



Tribunal de Contas do Estado
de Pernambuco – TCE/PE

RELATÓRIO CONSOLIDADO
DE AUDITORIA OPERACIONAL
(PROCESSO TC N° 0804896-4)

AVALIAÇÃO DA POLÍTICA ESTADUAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Fundo Estadual de Saúde

Conselheiro Relator:
Marcos Coelho Loreto

Equipe:
João Antônio Robalinho Ferraz
Paulo Hibernon P. Gouveia de Melo

Julho - 2009





Agradecimentos

O sucesso das auditorias operacionais depende do relacionamento e da colaboração estabelecidas entre as equipes de auditoria e os dirigentes e técnicos das entidades e programas auditados e pesquisados e especialistas de instituições não-governamentais. Há de se registrar que a equipe do Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco (TCE/PE) foi muito bem recebida pelos gestores e técnicos da Secretaria de Saúde do Estado, da Central Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) Metropolitana da Prefeitura Municipal do Recife, pelos membros do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) do Estado, pelos pesquisadores do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) e pelos representantes do Conselho Regional de Medicina de Pernambuco (CREMEPE). A auditoria contou com a cordialidade e colaboração dos técnicos da Gerência de Informação da Saúde e de Auditoria do SUS da Secretaria de Saúde do Estado, para a prestação de informações e esclarecimentos necessária para o desenvolvimento dos trabalhos.



Resumo

A presente auditoria foi aprovada através da formalização do processo de Auditoria Especial TC n° 0804896-4, tendo como relator o Conselheiro Marcos Coelho Loreto.

O objeto desta auditoria de natureza operacional é a avaliação da Política Estadual de Urgência e Emergência.

O principal objetivo desta auditoria foi analisar quais os fatores intervenientes nesta política, que dificultam a estruturação de um Sistema de Atendimento às Urgência e Emergências e que contribuem para a superlotação dos Serviços de Urgência e Emergências dos cinco maiores hospitais públicos estaduais da RMR.

A metodologia utilizada para colher as informações que auxiliaram o processo de auditoria foram: pesquisa documental e bibliográfica; estudo de legislação específica, leitura de relatórios gerenciais; análise de dados e de séries históricas a partir de informações extraídas dos Sistemas de Informações Ambulatoriais (SIA) e (SIH) sobre produção de consultas da atenção básica, atendimentos de urgências de média complexidade e internações hospitalares, levantamento da distribuição de leitos hospitalares da rede municipal pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), usuários de planos de saúde pela base de dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), e contagem da população pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); e entrevistas semi-estruturadas com gestores, técnicos e pesquisadores das seguintes entidades

Observou-se a Secretaria de Saúde Estadual ainda não formulou o Plano Estadual de Atendimento à Urgência e Emergência, o que contribui para que a organização estrutural e funcional do sistema estadual de urgência não seja efetiva para promoção de ações resolutas para atendimento da população. Também não há um complexo regulador constituído por uma rede de centrais de regulação, o que compromete a racionalização dos fluxos gerais de necessidade/resposta, a otimização dos recursos disponíveis e as interações das ações assistenciais de diversos níveis de complexidade relacionadas à atenção às urgências

Constatou-se a inexistência de um Plano de Atenção a Eventos com Múltiplas Vítimas e Desastres, pactuado e articulado entre os diversos órgãos e entes públicos municipais que preveja a execução planejada e coordenada de ações assistenciais para atender pessoas vítimas de desastres de grandes proporções. A ausência do plano torna ineficaz a capacidade de respostas das necessidades coletivas em caráter urgente, possibilitando o colapso do sistema de atendimento nas urgências hospitalares em caso de ocorrência de desastres.

Verificou-se que a superlotação dos serviços de urgência e emergência dos cinco grandes hospitais estaduais da RMR sofre forte impacto da deficiência de acesso dos cidadãos aos serviços de Atenção Básica, especialmente nos municípios da I GERES, responsáveis por 77% dos internamentos em caráter de urgência nos hospitais em questão. Observou-se,



também, a baixa resolutividade desses serviços de Atenção Básica, bem como a deficiência no atendimento por parte dos municípios dos casos agudos de média complexidade que necessitam de internamento hospitalar.

Outra constatação foi a existência de um déficit na oferta de leitos hospitalares no Estado de Pernambuco, agravada pelo baixo desempenho das unidades hospitalares. Outra vertente analisada foi a influência do modelo de gestão no desempenho hospitalar por meio de uma comparação com hospitais do Estado de São Paulo, em que se constatou a existência de uma necessidade de melhoria no desempenho dos cinco hospitais públicos do estado de Pernambuco analisados nesta auditoria.

Dessa maneira, visando a contribuir na melhoria dos serviços de urgência e emergência foram formuladas algumas recomendações à Secretaria Estadual de Saúde para que desenvolva ações visando elaboração e implementação do Plano Estadual de Atendimento às Urgências e Emergências e do Plano de Atenção a Eventos com Múltiplas Vítimas e Desastres, bem como que promova esforços para formação de um complexo regulador. Também é necessário que se busque uma melhoria do desempenho dos hospitais públicos, objetivando um maior aproveitamento dos leitos disponíveis.

Outra recomendação é a promoção de um trabalho sistemático no intuito de cobrar dos municípios uma melhor estruturação dos seus serviços de saúde



Lista de siglas

- AIH** – Autorizações de Internação Hospitalar
APS – Atenção Primária à Saúde
ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AOP – Auditoria Operacional
BID – Banco Interamericano de Desenvolvimento
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONAMA – Conselho Nacional de Meio Ambiente
CONASENS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de saúde
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
GERES – Gerência Regional de Saúde
HUOC – Hospital Universitário Oswaldo Cruz
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OCDE – Organização para a Cooperação do Desenvolvimento Econômico
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Pan americana de Saúde
OSS – Organizações Sociais de Saúde
PDR – Plano de Diretor de Regionalização
PSF – Programa Saúde da Família
REFORSUS – Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde
RMR – Região Metropolitana do Recife
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAS – Secretaria de Assistência à Saúde
SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais
SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos
SIH – Sistema de Informações Hospitalares
SS – Sistema de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TCE/PE – Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco
TO – Taxa de Ocupação
UPA – Unidade de Pronto Atendimento
UTI – Unidade de Terapia Intensiva



Lista de tabelas

- Tabela 1** – Códigos das consultas da Atenção Básica na tabela SIA e seus correspondentes na tabela unificada SIA/SIH.
- Tabela 2** – Déficit acumulado de consultas da Atenção Básica por município, no período de janeiro de 2004 a setembro de 2008.
- Tabela 3** – Códigos dos procedimentos de média complexidade utilizados como indicadores de atendimentos não adequados ao perfil de complexidade das grandes emergências.
- Tabela 4** – Total de internações realizadas nos cinco maiores hospitais estaduais da RMR realizadas em 2008.
- Tabela 5** – Amostra de internações para tratamentos de média complexidade realizados em caráter de urgência, nos cinco maiores hospitais estaduais da RMR realizadas no ano de 2008.
- Tabela 6** – Distribuição da amostra de internações para tratamento de média complexidade realizados em caráter de urgência, nos cinco maiores hospitais estaduais da RMR, segundo a GERES de residência do paciente – período de 2008.
- Tabela 7** – Parâmetros para cálculo da necessidade de leitos hospitalares, por clínica, para cada 1.000 habitantes.
- Tabela 8** – Comparação das necessidades de Leitos a partir da Portaria GM/MS nº 1.101 de 12 de junho de 2002 do Ministério da Saúde e os ofertados pelo Estado de Pernambuco – período de dez/2008.
- Tabela 9** – Classificação das Unidades Hospitalares pela quantidade de Leitos.
- Tabela 10** – Relação das Unidades Hospitalares escolhidas para análise do desempenho.
- Tabela 11** – Desempenho das Unidades Hospitalares a partir dos internamentos em cirurgia, clínica, obstetrícia e pediatria.
- Tabela 12** – Desempenho das Unidades Hospitalares do Estado de Pernambuco e do Estado de São Paulo, conforme o modelo de gestão – ano de 2008.
- Tabela 13** – Distribuição dos Leitos SUS, por especialidade, disponíveis por Unidade Hospitalar localizado na I GERES e alguns indicadores de desempenho: período jan a dez/2008.
- Tabela 14** – Produção trimestral consolidada de consultas e de atendimentos da Atenção Básica da I GERES realizada entre jan/04 a set/08.
- Tabela 15** – Produção trimestral de consultas e de atendimentos da Atenção Básica nos municípios da I GERES realizada entre jan/04 a set/08.
- Tabela 16** – Distribuição dos Leitos SUS em cada município da I GERES por tipo de Prestador: período dez/2008.
- Tabela 17** – Total de internações realizadas nos cinco maiores hospitais estaduais da RMR e alguns indicadores de desempenho – período: jan a dez/2008.



- Tabela 18** – Comparação das necessidades de Leitos a partir da Portaria GM/MS nº 1.101 de 12 de junho de 2002 do Ministério da Saúde e os ofertados pelos municípios da I GERES Recife – período de dez/2008.
- Tabela 19** – Desempenho das Unidades Hospitalares a partir de quatro especialidades de leitos.
- Tabela 20** – Desempenho das Unidades Hospitalares a partir dos internamentos em cirurgia, clínica, obstetrícia e pediatria.
- Tabela 21** – Distribuição dos leitos na rede municipal de saúde de CAMARAGIBE por unidade hospitalar.
- Tabela 22** – Distribuição dos leitos na rede municipal de saúde de CABO DE SANTO AGOSTINHO por unidade hospitalar.
- Tabela 23** – Distribuição dos leitos na rede municipal de saúde de JABOATÃO DOS GUARARAPES por unidade hospitalar.
- Tabela 24** – Distribuição dos leitos na rede municipal de saúde de PAULISTA por unidade hospitalar.
- Tabela 25** – Distribuição dos leitos na rede municipal de saúde de OLINDA por unidade hospitalar.
- Tabela 26** – Distribuição dos leitos na rede municipal de saúde de SÃO LOURENÇO por unidade hospitalar.
- Tabela 27** – Distribuição dos leitos na rede municipal de saúde de VITÓRIA DE SANTO ANTÃO por unidade hospitalar.
- Tabela 28** – Distribuição dos leitos na rede municipal de saúde de ABREU E LIMA por unidade hospitalar.
- Tabela 29** – Distribuição dos leitos na rede municipal de saúde de IPOJUCA por unidade hospitalar.
- Tabela 30** – Distribuição dos leitos na rede municipal de saúde de IGARASSU por unidade hospitalar.
- Tabela 31** – Distribuição dos leitos na rede municipal de saúde de GOIANA por unidade hospitalar.
- Tabela 32** – Distribuição dos leitos na rede municipal de saúde de MORENO por unidade hospitalar.
- Tabela 33** – Distribuição dos leitos na rede municipal de saúde de ITAMARACÁ por unidade hospitalar.
- Tabela 34** – Distribuição dos leitos na rede municipal de saúde de POMBOS por unidade hospitalar.
- Tabela 35** – Distribuição dos leitos na rede municipal de saúde de CHÃ GRANDE por unidade hospitalar.
- Tabela 36** – Distribuição dos leitos na rede municipal de saúde de ARAÇOIBABA por unidade hospitalar.



Tabela 37 – Distribuição dos leitos na rede municipal de saúde de ITAPISSUMA por unidade hospitalar.

Tabela 38 – Distribuição dos leitos na rede municipal de saúde de RECIFE por unidade hospitalar.



Lista de figuras

- Figura 1** – Fluxograma do Sistema Estadual de Urgência e Emergência desenhado pela Política Nacional de Atenção às Urgências.
- Figura 2** – Origem dos pacientes residentes no Estado de Pernambuco e internados, em caráter de urgência, nos cinco maiores hospitais estaduais da Região Metropolitana de Recife (RMR) – ano de 2008.
- Figura 3** – Origem por GERES dos pacientes internados, em caráter de urgência, nos cinco maiores hospitais estaduais da RMR, no ano de 2008.
- Figura 4** – Origem dos pacientes residentes na I GERES internados, em caráter de urgência, nos cinco maiores hospitais estaduais da RMR – ano de 2008.
- Figura 5** – Participação dos municípios da I GERES no déficit acumulado de consultas da Atenção Básica no período de Janeiro de 2004 a setembro de 2008.
- Figura 6** – Evolução das consultas de Atenção Básica na I GERES: Produção x Parâmetro (Port. 1.101) x Tendência.
- Figura 7** – Evolução das consultas de Atenção Básica no município de RECIFE: Produção x Parâmetro (Port. 1.101) x Tendência.
- Figura 8** – Evolução das consultas de Atenção Básica no município de JABOATÃO: Produção x Parâmetro (Port. 1.101) x Tendência.
- Figura 9** – Evolução das consultas de Atenção Básica no município do PAULISTA: Produção x Parâmetro (Port. 1.101) x Tendência.
- Figura 10** – Evolução das consultas de Atenção Básica no município de OLINDA: Produção x Parâmetro (Port. 1.101) x Tendência.
- Figura 11** – Evolução das consultas de Atenção Básica no município de VITÓRIA DE SANTO ANTÃO: Produção x Parâmetro (Port. 1.101) x Tendência.
- Figura 12** – Evolução das consultas de Atenção Básica no município de MORENO: Produção x Parâmetro (Port. 1.101) x Tendência.
- Figura 13** – Evolução das consultas de Atenção Básica no município de IPOJUCA: Produção x Parâmetro (Port. 1.101) x Tendência.
- Figura 14** – Evolução das consultas de Atenção Básica no município de GOIANA: Produção x Parâmetro (Port. 1.101) x Tendência.
- Figura 15** – Evolução das consultas de Atenção Básica no município de ABREU E LIMA: Produção x Parâmetro (Port. 1.101) x Tendência.
- Figura 16** – Evolução das consultas de Atenção Básica no município de SÃO LOURENÇO: Produção x Parâmetro (Port. 1.101) x Tendência.



- Figura 17** – Evolução das consultas de Atenção Básica no município de IGARASSU: Produção x Parâmetro (Port. 1.101) x Tendência.
- Figura 18** – Evolução das consultas de Atenção Básica no município de CHÃ GRANDE: Produção x Parâmetro (Port. 1.101) x Tendência
- Figura 19** – Evolução das consultas de Atenção Básica no município de CAMARAGIBE: Produção x Parâmetro (Port. 1.101) x Tendência.
- Figura 20** – Evolução das consultas de Atenção Básica no município de ARAÇOIBA: Produção x Parâmetro (Port. 1.101) x Tendência.
- Figura 21** – Evolução das consultas de Atenção Básica no município de ITAMARACÁ: Produção x Parâmetro (Port. 1.101) x Tendência.
- Figura 22** – Evolução das consultas de Atenção Básica no município de CABO DE SANTO AGOSTINHO: Produção x Parâmetro (Port. 1.101) x Tendência.
- Figura 23** – Evolução das consultas de Atenção Básica no município de POMBOS: Produção x Parâmetro (Port. 1.101) x Tendência.
- Figura 24** – Evolução das consultas de Atenção Básica no município de ITAPISSUMA: Produção x Parâmetro (Port. 1.101) x Tendência.
- Figura 25** – Atendimentos de urgência de média complexidade realizados nos cinco maiores hospitais públicos estaduais da RMR no ano de 2008.
- Figura 26** – Evolução da quantidade de leitos por 1.000 habitantes. Países da OCDE – 1960-2004.
- Figura 27** – Evolução do tempo médio de permanência de internação em leitos para atendimento a pacientes agudos. Países da OCDE – 1960-2004.
- Figura 28** – Representação percentual do número de Usuários SUS e Plano de Saúde no Estado de Pernambuco e I GERES no exercício de 2008.
- Figura 29** – Proporção de Leitos SUS por especialidade por tipo de Prestador do município de CAMARAGIBE: período dez/2008.
- Figura 30** – Proporção de Leitos SUS por especialidade por tipo de Prestador do município de JABOATÃO: período dez/2008.
- Figura 31** – Proporção de Leitos SUS por especialidade por tipo de Prestador do município de CABO DE SANTO AGOSTINHO: período dez/2008.
- Figura 32** – Proporção de Leitos SUS por especialidade por tipo de Prestador do município de PAULISTA: período dez/2008.
- Figura 33** – Proporção de Leitos SUS por especialidade por tipo de Prestador do município de OLINDA: período dez/2008.
- Figura 34** – Proporção de Leitos SUS por especialidade por tipo de Prestador do município de SÃO LOURENÇO: período dez/2008.
- Figura 35** – Proporção de Leitos SUS por especialidade por tipo de Prestador do município de VITÓRIA DE SANTO ANTÃO: período dez/2008.
- Figura 36** – Proporção de Leitos SUS por especialidade por tipo de Prestador do município de ABREU E LIMA: período dez/2008.



Figura 37 – Proporção de Leitos SUS por especialidade por tipo de Prestador do município de IPOJUCA: período dez/2008.

Figura 38 – Proporção de Leitos SUS por especialidade por tipo de Prestador do município de IGARASSU: período dez/2008.

Figura 39 – Proporção de Leitos SUS por especialidade por tipo de Prestador do município de GOIANA: período dez/2008.

Figura 40 – Proporção de Leitos SUS por especialidade por tipo de Prestador do município de MORENO: período dez/2008.

Figura 41 – Proporção de Leitos SUS por especialidade por tipo de Prestador do município de ITAMARACÁ: período dez/2008.

Figura 42 – Proporção de Leitos SUS por especialidade por tipo de Prestador do município de POMBOS: período dez/2008.

Figura 43 – Proporção de Leitos SUS por especialidade por tipo de Prestador do município de CHÃ GRANDE: período dez/2008.

Figura 44 – Proporção de Leitos SUS por tipo de Prestador da I GERES: período dez/2008.



Sumário

1. INTRODUÇÃO	14
1.1. Antecedentes	14
1.2. Identificação da Política Estadual de Urgência e Emergência	14
1.3. Objetivo e escopo da auditoria	15
1.4. Procedimentos metodológicos	15
2. VISÃO GERAL	17
2.1. Relevância do tema	17
2.2. Antecedentes históricos da Política Nacional de Atenção às Urgências	18
2.3. Princípios e elementos organizativos da Política Nacional de Atenção às Urgências ..	19
2.4. Componentes da Política Nacional de Atenção às Urgências	20
2.5. Implantação e configuração do Sistema Estadual de Urgência e Emergência segundo a Política Nacional de Atenção às Urgências	21
2.5.1. Componentes da estruturação do Sistema Estadual de Urgência e Emergência .	22
2.5.1.1. Componente Regulação Médica das Urgências	22
2.5.1.2. Componente Pré-Hospitalar Móvel	24
2.5.1.3. Componente Pré-Hospitalar Fixo	24
2.5.1.4. Componente Hospitalar	25
2.5.1.5. Componente Pós-Hospitalar	28
2.5.1.6. Componente Núcleo de Educação em Urgência	28
2.6. Atribuições da Coordenação Estadual do Sistema Estadual de Urgência e Emergência	31
2.7. Panorama dos fatores que impactam no desempenho dos sistemas	31
2.8. Legislação consultada	33
3. POLÍTICA ESTADUAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	34
3.1. Estrutura do Sistema Estadual de Urgência e Emergência	34
3.2. Complexo regulador do Sistema Estadual de Urgência e Emergência	35
3.3. Plano de Atenção a Eventos com Múltiplas Vítimas e Desastres	36
4. FATORES INTERVENIENTES NA POLÍTICA ESTADUAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	38
4.1. Acesso à Atenção Primária em Saúde	38
4.1.1. Os municípios da I GERES são responsáveis pela maior parte dos internamentos em caráter de urgência nos cinco grandes hospitais estaduais da Região Metropolitana do Recife	39
4.1.2. Déficit de consultas em especialidades básicas nos municípios da I GERES	42
4.1.3. O déficit de consultas nas especialidades básicas por município	46
4.2. Resolutividade da Atenção Primária e de unidades não-hospitalares de atenção às urgências	58
4.3. O atendimento dos casos agudos de média complexidade que necessitam de internamento hospitalar	61
4.4. A oferta de leitos hospitalares no Estado de Pernambuco	65
4.5. O desempenho das unidades hospitalares da I GERES	71



4.5.1. O baixo desempenho das unidades hospitalares de menor porte	71
4.5.2. A influência do modelo de gestão no desempenho hospitalar: uma comparação com hospitais do Estado de São Paulo	77
5. ANÁLISE DOS COMENTÁRIOS DO GESTOR	81
6. PROPOSTA DE ENCAMINHAMENTO	82
Apêndices	83
Referências	117



1. INTRODUÇÃO

1.1. Antecedentes

O setor de urgência e emergência das unidades hospitalares representa importante componente da assistência à saúde. A crescente demanda por serviços nesta área nos últimos anos, devida ao crescimento do número de acidentes e da violência urbana nas grandes metrópoles e à insuficiente estruturação da rede são fatores que têm contribuído para a sobrecarga de serviços de urgência e emergência disponibilizados para o atendimento da população. Isso tem transformado esta área numa das mais problemáticas do Sistema Único de Saúde (SUS).

