribeirão Preto. Online.) 2019;52(1):16-23
19. Rodrigues, LC; Juliani,CM. Resultado da implantação de um Núcleo Interno de Regulação de Leitos nos indicadores administrativo-assistenciais em um hospital de ensino. Einstein. 2015;13(1):96-102
20. Moura RA. Kanban: a simplicidade do controle da produção. 4 ed. São Paulo: Imam; 1996
21. BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS. QUALISS - Indicadores Hospitalares Essenciais - 2013/14
22. ANAHP - Associação Nacional de Hospitais Privados. Observatório ANAHP.12 ed. São Paulo.
23. Brasil. Lei Complementar nº 163, de 14 de junho de 2018. Dá nova redação ao § 1º do art. 1º da Lei Complementar nº 94, de 19 de fevereiro de 1998, que autoriza o Poder Executivo a criar a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno - RIDE e instituir o Programa Especial de Desenvolvimento do Entorno do Distrito Federal, e dá outras providências. Diário Oficial da Unida 15 jun 2018.

**PRODUTO 2 – Manual de aplicação da Matriz de
Avaliação do
Componente Hospitalar da Rede de Urgências e
Emergências- RUE**

Manual de Avaliação do Componente Hospitalar da Rede de Urgências e Emergências- RUE

O presente manual foi elaborado com objetivo de detalhar a aplicação da Matriz de Avaliação, construída em conformidade com os objetivos e diretrizes da implantação do componente hospitalar da RUE - HOSP/RUE_SUS.

A presente matriz elaborada a partir das normativas de implantação do HOSP/RUE_SUS tem como objetivo ponderar os elementos de implantação propostos pelo Ministério da Saúde, possibilitando ao avaliador atribuir o grau de implantação numa escala de 0 a 100 para cada uma das dimensões da RUE: ‘porta de entrada’, ‘enfermaria clínica de retaguarda’ e ‘unidade de terapia intensiva – UTI’. Além das dimensões da RUE, temos também 4 eixos de implantação para cada qual, excetuando-se o eixo da Classificação de Risco, específico para a ‘Porta de Entrada’ (Figura 1)

Figura 1 – Dimensões, eixos e ponderação para avaliação da implantação do componente hospitalar da RUE – Matriz Avaliativa simplificada

O grau de implantação deve ser avaliado separadamente para cada dimensão, sendo seu resultado a soma da pontuação total de cada produto esperado. Para tanto, foram ponderados separadamente os produtos esperados da implantação da RUE, numa ponderação que a mesmo tempo estivesse adequada à importância daquele produto para alcance dos resultados esperados e que de alguma maneira permitisse equilíbrio da pontuação dos eixos entre as dimensões da RUE.

Figura 2 – Grau de implantação do componente hospitalar da RUE

A presente Matriz de Avaliação descreve detalhadamente para cada dimensão de implantação do componente hospitalar da RUE os seus respectivos ítems e fontes de verificação, bem como a ponderação sugerida e os aspectos a serem analisados.

A partir da adequada aplicação poderão ser observados os eixos e dispositivos responsáveis pelo resultado alcançado, proporcionando ao avaliador informações relevantes para tomada de decisão e implantação de novas estratégias para melhoria do grau de implantação e ações corretivas eventuais não conformidades encontradas, respeitando-se a singularidade da unidade hospitalar avaliada.

Este Manual, elaborado pelo autor, foi aplicado pelo mesmo *in loco* em 17 diferentes hospitais, sendo 7 durante a coleta de dados para o Mestrado Profissional do Programa Gestão das Organizações de Saúde (2016-2017), e, durante a coleta de dados para o Doutorado da Pós-Graduação em Saúde Pública (2019-2020), ambos da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

da Universidade de São Paulo.

Isto posto, considera-se que esta matriz está consolidada frente às atuais normativas do HOSP/RUE_SUS. Defende-se que sua disseminação é uma contribuição ao monitoramento e avaliação da RUE, e, acredita-se que quanto maior for sua aplicação maior serão as possibilidades tanto de seu aperfeiçoamento, quando da atualização da própria política.

Matriz Avaliativa do componente hospitalar da RUE

QUALIFICAR AS PORTAS DE ENTRADA HOSPITALARES DE URGÊNCIA (PORTA) E AS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA (UTI), e, QUALIFICAR E AMPLIAR AS ENFERMARIAS CLÍNICAS DE RETAGUARDA (RETAG.)						
PRODUTOS DA IMPLANTAÇÃO		FONTE DE VERIFICAÇÃO	PONDERAÇÃO			
			PORTA 100	UTI 100	RETAG. 100	
PROTOCOLOS DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO			25			
Identificação do paciente em ambiente específico e segundo o grau de sofrimento ou de agravos à saúde e de risco de morte		Visita - Mecanismos de identificação dos pacientes classificados	12			
Adoção de protocolo de classificação de risco com gerenciamento dos tempos preconizados		Documental: Extratificação dos dados da classificação com o perfil de acordo com protocolo adotado.	13			
MECANISMOS DE GESTÃO DA CLÍNICA			30	40	35	
Qualidade	Protocolos clínico-assistenciais implantados (Protocolos IAM, AVC e Trauma) de acordo com a tipologia do hospital	Documental e Entrevista - protocolo elaborado e gerenciamento de indicadores dos respectivos protocolos	6	10	10	
	Equipe multiprofissional de forma horizontal e compatível com o porte	Documental - Escala - nº E especialidades de profissionais contratados	6			
	Equipe de referência para responsabilização e acompanhamento dos casos implantada (horizontal para enfermaria de retaguarda e para UTI tipo I e II)	Documental - Escala da equipe de referência contratada	6	10	10	
Eficiência	Kanban implantado	Visita - Quadro Kanban	6	10	5	
	Núcleo Interno de Regulação – NIR implantado	Documental e Entrevista: núcleo implantado/normativa interna de funcionamento; escala de trabalho e atividades desenvolvidas	6			
	Tempo médio de permanência de no máximo 10 dias	Dados secundários: SIHSUS			5	
	Taxa de Ocupação - 90%	Dados secundários: SIHSUS		10	5	
INSERÇÃO EM REDE E GOVERNANÇA AMPLIADA			30	40	40	
Implantação da retaguarda às urgências de outros pontos de atenção de menor complexidade em sua região a partir do fornecimento de procedimentos diagnósticos, leitos clínicos, leitos de terapia intensiva e cirurgias		Documental e Dados secundários - "contratualização/pactuação"; SIA e SIHSUS para outros municípios	12			
Fluxos de referência e contra referência com SAMU 192, UPA e com outros serviços da RAS		Documental e Entrevista - "contratualização/pactuação"; relação SAMU e NIR/Regulação Hospitalar	6			
Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH)		Documental e Entrevista: núcleo implantado/normativa interna de funcionamento; escala de trabalho e atividades desenvolvidas.	6			
Submissão da Porta de Entrada à Central Regional de Regulação de Urgência, à Central de Regulação de Leitos		Documental e entrevista - "contratualização/pactuação"; relação Central de Regulação e NIR/Regulação Hospitalar	6		10	
Articulação com os Serviços de Atenção Domiciliar da Região de Saúde, quando couber		Entrevista		20	15	
Submissão da enfermaria clínica e UTI à auditoria do gestor local		Entrevista / Análise documental		20	15	
PROCEDIMENTOS ADMINISTRATIVOS (REGULAÇÃO E RH) IMPLANTADOS			15	20	25	
Desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes		Documental: análise do plano de educação permanente e ou cronograma de atividades voltadas a qualificação da unidade	7	10	10	
Reorganização dos fluxos e processos de trabalho com equipes multiprofissionais horizontais e utilizando-se de prontuário único		Documental e Entrevista	8			
Realização dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários à complexidade dos casos		Entrevista / Visita in loco		10	15	

DIMENSÃO: PORTA DE ENTRADA

Eixo: Classificação de Risco

Objetivo: realizar o atendimento com priorização mediante acolhimento com Classificação de Risco, segundo grau de sofrimento, urgência e gravidade do caso

Ponderação: 25 pontos

Elementos da avaliação

1. Identificação do paciente em ambiente específico (12 pontos)

Grau de Implantação	Ponderação	Elementos de Verificação
100%	12	Estabelece protocolos de classificação de risco em local específico com equipe de enfermagem 24 horas
50%	6	Estabelece protocolos de classificação de risco em local específico, mas não apresenta equipe de enfermagem específica durante as 24 horas
0%	0	Não realiza classificação de risco ou classifica sem protocolo estabelecido.

2. Protocolo de classificação com gerenciamento dos tempos preconizados (13 pontos)

Grau de Implantação	Ponderação	Elementos de Verificação
100%	13	Realiza a classificação de risco com gerenciamentos dos tempos desde a retirada de senha até o desfecho clínico
50%	6,5	Realiza a classificação de risco com gerenciamentos dos tempos parcial
0%	0	Realiza classificação de risco sem gerenciamentos dos tempos ou não realiza classificação de risco.

Eixo: Mecanismos de Gestão da Clínica

Objetivo: ofertar atenção multiprofissional, instituída por meio de práticas clínicas cuidadoras e fundamentada nos mecanismos de gestão da clínica.

Ponderação: 30 pontos

Elementos da avaliação

1. Protocolos clínico-assistenciais implantados (6,0 pontos)

Grau de Implantação	Ponderação	Elementos de Verificação
100%	6	Apresenta protocolos clínicos de AVC, IAM e Trauma (de acordo com sua habilitação) e gerenciamento com indicadores de adesão e efetividade.
50%	3	Apresenta protocolos clínicos de AVC, IAM e Trauma (de acordo com sua habilitação) sem mecanismos de gerenciamento e indicadores de adesão e efetividade
0%	0	Não apresenta protocolos clínicos de AVC, IAM e Trauma (de acordo com sua habilitação)

2. Equipe de referência (6,0 pontos ponderação)

Grau de Implantação	Ponderação	Elementos de Verificação
100%	6	apresenta equipe horizontal (médicos e enfermeiros) para acompanhamentos e responsabilização dos casos.
50%	3	apresenta equipe horizontal parcial (médicos ou enfermeiros) para acompanhamentos e responsabilização dos casos
0%	0	não apresenta equipe horizontal.

3. Equipe multiprofissional (6,0 pontos)

Grau de Implantação	Ponderação	Elementos de Verificação
100%	6	apresenta equipe multiprofissional (mínimo de 4 integrantes a saber: médico, enfermeiro, fisioterapeuta, assistente social e etc)
50%	3	apresenta equipe multiprofissional parcial (até 3 integrantes da equipe)
0%	0	apresenta até 2 membros da equipe multiprofissional.

4. Kanban Implantado (6,0 pontos)

Grau de Implantação	Ponderação	Elementos de Verificação
100%	6	dispõe de Kanban em quadro físico ou sistema e com gerenciamento, apresentando informações relacionados aos status do tempo de permanência e principais pendências
50%	3	dispõe de Kanban em quadro físico ou sistema e sem gerenciamento, apresentando informações relacionados aos status do tempo de permanência e principais pendências
0%	0	não dispõe de Kanban.

5.Núcleo Interno de Regulação - NIR Implantado (6,0 pontos)

Grau de Implantação	Ponderação	Elementos de Verificação
100%	6	possui NIR com regimento interno, equipe, espaço físico e gerenciamento de painel de indicadores e etc.
50%	3	possui NIR com no máximo 2 itens supracitados
0%	0	não possui NIR

Eixo: Inserção em Rede e Governança Ampliada

Objetivo: Fortalecer a articulação/integração do componente hospitalar da RUE com a rede de atenção à saúde.

Ponderação: 30 pontos

Elementos da avaliação

1. Implantação da retaguarda às urgências (12 pontos)

Grau de Implantação	Ponderação	Elementos de Verificação
100%	12	ampliação mínima de 70% dos leitos de pactuados no PAR da RUE retaguarda às urgências
50%	6	ampliação mínima de 50% dos leitos de pactuados no PAR da RUE retaguarda às urgências
0%	0	não ocorreu ampliação dos leitos de retaguarda às urgências.

2. Fluxos de referência e contra referência (6 pontos)

Grau de Implantação	Ponderação	Elementos de Verificação
100%	6	apresenta fluxos de referência e contra referência.
50%	3	apresenta fluxos de referência ou contra referência
0%	0	não apresenta fluxos de referência ou contra referência

3. Submissão da Porta de Entrada à Central Regional de Regulação de Urgência (6 pontos)

Grau de Implantação	Ponderação	Elementos de Verificação
100%	6	porta de entrada hospitalar é regulada pela Central de Regulação
0%	0	a porta de entrada hospitalar não regulada pela Central de Regulação

4. Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar -NAQH (6 pontos)

Grau de Implantação	Ponderação	Elementos de Verificação
100%	6	Possui NAQH com composição determinada e reuniões periódicas documentadas em ata.
50%	3	Constituiu o NAQH mas nos últimos 6 meses não houve nenhuma reunião registrada
0%	0	não possui NAQH

Eixo: Procedimentos administrativos (regulação e RH) implantados

Objetivo: Efetivar os fluxos , equipes e prontuário único e educação permanente

Ponderação: 15 pontos

Elementos da avaliação

1. Fluxos e processos de trabalho com equipes horizontais e prontuário único (7 pontos)

Grau de Implantação	Ponderação	Elementos de Verificação
100%	7	apresenta equipe horizontal e prontuário único
50%	3,5	apresenta equipe horizontal ou prontuário único
0%	0	não apresenta equipe horizontal ou prontuário único

2. Atividades de educação permanente (8,0 pontos)

Grau de Implantação	Ponderação	Elementos de Verificação
100%	8	Mínimo de 70% das atividades de educação permanente planejadas foram realizadas
50%	4	Mínimo 50% das atividades de educação permanente planejadas realizadas
0%	0	Menos de 50% das atividades de educação permanente planejadas foram realizadas

DIMENSÃO: ENFERMARIAS CLÍNICAS DE RETAGUARDA

Eixo: Mecanismos de Gestão da Clínica

Objetivo: ofertar atenção multiprofissional, instituída por meio de práticas clínicas cuidadoras e fundamentada nos mecanismos de gestão da clínica.

Ponderação: 35 pontos

Elementos da avaliação

1. Protocolos clínico-assistenciais implantados (10,0 pontos)

Grau de Implantação	Ponderação	Elementos de Verificação
100%	10	apresenta pelo menos um protocolo clínico gerenciado com indicadores de adesão e efetividade.
50%	5	apresenta pelo menos um protocolo clínico sem gerenciamento e indicadores de adesão e efetividade.
0%	0	não apresenta protocolo clínico.

2. Kanban Implantado (5,0 pontos)

Grau de Implantação	Ponderação	Elementos de Verificação
100%	5	apresenta Kanban em quadro físico ou sistema e com gerenciamento, apresentando informações relacionados aos status do tempo de permanência e principais pendências
50%	2,5	apresenta Kanban em quadro físico ou sistema e sem gerenciamento, apresentando informações relacionados aos status do tempo de permanência e principais pendências
0%	0	não possui Kanban.

3. Equipe multiprofissional horizontal (10 pontos)

Grau de Implantação	Ponderação	Elementos de Verificação
100%	10	apresenta equipe horizontal (médico e enfermeiro) e equipe multiprofissional (médico, enfermeiro e fisioterapeuta)
50%	5	apresenta equipe horizontal ou equipe multiprofissional
0%	0	não possui equipe horizontal ou equipe multiprofissional

4. Tempo Médio de Permanência até 10 dias (5 pontos)

Grau de Implantação	Ponderação	Elementos de Verificação
100%	5	<p>Permanência até 10 dias:</p> <p>A) Forma de cálculo: base de dados secundária SIHSUS =</p> <p style="padding-left: 40px;">Permanência/Frequência AIH do mesmo período/competência SIH/SUS</p> <p>B) Relatórios do próprio hospital</p> <p>OBS: Sugere-se análise da Média dos últimos 6 meses e sempre realizar a verificação A, podendo ser complementada pela verificação B.</p>
0%	0	Permanência > 10 dias

5. Taxa de Ocupação média mensal de 85% (5 pontos)

Grau de Implantação	Ponderação	Elementos de Verificação
100%	5	Ocupação > 85% A. Forma de cálculo: base de dados secundária SIHSUS & CNES = $\text{Frequência AIH (SIHSUS)} / \text{total de Leitos SUS} \times 180$ B. Relatórios do próprio hospital OBS: Sugere-se análise da Média dos últimos 6 meses e sempre realizar a verificação A, podendo ser complementada pela verificação B.
0%	0	ocupação < 85%

Eixo: Inserção em Rede e Governança Ampliada

Objetivo: possibilitar a disponibilização dos leitos em conformidade com os critérios da regulação e avaliação da auditoria local, promovendo a articulação com os serviços de atenção domiciliar.