Diante do quadro de superlotação apresentado pelas das unidades de urgência e emergências dos cinco grandes hospitais públicos estaduais da Região Metropolitana de Recife (RMR), o Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco formalizou o processo de Auditoria Especial TC n° 0804896-4, tendo como relator o conselheiro Marco Coelho Loreto, para avaliar a Política Estadual de Urgência e Emergência do Estado de Pernambuco.

1.2. Identificação da Política Estadual de Urgência e Emergência

A Portaria GM/MS n° 1.863, de 29 de setembro de 2003, do Ministério da Saúde, que instituiu a Política Nacional de Atenção às Urgências, estabeleceu em seu artigo 2° os princípios a serem buscados e os elementos organizativos que devem estruturar os sistemas estaduais de atenção às urgências e emergências, citados a seguir:

- Garantir a universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências;
- Consubstanciar as diretrizes de regionalização da atenção às urgências;
- Desenvolver estratégias promocionais da qualidade de vida e saúde;
- Fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório;
- Contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações e serviços de urgência;
- Integrar o complexo regulador do SUS e promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais;
- Qualificar a assistência e promover a capacitação continuada das equipes de saúde do SUS na atenção às urgências.

Para estruturação dos sistemas de atenção às urgências estaduais, a Política Nacional de Atenção às Urgências estabelece os componentes fundamentais para estruturação:



- Implementação de estratégias promocionais de qualidade de vida que busquem identificar os determinantes e condicionantes das urgências;
- Organização de redes regionais de atenção integral às urgências que contenham os componentes: Pré-Hospitalar Fixo, Pré-Hospitalar Móvel, Hospitalar e Pós-Hospitalar;
- Instalação e operação das Centrais de Regulação Médica das Urgências, integradas ao Complexo Regulador da Atenção no SUS;
- Capacitação e educação continuada das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção.

1.3. Objetivo e escopo da auditoria

O principal objetivo desta auditoria foi levantar os principais fatores estruturantes e intervenientes na Política Estadual de Emergência e Urgência que contribuem para sobrecarga dos serviços de urgência e emergência dos cinco grandes hospitais públicos estaduais da Região Metropolitana do Recife.

Durante a etapa de planejamento, foi constatada a inexistência do Plano Estadual de Atendimento à Urgência e Emergência, Plano de Atenção a Eventos com Múltiplas Vítimas e Desastres e do complexo regulador que comprometem a resolutividade das ações do Sistema Estadual de Urgência e Emergência. Também, observou-se que os baixos níveis de consultas à atenção primária em saúde e de atendimento dos casos agudos de média complexidade, e a baixa resolutividade dos leitos hospitalares ofertados pelos municípios, contribuem para a superlotação dos cinco grandes hospitais públicos estaduais.

Para a verificação desses aspectos, a abordagem da auditoria envolveu cinco questões: a primeira examinou se a Política Estadual de Urgência e Emergência está em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências; a segunda analisou se os níveis de consultas da atenção básica e dos leitos hospitalares ofertados pelos municípios da RMR são suficientes a luz da Portaria GM/MS nº 1.101/2002; a terceira avaliou se são resolutas as ações da atenção primária e das unidades não-hospitalares de atenção às urgências; a quarta analisou se os atendimentos dos casos agudos de média complexidade proveniente de usuários residentes nos municípios da RMR impactam as grandes emergências públicas do Estado; a quinta avaliou o desempenho das unidades hospitalares da I GERES a partir de alguns indicadores.

1.4. Procedimentos metodológicos

A metodologia utilizada para colher as informações que auxiliaram o processo de auditoria foram: pesquisa documental e bibliográfica; estudo de legislação específica, leitura de relatórios gerenciais; análise de dados e de séries históricas a partir de informações extraídas dos Sistemas de Informações Ambulatoriais (SIA) e (SIH) sobre produção de consultas da atenção básica, atendimentos de urgências de média complexidade e internações hospitalares, levantamento da distribuição de leitos hospitalares da rede municipal pelo



Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), usuários de planos de saúde pela base de dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), e contagem da população pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); e entrevistas semi-estruturadas com gestores, técnicos e pesquisadores das seguintes entidades:

- Coordenação Estadual das Emergências da Secretaria de Saúde;
- Auditoria do SUS da Secretaria de Saúde Estadual;
- Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ);
- Conselho Regional de Medicina (CREMEPE);
- Sindicato dos Médicos (SIMEPE);
- Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Pernambuco (COSEMS);
- Central de Regulação Médica de Urgência da Prefeitura do Recife;
- Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP);
- Gerência de Informações em Saúde da Secretaria de Saúde Estadual;
- Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Saúde Estadual.



2. VISÃO GERAL

2.1. Relevância do tema

O aumento dos casos de acidentes e violência nas grandes metrópoles tem forte impacto sobre os serviços ofertados pelo SUS. Na atenção às urgências, este impacto pode ser medido diretamente pelo aumento dos gastos públicos realizados com internação nas unidades hospitalares, assistência em UTI e as altas taxas de permanência hospitalar deste perfil de pacientes. Observa-se na ótica da questão social, um aumento de 30% no índice APVP (Anos Potenciais de Vida Perdidos) em relação a acidentes e violências nos últimos anos, enquanto que por causas naturais este dado encontra-se em queda (BRASIL, 2002a).

Órgãos internacionais apontam o sistema de atenção às urgências e emergência como uma prioridade para saúde pública. Segundo a Organização Panamericana de Saúde (OPAS):

O atendimento de urgência nas grandes cidades é um dos pontos mais vulneráveis [do sistema de saúde] porque além de lidar com situações vitais, as unidades em sua grande maioria não estão devidamente organizadas para este tipo de atendimento. Nos últimos anos, este cenário tem sido amplamente divulgado pela mídia e pelos políticos com mobilização dos Conselhos de Classe e da Justiça na mediação de conflitos e confrontos entre a população e os trabalhadores. [...] Os grandes hospitais de urgência são ponto de confluência em que toda a população é usuária direta ou indireta e que, portanto, ações de qualificação ali desenvolvidas repercutirão fortemente no conjunto da população. Não há exagero em afirmar que a Porta Hospitalar de Urgência representa a maior fragilidade assistencial no âmbito hospitalar do Sistema Único de Saúde (OPAS apud GUSMÃO FILHO, 2008, p. 46).

O crescimento da demanda por serviços nesta área nos últimos anos, devido ao aumento do número de acidentes e da violência urbana, e a insuficiente estruturação da rede assistencial têm contribuído para superlotação das grandes unidades hospitalares públicas estaduais da RMR, resultando na sobrecarga dos serviços de urgência e emergência disponibilizados para o atendimento da população.



2.2. Antecedentes históricos da Política Nacional de Atenção às Urgências

As iniciativas públicas referentes ao tema atendimento às urgências vêm sendo tratadas historicamente pelo Governo Federal e pelos entes federativos estaduais através de ações que em seu contexto geral não promovem impactos significativos sobre os níveis de atendimento e sobrecarga das emergências dos grandes hospitais públicos. A seguir, destacam-se de forma cronológica algumas ações importantes deliberadas pelo Ministério da Saúde para institucionalização e consolidação da política nacional (BRASIL, 2006a):

- ❖ Junho/1998 (Portaria GM/MS nº 2.923) – estabelecimento de investimentos nas áreas de assistência pré-hospitalar móvel, assistência hospitalar, centrais de regulação de urgências e capacitação de recursos humanos.
- ❖ Abril/1999 (Portaria GM/MS nº 479) – criação de uma série de pré-requisitos para o cadastramento de hospitais com o objetivo de valorização no valor das internações realizadas dentro de uma lista pré-determinada de procedimentos considerados de urgência para hospitais habilitados. No mesmo período foram destinados recursos via Projeto "Reforço à Reorganização do SUS" (REFORSUS¹) para aquisição de equipamentos, reformas e modernização gerencial dos hospitais que prestassem atendimento de urgência.
- ❖ Abril/2000 (IV Congresso da Rede Brasileira de Cooperação em Emergências) – desenvolvimento da organização de duas vertentes de atividades relacionadas à atenção às urgências: avaliação do impacto da aplicação dos recursos e interlocução entre a Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde e as redes regionalizadas de atenção às urgências, envolvendo gestores estaduais e municipais.
- ❖ Novembro/2002 (Portaria GM/MS nº 2.048) – estabelecimento dos princípios e diretrizes dos sistemas estaduais de urgência e emergência, definição de normas, critérios de funcionamento, classificação e cadastramento dos hospitais de urgência e determinação da criação das coordenações do Sistema Estadual de Urgência.
- ❖ Setembro/2003 (Portaria GM/MS nº 1.863) – institucionalização da Política Nacional de Atenção às Urgências, revisão e incorporação de novos elementos conceituais debatidos e formulados por membros do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASENS) e por técnicos de todo o País.

(Portaria GM/MS nº 1.864) – institucionalização do componente pré-hospitalar móvel da política nacional, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), suas Centrais de Regulação (Central SAMU-192) e seus Núcleos de Educação em Urgência para municípios e regiões de todo território brasileiro.

¹ REFORSUS é uma iniciativa do Ministério da Saúde com financiamento do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e Banco Mundial, que tem como objetivos promover a qualidade da assistência, dos insumos e da gestão da rede de serviços de saúde, reduzindo custos e utilizando de forma mais eficaz os recursos públicos; aumentar o grau de responsabilidade técnica e gerencial dos órgãos gestores e prestadores de serviços; e promover a equidade (<http://www.datasus.gov.br/rnis/convoc.htm>).



- ❖ Outubro/2003 (Portaria GM/MS nº 2.072) – institucionalização do Comitê Nacional de Atenção às Urgências, definindo sua composição, atribuições e responsabilidades.
- ❖ Setembro/2004 (Portaria GM/MS nº 1.828) – institucionalização de incentivo financeiro para adequação das áreas físicas das Centrais de Regulação Médica de Urgência dos Estados e municípios e regiões de todo território nacional.
- ❖ Dezembro/2004 (Portaria GM/MS nº 2.657) – estabelecimento das atribuições das Centrais de Regulação Médicas de Urgência e o dimensionamento técnico para a estrutura e operacionalização das Centrais SAMU – 192.

Para reverter o quadro brasileiro de morbimortalidade encontrado em todo território nacional, o Ministério da Saúde instituiu, através da Portaria GM/MS nº 1.863/2003, a Política Nacional de Atenção às Urgências para ser implementada nos estados e municípios, respeitando as três esferas de gestão.

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS nº 2.048/2002 (BRASIL, 2002a), estabeleceu normas e princípios para a organização dos serviços públicos e privados de atenção às urgências, para a regulação técnica dos **sistemas estaduais** de urgências e emergências² e para a implantação e implementação de Centrais de Regulação Médica das urgências e dos Núcleos de Educação em Urgência. Definiu, ainda, as atribuições dos componentes estadual e municipais do sistema.

O regulamento técnico instituído pela Portaria GM/MS nº 2.048/2002 se reveste de caráter nacional devendo ser utilizado pelas secretarias de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios para implantação dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, conforme estabelece o § 2º do artigo 1º do referido instrumento regulador.

A mesma portaria, em seu artigo 2º, determina às secretarias de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios com gestão plena do sistema municipal de saúde a adoção das providências necessárias à implantação dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência e à organização das redes assistenciais regionalizadas e hierarquizadas, e a criação da figura do coordenador do sistema estadual de urgência e emergência para cada estado (BRASIL, 2002a).

2.3. Princípios e elementos organizativos da Política Nacional de Atenção às Urgências

A Política Nacional de Atenção às Urgências estabelece no artigo 2º da Portaria GM/MS nº 1.863/2003 os princípios e elementos organizativos que devem ser buscados pelos sistemas de atenção às urgências estaduais, regionais e municipais que permitam (BRASIL, 2003b):

² Segundo o Conselho Federal de Medicina, em sua Resolução CFM nº 1.451, de 10/03/1995, **Emergências** são situações que apresentam alteração do estado de saúde, com risco iminente de vida; e **Urgências** são situações que apresentam alteração do estado de saúde, porém sem risco iminente de vida, que por sua gravidade, desconforto ou dor, requerem atendimento médico com maior brevidade possível. O tempo para resolução pode variar de algumas horas até um máximo de 24 horas.



1. garantir a universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, ginecoobstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às causas externas (traumatismos não-intencionais, violências e suicídios);
2. consubstanciar as diretrizes de regionalização da atenção às urgências, mediante a adequação criteriosa da distribuição dos recursos assistenciais, conferindo concretude ao dimensionamento e implantação de sistemas estaduais, regionais e municipais e suas respectivas redes de atenção;
3. desenvolver estratégias promocionais da qualidade de vida e saúde capazes de prevenir agravos, proteger a vida, educar para a defesa da saúde e recuperar a saúde, protegendo e desenvolvendo a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividades;
4. fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas, a partir da construção de mapas de risco regionais e locais e da adoção de protocolos de prevenção, atenção e mitigação dos eventos;
5. contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações e serviços de urgência, permitindo que a partir de seu desempenho seja possível uma visão dinâmica do estado de saúde da população e do desempenho do Sistema Único de Saúde em seus três níveis de gestão;
6. integrar o complexo regulador do Sistema Único de Saúde, promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e democratização das informações com a perspectiva de usá-las para alimentar estratégias promocionais;
7. qualificar a assistência e promover a capacitação continuada das equipes de saúde do Sistema Único de Saúde na Atenção às Urgências, em acordo com os princípios da integralidade e humanização.

2.4. Componentes da Política Nacional de Atenção às Urgências

A Portaria GM/MS nº 1.863/2003 estabelece cinco componentes fundamentais para o delineamento da Política Nacional de Atenção às Urgências apresentados a seguir (BRASIL, 2003b):

- Adoção de estratégias promocionais de qualidade de vida, buscando identificar os determinantes e condicionantes das urgências e por meio de ações transeitoriais de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade;
- Organização de redes regionais de atenção integral às urgências, enquanto elos da cadeia de manutenção da vida, tecendo-as em seus diversos componentes: Pré-Hospitalar Fixo, Pré-Hospitalar Móvel, Hospitalar e Pós-Hospitalar.
- Instalação e operação das Centrais de Regulação Médica das Urgências, integradas ao Complexo Regulador da Atenção no SUS;
- Capacitação e educação continuada das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção, a partir de um enfoque estratégico promocional, abarcando toda a gestão e atenção Pré-Hospitalar Fixa e Móvel, Hospitalar e Pós-Hospitalar, envolvendo os profissionais de nível superior e os de nível técnico, em acordo com as diretrizes do SUS e alicerçada nos pólos de educação permanente em saúde;
- Orientação geral segundo os princípios de humanização da atenção.

2.5. Implantação e configuração do Sistema Estadual de Urgência e Emergência segundo a Política Nacional de Atenção às Urgências

Antes da apresentação da configuração e funcionamento do sistema de atenção às urgências previsto pela Política Nacional de Atenção às Urgências, definiu-se o que seja um sistema na percepção de alguns autores. Uma definição considerada clássica de Sistema de Saúde (SS) foi formulada por Roemer: é uma combinação de **recursos**, **organização**, **financiamento** e **gerenciamento** que culmina na prestação de serviços de saúde para a população (VIACAVA, 2003).

Segundo Edgar Morin (2007), o conceito de sistema perpassa por três faces inseparáveis: **sistema**, **interações** e **organização**. Para o autor, o sistema se apresenta como unidade complexa do todo, como macro-unidade onde as partes têm uma identidade própria e uma identidade comum, onde não podemos conhecer as partes sem conhecer o todo, nem o todo sem conhecer as partes. Morin ainda estabelece como elemento do tripé do conceito de sistema, as interações ou conjunto das relações, ações e retroações que se efetuam e se desenvolvem no sistema. E por último a organização, que estabelece o caráter constitutivo que forma, mantém, protege, regula, rege e regenera as interações entre as partes e o todo.

Outras abordagens adotadas traduzem o sistema como:

[...] as relações entre as partes e o todo, permitindo a compreensão de toda e qualquer atividade complexa, sendo os sistemas constituídos de conjuntos de componentes que se interagem, se inter-relacionam, se transformam e atuam entre si na execução de um objetivo global. Estes conjuntos poderão ser assumidos como subsistemas ou processos, com funções e objetivos próprios, os quais afetam o comportamento do conjunto como um todo. Qualquer ação de uma parte, necessariamente, provocará uma reação das demais (CHURCHMAN, 1975; MELO, 1987; ACKOFF *apud* ARAÚJO, 1994).

[...] um todo unificado, composto de partes interdependentes; sendo que o que o estrutura são os padrões de relações. (Lawrence J. Henderson). Na saúde temos que: “é a constituição de uma rede integrada de pontos de atenção à saúde que permite prestar uma assistência contínua a determinada população - no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa - e que se responsabiliza pelos resultados sanitários e econômicos relativos a esta população” (Eugênio Vilaça Mendes – citação retirada da Apostila do SAMU Santa Catarina)

Foram apresentados alguns conceitos sobre o que seja um sistema para facilitar o entendimento da dinâmica do Sistema Estadual de Urgência e Emergência e seus componentes. A seguir, será descrita a configuração do sistema e o papel dos principais componentes e atores que operam neste.

A estruturação do Sistema deve partir da leitura ordenada das necessidades sociais em saúde do estado e de suas diversas regiões e sob prisma das necessidades humanas nas urgências. O diagnóstico destas necessidades deve ser feito a partir das observações e



avaliações das regiões do estado, utilizando dados de morbidade e mortalidade disponíveis. Para operacionalização do sistema, deve-se estruturar um detalhamento dos recursos existentes, levando-se em consideração sua quantidade, localização, acesso, complexidade, capacidade operacional e técnica (BRASIL, 2002a).

O confronto das necessidades diagnosticadas com as ofertas existentes permite visualizar as deficiências do sistema e planejar suas correções a partir da elaboração e operacionalização do Plano Estadual de Atendimento às Urgências e Emergências. O plano deve estar inserido no Plano Diretor de Regionalização (PDR), contendo a programação de ações corretivas com respectivo cronograma de execução e planilhas de custos, destinadas à correção das deficiências encontradas na estruturação das grades assistenciais regionalizadas e hierarquizadas.

Para implantação e implementação de Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, as secretarias de saúde estaduais devem desenvolver um planejamento de distribuição regional dos serviços, em todas as modalidades assistenciais, de maneira a constituir os Planos Estaduais de Atendimento às Urgências e Emergências, conforme estabelece o § 1º do artigo 2º da Portaria GM/MS nº 2.048/2002 (BRASIL, 2002a).

A partir das definições expostas, apresentaremos os elementos constituintes do sistema de atenção às urgências e a interação entre estes previstas pelas Portarias GM/MS nº 2.048/2002 e nº 1.863/2003 (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2003b).

A Política Nacional de Atenção às Urgências prevê para organização das redes de sistema seis componentes principais a serem apresentados a seguir.

2.5.1. Componentes da estruturação do Sistema Estadual de Urgência e Emergência

2.5.1.1. Componente REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS

O Capítulo II do Anexo da Portaria GM/MS nº 2.048/2002 apresenta a normatização da regulação do sistema. Esta atividade corresponde ao elemento ordenador e orientador dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência a partir da implantação de Centrais de Regulação Médica das Urgências. As Centrais, estruturadas nos níveis estadual, regional e/ou municipal, organizam a relação entre os vários serviços, qualificando o fluxo dos pacientes no Sistema e geram uma porta de comunicação aberta ao público em geral, através da qual os pedidos de socorro são recebidos, avaliados e hierarquizados.

A Central de Regulação Médica de Urgências deve interagir com outras centrais de regulação (como exemplo, de leitos hospitalares, de procedimentos de alta complexidade, de exames complementares, de internações e atendimentos domiciliares, de consultas especializadas entre outras) e com outros serviços e instituições, como por exemplo, as Polícias Militares e a Defesa Civil. O resultado desta interação forma o complexo regulador da assistência, ordenador dos fluxos gerais de necessidade/resposta, que garante ao usuário do SUS a multiplicidade de respostas necessárias à satisfação de suas necessidades.



A Regulação Médica das Urgências apresenta duas dimensões para suas atribuições: a técnica e a gestora (BRASIL, 2002a).

- **Técnica:** diz respeito à decisão quanto ao tipo de recurso a ser enviado e a realização dos procedimentos de suporte básico e avançado de vida no local da ocorrência e durante transporte, na atenção pré-hospitalar.
- **Gestora:** refere-se ao uso racional do sistema de saúde hierarquizado, estabelecendo qual tipo de serviço em determinado momento está mais bem preparado e em melhores condições de receber determinado paciente para que o atendimento seja mais resoluto.

A Portaria GM/MS nº 2.657/2004 estabeleceu, além das anteriores, atribuições gerais e específicas para as Centrais de Regulação Médica das Urgências (BRASIL, 2004):

Atribuições gerais:

- I. ser instância operacional da função reguladora;
- II. gerenciar: oferta disponível x demandas;
- III. subsidiar o planejamento das correções;
- IV. articular ações harmonizadoras e ordenadoras;
- V. nortear-se por pactos estabelecidos;
- VI. facilitar a execução de programas e projetos;
- VII. identificar e divulgar os fatores condicionantes das situações e agravos;
- VIII. pactuar ações conjuntas com outros atores;
- IX. avaliar o desempenho das parcerias;
- X. participar da formulação dos Planos de Saúde, de Atenção Integral às Urgências e de Atenção a Eventos com Múltiplas Vítimas e Desastres.

Atribuições específicas:

- I. manter escuta médica permanente e qualificada;
- II. identificar as necessidades e classificar os pedidos de socorro oriundos da população e de unidades de saúde;
- III. hierarquizar necessidades;
- IV. decidir sobre a resposta mais adequada para cada demanda;
- V. garantir os meios necessários para a operacionalização de todas as respostas necessárias;
- VI. monitorar e orientar o atendimento feito pelas equipes de suporte;
- VII. providenciar os recursos auxiliares de diferentes naturezas necessários para complementar a assistência;



- VIII. notificar as unidades que irão receber pacientes, informando às equipes médicas receptoras as condições clínicas dos pacientes e possíveis recursos necessários.

As Centrais de Regulação de Urgências são observatórios privilegiados da saúde, com capacidade de monitorar de forma dinâmica, sistematizada e em tempo real, todo o funcionamento do Sistema de Saúde, devendo gerar informes regulares para o aperfeiçoamento e a melhoria imediata e mediata do sistema de atenção às urgências (BRASIL, 2004).

2.5.1.2. Componente PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL

É o atendimento médico que procura chegar rapidamente à vítima, após a ocorrência de um agravo à sua saúde que possa levá-la ao sofrimento, seqüelas ou mesmo à morte, que necessita prestar-lhe atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS. O serviço de atendimento Pré-Hospitalar Móvel deve ser vinculado a uma Central de Regulação, com equipe e frota de veículos compatíveis com as necessidades de saúde da população e de fácil acesso por via telefone gratuito (BRASIL, 2002a).

A Portaria GM/MS nº 1.864/2003 instituiu o componente por meio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e suas Centrais SAMU, e os serviços associados de salvamento e resgate, sob regulação médica de urgências e com número único nacional para urgências médicas de 192 (BRASIL, 2003a).

2.5.1.3. Componente PRÉ-HOSPITALAR FIXO

É a assistência prestada, num primeiro nível de atenção, aos pacientes portadores de quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou ainda psiquiátrica, que possa levar a sofrimento, seqüelas ou mesmo à morte, provendo um atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrante do Sistema Estadual de Urgência e Emergência.

Este atendimento é prestado por um conjunto de unidades básicas de saúde, unidades do Programa Saúde da Família (PSF), Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapia e unidades não-hospitalares de atendimento às urgências e emergências.

O componente Pré-Hospitalar divide-se em dois grupos: (1) Atenção Primária à Saúde e a Estratégia Saúde da Família e as Urgências e Emergências; (2) Unidades Não-Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências



- **Atenção Primária à Saúde³ e a Estratégia Saúde da Família e Urgências e Emergências:** são estruturas responsáveis pelo acolhimento dos pacientes com quadros agudos ou crônicos de sua área de cobertura ou adstrição de clientela, cuja complexidade seja compatível com este nível de atenção. Considera-se como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS).
- **Unidades Não-Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências:** são estruturas que devem funcionar 24 horas, e estar habilitadas a prestar assistência correspondente ao primeiro nível de assistência da média complexidade. São unidades de complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família e as Unidades Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências. Estas unidades têm como principais missões (BRASIL, 2002a):
 - 1) Atender aos usuários do SUS portadores de quadro clínico agudo de qualquer natureza, dentro dos limites estruturais da unidade e, em especial, os casos de baixa complexidade, à noite e nos finais de semana, quando a rede básica e a unidade de saúde da família não estão ativas;
 - 2) Descentralizar o atendimento de pacientes com quadros agudos de média complexidade;
 - 3) Dar retaguarda às unidades básicas de saúde e de saúde da família;
 - 4) Diminuir a sobrecarga dos hospitais de maior complexidade que hoje atendem esta demanda;
 - 5) Ser entreposto de estabilização do paciente crítico para o serviço de atendimento pré-hospitalar móvel;
 - 6) Desenvolver ações de saúde por meio do trabalho de equipe interdisciplinar, sempre que necessário, com o objetivo de acolher, intervir em sua condição clínica e referenciar para a rede básica de saúde, para a rede especializada ou para internação hospitalar, proporcionando uma continuidade do tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo da população usuária;
 - 7) Articular-se com unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico, e com outras instituições e serviços de saúde do sistema, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contra-referência;
 - 8) Ser observatório do sistema e da saúde da população, subsidiando a elaboração de estudos epidemiológicos e a construção de indicadores de saúde e de serviço que contribuam para a avaliação e planejamento da atenção integral às urgências, bem como de todo o sistema de saúde.

2.5.1.4. Componente HOSPITALAR

O regulamento técnico instituído pela Portaria GM/MS nº 2.048/2002 (BRASIL, 2002a) define uma nova nomenclatura e classificação para as unidades hospitalares de urgência e emergência. A Portaria partiu da premissa que nenhum pronto-socorro poderia apresentar uma infra-estrutura inferior à de uma unidade não-hospitalar de atendimento às urgências e emergência. O regulamento classifica as unidades hospitalares em duas modalidades: Unidades Gerais (Tipo I e II) e Unidades de Referência (Tipo I, II e III).

³ A atenção de primeiro nível, isto é, os serviços de primeiro contato do paciente com o sistema de saúde, direcionados a atender as afecções e condições mais comuns e a resolver a maioria dos problemas de saúde de uma população é denominada de Atenção Primária em Saúde (APS).

A Portaria estabelece algumas características comuns exigidas às Unidades Gerais de Tipo I e II e às de Referência de Tipo I, II e III citadas a seguir (BRASIL, 2002a):

- **Recursos humanos:** equipe capacitada no Núcleo de Educação em Urgência e treinada em serviço; a unidade deve contar com um médico como responsável técnico, com uma equipe médica, com uma coordenação de enfermagem, enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem.
- **Área física:** As áreas físicas das unidades hospitalares devem ser estruturadas de acordo com o tamanho, complexidade e perfil assistencial, devem estar adequadas para o acolhimento e atendimento especializado aos portadores de danos e/ou agravos específicos em situação de urgência/emergência e devem obedecer as Resoluções de nº 50/2002 que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, Elaboração e Avaliação de projetos Físicos de Estabelecimentos de Assistência à Saúde, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e nº 05/93, do Conselho Nacional de Meio Ambiente (CONAMA).
- **Rotinas de funcionamento e atendimento:** as unidades devem possuir rotinas escritas e atualizadas a cada quatro anos; devem abordar todos os procedimentos envolvidos na assistência, inclusive manutenção preventiva de materiais e equipamentos; devem contemplar no mínimo critérios de avaliação dos pacientes, procedimentos médico cirúrgicos, procedimentos de enfermagem, rotinas de suporte nutricional, rotinas de controle de infecção hospitalar, ficha própria para descrição do ato cirúrgico e rotinas de acompanhamento ambulatorial dos pacientes.
- **Registro de pacientes:** as unidades devem possuir um prontuário para cada paciente, informações completas do quadro clínico e evolução, ordenado no serviço de arquivo médico; deve conter informações sobre identificação do paciente, histórico clínico, avaliação inicial, indicação do procedimento cirúrgico, descrição do ato cirúrgico e sua evolução e prescrições, e condições na alta hospitalar ou transferência.
- **Estrutura da Grade de Referência:** as unidades devem possuir retaguarda de maior complexidade previamente pactuada, com fluxo e mecanismos de transferência coordenada pela Central de Regulação; e devem garantir transporte para os casos mais graves.

São apresentadas a seguir as principais características das Unidades Gerais hospitalares (BRASIL, 2002a):

- **Unidades Hospitalares Gerais de Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo I:** (a) são unidades instaladas em hospitais gerais de pequeno porte aptos a prestarem assistência de urgência e emergência correspondente ao primeiro nível de assistência da média complexidade; (b) funcionam 24 horas; (c) devem contar com instalações físicas, recursos humanos e tecnológicos adequados de maneira a que se tornem o primeiro nível de assistência hospitalar no atendimento de urgência e emergência do Sistema Estadual de Urgência e Emergência.
- **Unidades Hospitalares Gerais de Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo II:** (a) são unidades instaladas em hospitais gerais de médio porte aptos a prestarem assistência de urgência e emergência correspondente ao segundo nível de assistência hospitalar da média complexidade; (b) funcionam 24 horas; (c) contam com instalações físicas, recursos humanos e tecnológicos adequados de maneira a que se tornem o segundo nível de assistência hospitalar no atendimento de urgência e emergência do Sistema Estadual de Urgência e Emergência; (d) deve haver no corpo do hospital centro cirúrgico e centro obstétrico, além de enfermarias para

as áreas de atuação mencionadas; **(e)** devem dispor no mínimo de médico clínico geral, pediatra, ginecologista-obstetra, cirurgião geral, traumato-ortopedista, anestesista e de assistente social, e de recursos tecnológicos próprios de análises clínicas laboratoriais, eletrocardiografia e radiologia convencional e de serviços de terceiros devidamente formalizados de endoscopia, ultra-sonografia e banco de sangue.

São apresentadas a seguir as principais características das Unidades de Referência hospitalares (BRASIL, 2002a):

- **Unidades Hospitalares de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo I:** **(a)** são unidades instaladas em hospitais especializados e que contam com recursos tecnológicos e humanos para o atendimento das urgências e emergências de natureza clínica e cirúrgica, nas áreas de pediatria ou traumato-ortopedia ou cardiologia; **(b)** devem dispor no mínimo de profissionais, além dos citados anteriormente, na especialidade de cardiologia (cardiologista, hemodinamicista, angiografista, cirurgião cardiovascular, intensivista, imagenologista, ecocardiografista e anestesiológico), de pediatria (pediatra, intensivista, cirurgião pediátrico e anestesiológico) e de traumo-ortopedia (traumato-ortopedista, clínico geral e anestesiológico); **(c)** devem disponibilizar serviços de suporte, acompanhamento clínico e reabilitação relacionados à psicologia clínica, nutrição, assistência social, fisioterapia, terapia ocupacional, farmácia e hemoterapia; **(d)** devem disponibilizar no mínimo de recursos tecnológicos próprios para cardiologia (radiologia convencional, análises clínicas laboratoriais, eletrocardiografia, ultra-sonografia, ecocardiografia, hemodinâmica, unidade de terapia intensiva de tipo II ou III, cirurgia cardiovascular, anestesiologia, banco de sangue e angiografia), para pediatria (radiologia convencional, análises clínicas laboratoriais, eletrocardiografia, ultra-sonografia, cirurgia pediátrica, anestesiologia e unidade de terapia intensiva de tipo II ou III) e para traumato-ortopedia (radiologia convencional, análises clínicas laboratoriais, intensificador de imagem e anestesiologia), e disponibilizar no mínimo serviços de terceiros de tomografia computadorizada para cardiologia, pediatria e traumato-ortopedia, broncoscopia, cirurgia vascular, endoscopia, cirurgia bucomaxilofacial, banco de sangue, cirurgia geral e neurocirurgia.
- **Unidades Hospitalares de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo II:** **(a)** são unidades instaladas em hospitais gerais e que contam com recursos tecnológicos e humanos adequados para o atendimento das urgências/emergências de natureza clínica e cirúrgica; **(b)** devem dispor no mínimo de médico clínico geral, pediatra, ginecologista-obstetra, cirurgião geral, traumato-ortopedista, anestesista e intensivista, além de outras especialidades (oftalmologista, endoscopista, broncoscopista, otorrinolaringologista, cardiologista, odontólogo, hemodinamicista, neurologista, neurocirurgião, angiografista, psiquiatra, hematologista e cirurgião pediátrico); **(c)** devem disponibilizar serviços de suporte, acompanhamento clínico e reabilitação relacionados à psicologia clínica, nutrição, assistência social, fisioterapia, terapia ocupacional, farmácia e hemoterapia; **(d)** devem disponibilizar no mínimo de recursos tecnológicos próprios para radiologia convencional, análises clínicas laboratoriais, ultra-sonografia, eletrocardiografia, unidade de terapia intensiva de tipo II ou III, tomografia computadorizada, endoscopia, banco de sangue e anestesiologia, e de serviços de terceiros de broncoscopia, hemodinâmica, angiografia, ecocardiografia e terapia renal substitutiva.
- **Unidades Hospitalares de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências de Tipo III:** **(a)** são unidades instaladas em hospitais gerais e que contam com recursos tecnológicos e humanos adequados para o atendimento das urgências/emergências de natureza clínica, cirúrgica e traumatológica; **(b)** desempenha atribuições de capacitação, aprimoramento e atualização dos recursos humanos (hospital-universidade); **(c)** devem disponibilizar no mínimo de médico clínico geral, pediatra, ginecologista-obstetra, cirurgião geral, cirurgião pediátrico,

traumato-ortopedista, anesthesiologista, intensivista, radiologista, cardiologista, neurologista e odontólogo, além de outras especialidades (cirurgião vascular, toxicologista, oftalmologista, hemodinamicista, angiografista, endoscopista digestivo, broncoscopista, otorrinolaringologista, cirurgião bucomaxilofacial, cirurgião plástico, psiquiatra, cirurgião torácico e neurocirurgiã); **(d)** devem disponibilizar serviços de suporte, acompanhamento clínico e reabilitação relacionados à psicologia clínica, nutrição, assistência social, fisioterapia, terapia ocupacional, farmácia e hemoterapia; **(e)** devem disponibilizar no mínimo de recursos tecnológicos próprios para radiologia convencional, ultra-sonografia, broncoscopista, análises clínicas laboratoriais, eletrocardiografia, unidade de terapia intensiva de tipo II ou III, tomografia computadorizada, endoscopia, banco de sangue, anesthesiologia, terapia renal substitutiva, neurocirurgia e ecocardiografia, e de serviços de terceiros de hemodinâmica e angiografia.

2.5.1.5. Componente PÓS-HOSPITALAR

São componentes do Sistema de Atenção às Urgências que têm como principais atribuições a reabilitação e o suporte à pacientes crônicos e a continuação de tratamento que não requer níveis de complexidade elevados, e classificam-se em três modalidades: Atenção Domiciliar, Hospitais-Dia e Projetos de Reabilitação Integral.

2.5.1.6. Componente NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM URGÊNCIA

Os Núcleos são espaços de formação, capacitação, habilitação e educação continuada de recursos humanos para as urgências, sob a gestão de um conselho diretivo, tendo como integrantes a secretaria estadual de saúde, os municipais de saúde, hospitais e serviços de referência na área de urgência, escolas de bombeiros e polícias, instituições de ensino superior, de formação e capacitação de pessoal na área da saúde (BRASIL, 2002a).

São objetivos estratégicos dos Núcleos de Educação em Urgências:

- Constituírem-se em núcleos de excelência regional, estadual e nacional, para a formação de profissionais de saúde;
- Elaborar, implantar e implementar uma política pública, buscando construir um padrão nacional de qualidade de recursos humanos;
- Buscar a nucleação pública dos recursos educativos em saúde;
- Articular, processar e congregar as dificuldades e necessidades das instituições-membro;
- Ser espaço interinstitucional combinando conhecimentos e meios materiais que permitam abarcar a dimensão qualitativa e quantitativa das demandas de educação em urgências, potencializando as capacidades e respondendo ao conjunto de demandas inerentes a um sistema organizado de atenção;
- Ser estratégia pública privilegiada para a transformação da qualificação da assistência às urgências; e



- Produzir os materiais didáticos em permanente atualização e adaptação às necessidades das políticas públicas de saúde e dos serviços/trabalhadores da saúde.

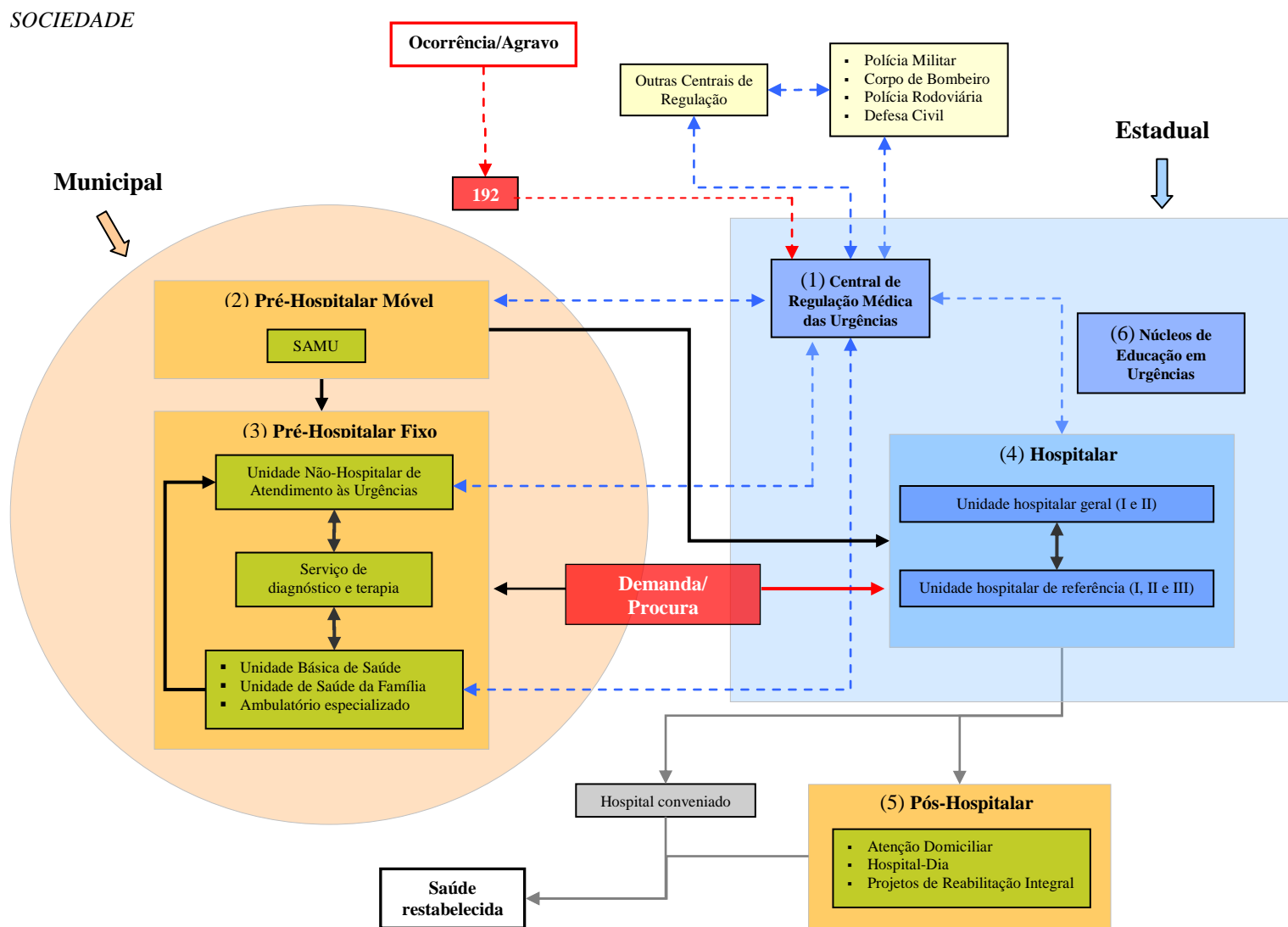
São objetivos operacionais dos Núcleos:

- Promover programas de formação e educação continuada na forma de treinamento em serviço a fim de atender ao conjunto de necessidades diagnosticado em cada região;
- Capacitar os recursos humanos envolvidos em todas as dimensões da atenção regional;
- Estimular a criação de equipes multiplicadoras em cada região, que possam implementar a educação continuada nos serviços de urgência;
- Congregar os profissionais com experiência prática em urgência, potencializando sua capacidade educacional;
- Desenvolver e aprimorar de forma participativa e sustentada as políticas públicas voltadas para a área da Urgência;
- Certificar anualmente e recertificar a cada dois anos os profissionais atuantes nos diversos setores relativos ao atendimento das urgências.

A partir da leitura da legislação que regulamenta a Política Nacional de Atenção às Urgências, apresenta-se o fluxograma de como opera o sistema de atenção às urgências e emergências, retratada na figura 1.