Ponderação: 40 pontos

Elementos da avaliação

1. Articulação com os Serviços de Atenção Domiciliar -SAD (15 pontos)

Grau de Implantação	Ponderação	Elementos de Verificação
100%	15	existe articulação com os serviços de atenção domiciliar com realização de visitas do SAD ao hospital ou critérios de alta responsável pactuados.
0%	0	não existe articulação com os serviços de atenção domiciliar

2. Submissão da enfermaria clínica à auditoria do gestor local (15 pontos)

Grau de Implantação	Ponderação	Elementos de Verificação
100%	15	realização de avaliações periódicas com visitas in loco da auditoria do gestor local.
0%	0	não realização de avaliações periódicas com visitas in loco da auditoria do gestor local.

3. Regulação integral (10 pontos)

Grau de Implantação	Ponderação	Elementos de Verificação
100%	10	leitos regulados pela central de regulação
0%	0	leitos não regulados pela central de regulação

Eixo: Procedimentos administrativos implantados

Objetivo: Disponibilizar suporte diagnóstico e efetivar a educação permanente

Ponderação: 25 pontos

Elementos da avaliação

1. Realização dos procedimentos diagnósticos (15 pontos)

Grau de Implantação	Ponderação	Elementos de Verificação
100%	15	apresenta exames laboratoriais, Raio X, Ultra som, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética (no serviço ou em disponibilidade com terceiros)
50%	7,5	apresenta pelo menos três itens dos exames supracitados;
0%	0	apresentam menos de dois itens dos exames supracitados.

2. Atividades de educação permanente (10 pontos)

Grau de Implantação	Ponderação	Elementos de Verificação
100%	10	Mínimo de 70% das atividades de educação permanente planejadas foram realizadas
50%	5	Mínimo 50% das atividades de educação permanente planejadas realizadas
0%	0	Menos de 50% das atividades de educação permanente planejadas foram realizadas

DIMENSÃO: UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA-UTI

Eixo: Mecanismos de Gestão da Clínica

Objetivo: ofertar atenção multiprofissional, instituída por meio de práticas clínicas cuidadoras e fundamentada nos mecanismos de gestão da clínica.

Ponderação: 40 pontos

Elementos da avaliação

1. Protocolos clínico-assistenciais implantados (10,0 pontos)

Grau de Implantação	Ponderação	Elementos de Verificação
100%	10	apresenta pelo menos um protocolo clínico gerenciado com indicadores de adesão e efetividade.
50%	5	apresenta pelo menos um protocolo clínico sem gerenciamento e indicadores de adesão e efetividade.
0%	0	não apresenta protocolo clínico.

2. Kanban Implantado (10,0 pontos)

Grau de Implantação	Ponderação	Elementos de Verificação
100%	10	apresenta Kanban em quadro físico ou sistema e com gerenciamento, apresentando informações relacionados aos status do tempo de permanência e principais pendências
50%	5	apresenta Kanban em quadro físico ou sistema e sem gerenciamento, apresentando informações relacionados aos status do tempo de permanência e principais pendências
0%	0	não possui Kanban.

3. Equipe multiprofissional horizontal (10 pontos)

Grau de Implantação	Ponderação	Elementos de Verificação
100%	10	apresenta equipe horizontal (médico e enfermeiro) e equipe multiprofissional (médico, enfermeiro e fisioterapeuta)
50%	5	apresenta equipe horizontal ou equipe multiprofissional
0%	0	não possui equipe horizontal ou equipe multiprofissional

4. Taxa de Ocupação média mensal de 90% (10 pontos)

Grau de Implantação	Ponderação	Elementos de Verificação
100%	5	ocupação > 90% A. Forma de cálculo: base de dados secundária SIHSUS & CNES = $\text{Frequência AIH (SIHSUS)} / \text{total de Leitos SUS} \times 180$ B. Relatórios dos próprio hospital OBS: Sugere-se análise da Média dos últimos 6 meses e sempre realizar a verificação A, podendo ser complementada pela verificação B.
0%	0	ocupação < 90%

Eixo: Inserção em Rede e Governança Ampliada

Objetivo: possibilitar a disponibilização dos leitos de UTI em conformidade com os critérios da regulação e avaliação da auditoria local.

Ponderação: 40 pontos

Elementos da avaliação

1. Submissão da UTI à auditoria do gestor local (20 pontos)

Grau de Implantação	Ponderação	Elementos de Verificação
100%	20	realização de avaliações periódicas com visitas in loco da auditoria do gestor local.
0%	0	não realização de avaliações periódicas com visitas in loco da auditoria do gestor local.

2. Regulação integral (20 pontos)

Grau de Implantação	Ponderação	Elementos de Verificação
100%	20	leitos regulados pela central de regulação
0%	0	leitos não regulados pela central de regulação

Eixo: Procedimentos administrativos implantados

Objetivo: Disponibilizar suporte diagnóstico e efetivar a educação permanente

Ponderação: 20 pontos

Elementos da avaliação

1. Realização dos procedimentos diagnósticos (10 pontos)

Grau de Implantação	Ponderação	Elementos de Verificação
100%	10	apresenta exames laboratoriais, Raio X, Ultra som, Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética (no serviço ou em disponibilidade com terceiros)
50%	5	apresenta pelo menos três itens dos exames supracitados;
0%	0	apresentam apenas dois itens dos exames supracitados.

2. Atividades de educação permanente (10 pontos)

Grau de Implantação	Ponderação	Elementos de Verificação
100%	10	Mínimo de 70% das atividades de educação permanente planejadas foram realizadas
50%	5	Mínimo 50% das atividades de educação permanente planejadas realizadas
0%	0	Menos de 50% das atividades de educação permanente planejadas foram realizadas

Apêndice 1 – Roteiro para Entrevista Semi-Estruturada

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e em ambiente protegido para o entrevistado. Em média, cada entrevista durou 1 hora, finalizando-se a partir do esgotamento do conteúdo. Aplicou-se as perguntas direcionadoras, às quais os entrevistados responderam livremente, sendo estimulados, quando necessário, orientarem-se às mesmas.

Perguntas orientadoras

- No processo de implantação da RUE o que vocês atribuem como força e fraqueza - aspectos internos relacionados ao hospital?
- No processo de implantação da RUE o que vocês atribuem como oportunidade e ameaças: aspectos externos à gestão do hospital?

Apêndice 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Senhor (a), _____

O (a) Sr. (a) está sendo convidado a participar de uma pesquisa avaliativa intitulada: “**Avaliação do Componente Hospitalar da Rede de Urgências e Emergências_RUE em Duas Unidades da Federação**”, que tem por objetivo analisar e avaliar o grau de Implantação do Componente Hospitalar da Rede de Urgências e Emergências- RUE em duas unidades da federação (Roraima e Distrito Federal), identificar os resultados a partir da matriz de avaliação para o componente hospitalar e comparar os graus de implantação do componente hospitalar da RUE das duas unidades da federação brasileira, considerando aspectos regionais específicos e contextuais do processo de implementação do componente Hosp/RUE_SUS,

O presente estudo tem como benefícios a possibilidade de proporcionar aos gestores, profissionais de saúde uma matriz de avaliação para o componente hospitalar da RUE e o conhecimento do grau de implantação do componente hospitalar da Rede de Urgências e Emergências nas unidades da federação supracitadas, bem como descrever os fatores que influenciaram no grau de implantação da política; identificar possíveis limitações no processo de implantação da política; e obter um diagnóstico que possibilite ao gestor a tomada de decisões para corrigir eventuais não conformidades apontadas pelo estudo.

Serão convidados para participar deste estudo dez gestores dos hospitais participantes da pesquisa dos Estados de Roraima e Distrito Federal.

Sua participação no estudo é voluntária e consistirá em participar de uma entrevista semiestruturada e responder algumas questões sobre a aplicabilidade da matriz, o processo de implantação da RUE; os fatores contextuais que influenciaram nesse processo; sugestões de mudanças para a política em questão e os efeitos observados com a implantação da RUE.

Se houver algum problema relacionado com a pesquisa o (a) senhor (a) poderá entrar em contato com o pesquisador responsável.

Os riscos com essa pesquisa são mínimos, sendo que o Sr. (a) pode se sentir desconfortável em responder alguma pergunta, mas o (a) Sr. (a) tem a liberdade de não responder ou interromper a entrevista em qualquer momento, sem nenhum prejuízo para o Sr. (a).

O (a) Sr. (a) tem a liberdade de não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, mesmo após o início da entrevista/coleta de dados, sem qualquer prejuízo. Está assegurada a garantia do sigilo das suas informações. O (a) Sr. (a) não terá nenhuma despesa e não há compensação financeira relacionada à sua participação na pesquisa.