Figura 1 – Fluxograma do Sistema Estadual de Urgência e Emergência desenhado pela Política Nacional de Atenção às Urgências



2.6. Atribuições da Coordenação Estadual do Sistema Estadual de Urgência e Emergência

A Portaria GM/MS nº 1.864/2003 estabelece as atribuições das coordenações estaduais para regulação e cooperação dos sistemas estaduais de urgência e emergência. São apresentadas a seguir as atribuições institucionalizadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2003a):

- coordenar a organização dos instrumentos e mecanismos de regulação, bem como a operacionalização de ações, de acordo com os pactos estabelecidos;
- assessorar e supervisionar o processo de implementação dos planos municipais e regionais de regulação da assistência;
- monitorar o cumprimento das pactuações regionais e estaduais estabelecidas, de forma ordenada, oportuna, qualificada e equânime;
- promover a interlocução inter e intra-regional;
- monitorar os sistemas de atenção integral às urgências quanto à sua acessibilidade e resolubilidade;
- avaliar sistematicamente os fluxos pactuados e os espontâneos de pacientes em direção aos serviços de urgência, propondo correções quando necessário, com base no Plano Diretor de Regionalização (PDR), Programação Pactuada Integrada (PPI) e na análise das necessidades não atendidas;
- compilar, consolidar dados e realizar a análise epidemiológica das demandas direcionadas às Centrais SAMU 192, no âmbito estadual, identificando lacunas assistenciais e subsidiando ações de planejamento ou investimento e de controle do SUS;
- gerenciar o processo de avaliação das ações e serviços de saúde.

A Secretaria de Saúde Estadual deverá operar ativamente no sentido da construção e ordenamento dos sistemas regionais, cabendo-lhe no exercício da regulação estadual, promovendo a mediação entre os gestores municipais da saúde, bem como dos fluxos entre as centrais de regulação regionais.

2.7. Panorama dos fatores que impactam no desempenho dos sistemas

O Ministério da Saúde promoveu um levantamento dos principais fatores que interferem e influenciam na atenção às urgências das unidades hospitalares (BRASIL, 2006a).

- Baixo investimento em estratégias de promoções da qualidade de vida e saúde através de ações educativas;
- Modelo assistencial ainda fortemente centrado na oferta de serviços e não nas necessidades dos cidadãos, influenciada por interesses de mercado;

- Falta de acolhimento dos casos agudos de menor complexidade na atenção básica devido à influência do modelo assistencial voltado preferencialmente para ações preventivas e programáticas;
- Insuficiência de portas de entrada para os casos agudos de média complexidade;
- Má utilização das portas de entradas da alta complexidade por pacientes acometidos por agravos de urgência independente do grau de complexidade e gravidade;
- Insuficiência de leitos hospitalares qualificados, especialmente de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e retaguarda para as urgências dos grandes hospitais;
- Deficiências estruturais da rede assistencial – área física, equipamentos e pessoal;
- Inadequação na estrutura curricular das instituições formadoras;
- Baixo investimento na qualificação e educação permanente dos profissionais de saúde que contribuem para o descompromisso e desqualificação profissional progressiva;
- Dificuldade na formação das figuras regionais e fragilidade política nas pactuações;
- Incipiência nos mecanismos de referência e contra-referência dos sistemas regionais e municipais que contribui para saturação dos serviços especializados;
- Ausência de regulação que garanta acesso ao cidadão aos meios mais adequados as suas necessidades.

Outra pesquisa também aponta para as principais causas que contribuem para a superlotação dos serviços das unidades de urgência e emergência dos hospitais públicos no Brasil (SANTOS *et al*, 2003; BRASIL apud GUSMÃO FILHO, 2008).

1. Concepções diversas que usuários, população e profissionais de saúde têm para definir urgência;
2. **Baixa resolutividade da atenção primária e das unidades não-hospitalares de atenção às urgências;**
3. **Não estruturação do sistema de saúde através da atenção básica territorializada e adscrita como porta de entrada no sistema para outros níveis de atenção;**
4. Falta de ordenação do acesso dos usuários aos serviços da rede assistencial de urgências;
5. Insuficiência estrutural, gerencial e funcional dos hospitais de urgência e, em particular, das portas de urgência;
6. Falta de apoio dos serviços do hospital para investigação e internação dos casos atendidos na porta hospitalar de urgência;
7. Limitações de perfil e de capacitação dos profissionais que atuam na urgência para lidar com as dimensões epidemiológica, biomédica, social e subjetiva das urgências (envelhecimento da população, acidentes, violência, alcoolismo e drogadição);
8. Organização do trabalho profissional centrada em procedimentos e tarefas, dificultando a responsabilização clínica e incentivando a fragmentação de práticas assistenciais;



9. Insuficiência dos serviços de retaguarda pós-hospitalar (atenção domiciliar e reabilitação).

2.8. Legislação consultada

A seguir, relacionam-se a legislação consultada relativa direta e indiretamente à Política Nacional de Atenção às Urgências que embasara as análises do presente relatório:

- Portaria GM/MS nº 2.922, publicada em 03 de dezembro de 2008, estabelece diretrizes para o fortalecimento e implementação do componente de “organização de redes locais de atenção integral às urgências” da Política Nacional de Atenção às Urgências;
- Portaria GM/MS nº 325, publicada em 21 de fevereiro de 2008, estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação;
- Portaria GM/MS nº 091, publicada em 10 de janeiro de 2007, Regulamenta a unificação do processo de pactuação de indicadores e estabelece os indicadores do Pacto pela Saúde, a serem pactuados por municípios, estados e Distrito Federal. Brasília;
- Portaria GM/MS nº 2.657, publicada em 16 de dezembro de 2004, estabelece as atribuições das centras de regulação médica de urgência e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU – 192;
- Portaria GM/MS nº 2.072, publicada em 30 de outubro de 2003, institui o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências;
- Portaria GM/MS nº 1.864, publicada em 29 de setembro de 2003, institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo território brasileiro: SAMU – 192;
- Portaria GM/MS nº 1.863, publicada em 29 de setembro de 2003, institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implementada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão;
- Portaria GM/MS nº 2.048, publicada em 05 de novembro de 2002, institui o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência;
- Portaria GM/MS nº 1.101, publicada em 12 de junho de 2002, estabelece parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.



3. POLÍTICA ESTADUAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

3.1. Estruturação do Sistema Estadual de Urgência e Emergência

Foi constatado que a Secretaria de Saúde Estadual ainda não formulou o **Plano Estadual de Atendimento à Urgência e Emergência**. A inexistência do plano contribui para que a organização estrutural e funcional do sistema estadual de urgência não seja efetiva para promoção de ações resolutas para atendimento da população.

A Política Nacional de Atenção às Urgências estabelece que os sistemas de atenção às urgências estaduais, regionais e municipais devem se organizar para garantir a universalidade do acesso, equidade na alocação de recursos e a integralidade na atenção prestada, conforme preceitua o artigo 2º da Portaria GM/MS nº 1.863/2003.

Para promoção dos princípios do SUS e adequação das ações estaduais de atenção às urgências à Política Nacional de Atenção às Urgências, é primordial a implantação de redes regionalizadas e hierarquizadas de atendimentos, pactuadas entre municípios e o Estado, que contribuam para uma melhor organização da assistência, articulação dos serviços de atenção às urgências e para a definição de fluxos de referências resolutivas.

Para isto, torna-se imperativo a estruturação e organização dos serviços de atenção às urgências do Sistema Estadual de Urgências e Emergências. A estruturação do sistema permite o envolvimento de toda rede assistencial, desde a rede Pré-Hospitalar Fixa (unidades básicas de saúde e saúde da família, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e unidades não-hospitalares de atendimento), os serviços de atendimento Pré-Hospitalar Móvel (SAMU), até a rede Hospitalar de alta complexidade e Pós-Hospitalar. O sistema atribui a cada componente da rede assistencial a responsabilidade pela atenção a uma determinada parcela da demanda de urgência, respeitados os limites de sua complexidade e capacidade de resolução.

Entretanto, para estruturação do Sistema Estadual de Urgência e Emergência é necessário que se diagnostique e confronte as necessidades com atenção às urgências com os recursos existentes (quantidade, localização, acesso, complexidade, capacidade operacional e técnica), visando a levantar as deficiências do sistema, projetar suas correções e pactuar com os municípios.

A Portaria GM/MS nº 2.048/2002, que institui o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, estabelece em seu artigo 2º, § 1º, que as secretarias de saúde estaduais devem estabelecer um planejamento de distribuição regional dos serviços, em todas as modalidades assistenciais, para constituição do Plano Estadual de Atendimento às Urgências e Emergências, que deve estar contido no Plano Diretor de Regionalização (PDR). Para configuração e implantação do Sistema Estadual de Urgência e Emergência é necessário que se formule preliminarmente o Plano Estadual de Atendimento às Urgências e Emergências. O Plano é peça fundamental para implantação do sistema. Sua ausência provoca a desarticulação da Política Estadual de Urgência e Emergência e compromete a resolutividade das ações de atenção à urgência.



Desta forma, dentro da importância e papel em que o Plano Estadual de Atendimento às Urgências e Emergências representa para estruturação e organização do Sistema Estadual de Urgência e Emergência, foi solicitado através do Ofício GC04/DCE/DIPE nº 01/2009 (fl. 10) cópia deste à Secretaria de Saúde do Estado. Em resposta ao ofício, foi informado via MEMO GAB nº 96/09 (fl. 11) que o Plano encontra-se em fase final de adaptação à Política Estadual de Urgência e Emergência. O mesmo MEMO, ainda cita que a Política Estadual encontra-se em fase de implantação através do Programa 0521 do Plano Plurianual 2008/2011. O Programa 0521 (fls. 12 e 13) estabelece a implantação da Política Estadual de Urgência e Emergência através de cinco Ações/Finalidades:

- (2177) Implantação da Política de Prevenção de Acidentes;
- (2181) Estruturação da Assistência Domiciliar no SUS;
- (2176) Estruturação da Rede Pré-Hospitalar Fixa para Atendimento às Urgências e Emergências;
- (2178) Ampliação da Cobertura Estadual de Assistência Pré-Hospitalar Móvel/SAMU;
- (2179) Estruturação das Unidades Hospitalares e de Suporte no Atendimento de Urgência e Emergência.

Examinados os objetivos/finalidades das ações do Programa, a versão preliminar do Plano Estadual de Saúde – 2008/2011 a ser aprovada pelo Conselho Estadual de Saúde e a Lei Orçamentária Anual/2008, não foi identificada qualquer iniciativa que preveja a formulação do Plano Estadual de Atenção às Urgências e Emergências.

Diante do que foi exposto, conclui-se que a inexistência do Plano Estadual de Atendimento às Urgências e Emergências compromete a resolutividade das ações de atenção à urgência e desarticula o Sistema Estadual de Urgência e Emergência. Desta forma, recomenda-se à Secretaria de Saúde Estadual que desenvolva ações para elaboração e implementação do Plano Estadual de Atendimento às Urgências e Emergências.

3.2. Complexo regulador do Sistema Estadual de Urgência e Emergência

O Sistema Estadual de Urgência e Emergência de Pernambuco não possui um complexo regulador constituído por uma rede de centrais de regulação. A inexistência do complexo compromete a racionalização dos fluxos gerais de necessidade/resposta, a otimização dos recursos disponíveis e as interações das ações assistenciais de diversos níveis de complexidade relacionadas à atenção às urgências, promovida pela gestão pública estadual.

Para que o Sistema Estadual de Urgência e Emergência possa acolher o paciente, este deve prestar-lhe assistência e encaminhá-lo para outros serviços para continuidade do tratamento, através da integração da **Central de Regulação Médica de Urgências** com outras **Centrais de Regulação**⁴ que formam o complexo regulador da atenção no SUS. Estas

⁴ Centrais Reguladoras – de leitos hospitalares, procedimentos de alta complexidade, exames complementares, internações e atendimentos domiciliares, consultas especializadas, consultas na rede básica de saúde, assistência social, transporte sanitário não urgente, informações e outros serviços e instituições, como por exemplo, as Polícias Militares e a Defesa Civil.



centrais interligadas entre si constituem um verdadeiro complexo regulador da assistência, ordenador dos fluxos gerais de necessidade/resposta do Sistema Estadual de Urgência e Emergência, que garante ao paciente a multiplicidade de respostas necessárias à satisfação de suas necessidades.

Atualmente, a Secretaria de Saúde Estadual dispõe apenas da Central de Regulação de Leitos que levanta e controla diariamente via telefone à disponibilidade de vaga nos leitos dos hospitais públicos sob a responsabilidade do Estado.

Outro ponto levantando foi que as atribuições técnicas (Portaria GM/MS n° 2.048/2002) e gerais (Portaria GM/MS n° 2.657/2004) de regulação médica das urgências da RMR são desempenhadas pela Prefeitura do Recife através da Central SAMU Metropolitano⁵. Segundo os técnicos da gerência da central de Recife, não existe interação institucionalizada entre a Central de Regulação Médica da prefeitura e a Central de Regulação de Leitos do Estado. A referência e condução dos pacientes para os hospitais públicos estaduais da RMR são realizados sem o conhecimento prévio da disponibilidade de vagas de leitos nestas unidades hospitalares.

Também se constatou, a partir de pesquisas (ALMEIDA, 2007) e entrevistas aos técnicos da central de regulação médica de Recife, que não existe uma grade detalhada de referência e contra-referência pactuada entre os municípios que leve em consideração a quantidade, tipos, horários dos procedimentos ofertados, as especialidades de cada serviço dentro de uma rede hierarquizada e regionalizada. As grades de serviços previamente pactuadas entre os municípios e o Estado, que mostre a cada instante a condição de capacidade instalada do sistema, são ferramentas que garante à Central de Regulação Médica a escuta permanente, contribuindo para o desencadeamento de respostas mais adequadas e equânimes a cada solicitação (BRASIL, 2004).

Os fatos apontados comprometem a resolutividade das ações da rede de saúde do Sistema Estadual de Urgência e Emergência. Desta forma, recomenda-se à Secretaria de Saúde Estadual que promova esforços para formação de um complexo regulador.

3.3. Plano de Atenção a Eventos com Múltiplas Vítimas e Desastres

Constatou-se que a Política Estadual de Urgência e Emergência não possui um Plano de Atenção a Eventos com Múltiplas Vítimas e Desastres, pactuado e articulado entre os diversos órgãos e entes públicos municipais que preveja a execução planejada e coordenada de ações assistenciais para atender pessoas vítimas de desastres⁶ de grandes proporções. A ausência do plano torna ineficaz a capacidade de respostas das necessidades coletivas em caráter urgente, proporcionando o colapso do sistema de atendimento nas urgências hospitalares.

⁵ Em 2006, foi proposta pelos municípios que fazem parte da Região Metropolitana de Recife (RMR) a integração de suas centrais SAMU para criação da Central SAMU Metropolitano, ficando esta sob a responsabilidade da Prefeitura do Recife.

⁶ Os desastres são acontecimentos súbitos e calamitosos que ocasiona grande dano ou prejuízo e que resultam em atendimento pré-hospitalar quando envolve vítimas (1° Curso de Desastre e Múltiplas Vítimas em Atendimento Pré-Hospitalar).



A Portaria GM/MS nº 1.863/2003 que institui a Política Nacional de Atenção às Urgências estabelece em seu artigo 2º que os sistemas estaduais de urgência e emergência devem (BRASIL, 2006b, p. 17):

[...] fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas, a partir da construção de mapas de risco regionais e locais e da produção de protocolos de prevenção, atenção e mitigação de eventos.

A formulação do Plano de Atenção a Eventos com Múltiplas Vítimas e Desastres é de extrema importância e relevância para o Estado, principalmente pelas características econômicas da RMR, onde se concentram diversos empreendimentos que apresentam ameaça a saúde da população. Tome como exemplo o pólo de SUAPE, onde estão instaladas várias empresas industriais de grande porte, a refinaria, o estaleiro, entre outros investimentos de envergadura previstos que ampliarão o parque industrial do litoral sul do Estado. Outro fato que justifica a importância do plano é o risco provocado pelas aeronaves que trafegam e pousam no Aeroporto Internacional dos Guararapes/Gilberto Freyre que fica localizado dentro da cidade do Recife, vizinho a diversos bairros populosos. Pode se citar ainda, a título de exemplo, o quantitativo de postos de gasolina existentes, a grande frequência de eventos com aglomerações de pessoas que ocorre na RMR, como shows, jogos de futebol, feiras, congressos, a perspectiva de Recife ser umas das cidades sede para Copa de 2010, entre outros fatos.

Na constituição do Plano de Atenção a Eventos com Múltiplas Vítimas e Desastres são identificadas geograficamente e mapeadas as principais ameaças e riscos à saúde da população; levantados todos os recursos disponíveis nos setores de saúde, segurança pública e defesa social que pode ser mobilizados para promoção da assistência às vítimas; identificadas as vulnerabilidades do sistema para enfrentamento e correção; descrito em detalhe o plano de operações e seus fluxos; descritas e definidas as competências e responsabilidades da rede de assistência e dos órgãos envolvidos no atendimento das vítimas.

Para verificar a existência ou não do Plano de Atenção a Eventos com Múltiplas Vítimas e Desastres, foi solicitado cópia deste através do Ofício GC04/DCE/DIPE nº 01/2009 (fl. 10) à Secretaria de Saúde Estadual. Segundo a Diretoria Geral de Atenção Integral à Saúde da Secretaria, o Plano de Atenção a Eventos com Múltiplas Vítimas e Desastres, por se tratar de um plano multi-setorial, encontra-se em desenvolvimento pela Secretaria de Defesa Social, conforme MEMO GAB nº 96/09 (fl. 11).

Apesar da resposta encaminhada, entende-se que as atribuições de fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas seja de competência da Secretaria de Saúde Estadual, conforme estabelece o artigo 2º da Portaria GM/MS nº 1.863/2003 que institui a Política Nacional de Atenção às Urgências. Desta forma, recomenda-se à Secretaria de Saúde Estadual esforços para formulação de um Plano de Atenção a Eventos com Múltiplas Vítimas e Desastres.



4. FATORES INTERVENIENTES NA POLÍTICA ESTADUAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

4.1. Acesso à Atenção Primária em Saúde

A atenção de primeiro nível, isto é, os serviços de primeiro contato do paciente com o sistema de saúde, direcionados a atender as afecções e condições mais comuns e a resolver a maioria dos problemas de saúde de uma população é denominada de Atenção Primária em Saúde (APS). O principal atributo da atenção primária é constituir-se como serviço de primeiro contato, porta de entrada do sistema de saúde, procurado regularmente a cada vez que o paciente precisa de atenção em caso de adoecimento ou para acompanhamento rotineiro de sua saúde.

Como porta de entrada do sistema de saúde, a atenção primária deve ser o ponto de início da atenção à saúde da população e o filtro para acesso aos serviços especializados. Neste contexto, algumas perguntas se impõem:

1. As unidades básicas de saúde são acessíveis aos usuários na maior parte do tempo?
2. Os cidadãos percebem que têm acesso à atenção primária adequada?
3. Exige-se encaminhamento do paciente por parte dos profissionais da atenção primária para acesso à atenção especializada?

A questão da atenção primária e do acesso dos cidadãos a este nível de cuidado é um componente importante quando se discute a problemática da Política de Atenção às Urgências e Emergência e a sua face mais visível: a superlotação dos Serviços de Urgência e Emergência. Sem acesso aos serviços básicos de saúde, às consultas médicas em especialidades básicas, ou mesmo com acesso, mas insuficiente, com restrições tanto na possibilidade de ser atendido, quanto na qualidade do atendimento, os Serviços de Urgência e Emergência transformam-se na porta de entrada natural do Sistema de Saúde⁷.

É fato que SUS atinge todo o país, graças ao processo de municipalização, que transferiu recursos e responsabilidades das esferas federal e estadual diretamente aos municípios. Apesar desta boa cobertura, o acesso da população aos serviços de saúde ainda é falho, pois a pretensa hierarquização das atenções primária, secundária e terciária, interligadas pelos fluxos de referência e contra-referência, não logrou em atingir o objetivo de fazer da rede básica a principal porta de entrada do sistema de saúde (GUSMÃO FILHO, 2008).

Em seu lugar, esse papel é exercido pelos Serviços de Urgência e Emergência dos grandes hospitais das regiões metropolitanas, os quais permanecem com suas portas abertas aos usuários 24 horas por dia, sete dias por semana. Este fato, somado a outros, contribuíram

⁷ A transformação das Urgências e Emergências como porta de entrada do sistema de saúde ficou bem patente no trabalho conduzido por Furtado *et. al.*, que avaliaram o perfil da emergência do Hospital da Restauração. De acordo com o estudo 74,5% dos casos atendidos na emergência do HR consistiam em diagnósticos de baixa complexidade, não condizentes com o perfil de um hospital de alta complexidade. Interessante que os autores constataram, inclusive, ser a segunda-feira o dia de maior movimento o que poderia ser explicado pela falta de alternativas de serviços de Atenção Básica funcionando durante o final de semana na área de residência dos pacientes, ocasionando acúmulo de atendimentos neste dia (FURTADO, 2004).

para a superlotação desses serviços, um problema que nos últimos anos acabou por se constituir em um verdadeiro foco de tensão dentro do sistema, gerando conflitos entre gestores, profissionais de saúde, usuários do sistema e pela população, envolvendo ainda conselhos de classe e o próprio poder judiciário.

Diante deste contexto, tendo em vista a importância que uma rede de atenção básica eficiente possui na racionalização e estruturação de um Sistema de Saúde, e do seu papel em impedir que pacientes busquem, espontaneamente, os grandes Serviços de Urgência e Emergência para atendimentos de baixa complexidade, procurou-se aferir a cobertura assistencial na Atenção Básica (Atenção Primária em Saúde) ofertada pelos municípios da I Gerência Regional de Saúde (GERES) e inferir acerca do seu impacto sobre as emergências dos cinco grandes hospitais estaduais da Região Metropolitana do Recife: Hospital da Restauração, Hospital Getúlio Vargas, Hospital Geral Otávio de Freitas, Hospital Agamenon Magalhães e Hospital Barão de Lucena.

4.1.1 Os municípios da I GERES são responsáveis pela maior parte dos internamentos em caráter de urgência nos cinco grandes hospitais estaduais da Região Metropolitana do Recife

Os municípios da I GERES foram selecionados como foco dos trabalhos de auditoria porque, conforme os dados de internação hospitalar gerados a partir do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), do Ministério da Saúde, esses municípios foram responsáveis pela maioria dos internamentos em caráter de urgência nos cinco grandes hospitais estaduais da Região Metropolitana do Recife, no ano de 2008.

Figura 2 – Origem dos pacientes residentes no Estado de Pernambuco e internados, em caráter de urgência, nos cinco maiores hospitais estaduais da Região Metropolitana de Recife (RMR) – ano de 2008.



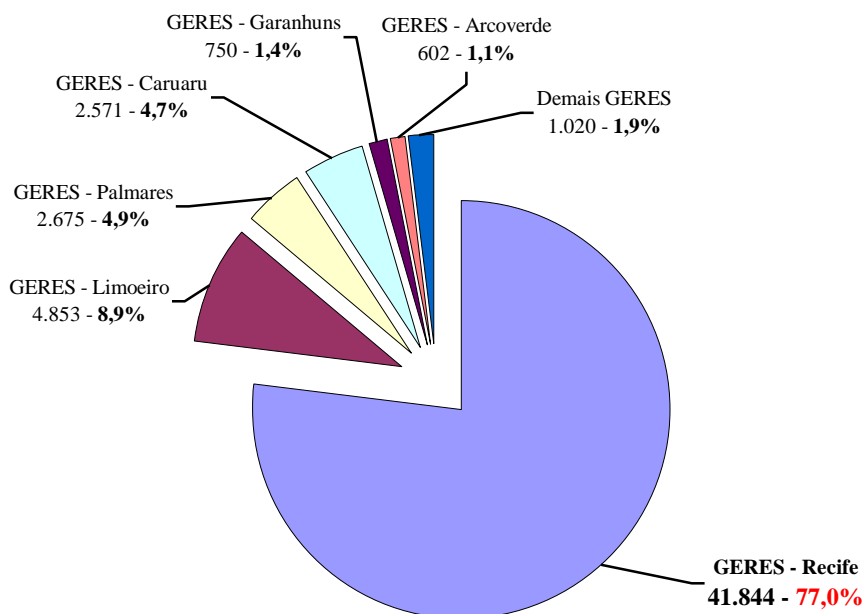
Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH) / Ministério da Saúde.

Constatou-se que no ano de 2008 foram realizados 54.315 internamentos, em caráter de urgência, nos referidos hospitais estaduais da RMR, dos quais 41.844 foram relativos a pacientes residentes na I GERES, o que representa cerca de 77% do total dos internamentos em caráter de urgência nestes hospitais.

Conforme as estimativas da população para o ano de 2008, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a I GERES possui 3.974.831 habitantes o que representa 46% dos 8.734.194 habitantes estimados para o Estado de Pernambuco. Percebe-se, assim, que os pacientes residentes na I GERES apresentam um impacto sobre os referidos hospitais bem maior que o que seria esperado considerando a proporção de sua população.

Portanto, tais números evidenciam que a maior parte dos internamentos dos hospitais em questão provém dos municípios da RMR, e não do interior do Estado⁸. Esses municípios e o desempenho dos seus Sistemas de Saúde têm grande impacto sobre a superlotação observada nos serviços de urgência e emergência.

Figura 3 – Origem por GERES dos pacientes internados, em caráter de urgência, nos cinco maiores hospitais estaduais da RMR, no ano de 2008.



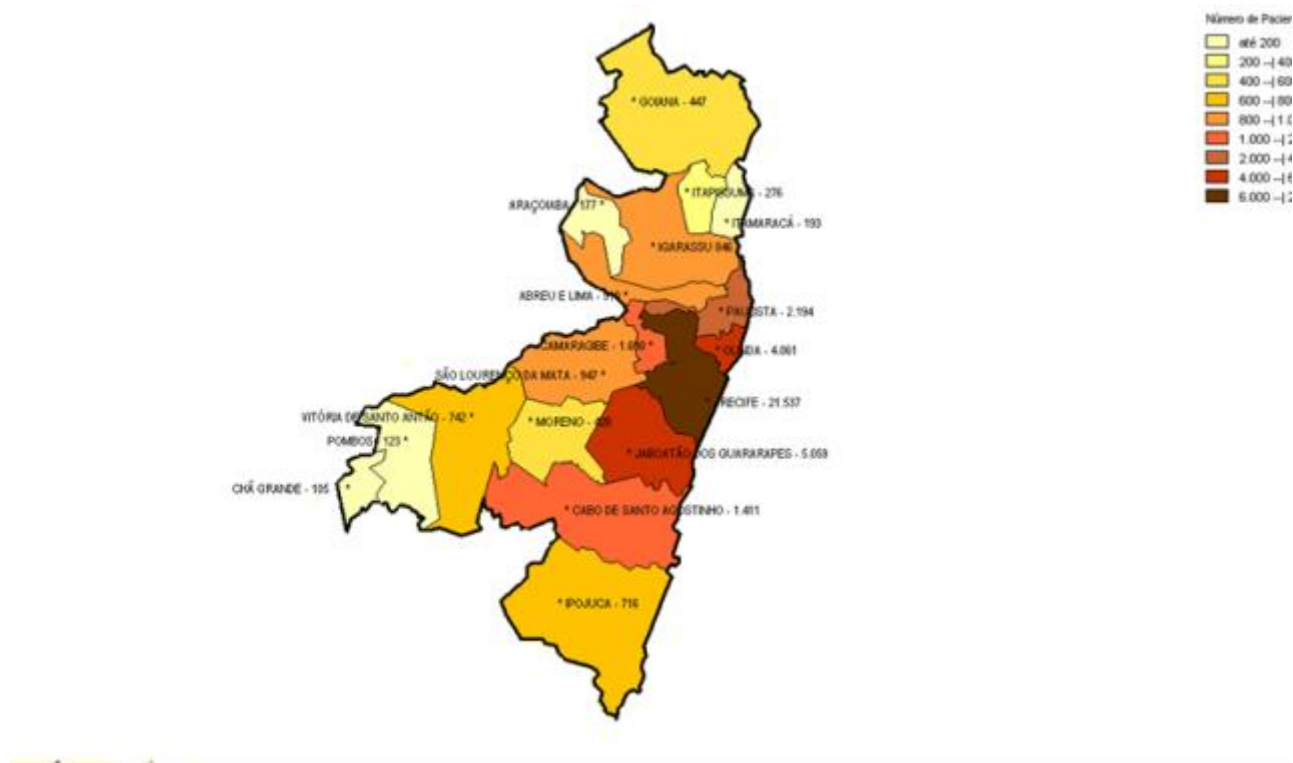
Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH/DATASUS) / Ministério da Saúde.

Tendo em vista a distribuição dos internamentos conforme a GERES de origem do paciente, buscou-se identificar a contribuição de cada um dos municípios da I GERES no total

⁸ Discorrendo acerca da procedência dos pacientes atendidos no Hospital da Restauração, Furtado *et. al.* afirma “O que chama a atenção é o fato do Recife e da RMR serem responsáveis por quase 90% dos atendimentos, restando apenas 10% para as outras regiões do Estado e fora dele. Considerando que o Serviço é para todo o Estado, extrapolando os limites territoriais entre municípios, é de se questionar as razões para esta reduzida procura por parte da população do interior, levando-se em consideração que os atendimentos de quase metade da amostra são para pacientes da cidade do Recife.” (FURTADO, 2004, p. 285)

dos internamentos em caráter de urgência nos cinco hospitais analisados. Os 41.844 internamentos originados desta Regional de Saúde no ano de 2008 apresentaram a seguinte distribuição, conforme o município de residência do paciente.

Figura 4 – Origem dos pacientes residentes na I GERES internados, em caráter de urgência, nos cinco maiores hospitais estaduais da RMR – ano de 2008.



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH/DATASUS) / Ministério da Saúde.

Assim, dos pacientes internados em caráter de urgência, 51% eram residentes em Recife, 12 % residentes em Jaboatão dos Guararapes, 9,7% residentes em Olinda e 5,2% residentes em Paulista. O restante dos pacientes, 22,1%, residiam nos demais municípios da I GERES.

4.1.2 Déficit de consultas em especialidades básicas nos municípios da I GERES

Objetivando-se aferir, quantitativamente, o desempenho dos Sistemas de Saúde desses municípios buscou-se medir a cobertura assistencial na Atenção Básica (Atenção Primária em Saúde) ofertada pelos mesmos. É relevante essa aferição, posto que a performance da Atenção Básica impacta diretamente sobre a superlotação observada nos Serviços de Urgência e Emergência, porque é na atenção primária que se deve dar o acesso dos pacientes ao Sistema de Saúde. Para a realização da mensuração pretendida, foram selecionadas as consultas médicas nas especialidades básicas produzidas pelos dezoito municípios, no período compreendido entre janeiro de 2004 e setembro de 2008.



Os códigos das consultas foram selecionados na tabela Sistema Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), que vigorou até o ano de 2007. Para o ano de 2008, foram selecionados, na nova tabela unificada SIA/SIH, os códigos correspondentes à tabela anterior, de forma a padronizar e uniformizar os dados, tendo em vista a alteração da tabela. A compatibilidade entre os códigos foi feita por meio do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos (SIGTAP), disponibilizado pelo Ministério da Saúde.

A escolha desses procedimentos baseou-se no fato de que os mesmos refletem a capacidade da rede básica em prestar assistência individual a partir da oferta de consultas médicas nas especialidades básicas – clínica geral, pediatria, ginecologia e obstetrícia (BRASIL, 2007; BRASIL, 2008). Tais consultas são utilizadas na construção do indicador “Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas” que é adotado pelo Ministério da Saúde como indicador de monitoramento e avaliação do fortalecimento da Atenção Básica, do Pacto pela Saúde, que estabelece como parâmetro 1,5 consultas por habitante por ano.

Tabela 1 – Códigos das consultas da Atenção Básica na tabela SIA e seus correspondentes na tabela unificada SIA/SIH.

Consultas	
Tabela SAI	Tabela Unificada SAI/SIH (2008)
0102214 - CONSULTA PRE-NATAL REALIZADA POR ENFERMEIR	0301010064 - CONSULTA MEDICA EM ATENCAO BASICA
0102215 - CONS. PUERPERAL P/ENFERM.P/FIM ASSIST.OBST	0301060037 - ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO BASICA
0201102 - CONS./ATEND.URGÊNCIA CLÍNICA BÁSICA C/REMOÇ	0301060045 - ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO BASICA C/ OBSERVACAO ATE 8 HORAS
0201103 - CONS./ATEND. URGÊNCIA EM CLÍNICAS BÁSICAS	0301010110 - CONSULTA PRE-NATAL
0201104 - ATEND.MEDICO URGENCIA C/OBSERV.-ATE 8 HORA	0301010137 - CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENCAO BASICA
0201201 - ATEND.CLÍNICO P/INDIC./FORNECIMENTO.DIAFRÁGM	0301010129 - CONSULTA PUERPERAL
0201202 - ATEND.CLÍNICO P/INDIC./FORNEC./INSERÇÃO DI	0301060053 - ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO BASICA C/ REMOCAO
0201203 - CONSULTA DE PRÉ-NATAL REALIZADA POR MEDICO	0301010021 - CONSULTA C/ IDENTIFICACAO DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE
0201204 - CONSULTA EM CLÍNICA MÉDICA	0301040028 - ATENDIMENTO CLINICO P/ INDICACAO, FORNECIMENTO E INSERCAO DO DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU)
0201205 - CONSULTA EM GINECO-OBSTETRÍCIA	0301010013 - CONSULTA AO PACIENTE CURADO DE TUBERCULOSE (TRATAMENTO SUPERVISIONADO)
0201206 - CONSULTA EM GINECOLOGIA	0301040010 - ATENDIMENTO CLINICO P/ INDICACAO E FORNECIMENTO DO DIAFRAGMA UTERINO
0201207 - CONSULTA EM PEDIATRIA	0301010099 - CONSULTA P/ AVALIACAO CLINICA DO FUMANTE
0201208 - CONSULTA MÉDICA DO PSF	
0201209 - CONSULTA MÉDICA DOMICILIAR	
0201210 - CONSULTA MÉDICA PARA HANSENIASE	
0201211 - CONS. MEDICA PUERPERAL P/CONCL.ASSIST.OBST	
0201212 - CONS. P/DIAGN.DIABETES.MELL.REALIZ.P/MEDIC	
0201213 - ACOMP/AVAL.PORT.DIABET.MELL.REALIZ.P/MEDIC	
0201214 - CONSULTA ESPEC.IDENT.CASOS NOVOS TUBERCULO	
0201215 - CONS.TR.AUTO ADM.P/ALTA P/CURA PAC.TUBERCU	
0201216 - CONS.TR.SUPERVIS.P/ALTA P/CURA PAC.TUBERCU	
0401106 - CONS./ATEND.DOMICIL.ATENÇ.BÁSICA ENFERMEI	
0401107 - VISITA DOMICIL.CONS./ATEND. ATENÇÃO BÁSICA	
0401203 - CONS./ATEND.DOMICIL.ENFERMEIRO (PACS/PSF)	
0401204 - ASSIST.DOMIC.ATENC.BAS.P/PROF.NIVEL SUP.PS	

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/DATASUS) / Ministério da Saúde.

Deve ser ressaltado, também, que a Portaria GM/MS nº 1.101 de 12/06/2002 (BRASIL, 2002c), estabeleceu os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde. Esses parâmetros representam recomendações técnicas ideais, constituindo-se em referências para orientar os gestores do SUS dos três níveis de governo no planejamento, programação e priorização das ações de saúde a serem desenvolvidas, podendo sofrer adequações regionais e/ou locais de acordo com realidades epidemiológicas e financeiras⁹.

⁹ Para elaboração destes parâmetros, foram considerados, entre outros: a) Os parâmetros assistenciais, internacionalmente reconhecidos, inclusive os baseados em dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Pan americana de



Parâmetros da Portaria n° 1.101/GM de 12/06/2002

Consultas Médicas (Total) 2 a 3 por hab./ano

O total de consultas médicas divide-se em:

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

De acordo com a Portaria em questão, um Sistema de Saúde deve oferecer o total de 2 a 3 consultas por habitante por ano. Destas, 63 % devem ser de consultas em áreas básicas. Tal parâmetro resulta na média de 1,5 consultas médicas básicas por habitante por ano, que devem ser ofertadas para que haja uma cobertura mínima da população. Ressalte-se, como já dito, que é este o referencial utilizado pelo Ministério da Saúde no Pacto pela Saúde. Foi este, também, o parâmetro utilizado na auditoria, a fim de aferir a suficiência da Atenção Primária e o acesso ao Sistema de Saúde nos municípios estudados.

Os dados foram extraídos do Sistema de Informações Ambulatoriais/MS, a partir dos arquivos PA*.DBC referentes aos anos de 2004, 2005, 2006, 2007 e janeiro a setembro de 2008 do Estado de Pernambuco, utilizando-se o extrator de dados o programa **TAB para Windows** (TabWin)¹⁰, do Ministério da Saúde. Tomou-se como referência as consultas da Atenção Básica selecionadas e os municípios que compõem a base territorial da I GERES. A produção foi consolidada por trimestre e cotejada com o quantitativo que deveria ser produzido no mesmo período, considerando-se a estimativa populacional do IBGE para cada um dos anos analisados (Apêndice). No período estudado, onze municípios, dos deztoitos que compõem a I GERES, acumularam um déficit de 6.214.846 (seis milhões duzentos e quatorze

Saúde (OPAS), para cobertura e produtividade assistencial nos países em desenvolvimento; b) As estatísticas de atendimento prestado aos usuários do SUS, e as incidências nacionais, por especialidade, dos últimos 3 anos; c) O número de internações hospitalares, de consultas médicas, odontológicas, de enfermagem e outras, de serviços complementares, inclusive de diagnose e terapia, com base em estudos e pareceres de especialistas, parâmetros assistenciais desenvolvidos e praticados em vários Estados da Federação, estudos do Ministério da Saúde, realizados com a participação de técnicos dos demais níveis de gestão do SUS e de várias instituições de saúde do país; d) A Portaria MPAS n° 3.046, de 20 de julho de 1982.

¹⁰ O programa *TAB para Windows* – TabWin – foi desenvolvido pelo DATASUS – Departamento de Informática do SUS, com a finalidade de permitir às equipes técnicas do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde a realização de tabulações rápidas sobre os arquivos DBF que se constituem nos componentes básicos dos sistemas de informações do SUS - Sistema Único de Saúde.



mil oitocentos e quarenta e seis) consultas em especialidades básicas, o que reflete uma limitação no acesso dos cidadãos destes municípios aos Serviços Básicos de Saúde.

Tabela 2 – Déficit acumulado de consultas da Atenção Básica por município, no período de janeiro de 2004 a setembro de 2008.

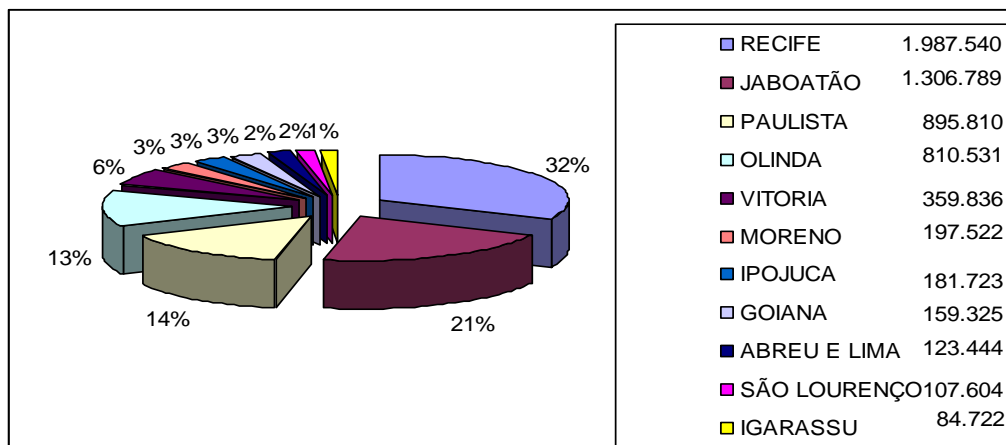
MUNICÍPIOS	DEFICIT	SUPERAVIT
Recife	-1.987.540	
Jaboatão	-1.306.789	
Paulista	-895.810	
Olinda	-810.531	
Vitoria	-359.836	
Moreno	-197.522	
Ipojuca	-181.723	
Goiana	-159.325	
Abreu e Lima	-123.444	
São Lourenço	-107.604	
Igarassu	-84.722	
Subtotal	-6.214.846	
Chã Grande		189.069
Camaragibe		120.817
Araçoiaba		52.488
Itamaracá		51.007
Cabo		10.593
Pombos		10.559
Itapissuma		4.406
Subtotal		438.939
Total	5.775.907	

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/DATASUS) / Ministério da Saúde e IBGE

Nota: Os parâmetros foram calculados a partir das Portarias nº 1.101/GM de 12/06/2002 e 91/GM de 10/01/2007 do Ministério da Saúde

No déficit acumulado de consultas de Atenção Básica, quatro municípios se destacam respondendo por 80% do valor encontrado: Recife (32%), Jaboatão do Guararapes (21%), Paulista (14%) e Olinda (13%). Juntos, esses municípios, considerando-se o parâmetro adotado, deixaram de oferecer aos seus munícipes o total de 5.000.670 (cinco milhões seiscentas e setenta) consultas de Atenção Básica..