Este documento descreve para você os fatos relacionados a esta pesquisa avaliativa. Se você tiver alguma dúvida, sinta-se à vontade para fazer as perguntas necessárias para que a sua decisão seja consciente e bem informada e poderá entrar em contato com pesquisador responsável: Danilo Carvalho Oliveira, que pode ser localizado na Rua Peixoto Gomide, 596, CEP:01409-000, São Paulo-SP, no telefone (11) 2389-2704/ (61) 98323-4723, ou pelo e-mail: daniloc.oliveira@usp.br ou entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do HC-FMRP-USP pelo telefone (16) 3602-2228.

Este termo será assinado em duas vias, pelo (a) Sr. (a) e pelo responsável pela pesquisa, ficando uma via em seu poder.

Outras Informações Importantes

1. Sigilo. Quando os resultados de uma pesquisa avaliativa da FMRP-USP são publicados em revistas científicas ou em congressos, não há nenhuma identificação das pessoas que participaram do estudo. A FMRP-USP não irá fornecer nenhuma informação sobre a sua participação no estudo sem a sua permissão por escrito.

2. Resultados. É garantido o acesso aos resultados pelo participante da pesquisa.

3. Perguntas. É garantido quaisquer esclarecimentos, antes e durante a pesquisa. Se você tiver alguma dúvida ou preocupação relacionadas a esta pesquisa avaliativa ou sobre os seus direitos como participante, contate o pesquisador principal, Danilo Carvalho Oliveira, pelo telefone (11) 2389-2704/ (61) 98323-4723 ou o Comitê de Ética em Pesquisa do HC-FMRP-USP pelo telefone (16) 3602-2228.

4. Termo de consentimento livre e esclarecido. Por favor, guarde a sua via deste documento.

Li as informações acima sobre o estudo e recebi explicações sobre a participação no estudo.

Portanto, dou o meu consentimento para participar do estudo.

COMPLETE OS ÍTENS APROPRIADOS ABAIXO:			
A. Consentimento do Participante			
<p>Li as informações acima sobre o estudo e recebi explicações sobre a participação no estudo. Portanto, dou o meu consentimento para participar do estudo.</p>		<hr/>	
		Pesquisador Responsável	
		Data	
		<hr/>	
		Nome	
<hr/>		<hr/>	
Assinatura	Data	Assinatura da Testemunha	Data
<hr/>		<hr/>	
Nome		Nome	

ANEXO 1

Ministério da Saúde Gabinete do Ministro

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).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso da atribuição que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando o disposto no art. 198 da Constituição Federal, que estabelece que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem o Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando o art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que estabelece os princípios e diretrizes do SUS, de universalidade do acesso, integralidade da atenção e descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo;

Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;

Considerando o disposto na Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que prioriza a organização e implementação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no país; e

Considerando a Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011, que altera a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS, com previsão expressa acerca do Componente Hospitalar, resolve:

Art. 1º Esta Portaria organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. A organização dar-se-á por meio da ampliação e qualificação das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, das enfermarias clínicas de retaguarda, das enfermarias de retaguarda de longa permanência e dos leitos de terapia intensiva, e pela reorganização das linhas de cuidados prioritários de traumatologia, cardiovascular e cerebrovascular, de acordo com os critérios estabelecidos nesta Portaria.

Parágrafo único. A organização dar-se-á por meio da ampliação e qualificação das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, das enfermarias clínicas de retaguarda, dos leitos de Cuidados Prolongados e dos leitos de terapia intensiva, e pela reorganização das linhas de cuidados prioritários de traumatologia, cardiovascular e cerebrovascular, de acordo com os critérios estabelecidos nesta Portaria. ([Alterado pela PRT GM/MS nº 2809 de 07.12.2012](#))

Art. 2º O Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências será estruturado de forma articulada e integrada a todos os outros componentes dessa Rede, a partir do Plano de Ação Regional, conforme [Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011](#).

CAPÍTULO I

DOS OBJETIVOS E DIRETRIZES DO COMPONENTE HOSPITALAR DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

Art. 3º São objetivos do Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências:

- I - organizar a atenção às urgências nos hospitais, de modo que atendam à demanda espontânea e/ou referenciada e funcionem como retaguarda para os outros pontos de atenção às urgências de menor complexidade;

II -garantir retaguarda de atendimentos de média e alta complexidade; procedimentos diagnósticos e leitos clínicos, cirúrgicos, de longa permanência e de terapia intensiva para a rede de atenção às urgências; e

II - garantir retaguarda de atendimentos de média e alta complexidade; procedimentos diagnósticos e leitos clínicos, cirúrgicos, de leitos de Cuidados Prolongados e de terapia intensiva para a rede de atenção às urgências; e ([Alterado pela PRT GM/MS nº 2809 de 07.12.2012](#)).

III - garantir a atenção hospitalar nas linhas de cuidado prioritárias, em articulação com os demais pontos de atenção.

Art. 4º Constituem diretrizes do Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências:

I - universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências;

II - humanização da atenção, garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;

III - atendimento priorizado, mediante acolhimento com Classificação de Risco, segundo grau de sofrimento, urgência e gravidade do caso;

IV - regionalização do atendimento às urgências, com articulação dos diversos pontos de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde; e

V - atenção multiprofissional, instituída por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseada na gestão de linhas de cuidado.

CAPÍTULO II

DAS PORTAS DE ENTRADA HOSPITALARES DE URGÊNCIA

Art. 5º Para efeito desta Portaria, são Portas de Entrada Hospitalares de Urgência os serviços instalados em uma unidade hospitalar para prestar atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas.

§ 1º Atendimento ininterrupto é aquele que funciona nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana.

§ 2º As Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, objeto desta Portaria, devem estar instaladas em unidades hospitalares estratégicas para a rede de atenção às urgências.

§ 3º As Portas de Entrada Hospitalares de Urgência de atendimento exclusivo de obstetrícia e psiquiatria não estão incluídas no conjunto de Portas de Entrada Hospitalares de Urgência previstas nesta Portaria.

Art. 6º São consideradas unidades hospitalares estratégicas para a Rede de Atenção às Urgências aquelas que se enquadrarem nos seguintes requisitos:

I -ser referência regional, realizando no mínimo 10% (dez por cento) dos atendimentos oriundos de outros Municípios, conforme registro no Sistema de Informação Hospitalar (SIH);

II -ter no mínimo 100 (cem) leitos cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos (SCNES);

III - estar habilitada em pelo menos uma das seguintes linhas de cuidado:

a) cardiovascular;

b) neurologia/neurocirurgia;

c) pediatria; e

d) traumato-ortopedia.

§ 1º As instituições hospitalares que não se enquadrarem estritamente nos requisitos estabelecidos neste artigo, mas que, excepcionalmente, forem consideradas estratégicas para a referência regional no Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências poderão se beneficiar dos investimentos estabelecidos nesta Portaria.

§ 2º A caracterização de unidades hospitalares como excepcionalmente estratégicas para a referência regional do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências será pactuada na Comissão Intergestores Regional (CIR) e na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e avaliada pelo Ministério da Saúde.

Art. 7º As Portas de Entrada Hospitalares de Urgência localizadas nas unidades hospitalares

estratégicas poderão apresentar, ao Ministério da Saúde, projeto para readequação física e tecnológica, no valor de até R\$ 3.000.000,00 (DUAS milhões de reais).

§ 1º A readequação física pode se dar por reforma ou por ampliação.

§ 2º O objetivo do projeto de readequação física e tecnológica das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência será a adequação da ambiência, com vistas a viabilizar a qualificação da assistência, observados os pressupostos da Política Nacional de Humanização e das normas da Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA).

§ 3º Caso a transferência de recursos financeiros para custeio de reforma e para investimento em ampliação de imóveis seja de valor até R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais), o respectivo repasse será realizado ao Fundo de Saúde do ente federativo beneficiário em 2 (duas) parcelas, sendo a primeira equivalente a 20% (vinte por cento) do valor total aprovado, após a habilitação do projeto; e a segunda parcela, equivalente a 80% (oitenta por cento) do valor total aprovado, mediante apresentação da respectiva ordem de início de serviço, assinada por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Engenharia, Arquitetura e Agronomia (CREA), e posteriormente autorizada pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS). [\(Incluído pela PRT GM/MS nº 2236 de 01.10.2012\).](#)

§ 4º Na hipótese do parágrafo anterior, a Portaria de habilitação disporá sobre o prazo máximo de execução do recurso financeiro repassado. (.