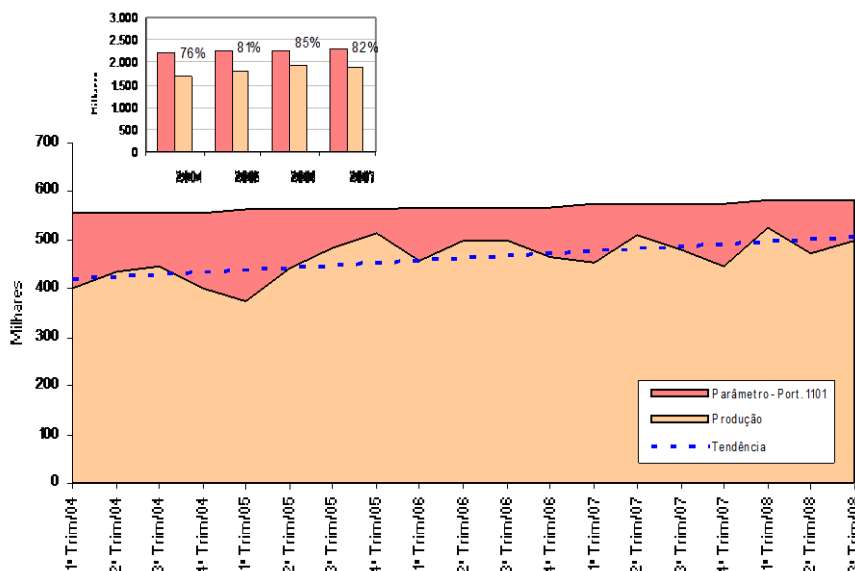
Figura 5 – Participação dos municípios da I GERES no déficit acumulado de consultas da Atenção Básica no período de Janeiro de 2004 a setembro de 2008.



Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/DATASUS) / Ministério da Saúde e IBGE.

A fim de se verificar a tendência histórica dos dados coletados e consolidados da I GERES, os mesmos foram dispostos ao longo de uma linha do tempo, representando o período analisado. Constatou-se uma leve tendência de redução no déficit de consultas de Atenção Básica, que, todavia, não deve ter impacto relevante em promover o acesso mais amplo dos cidadãos aos Serviços de Saúde a fim de se evitar a procura dos Serviços de Urgência e Emergência como porta de entrada ao SUS.

Figura 6 – Evolução das consultas de Atenção Básica na I GERES: Produção x Parâmetro (Port. 1101) x Tendência.



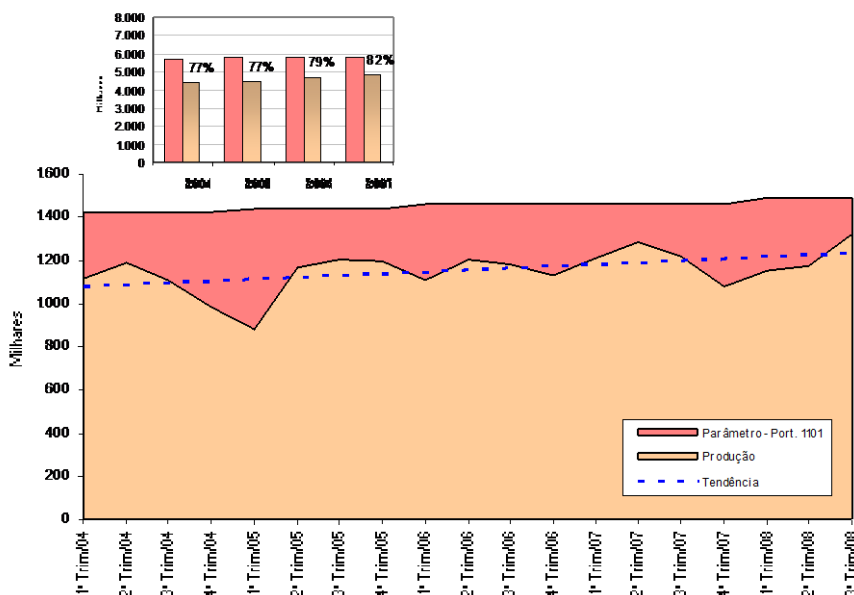
Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/DATASUS) / Ministério da Saúde e IBGE.

4.1.3 O déficit de consultas nas especialidades básicas por município

Decompondo-se a série histórica por município é possível observar a tendência individualizada de cada um deles (Apêndice). É de se esperar que quanto melhor estruturada a Atenção Básica municipal, maior será a oferta das consultas analisadas. No entanto, além do quantitativo produzido, é necessário aferir o padrão dessa produção, ou seja, a sua constância e regularidade ao longo do tempo, sendo desejável que se apresente sem grandes elevações ou quedas. Grandes oscilações podem refletir uma fragilidade desse nível de atenção à saúde, mostrando a sua suscetibilidade a fatores como organização da força de trabalho e ao próprio calendário eleitoral, como foi identificada em alguns municípios.

O município de Recife apresenta um padrão homogêneo na oferta das consultas, com uma tendência crescimento, o que deve refletir uma maior estruturação da sua Atenção Primária em Saúde. Em 2007, o déficit de consultas de Atenção Básica foi de 411.692. As consultas realizadas totalizaram 1.888.680 e atingiram 82% da oferta esperada, considerando-se o parâmetro de 1,5 consultas por habitante por ano. Em 2008, nos nove meses analisados, foram realizadas 1.498.355 consultas, alcançando-se 86% do esperado para o período.

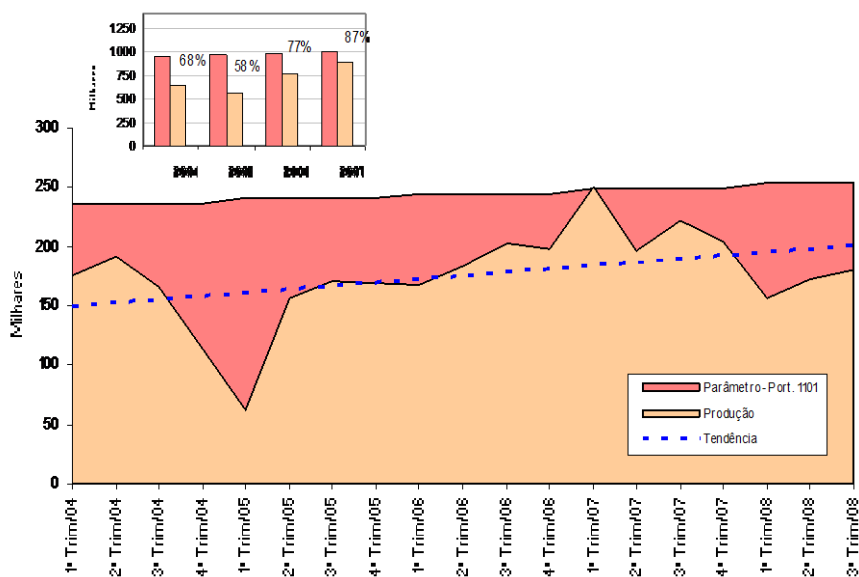
Figura 7 – Evolução das consultas de Atenção Básica no município de RECIFE: Produção x Parâmetro (Port. 1.101) x Tendência.



Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais (SAI/DATASUS) / Ministério da Saúde e IBGE.

O município de Jaboatão do Guararapes, apesar da tendência de crescimento na oferta das consultas de Atenção Básica, considerando-se toda a série histórica, apresenta uma evolução bastante heterogênea, com grandes elevações e quedas na produção possivelmente refletindo uma baixa organização da Assistência Primária em Saúde, visto que o município não se mostrou capaz de manter uma constância na oferta a sua população de acesso a esse nível de atenção. Se considerarmos apenas os dois últimos anos a tendência passa a ser de queda. No ano de 2007, o município apresentou um déficit de 127.012 consultas. Sua produção foi de 871.068 consultas e atingiu 87% do esperado. Em 2008, nos nove meses analisados, o município apresentava um déficit de 253.852 consultas. Havia produzido até então 509.288 consultas atingindo apenas 67% do esperado, o que representou uma queda acentuada em relação ao mesmo período do ano anterior.

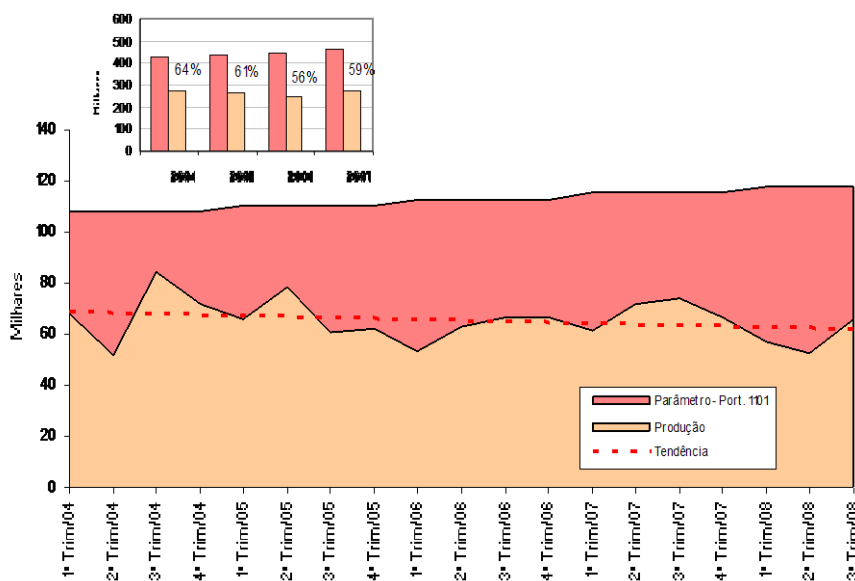
Figura 8 – Evolução das consultas de Atenção Básica no município de JABOATÃO:
Produção x Parâmetro (Port. 1.101) x Tendência.



Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/DATASUS) / Ministério da Saúde e IBGE.

O município do Paulista apresenta uma tendência temporal, também, de queda na produção das consultas de Atenção Básica. Em 2007, apresentou um déficit de 187.617 consultas. Sua produção foi de 273.311 consultas, o que representou 59% da oferta que seria necessária para atingir os valores do parâmetro estabelecido. Em 2008, nos nove meses analisados, o déficit de consultas estava em 178.794. Neste período, a produção foi de 174.795 consultas, representando apenas 49% do necessário.

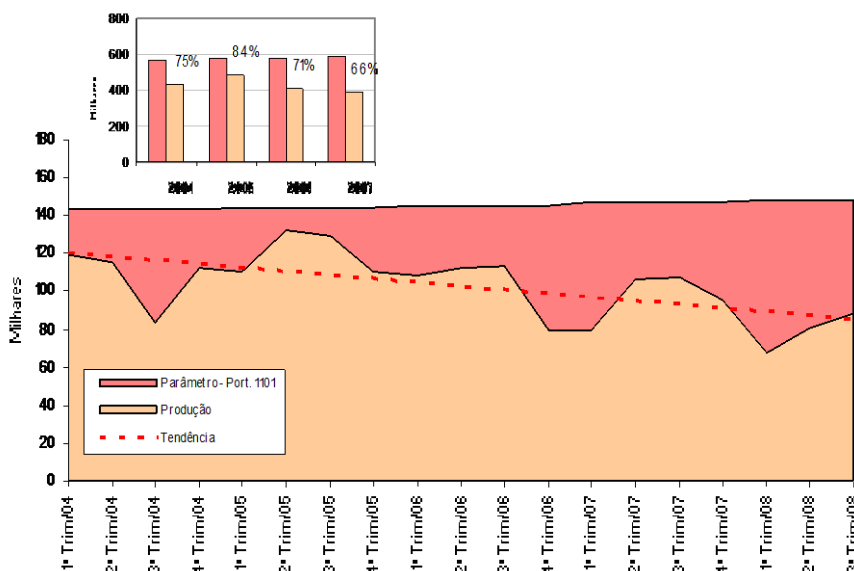
Figura 9 – Evolução das consultas de Atenção Básica no município do PAULISTA: Produção x Parâmetro (Port. 1.101) x Tendência.



Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/DATASUS) / Ministério da Saúde e IBGE.

O município de Olinda, também, vem apresentando uma tendência de queda, que se caracteriza, conforme o gráfico abaixo, pela consistência do declínio no período analisado. Em 2007, o déficit de consultas foi de 198.310, tendo sido produzidas 388.838 consultas, representando 66% do que seria necessário. Em 2008, nos nove meses analisados, o déficit de consultas estava em 207.802, e o que foi produzido até então, 236.405 consultas, representava 52% do necessário para o período.

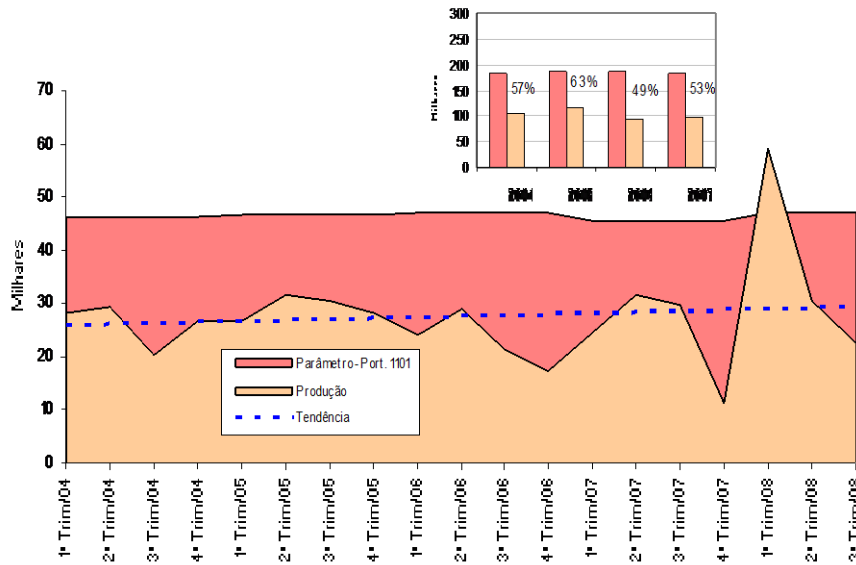
Figura 10 – Evolução das consultas de Atenção Básica no município de OLINDA:
Produção x Parâmetro (Port. 1.101) x Tendência.



Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/DATASUS) / Ministério da Saúde e IBGE.

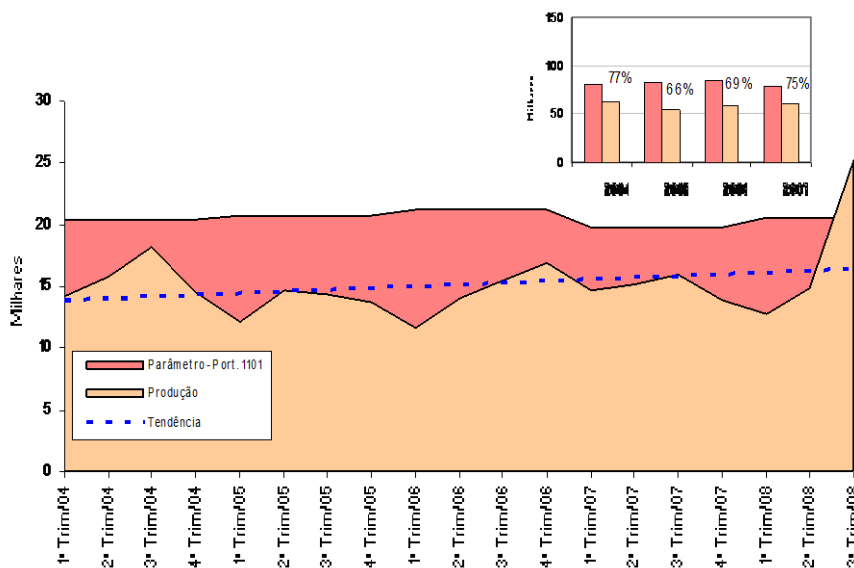
Os municípios de Vitória de Santo Antão, Moreno, Ipojuca, Goiana, Abreu e Lima, São Lourenço e Igarassu foram responsáveis pelos 20% restantes do déficit acumulado, ou seja, 1.214.176 (um milhão duzentos e quatorze mil, cento e setenta e seis) consultas de Atenção Básica. Também, em seu conjunto, esses municípios apresentam algumas características em comum. A produção de consultas ao longo do período analisado mostrou-se bastante irregular, com grandes elevações e quedas, o que pode representar uma baixa estruturação de seus serviços de saúde neste nível de complexidade, visto a inconstância na oferta de serviços. Outra característica que chama a atenção neste grupo de município é que todos apresentaram forte elevação na oferta de consultas nos dois trimestres antecedentes ao pleito eleitoral de 2008, o que pode corroborar ainda mais a fragilidade dos serviços de saúde locais, visto que os mesmos apresentam-se fortemente influenciados pelo calendário eleitoral.

Figura 11 – Evolução das consultas de Atenção Básica no município de VITÓRIA DE SANTO ANTÃO:
Produção x Parâmetro (Port. 1.101) x Tendência.



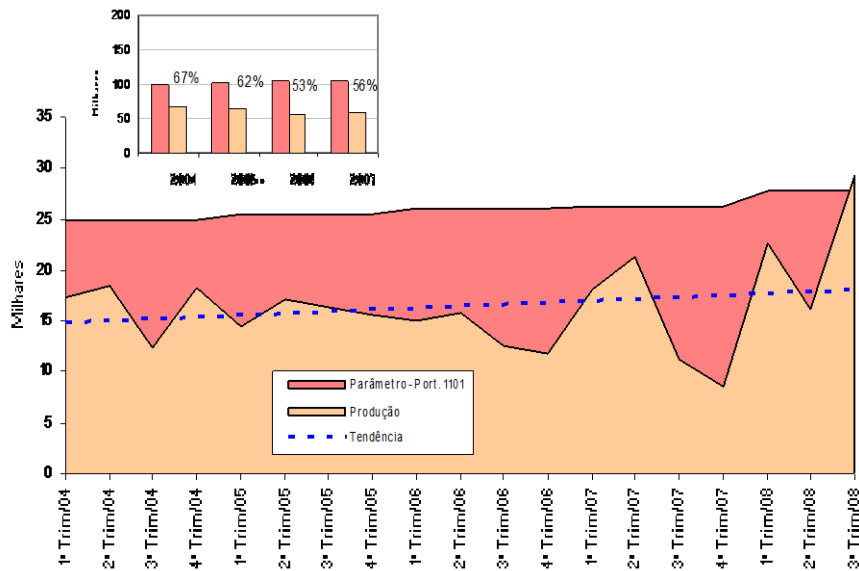
Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/DATASUS) / Ministério da Saúde e IBGE.

Figura 12 – Evolução das consultas de Atenção Básica no município de MORENO:
Produção x Parâmetro (Port. 1.101) x Tendência.



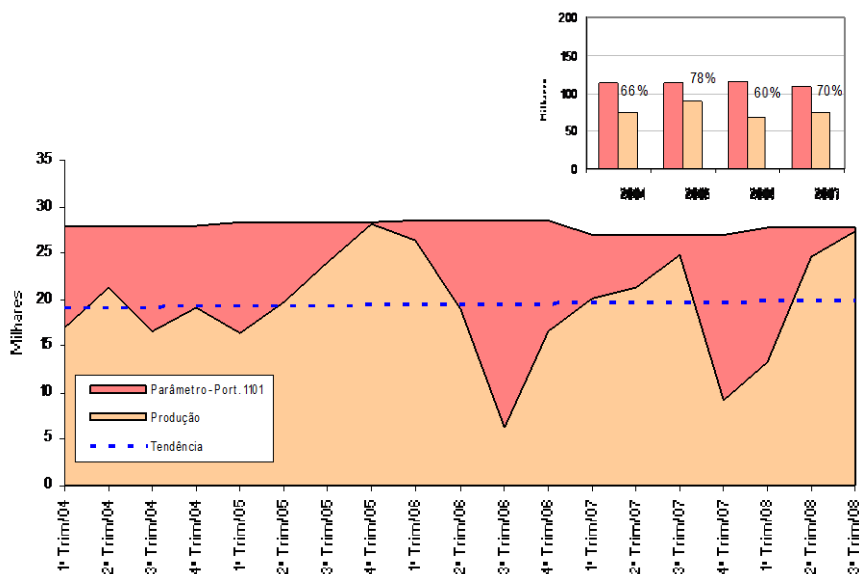
Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/DATASUS) / Ministério da Saúde e IBGE.

Figura 13 – Evolução das consultas de Atenção Básica no município de IPOJUCA:
Produção x Parâmetro (Port. 1.101) x Tendência.



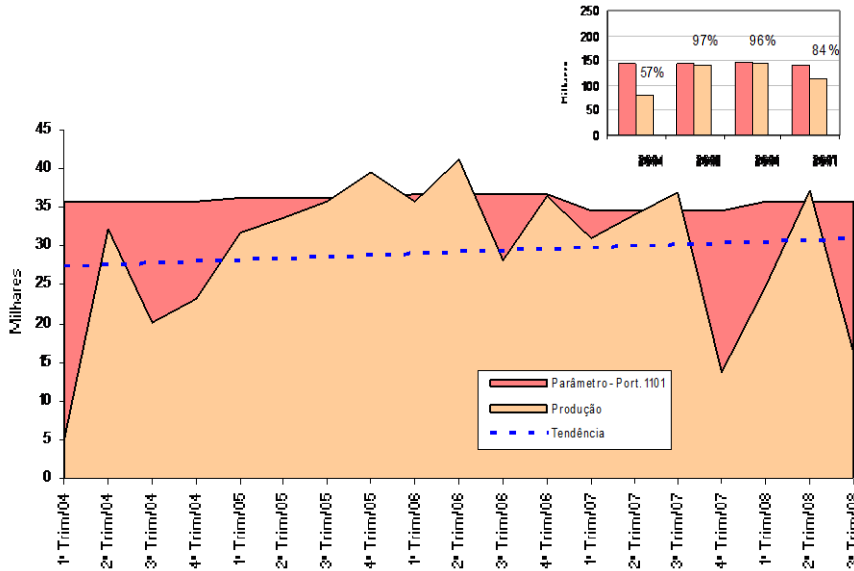
Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/DATASUS) / Ministério da Saúde e IBGE.

Figura 14 – Evolução das consultas de Atenção Básica no município de GOIANA:
Produção x Parâmetro (Port. 1.101) x Tendência.



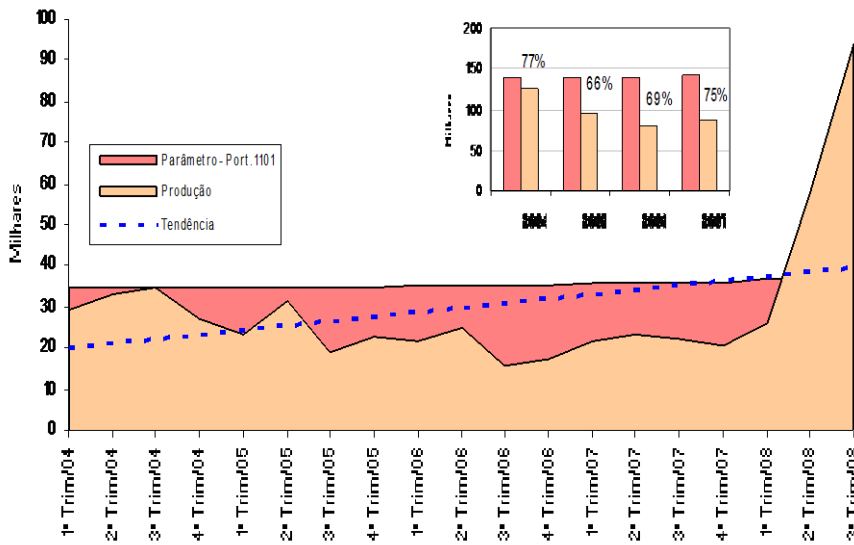
Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/DATASUS) / Ministério da Saúde e IBGE.

Figura 15 – Evolução das consultas de Atenção Básica no município de ABREU E LIMA: Produção x Parâmetro (Port. 1.101) x Tendência.



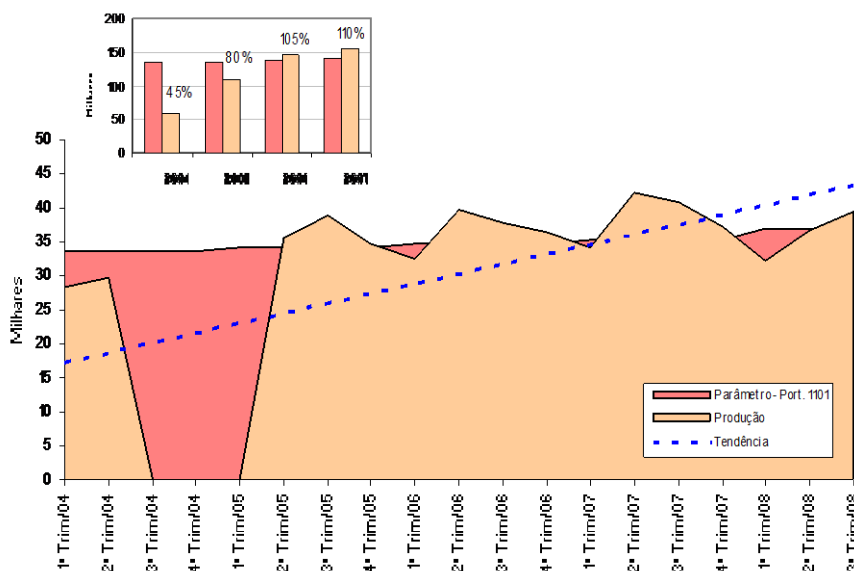
Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/DATASUS) / Ministério da Saúde e IBGE.

Figura 16 – Evolução das consultas de Atenção Básica no município de SÃO LOURENÇO: Produção x Parâmetro (Port. 1.101) x Tendência.



Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/DATASUS) / Ministério da Saúde e IBGE.

Figura 17 – Evolução das consultas de Atenção Básica no município de IGARASSU:
Produção x Parâmetro (Port. 1.101) x Tendência.

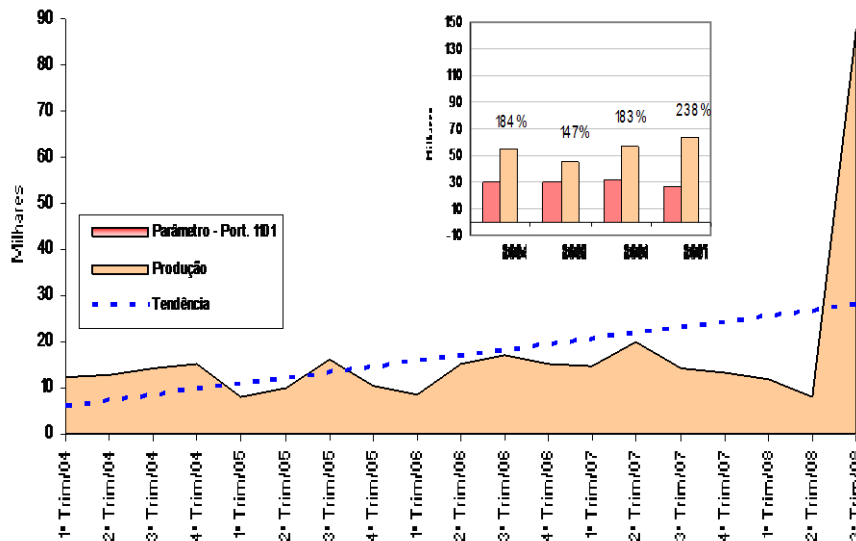


Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/DATASUS) / Ministério da Saúde e IBGE.

Os municípios de Chã Grande, Camaragibe, Araçoiaba, Itamaracá, Cabo, Pombos e Itapissuma, conforme pode ser observado nas figuras abaixo, não apresentaram déficit na oferta de consultas da Atenção Básica considerando-se o período analisado como um todo. No entanto, o padrão de oferta também apresentou, em alguns deles, grandes flutuações, que como já se comentou, pode representar uma fragilidade na estruturação dos serviços de Atenção Básica.

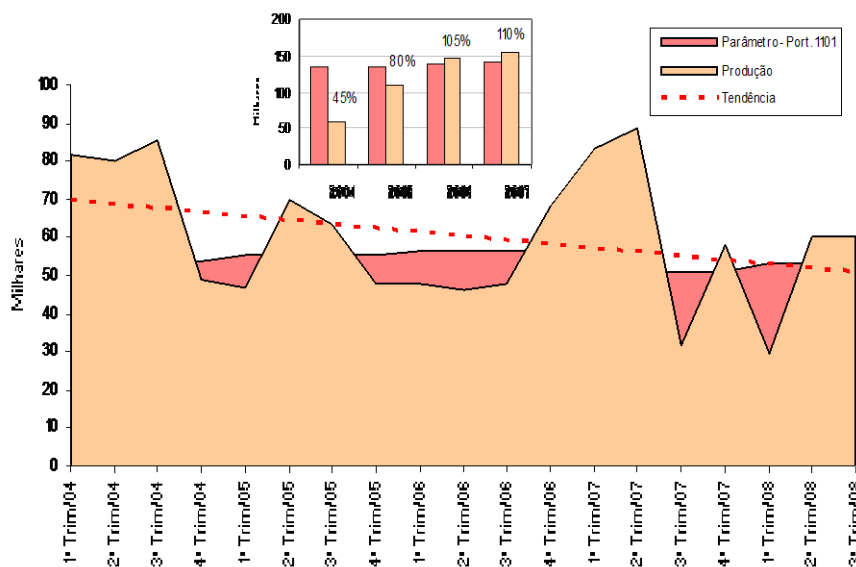
Acrescente-se que essas flutuações, também, contribuem negativamente na vinculação dos cidadãos aos serviços de saúde locais, porque a irregularidade se traduz em períodos em que o acesso a uma consulta médica deve ser muito restrito, obrigando o paciente a se deslocar para serviços de fácil acesso, em que ele sabe que será atendido, apesar do atendimento precário, com é o caso dos grandes Serviços de Urgência e Emergência.

Figura 18 – Evolução das consultas de Atenção Básica no município de CHÃ GRANDE: Produção x Parâmetro (Port. 1.101) x Tendência.



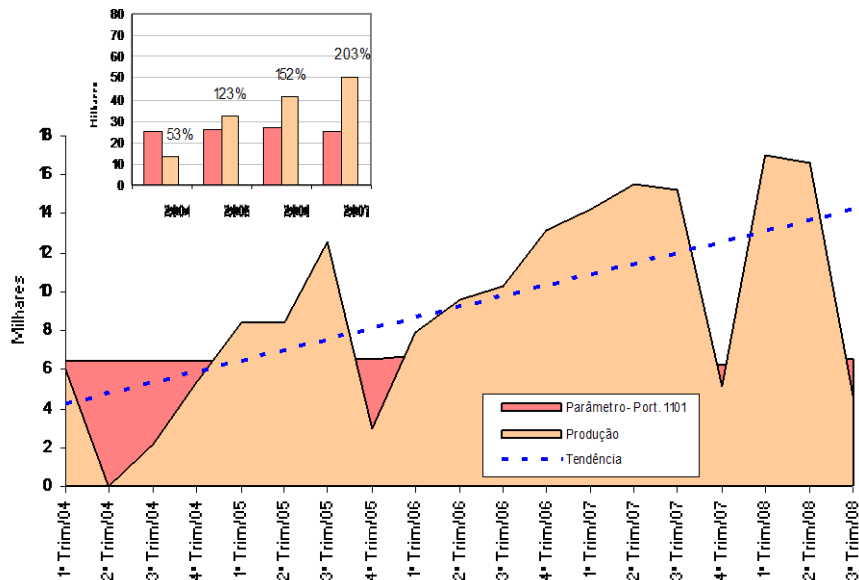
Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/DATASUS) / Ministério da Saúde e IBGE.

Figura 19 – Evolução das consultas de Atenção Básica no município de CAMARAGIBE: Produção x Parâmetro (Port. 1.101) x Tendência.



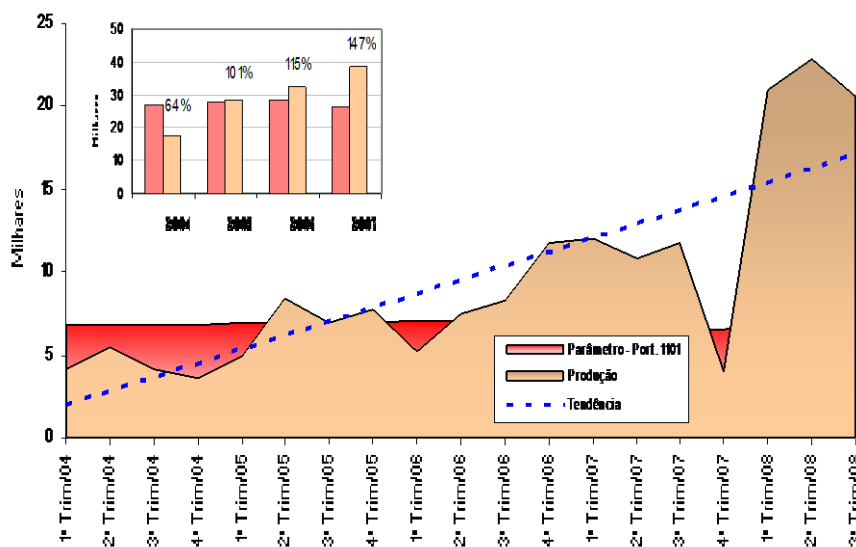
Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/DATASUS) / Ministério da Saúde e IBGE.

Figura 20 – Evolução das consultas de Atenção Básica no município de ARAÇOIBA:
Produção x Parâmetro (Port. 1.101) x Tendência.



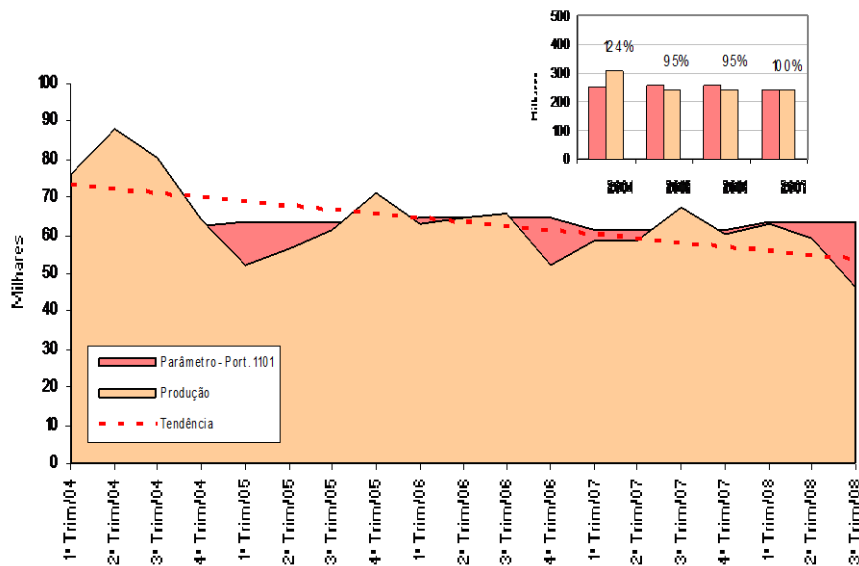
Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/DATASUS) / Ministério da Saúde e IBGE.

Figura 21 – Evolução das consultas de Atenção Básica no município de ITAMARACÁ:
Produção x Parâmetro (Port. 1.101) x Tendência.



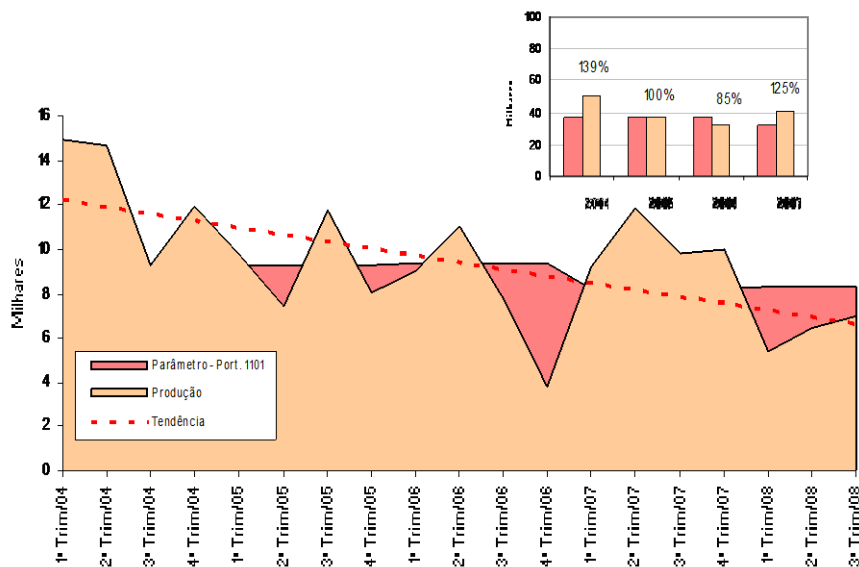
Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/DATASUS) / Ministério da Saúde e IBGE.

Figura 22 – Evolução das consultas de Atenção Básica no município de CABO DE SANTO AGOSTINHO: Produção x Parâmetro (Port. 1.101) x Tendência.



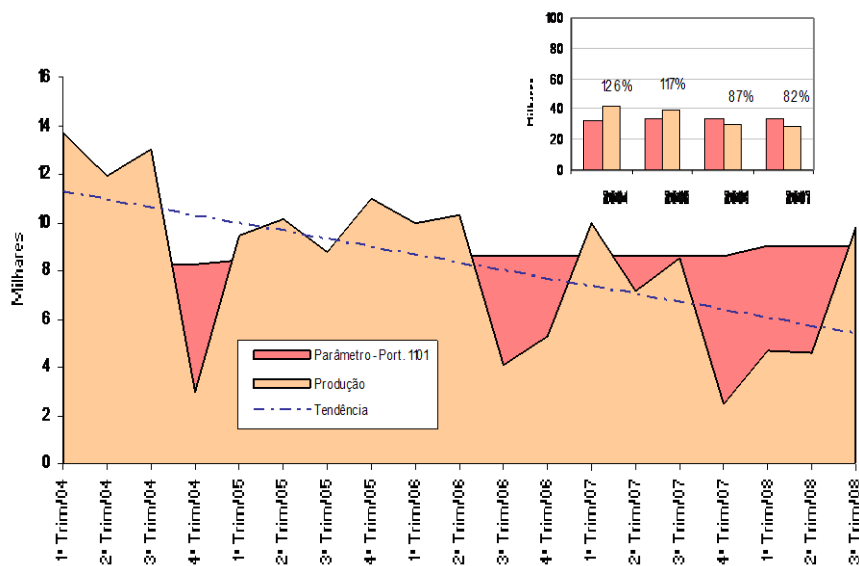
Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/DATASUS) / Ministério da Saúde e IBGE.

Figura 23 – Evolução das consultas de Atenção Básica no município de POMBOS: Produção x Parâmetro (Port. 1.101) x Tendência.



Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/DATASUS) / Ministério da Saúde e IBGE.

Figura 24 – Evolução das consultas de Atenção Básica no município de ITAPISSUMA:
Produção x Parâmetro (Port. 1.101) x Tendência.



Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/DATASUS) / Ministério da Saúde e IBGE.

Diante dos dados levantados, pode-se concluir que a população da I GERES, como um todo, não possui um acesso adequado à Atenção Primária em Saúde, ou Atenção Básica, cujo principal atributo é constituir-se como porta de entrada do sistema de saúde. Esse componente é muito importante quando se discute a problemática da Política Estadual de Urgência e Emergência e a superlotação dos Serviços de Urgência e Emergência. Isso porque, com a fragilidade de acesso ao profissional de saúde, o cidadão buscará esse acesso naqueles serviços que funcionam 24 horas e que não poderá negar-lhe atendimento, mesmo quando seu problema poderia ser facilmente resolvido em uma Unidade Básica de Saúde.

Constatou-se que a grande demanda por serviços de Urgência e Emergência parte de cidadãos residentes nos municípios da I GERES, e que esses municípios, considerando-se o parâmetro adotado pelo Ministério da Saúde para a avaliação da cobertura de Atenção Básica, acumularam um déficit de 6.214.846 (seis milhões duzentos e quatorze mil oitocentos e quarenta e seis) consultas no período de janeiro de 2004 a setembro de 2008. Quatro municípios foram responsáveis por 80% desse déficit: Recife (32%), Jaboatão do Guararapes (21%), Paulista (14%) e Olinda (13%).

Nos nove primeiros meses de 2008, o déficit de consultas, considerando-se todos os municípios da I GERES, estava em 820.365, projetando um déficit anual da ordem de 1.093.820 (um milhão, noventa e três mil oitocentos e vinte consultas), mesmo com a forte influência do período eleitoral na elevação da oferta de consultas, como observado em alguns municípios.

Essa restrição é causa de importantes impactos na saúde da população, que não terá respostas adequadas aos mais simples problemas de saúde. Acrescente-se que um inadequado

acompanhamento de doenças crônicas, cada vez mais comuns na população, tais como hipertensão e diabetes, resulta mais adiante em demandas adicionais por serviços de maior complexidade, gerando maior sofrimento humano, incapacitações e forte pressão na demanda e nos custos do atendimento de média e alta complexidade.

Além da importância do déficit observado, algumas características no padrão de produção das consultas de Atenção Básica nesses municípios, tais como a inconstância e irregularidade ao longo do tempo, apontam também para fragilidade desse nível de atenção à saúde, com possíveis repercussões na resolutividade (efetividade) dos serviços ofertados e, conseqüentemente, forte impacto sobre os grandes serviços de Urgência e Emergência.

4.2. Resolutividade da Atenção Primária e de unidades não-hospitalares de atenção às urgências

Dados obtidos nos procedimentos de auditoria apontam para uma baixa resolutividade dos serviços de atenção básica nos municípios da I GERES. Foram identificados alguns procedimentos que estaria sendo atendidos nos serviços de urgência e emergência e que, por serem de menor complexidade (até média complexidade), poderiam ser atendidos em unidades de saúde de menor complexidade

O Manual de Regulação Médica de Urgências, adotado oficialmente pelo Ministério da Saúde como material de base para os Cursos de Regulação Médica de Urgências de todo o território nacional, faz uma breve explanação de como se encontra a Atenção Médica de Urgência e Emergência no cenário nacional atual. Um dos fatores relevantes abordados é a questão da resolutividade da atenção básica.