§ 5º Caso verifique que não cumprirá o prazo de que trata o parágrafo anterior, o ente federativo beneficiário deverá encaminhar, em até 30 (trinta) dias antes do prazo final, expediente, devidamente justificado, com pedido de sua prorrogação à SAS/MS. (.

Art. 8º As Portas de Entrada Hospitalares de Urgência localizadas nas unidades hospitalares estratégicas poderão receber incentivo de custeio diferenciado de acordo com a tipologia descrita no Anexo II desta Portaria, observados os seguintes limites:

I - as Portas de Entrada Hospitalares de Urgência instaladas em estabelecimentos hospitalares estratégicos classificados como Hospital Geral receberão R\$ 100.000,00 (cem mil reais), como incentivo de custeio mensal;

II - as Portas de Entrada Hospitalares de Urgência instaladas em estabelecimentos hospitalares estratégicos classificados como Hospital Especializado Tipo I receberão R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais), como incentivo de custeio mensal; e

III - as Portas de Entrada Hospitalares de Urgência instaladas em estabelecimentos hospitalares estratégicos classificados como Hospital Especializado Tipo II receberão R\$ 300.000,00 (trezentos mil reais), como incentivo de custeio mensal.

Art. 9º O requerimento do incentivo previsto no art. 8º desta Portaria observará o seguinte fluxo:

I - apresentação do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências ao Ministério da Saúde, para fins de comprovação do enquadramento da Porta de Entrada Hospitalar de Urgência e da unidade hospitalar estratégica; e

II - deferimento, pelo Ministério da Saúde, do incentivo de custeio diferenciado a ser pago à Porta de Entrada Hospitalar de Urgência; e

III - início do repasse, pelo Ministério da Saúde, do incentivo financeiro de custeio diferenciado aos fundos de saúde, que repassarão os valores aos prestadores de serviço hospitalares.

Art. 10. As Portas de Entrada Hospitalares de Urgência serão consideradas qualificadas ao se adequarem aos seguintes critérios:

I - estabelecimento e adoção de protocolos de classificação de risco, protocolos clínico-assistenciais e de procedimentos administrativos no hospital;

II - implantação de processo de Acolhimento com Classificação de Risco, em ambiente específico, identificando o paciente segundo o grau de sofrimento ou de agravos à saúde e de risco de morte, priorizando-se aqueles que necessitem de tratamento imediato;

III - articulação com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e com outros serviços da rede de atenção à saúde, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência;

IV - submissão da Porta de Entrada Hospitalar de Urgência à Central Regional de Regulação de Urgência, à qual caberá coordenar os fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência;

V - equipe multiprofissional compatível com o porte da Porta de Entrada Hospitalar de Urgência;

VI - organização do trabalho das equipes multiprofissionais de forma horizontal, em regime conhecido como "diarista", utilizando-se prontuário único compartilhado por toda a equipe;

VII - implantação de mecanismos de gestão da clínica, visando à:

a) qualificação do cuidado;

b) eficiência de leitos;

c) reorganização dos fluxos e processos de trabalho;

d) implantação de equipe de referência para responsabilização e acompanhamento dos casos;

VIII - garantia de retaguarda às urgências atendidas pelos outros pontos de atenção de menor complexidade que compõem a Rede de Atenção às Urgências em sua região, mediante o fornecimento de procedimentos diagnósticos, leitos clínicos, leitos de terapia intensiva e cirurgias, conforme previsto no Plano de Ação Regional;

IX - garantia de desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes, por iniciativa própria ou por meio de cooperação; e

X - realização do contrarreferenciamento responsável dos usuários para os serviços da rede, fornecendo relatório adequado, de forma a garantir a continuidade do cuidado pela equipe da atenção básica ou de referência.

§ 1º As Portas de Entrada Hospitalares de Urgência deverão se qualificar em um prazo máximo de 06 (seis) meses após o início do repasse do incentivo de custeio diferenciado, previsto pelo art. 8º desta Portaria, ou em um prazo de 12 (doze) meses após o recebimento do incentivo de investimento para adequação da ambiência, previsto pelo art. 7º desta Portaria.

§ 2º Em caso de inobservância dos prazos previstos no § 1º deste artigo, o repasse do incentivo financeiro será cancelado, devendo ser restituído todo o valor recebido.

§ 3º Uma vez cancelado o incentivo financeiro, novo pedido somente será deferido com a qualificação integral, demonstrado o cumprimento de todos os requisitos deste artigo, caso em que o incentivo voltará a ser pago a partir do novo deferimento pelo Ministério da Saúde.

§ 4º O incentivo financeiro de custeio diferenciado de que trata o art. 8º desta Portaria continuará a ser repassado aos fundos de saúde e, em seguida, aos prestadores de serviço hospitalares, mediante o cumprimento dos critérios de qualificação estabelecidos neste artigo e das metas pactuadas entre os gestores e os prestadores de serviços hospitalares, de acordo com as normas estabelecidas no Anexo II desta Portaria.

§ 5º Para a avaliação e o acompanhamento dos critérios de qualificação dispostos neste artigo, será realizada visita técnica à unidade, em parceria com o Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção às Urgências e representantes do Comitê Gestor da Rede Regional de Atenção às Urgências.

§ 6º O Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção às Urgências e os representantes do Comitê Gestor da Rede Regional de Atenção às Urgências farão o acompanhamento e monitoramento semestral do cumprimento dos requisitos e critérios previstos nos artigos 8º e 10 desta Portaria e das metas pactuadas entre o gestor e o prestador dos serviços de saúde.

CAPÍTULO III

DOS LEITOS DE RETAGUARDA

Art. 11. O Componente Hospitalar de Atenção às Urgências deverá garantir e organizar a retaguarda de leitos para a Rede de Atenção às Urgências, por meio da ampliação e qualificação de enfermarias clínicas de retaguarda, enfermarias de retaguarda de longa permanência e leitos de terapia intensiva.

§ 1º O número de novos leitos de retaguarda de enfermarias clínicas e de longa permanência e de leitos de terapia intensiva (UTI) será calculado de acordo com parâmetros de necessidade, por tipo de leito, conforme definido na [Portaria n.º 1.101/GM/MS, de 12 de junho de 2002](#).

Art. 11. O Componente Hospitalar de Atenção às Urgências deverá garantir e organizar a

retaguarda de leitos para a Rede de Atenção às Urgências, por meio da ampliação e qualificação de enfermarias clínicas de retaguarda, leitos de Cuidados Prolongados e leitos de terapia intensiva. [\(Alterado pela PRT GM/MS nº 2809 de 07.12.2012\).](#)

§ 1º O número de novos leitos de retaguarda de enfermarias clínicas e terapia intensiva (UTI) será calculado de acordo com parâmetros de necessidade, por tipo de leito, conforme definido na [Portaria n.º 1.101/GM/MS, de 12 de junho de 2002.](#) [\(Alterado pela PRT GM/MS nº 2809 de 07.12.2012\).](#)

§ 2º Os novos leitos de retaguarda poderão localizar-se nas unidades hospitalares estratégicas, definidas pelo art. 6º desta Portaria, ou em outros hospitais de retaguarda localizados nas regiões de saúde em que estejam situadas as unidades hospitalares estratégicas.

§ 3º O número de novos leitos de Cuidados Prolongados será calculado de acordo com parâmetros de necessidade definidos em ato específico. [\(Incluído pela PRT GM/MS nº 2809 de 07.12.2012\).](#)

Seção I

Das Enfermarias Clínicas de Retaguarda

Art. 12. As instituições hospitalares, públicas ou privadas, que disponibilizarem leitos de retaguarda às Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, por meio da organização de enfermarias clínicas, estarão aptas a receber custeio diferenciado, no valor de R\$ 300,00 (trezentos reais) por diária do leito novo ou qualificado.

Art. 13. Para solicitação do custeio diferenciado para leitos de retaguarda de clínica médica, descrito no artigo anterior, será observado o seguinte fluxo:

I - apresentação do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências ao Ministério da Saúde, para fins de comprovação da necessidade de abertura dos leitos de clínica médica de acordo com os parâmetros da [Portaria n.º 1.101/GM/MS, de 12 de junho de 2002;](#)

II - solicitação de habilitação dos novos leitos de clínica médica ou dos leitos já existentes como "leitos de clínica médica qualificados";

III - deferimento, pelo Ministério da Saúde, do incentivo de custeio diferenciado a ser pago aos novos leitos de clínica médica ou àqueles já existentes; e

IV - início do repasse, pelo Ministério da Saúde, do incentivo financeiro de custeio diferenciado aos fundos de saúde, que repassarão os valores aos prestadores de serviços hospitalares.

Art. 14. As enfermarias clínicas de retaguarda serão consideradas qualificadas quando atenderem aos seguintes critérios:

I - estabelecimento e adoção de protocolos clínicos, assistenciais e de procedimentos administrativos;

II - equipe de médicos, enfermeiros e técnicos em enfermagem compatível com o porte da enfermaria clínica de retaguarda, bem como suporte para especialidades nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana;

III - organização do trabalho das equipes multiprofissionais de forma horizontal, em regime conhecido como "diarista", utilizando-se prontuário único, compartilhado por toda a equipe;

IV - implantação de mecanismos de gestão da clínica visando à qualificação do cuidado, eficiência de leitos, reorganização dos fluxos e processos de trabalho e implantação de equipe de referência para responsabilização e acompanhamento dos casos;

V - articulação com os Serviços de Atenção Domiciliar da Região de Saúde, quando couber;

VI - garantia de realização dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários à complexidade dos casos;

VII - garantia do desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes, por iniciativa própria ou por meio de cooperação;

VIII - submissão da enfermaria clínica à auditoria do gestor local;

IX - regulação integral pelas Centrais de Regulação de Leitos;

X - taxa de ocupação média mínima de 85% (oitenta e cinco por cento); e

XI - Média de Permanência de, no máximo, 10 (dez) dias de internação.

§ 1º As enfermarias clínicas de retaguarda deverão se qualificar em um prazo máximo de 6 (seis) meses após o início do repasse do incentivo de custeio diferenciado previsto pelo art. 12 desta Portaria.

§ 2º Em caso de inobservância dos prazos previstos no § 1º deste artigo, o repasse do incentivo financeiro será cancelado, devendo ser restituído todo o valor recebido.

§ 3º Uma vez cancelado o incentivo financeiro, novo pedido somente será deferido com a qualificação integral, demonstrado o cumprimento de todos os requisitos deste artigo, caso em que o incentivo voltará a ser pago a partir do novo deferimento pelo Ministério da Saúde.

§ 4º O incentivo financeiro de custeio diferenciado de que trata o art. 12 desta Portaria continuará a ser repassado aos fundos de saúde e, em seguida, aos prestadores de serviço hospitalares, mediante o cumprimento dos critérios de qualificação estabelecidos neste artigo e das metas pactuadas entre os gestores e os prestadores de serviços hospitalares.

§ 5º Para a avaliação e o acompanhamento dos critérios de qualificação dispostos neste artigo, será realizada visita técnica à unidade, em parceria com o Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção às Urgências e representantes do Comitê Gestor da Rede Regional de Atenção às Urgências.

§ 6º O Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção às Urgências e os representantes do Comitê Gestor da Rede Regional de Atenção às Urgências farão o acompanhamento e monitoramento semestral do cumprimento dos requisitos e critérios previstos neste artigo e das metas pactuadas entre o gestor e o prestador dos serviços de saúde.

Art. 15. Os leitos de enfermaria clínica já existentes e disponíveis para o SUS, especificamente para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências, poderão ser qualificados, conforme requisitos do art. 14 desta Portaria, para receber o mesmo custeio diferenciado definido para os leitos novos, observada a seguinte proporção:

I - nos hospitais públicos, estaduais, distrital e municipais, será possível a qualificação de 1 (um) leito de enfermaria clínica já disponível para o SUS para cada 2 (dois) leitos novos disponibilizados para o SUS, especificamente para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências; e

II - nos hospitais privados, conveniados ou contratados pelo SUS, será possível a qualificação de 1 (um) leito de enfermaria clínica já disponível para o SUS para cada 1 (um) leito novo disponibilizado para o SUS, especificamente para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências.

Seção II

Das Enfermarias de Retaguarda de Longa Permanência

Art. 16. As instituições hospitalares, públicas ou privadas, que disponibilizarem leitos de longa permanência para retaguarda das Portas de Entradas Hospitalares de Urgência estarão aptas a receber custeio diferenciado do leito, com diária de R\$ 200,00 (duzentos reais) até o 30º dia de internação e R\$ 100,00 (cem reais) a partir do 31º dia de internação. ([Revogada pela PRT GM/MS nº 2809 de 07.12.2012](#)).

Art. 17. Para solicitação do custeio diferenciado para enfermarias de longa permanência, descrito no artigo anterior, será observado o seguinte fluxo: ([Revogada pela PRT GM/MS nº 2809 de 07.12.2012](#)).

I - apresentação do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências ao Ministério da Saúde, para fins de comprovação da necessidade de abertura dos leitos de acordo com os parâmetros da Portaria n.º 1.101/GM/MS, de 12 de junho de 2002; ([Revogada pela PRT GM/MS nº 2809 de 07.12.2012](#)).

II - solicitação de habilitação da enfermaria de retaguarda de longa permanência, de acordo com as normas estabelecidas em Portaria específica a ser publicada pela SAS/MS; ([Revogada pela PRT GM/MS nº 2809 de 07.12.2012](#)).

III - deferimento, pelo Ministério da Saúde, do incentivo de custeio diferenciado a ser pago às enfermarias de retaguarda de longa permanência abertas; e ([Revogada pela PRT GM/MS nº 2809 de 07.12.2012](#)).

IV - início do repasse, pelo Ministério da Saúde, do incentivo financeiro de custeio diferenciado aos fundos de saúde, que repassarão os valores aos prestadores de serviços

hospitalares. ([Revogada pela PRT GM/MS nº 2809 de 07.12.2012](#)).

Art. 18. As enfermarias de retaguarda de longa permanência serão consideradas qualificadas quando atenderem aos seguintes critérios: ([Revogada pela PRT GM/MS nº 2809 de 07.12.2012](#)).

I - estabelecimento e adoção de protocolos clínicos, assistenciais e de procedimentos administrativos; ([Revogada pela PRT GM/MS nº 2809 de 07.12.2012](#)).

II - equipe de médicos, enfermeiros e técnicos em enfermagem compatível com o porte da enfermaria de retaguarda de longa permanência, bem como suporte para especialidades nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana; ([Revogada pela PRT GM/MS nº 2809 de 07.12.2012](#)).

III - organização do trabalho das equipes multiprofissionais de forma horizontal, em regime conhecido como "diarista", utilizando-se prontuário único compartilhado por toda a equipe; ([Revogada pela PRT GM/MS nº 2809 de 07.12.2012](#)).

IV - implantação de mecanismos de gestão da clínica visando à qualificação do cuidado, eficiência de leitos, reorganização dos fluxos e processos de trabalho, e implantação de equipe de referência para responsabilização e acompanhamento dos casos; ([Revogada pela PRT GM/MS nº 2809 de 07.12.2012](#)).

V - articulação com os Serviços de Atenção Domiciliar da sua Região de Saúde, quando couber; ([Revogada pela PRT GM/MS nº 2809 de 07.12.2012](#)).

VI - garantia de realização dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários à complexidade dos casos, incluindo a reabilitação; ([Revogada pela PRT GM/MS nº 2809 de 07.12.2012](#)).

VII - garantia do desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes, por iniciativa própria ou por meio de cooperação; ([Revogada pela PRT GM/MS nº 2809 de 07.12.2012](#)).

VIII - submissão à auditoria do gestor local; e ([Revogada pela PRT GM/MS nº 2809 de 07.12.2012](#)).

IX - regulação integral pelas Centrais de Regulação de Leitos. ([Revogada pela PRT GM/MS nº 2809 de 07.12.2012](#)).

§ 1º As enfermarias de retaguarda de longa permanência deverão se qualificar em um prazo máximo de 6 (seis) meses após o início do repasse do incentivo de custeio diferenciado previsto pelo art. 16 desta Portaria. ([Revogada pela PRT GM/MS nº 2809 de 07.12.2012](#)).

§ 2º Em caso de inobservância do prazo previsto no § 1º deste artigo, o repasse do incentivo financeiro será cancelado, devendo ser restituído todo o valor recebido. ([Revogada pela PRT GM/MS nº 2809 de 07.12.2012](#)).

§ 3º Uma vez cancelado o incentivo financeiro, novo pedido somente será deferido com a qualificação integral, demonstrado o cumprimento de todos os requisitos deste artigo, caso em que o incentivo voltará a ser pago a partir do novo deferimento pelo Ministério da Saúde. ([Revogada pela PRT GM/MS nº 2809 de 07.12.2012](#)).

§ 4º O incentivo financeiro de custeio diferenciado de que trata o art. 16 desta Portaria continuará a ser repassado aos fundos de saúde e, em seguida, aos prestadores de serviços hospitalares, mediante o cumprimento dos critérios de qualificação estabelecidos neste artigo e das metas pactuadas entre os gestores e os prestadores de serviços hospitalares. ([Revogada pela PRT GM/MS nº 2809 de 07.12.2012](#)).

§ 5º Para a avaliação e o acompanhamento dos critérios de qualificação dispostos neste artigo, será realizada visita técnica à unidade, em parceria com o Grupo Conductor Estadual da Rede de Atenção às Urgências e representantes do Comitê Gestor da Rede Regional de Atenção às Urgências. ([Revogada pela PRT GM/MS nº 2809 de 07.12.2012](#)).

§ 6º O Grupo Conductor Estadual da Rede de Atenção às Urgências e os representantes do Comitê Gestor da Rede Regional de Atenção às Urgências farão o acompanhamento e monitoramento semestral do cumprimento dos requisitos e critérios previstos neste artigo e das metas pactuadas entre o gestor e o prestador dos serviços de saúde. ([Revogada pela PRT GM/MS nº 2809 de 07.12.2012](#)).

Seção III

Dos Leitos de Terapia Intensiva

Art. 19. As instituições hospitalares, públicas ou privadas conveniadas ou contratadas ao SUS, que disponibilizarem leitos de terapia intensiva específicos para retaguarda às Portas de Entrada Hospitalares de Urgência poderão apresentar ao Ministério da Saúde projeto para adequação física e tecnológica, no valor de até R\$ 100.000,00 (cem mil reais) por leito novo.

§ 1º A readequação física pode se dar por reforma, ampliação ou aquisição de equipamentos.

§ 2º O objetivo do projeto de readequação física e tecnológica das UTI será a adequação do ambiente, com vistas à qualificação da assistência, com observância dos pressupostos da Política Nacional de Humanização e das normas da ANVISA.

§ 3º Caso a transferência de recursos financeiros para custeio de reforma e para investimento em ampliação de imóveis seja de valor até R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais), o respectivo repasse será realizado ao Fundo de Saúde do ente federativo beneficiário em parcela única. [\(Incluído pela PRT GM/MS nº 2236 de 01.10.2012\).](#)

§ 4º Na hipótese do parágrafo anterior, a Portaria de habilitação disporá sobre o prazo máximo de execução do recurso financeiro repassado. [\(Incluído pela PRT GM/MS nº 2236 de 01.10.2012\).](#)

§ 5º Caso verifique que não cumprirá o prazo de que trata o parágrafo anterior, o ente federativo beneficiário deverá encaminhar, em até 30 (trinta) dias antes do prazo final, expediente, devidamente justificado, com pedido de sua prorrogação à SAS/MS. [\(Incluído pela PRT GM/MS nº 2236 de 01.10.2012\).](#)

Art. 20. Para solicitação do recurso de investimento previsto no artigo anterior, será observado o seguinte fluxo:

I - apresentação do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências ao Ministério da Saúde, para fins de comprovação da necessidade de abertura de novos leitos de terapia intensiva, de acordo com os parâmetros da [Portaria n.º 1.101/GM/MS, de 12 de junho de 2002](#); e

II - apresentação de proposta no sítio eletrônico do Fundo Nacional de Saúde, de acordo com as normas de cooperação técnica e financeira por meio de convênios ou contratos de repasse.

Art. 21. As instituições hospitalares que disponibilizarem novos leitos de UTI, específicos para retaguarda às Portas de Entrada Hospitalares de Urgências, ou que qualificarem os leitos já existentes farão jus a custeio diferenciado do leito de UTI, no valor de R\$ 800,00 (oitocentos reais) por diária de leito.

Parágrafo único. A diferença entre o valor real da diária do leito de UTI e o repasse do recurso federal por leito deverá ser custeada por Estados e Municípios, na forma pactuada na Comissão Intergestores Regional (CIR) e na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Art. 22. As instituições hospitalares que possuem Portas de Entrada Hospitalares de Urgência e disponibilizarem leitos de UTI já existentes poderão qualificar até 80% (oitenta por cento) dos seus leitos de UTI, de acordo com os critérios estabelecidos no art. 25 desta Portaria.

Art. 23. As instituições hospitalares que não possuem Portas de entrada Hospitalares de Urgência e disponibilizarem leitos de UTI já existentes poderão qualificar até 70% (setenta por cento) dos seus leitos de UTI, de acordo com os critérios estabelecidos no art. 25 desta Portaria.

Art. 24. Para solicitação do custeio diferenciado para leitos de terapia intensiva, novos ou já existentes, descrito no artigo 21 desta Portaria, será observado o seguinte fluxo:

I - apresentação do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências ao Ministério da Saúde, para fins de comprovação da necessidade de abertura dos leitos de terapia intensiva de acordo com os parâmetros da [Portaria n.º 1.101/GM/MS, de 12 de junho de 2002](#); e/ou

II - solicitação de habilitação dos novos leitos de terapia intensiva ou dos leitos já existentes como "leitos de terapia intensiva qualificados"; e

III - deferimento, pelo Ministério da Saúde, do incentivo de custeio diferenciado a ser pago aos leitos de terapia intensiva novos ou já existentes; e

IV - início do repasse, pelo Ministério da Saúde, do incentivo financeiro de custeio diferenciado aos fundos de saúde, que repassarão os valores aos prestadores de serviços hospitalares.

Art. 25. As UTI serão consideradas qualificadas quando atenderem aos seguintes critérios:

I - estabelecimento e adoção de protocolos clínicos, assistenciais e de procedimentos

administrativos;

II - equipe de UTI Tipo II ou III, bem como suporte para especialidades nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana;

III - organização do trabalho das equipes multiprofissionais de forma horizontal, utilizando-se prontuário único compartilhado por toda equipe;

IV - implantação de mecanismos de gestão da clínica visando à qualificação do cuidado, eficiência de leitos, reorganização dos fluxos e processos de trabalho e a implantação de equipe de referência para responsabilização e acompanhamento dos casos;

V - garantia de realização dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários à complexidade dos casos;

VI - garantia de desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes, por iniciativa própria ou por meio de cooperação;

VII - submissão à auditoria do gestor local;

VIII - regulação integral pelas Centrais de Regulação; e

IX - taxa de ocupação média mensal da unidade de, no mínimo, 90% (noventa por cento).

§ 1º As UTI deverão se qualificar em um prazo máximo de 6 (seis) meses após o início do repasse do incentivo de custeio diferenciado, previsto pelo art. 21 desta Portaria, ou em um prazo de 12 (doze) meses após o recebimento do incentivo de investimento para adequação da ambiência, previsto pelo art. 19 desta Portaria.

§ 2º Em caso de inobservância dos prazos previstos no § 1º deste artigo, o repasse do incentivo financeiro será cancelado, devendo ser restituído todo o valor recebido.

§ 3º Uma vez cancelado o incentivo financeiro, novo pedido somente será deferido com a qualificação integral, demonstrado o cumprimento de todos os requisitos deste artigo, caso em que o incentivo voltará a ser pago a partir do novo deferimento pelo Ministério da Saúde.

§ 4º O incentivo financeiro de custeio diferenciado de que trata o art. 21 desta Portaria continuará a ser repassado aos fundos de saúde e, em seguida, aos prestadores de serviços hospitalares, mediante o cumprimento dos critérios de qualificação estabelecidos neste artigo e das metas pactuadas entre os gestores e os prestadores de serviços hospitalares.

§ 5º O Grupo Conductor Estadual da Rede de Atenção às Urgências e os representantes do Comitê Gestor da Rede Regional de Atenção às Urgências farão o acompanhamento e o monitoramento semestral dos leitos de UTI qualificados para o recebimento do custeio diferenciado previsto e regulado nesta Seção, visando à verificação do cumprimento dos requisitos e critérios previstos neste artigo e das metas pactuadas entre o gestor e o prestador dos serviços de saúde.

CAPÍTULO IV

DO REPASSE DOS RECURSOS FINANCEIROS

Art. 26. Os recursos financeiros referentes ao Componente Hospitalar serão repassados seguindo as seguintes modalidades:

I - os recursos para reforma das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência serão repassados de acordo com as normas do Sistema de Contratos e Convênios do Ministério da Saúde (SICONV/MS) e do Sistema de Gestão Financeira e de Convênios do Ministério da Saúde (GESCON/MS);

II - os recursos para a compra de equipamentos e materiais permanentes para as Portas de Entrada Hospitalares de Urgência e as unidades de UTI serão repassados fundo a fundo, utilizando-se um dos seguintes sistemas:

a) Sistema de Pagamento do Ministério da Saúde (SISPAG/MS);

b) SICONV/MS; ou

c) GESCON/MS; e

III - os recursos de custeio serão repassados fundo a fundo.

§ 1º Em caso de não aplicação dos recursos ou do descumprimento, por parte do beneficiário, dos compromissos de qualificação assumidos, os recursos de obras, reformas e equipamentos e

custeio serão imediatamente devolvidos ao FNS, acrescidos da correção monetária prevista em lei.

§ 2º A devolução de recursos repassados será determinada nos relatórios de fiscalização dos órgãos de controle interno, incluídos todos os componentes do Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA), em cada nível de gestão, e também nos relatórios dos órgãos de controle externo.

CAPÍTULO V DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 27. Para garantir a qualidade da gestão das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência e dos leitos de retaguarda, as instituições hospitalares contempladas por esta Portaria criarão Núcleos de Acesso e Qualidade Hospitalar, compostos por:

- I - coordenador da Urgência/Emergência;
- II - coordenador da UTI;
- III - coordenador das Unidades de internação;
- IV - coordenador da central de internação do hospital; e
- V - representante do gestor local.

Art. 28. Compete aos Núcleos de Acesso e Qualidade Hospitalar:

- I - garantir o uso dinâmico dos leitos hospitalares, promovendo a interface com as Centrais de Regulação de urgência e internação;
- II - promover a permanente articulação entre a unidade de urgência e as unidades de internação;
- III - monitorar o tempo de espera para atendimento na emergência e para internação;
- IV - propor mecanismos de avaliação por meio de indicadores clínicos e administrativos;
- V - propor e acompanhar a adoção de Protocolos clínicos;
- VI - acompanhar o processo de cuidado do paciente, visando ao atendimento no local mais adequado às suas necessidades;
- VII - articular o conjunto das especialidades clínicas e cirúrgicas, bem como as equipes multiprofissionais, garantindo a integralidade do cuidado intra-hospitalar;
- VIII - manter a vigilância da taxa média de ocupação e da média de permanência;
- IX - garantir uso racional, universal e equitativo dos recursos institucionais, por meio do controle sobre os processos de trabalho;
- X - atuar junto às equipes na responsabilização pela continuidade do cuidado, por meio da articulação e encaminhamento aos demais serviços da rede;
- XI - monitorar o agendamento cirúrgico, com vistas à otimização da utilização das salas;
- XII - agilizar a realização de exames necessários;
- XIII - definir critérios de internação e alta; e
- XIV - responder às demandas do Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção às Urgências e Comitê Gestor Estadual da Rede de Atenção às Urgências.

Parágrafo único. Para o alcance dos objetivos estabelecidos neste artigo, cada membro do grupo terá funções específicas cotidianas relativas ao funcionamento do Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar, articuladas entre si e com o conjunto de coordenadores das diversas especialidades, com agenda conjunta periódica para avaliação das atividades desenvolvidas.

Art. 29. A SAS/MS publicará portaria específica com os critérios para a reorganização das Linhas de Cuidado Prioritárias.

Art. 30. Os recursos financeiros para o desenvolvimento das atividades de que tratam esta Portaria são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes Programas de Trabalho: 10.302.1220.8585 -Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade; 10.1302.1220.8535 -Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde; e 10.302.1220.8933-Serviço de Atenção às Urgências e Emergências na Rede Hospitalar.

Art. 31. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

ANEXO I

MEMÓRIA DE CÁLCULO DOS INVESTIMENTOS E CUSTEIO DA REDE DE URGÊNCIA ENFERMARIAS CLÍNICAS DE RETAGUARDA I - PARA LEITOS NOVOS

I.I - Valor do incentivo anual para o gestor = Número de leitos novos X 365 dias X R\$300,00 X 0,85 (85% de taxa de ocupação).

I.II - Incentivo anual para o prestador = Número de leitos novos X 365 dias X R\$200,00 X 0,85 (85% de taxa de ocupação).

Onde R\$200,00 = R\$300,00 - R\$100,00 (R\$100,00 foi o valor médio da diária de leitos clínicos de adultos no país em 2010), e considerando que além do incentivo, a internação será faturada e paga via SIH-SUS.

II - PARA LEITOS JÁ EXISTENTES

II.I - Valor do incentivo anual para o gestor e para o prestador = Número de leitos já existentes que estão sendo qualificados X 365 dias X R\$200,00 X 0,85% (85% de taxa de ocupação).

Onde R\$200,00 = R\$300,00 - R\$100,00 (R\$100,00 foi o valor médio da diária de leitos clínicos de adultos no país em 2010), e considerando que a internação nestes leitos já é faturada e paga, e que o valor de R\$100,00 já está incorporado no teto financeiro do gestor contratante do leito.

ENFERMARIAS DE RETAGUARDA DE LONGA PERMANÊNCIA I - Valor do incentivo anual para o gestor e para o prestador = Número de leitos de Longa Permanência X 292 dias X R\$200,00 X 0,85% (Taxa de ocupação de 85%). Onde 292 dias significam 80% da utilização do leito com a diária de R\$200,00.

Somado a:

Número de leitos de Longa Permanência X 73 dias X R\$100,00 X 0,85% (Taxa de ocupação de 85%)

Onde 73 dias significam 20% da utilização do leito com a diária de R\$100,00.

LEITOS DE TERAPIA INTENSIVA

I - PARA LEITOS NOVOS

I.I - Valor do incentivo anual para o gestor = Número de leitos novos X 365 dias X R\$800,00 X 0,90 (90% de taxa de ocupação).

I.II - Valor do incentivo anual para o prestador = Número de leitos novos de UTI X 365 dias X (R\$800,00 - valor da diária de UTI tipo II ou tipo III da tabela SUS) X 0,90 (90 % de taxa de ocupação).

Para isto, os novos leitos deverão preencher as condições previstas em portarias específicas, pleitearem o credenciamento como UTI, e faturar as diárias no SIH- SUS.

II - PARA LEITOS JÁ EXISTENTES

II.I - Valor do incentivo anual para o gestor e para o prestador = Número de leitos de UTI já existentes que estão sendo qualificados X 365 dias X (R\$800,00 - valor da diária de UTI tipo II ou tipo III da tabela SUS) X 0,90 (90 % de taxa de ocupação).

Considera-se aqui que as diárias destes leitos já estão sendo faturadas e pagas e que o valor da diária da Tabela SUS já está incorporado no teto financeiro do gestor contratante do leito.

ANEXO II
TIPOLOGIA DOS HOSPITAIS DA REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E
PROPOSTA DE INCENTIVO FINANCEIRO

Portas de Entrada			
Tipologia	Hospital Especializado Tipo II	Hospital Especializado Tipo I	Hospital Geral
Critérios de habilitação	Hospital de referência que atenda no mínimo a uma macrorregião, obedecendo aos critérios estabelecidos neste documento e deve ser referência para uma cobertura populacional a partir de 501 mil habitantes. Deve possuir, no mínimo, dois serviços de referência, habilitados em alta complexidade, para desempenhar seu papel como neurocirurgia, traumatologia, ortopedia, cardiologia/cardiovascular, ou como referência para pediatria.	Hospital de referência para uma ou mais regiões de Saúde conforme PDR. Com uma cobertura populacional de 201 mil a 500 mil habitantes. Deve possuir, no mínimo, um serviço de referência, habilitado em alta complexidade, para desempenhar seu papel como neurocirurgia e/ou traumatologia e/ou ortopedia e/ou cardiologia/cardiovascular ou como referência para pediatria.	Hospital de referência para, no mínimo, uma Região de Saúde conforme Plano Diretor Regional (PDR). Com cobertura populacional de até 200 mil habitantes. São estabelecimentos que possuem estrutura para realizações de média complexidade.
Recursos Humanos	Deve contar com equipe 24h, composta por médicos especializados, cuja composição depende do perfil assistencial do estabelecimento, equipe multidisciplinar e equipes para manejo de pacientes críticos.	Deve contar com equipe 24h, composta por médicos especializados, cuja composição depende do perfil assistencial do estabelecimento, equipe multidisciplinar e equipes para manejo de pacientes críticos.	Deve contar com equipe 24 horas composta por clínico geral, pediatra, cirurgião, anestesiológico, enfermeiros, técnicos e equipes para manejo de pacientes críticos.
Incentivo Financeiro Mensal	R\$ 300.000,00	R\$ 200.000,00	R\$ 100.000,00