De acordo com o Ministério da Saúde, a Atenção Básica encontra-se voltada para ações preferencialmente “preventivas e programáticas”, em detrimento do acolhimento e atendimento de cidadãos acometidos por quadros agudos de baixa complexidade, cuja resolução poderia perfeitamente se dar nesse nível de atenção. Em conseqüência, há baixa vinculação dos cidadãos às Unidades Básicas de Saúde, e uma procura sistemática às unidades de urgência, onde recebem tratamento meramente sintomático, com graves prejuízos ao acompanhamento de doenças crônicas com alto potencial de morbidade, como hipertensão, diabetes, asma e outras.

Assim, além da dimensão quantitativa da oferta de consultas em Atenção Básica, há uma dimensão qualitativa. Ou seja, é necessário aferir, também, se os serviços de Atenção Básica que estão sendo ofertados estão sendo efetivos na resolução dos problemas de baixa complexidade demandados pelos cidadãos. A baixa qualidade e efetividade de um atendimento realizado por profissional de saúde, acabará não solucionando o problema apresentado pelo paciente, que buscará os Serviços de Urgência e Emergência dos hospitais de grande porte.

Inicia-se um ciclo vicioso em que os serviços locais de saúde não conseguem corresponder às necessidades e expectativas daqueles que os demandam, e estes passam a não recorrer mais aos serviços de atenção primária e às unidades não hospitalares de atenção às



urgências, por ventura existentes em seu município, buscando logo as grandes emergências e contribuindo para a superlotação das mesmas.

Essa problemática foi identificada por Gusmão Filho (2008), em tese de doutorado, onde afirma:

Identificou-se um complexo problema, a **baixa resolutividade da rede de assistência à saúde do Recife e dos municípios da região metropolitana**, notadamente para os casos a atenção de urgência e emergência. Esta seria a principal causa da superlotação da sala de espera dos Serviços de Urgência e Emergência. Os municípios não estariam cumprindo o papel de atender e absorver os casos de urgência e emergência menos complexos, preferindo drená-los aos hospitais de grande porte. Este não cumprimento poderia ser em parte explicado pela deficiência estrutural da rede de assistência, ou seja, pela quantidade insuficiente de unidades básicas de saúde, que, em teoria, seriam as responsáveis em amparar os casos menos complexos.

Diante da questão da resolutividade da Atenção Básica em saúde dos municípios da I GERES, procurou-se aferir em que medida os Serviços de Urgência e Emergência dos cinco grandes hospitais estaduais da RMR são impactados pela baixa resolutividade dos serviços de atenção básica e de unidades não hospitalares de atenção às urgências eventualmente disponíveis.

Como metodologia de aferição indireta dessa resolutividade, buscou-se identificar quais seria aqueles procedimentos que estaria sendo atendidos nas referidas emergências e que por serem de menor complexidade (até média complexidade) poderiam ser atendidos em outras unidades de saúde. Foram selecionados na tabela unificada SIA/SIH, como indicadores, quatro procedimentos de urgência de média complexidade em que os pacientes são atendidos recebendo alta em menos de 24 horas, ou seja, atendimentos que não geram internamentos dos pacientes. Os dados foram extraídos do Sistema de Informações Ambulatoriais/MS, a partir dos arquivos PA*.DBC referentes ao ano de 2008 do Estado de Pernambuco, utilizando-se o extrator de dados TabWin. Esses arquivos consolidam a produção ambulatorial de unidades de saúde, inclusive hospitais, assim como aqueles procedimentos atendidos como urgência, como é o caso dos selecionados, listados na tabela a seguir.

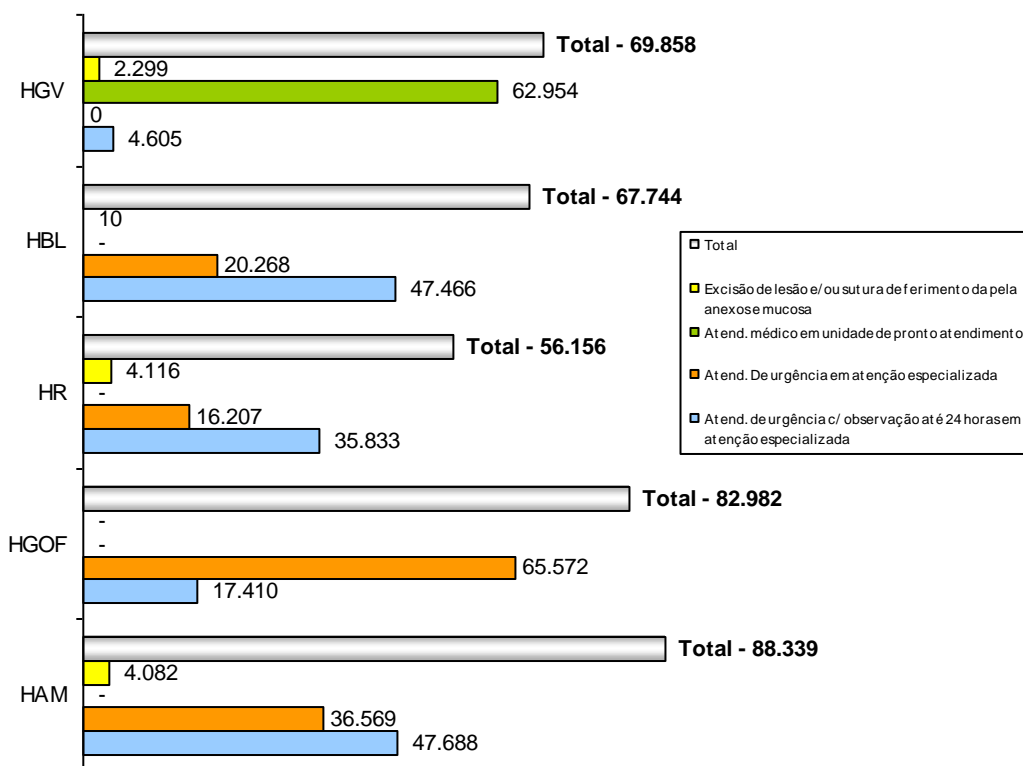
Tabela 3 – Códigos dos procedimentos de média complexidade utilizados como indicadores de atendimentos não adequados ao perfil de complexidade das grandes emergências.

Códigos	Procedimentos
0301060029	Atendimento de urgência com observação ate 24 horas em atenção especializada
0301060061	Atendimento de urgência em atenção especializada
0301060096	Atendimento médico em unidade de pronto atendimento
0401010058	Excisão de lesão e/ou sutura de ferimento da pele anexos e mucosa

Fonte: Tabela unificada de procedimentos SAI/SIH / Ministério da Saúde

Esses quatro procedimentos foram responsáveis, no ano de 2008, por 365.079 atendimentos nas emergências dos hospitais analisados, o que representa uma média de 1.000 atendimentos diários, com alta hospitalar em menos de 24 horas, nos cinco hospitais. A figura a seguir consolida os números, por procedimento e por unidade hospitalar.

Figura 25 – Atendimentos de urgência de média complexidade realizados nos cinco maiores hospitais públicos estaduais da RMR no ano de 2008.



Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/DATASUS) / Ministério da Saúde.

Esses procedimentos poderiam ser realizados por unidades não hospitalares de atendimento às Urgências e Emergências, visto que os pacientes atendidos não necessitaram de internamento hospitalar, o que contribuiria para descentralização do atendimento de urgências de baixa e média complexidade, diminuindo a sobrecarga dos Serviços de Urgência e Emergência desses hospitais, propiciando melhores condições de atendimento aos pacientes, e de trabalho aos profissionais de saúde.

Diante desse quadro, é de se destacar a importância da criação de uma rede de Unidades Não-Hospitalares de Atendimento às Urgências ou Unidades de Pronto

Atendimento (UPA)¹¹, que são estruturas de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde e as portas de urgência hospitalares, onde em conjunto com estas compõe uma rede organizada de Atenção às Urgências.

4.3. O atendimento dos casos agudos de média complexidade que necessitam de internamento hospitalar

Identificou-se que casos agudos de média complexidade que necessitam de internamento hospitalar para sua resolução, como quadros de apendicite, que na maioria das vezes é operado e o paciente recebe alta em 3 dias, de infecção urinária, de diabetes mellitus descompensado etc., acabam ocupando leitos hospitalares de alta complexidade contribuindo para a superlotação e a ausência de vagas para casos mais complexos.

A rede de atenção à saúde de Pernambuco encontra-se estruturada na oferta de alta complexidade por um lado (grandes hospitais de alta complexidade) e ações pouco resolutivas e de baixa complexidade por outro (a ineficiência da Atenção Primária em Saúde nos municípios). Por conseguinte, a média complexidade acaba por representar um grande estrangulamento para a atenção integral à saúde, afetando também a atenção às urgências.

É importante ressaltar, ainda, que análise de internações no estado de Minas Gerais indicam percentuais próximos a 30% de internações realizadas pelo SUS como sensíveis a tratamentos ambulatoriais, caracterizando internações potencialmente desnecessárias (PERPÉTUO & WONG *apud* GIOVANELLA, 2008). Trata-se de um conjunto de doenças que se abordadas de maneira apropriada, tanto em termos de promoção e prevenção, quanto de tratamento precoce e acompanhamento ambulatorial, dificilmente progrediriam a ponto de exigir internação, como o são em sua maioria as complicações de diabetes mellitus, crises hipertensivas, gastrenterites, pneumonias, dentre outras.

Partindo-se da premissa de que os hospitais estaduais da RMR aqui analisados têm sua capacidade operacional comprometida ao realizar internamentos de pacientes com algumas patologias e quadros agudos de média complexidade, que poderiam ser realizados em hospitais de menor porte, ou mesmo que, com uma boa assistência na Atenção Primária, não teriam evoluído a ponto de necessitar de internamento, buscou-se aferir, ao menos em parte, a dimensão dessa problemática.

Antes, algumas considerações se fazem necessárias. Utilizou-se como instrumento de aferição o Sistema de Informações Hospitalares (SIH), do Ministério da Saúde. O SIH é um relevante instrumento de informação para orientar o gestor na tomada de decisões relacionadas ao planejamento das ações de saúde, inclusive para a vigilância em saúde, que a partir de abril de 2006 passou a ser operacionalizado de forma descentralizada por cada Estado da Federação. Para a realização do estudo foi utilizada a Base de Dados com as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH). Foram consideradas as AIHs do Estado de

¹¹ De acordo com a Portaria n° 2.922/GM, de 03 de dezembro de 2008, que estabelece diretrizes para o fortalecimento e implementação do componente de “organização de redes locoregionais de atenção integral às urgências” da Política Nacional de Atenção às Urgências, as UPAs são estruturas de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Saúde da Família e a Rede Hospitalar e com estas devem compor uma rede organizada de atenção às urgências, com pactos e fluxos previamente definidos, com o objetivo de garantir o acolhimento aos pacientes que a ela acorram, intervir em sua condição clínica e contrareferenciá-los para a rede de atenção à saúde, para a rede especializada ou para internação, proporcionando uma continuidade do tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo da população.



Pernambuco do ano de 2008 (ano competência – arquivos RDPE0801 a RDPE0812.DBF) com a intenção de selecionar as AIH referentes a internações ocorridas no ano em questão.

Conforme os dados levantados a partir dos arquivos citados, o número de internamentos nos cinco hospitais analisados totalizou, no ano de 2008, 70.156 internamentos. Destes, 54.509 foram internamentos em caráter de emergência, o que representou 77,69 % do total de internamento.

Tabela 4 – Total de internações realizadas nos cinco maiores hospitais estaduais da RMR realizadas em 2008.

Procedimentos	AIH	
	Quantidade	Valor Total (R\$)
Em caráter de urgência	54.509 (1)	56.316.456,26
Procedimentos clínicos	32.601	24.796.157,26
Procedimentos cirúrgicos	21.849	31.502.993,75
Transplantes de órgãos, tecidos e células	59	17.305,25
Em caráter eletivo	15.647	14.776.871,05
Procedimentos clínicos	8.765	8.386.897,68
Procedimentos cirúrgicos	6.882	6.389.973,37
Transplantes de órgãos, tecidos e células	-	-
Total	70.156	71.093.327,31

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH/DATASUS) / Ministério da Saúde.

Nota (1): 180 internações foram provenientes de pacientes que residem fora do Estado de PE.

Dos internamentos realizados em caráter de urgência nestes hospitais, inicialmente foram selecionados todos os classificados como procedimentos de média complexidade pela tabela unificada do SIA/SIH. Em seguida, buscou-se separar um conjunto de procedimentos que seguramente pudessem ser realizados em hospitais de médio porte. Para tanto foram excluídos todos os internamentos que necessitaram de Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Em seguida, utilizou-se o valor médio da AIH como um preditor da complexidade do tratamento, selecionando todos aqueles cujo valor médio estivesse abaixo de R\$ 600,00. Dentre os que apresentaram valor médio acima do valor estipulado, foram selecionados quatro procedimentos utilizando-se como critério o senso comum de profissional na área de saúde, de que, rotineiramente, tais procedimentos poderiam ser tratados em hospital geral. Esses quatro procedimentos foram: tratamento de pneumonias ou influenza (gripe), apendicectomia, debridamento de ulcera / de tecidos desvitalizados, tratamento de insuficiência arterial com isquemia crítica.

Outro critério de inclusão na seleção da amostra de procedimentos de média complexidade que poderiam ser realizados em hospital de médio porte foi de que o mesmo tivesse tido uma ocorrência de ao menos 100 casos, considerando-se os cinco hospitais (a exceção deu-se para tratamento da dengue clássica com 99 casos). O resultado final esta consolidado no quadro a seguir.



Tabela 5 – Amostra de internações para tratamentos de média complexidade realizados em caráter de urgência, nos cinco maiores hospitais estaduais da RMR realizadas no ano de 2008.

Procedimentos	AIH			Permanência (dias)
	Quantidade	Valor Total (R\$)	Valor Médio por AIH (R\$)	
TRATAMENTO DE PNEUMONIAS OU INFLUENZA (GRIPE)	2.185	2.148.808,63	983,44	22.936
APENDICECTOMIA	948	584.933,04	617,02	4.023
TRATAMENTO DE DIABETES MELLITUS	806	468.546,79	581,32	7.077
DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS	545	459.712,11	843,51	5.494
TRATAMENTO DE CRISE HIPERTENSIVA	529	167.089,02	315,86	3.116
TRATAMENTO DE ESTAFILOCOCCIAS	495	249.819,83	504,69	3.492
TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZACAO ESPECIFICADA / NAO ESPECIFICADA	438	140.955,01	321,82	2.265
TRATAMENTO DA PIELONEFRITE	329	115.371,77	350,67	2.865
TRATAMENTO DE ESTREPTOCOCCIAS	283	122.359,47	432,37	1.652
REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA / LESAO FISARIA NO PUNHO	274	49.674,64	181,29	482
REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA DIAFISARIA DOS OSSOS DO ANTEBRACO	271	67.369,16	248,59	1.043
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DAS FALANGES DA MAO	262	83.600,21	319,08	1.065
HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	247	107.843,58	436,61	576
TRATAMENTO DE INSUFICIENCIA ARTERIAL C/ ISQUEMIA CRITICA	246	154.485,44	627,99	3.319
TRATAMENTO DE DOENCAS INFECCIOSAS E INTESTINAIS	213	104.352,79	489,92	1.327
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS METACARPANOS	160	69.853,52	436,58	798
TRATAMENTO DE DISTURBIOS METABOLICOS	148	57.321,84	387,31	1.895
TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA EM MEMBRO INFERIOR C/ IMOBILIZACAO	144	47.632,34	330,78	1.373
TRATAMENTO DE ANEMIAS NUTRICIONAIS	124	47.655,45	384,32	1.153
TRATAMENTO DE OUTRAS AFECCOES DA PELE E DO TECIDO SUBCUTANEO	117	29.460,62	251,80	745
EXTIRPACAO E SUPRESSAO DE LESAO DE PELE E DE TECIDO CELULAR SUBCUTANEO	115	24.558,15	213,55	449
TRATAMENTO DAS POLIARTROPATHIAS INFECCIOSAS / INFLAMATORIAS	105	28.438,97	270,85	692
TRATAMENTO DE DENGUE CLASSICA	99	46.877,52	473,51	480
Total	9.083 (1)	5.376.719,90	591,95	68.317

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH/DATASUS) / Ministério da Saúde.

Nota (1): 17 internações foram provenientes de pacientes que residem fora do Estado de PE.

Ao todo foram 23 tipos de procedimentos que resultaram em 9.083 internamentos nos cinco hospitais com uma permanência total de 68.317 dias. Todos, conforme já se afirmou, foram procedimentos de média complexidade, com valor médio da AIH abaixo de R\$ 600,00 (exceto os quatro mencionados) que deveriam ser atendidos em unidades de menor complexidade evitando sobrecarregar os hospitais de maior complexidade.

Note-se que muitos desses procedimentos são decorrentes de patologias que poderiam ser evitadas caso houvesse uma Atenção Básica à saúde eficiente e resolutiva, ou seja, condições sensíveis ao tratamento ambulatorial, doenças que se abordadas de maneira apropriada, em termos de promoção, prevenção e tratamento precoce e acompanhamento ambulatorial, dificilmente exigiriam internação, como são a maioria dos casos de tratamento de diabetes mellitus (806 internamentos na amostra), tratamento de crises hipertensivas (529 internamentos na amostra), tratamento de doenças infecciosas intestinais (213 internamentos na amostra), tratamento de anemias nutricionais (124 casos na amostra) dentre outros.

Grande parte dos internamentos resultante da amostra de procedimentos selecionada foi de pacientes residentes em municípios da I GERES, conforme o quadro a seguir.



Tabela 6 – Distribuição da amostra de internações para tratamento de média complexidade realizados em caráter de urgência, nos cinco maiores hospitais estaduais da RMR, segundo a GERES de residência do paciente – período de 2008.

Procedimentos	AIH			Permanência
	Quantidade	Rep. %	Valor Total (R\$)	
I GERES – Recife	7.544	83,21	4.417.902,86	55.192
II GERES – Limoeiro	679	7,49	393.411,71	5.058
III GERES – Palmares	401	4,42	241.005,41	3.505
IV GERES – Caruaru	247	2,72	156.902,10	1.968
V GERES – Garanhuns	58	0,64	48.870,97	737
VI GERES – Arcoverde	62	0,68	41.551,51	624
VII GERES – Salgueiro	10	0,11	9.555,35	160
VIII GERES – Petrolina	6	0,07	8.716,47	87
IX GERES – Ouricuri	25	0,28	18.438,98	382
X GERES – Afogados da Ingazeira	17	0,19	11.166,63	239
XI GERES – Serra Talhada	17	0,19	13.383,45	217
Total	9.066 (*)	100,00	5.360.905,44	68.169

Média de Leitos/Dia (Permanência / 365 dias) = 68.169/365 = 187 Leitos/Dia

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH/DATASUS) / Ministério da Saúde.

Nota: (*) Foram excluídas da amostra as 17 internações de pacientes que residem fora do Estado

A fim de se aferir o impacto que tais internamentos tiveram sobre a capacidade operacional dos hospitais analisados, buscou-se calcular quantos leitos diários foram necessários para realizar os internamentos em questão. A Taxa de Ocupação (TO) média dos hospitais, em 2008, ficou em torno de 77%. Como TO é resultado dos dias de permanência divididos pelos leitos-dia, temos que, para os 68.317 dias de permanência gerados pelos procedimentos selecionados seriam necessários 88.723 leitos-dia, ou seja, 243 leitos hospitalares, diariamente, foram comprometidos com os internamentos em questão.

$$\text{LEITOS-DIA} = \frac{\text{PERMANÊNCIA}}{\text{TO}}$$

$$\text{LEITOS-DIA} = \frac{68.317}{0,77} = 88.723$$

$$\text{LEITOS} = \frac{88.723}{365} = 243$$

Como os cinco hospitais analisados possuem em seu conjunto 1.994 leitos, tais internamentos de média complexidade comprometem cerca de 12% da capacidade operacional dos mesmos. Ressalte-se que essa é apenas uma amostra de procedimentos com



as características selecionadas, posto que ficaram de fora da amostra todos aqueles procedimentos que não alcançaram uma frequência mínima de 100 casos.

O grau de comprometimento da capacidade operacional dos hospitais com esse tipo de internamento não deve ser inferior a 15%. Ou seja, o Governo do Estado de Pernambuco deve estar comprometendo, para o atendimento desses tipos de procedimentos compatíveis com hospitais de médio porte, uma estrutura equivalente a dois hospitais com pelo menos 150 leitos.

4.4. Déficit na oferta de leitos hospitalares no Estado de Pernambuco

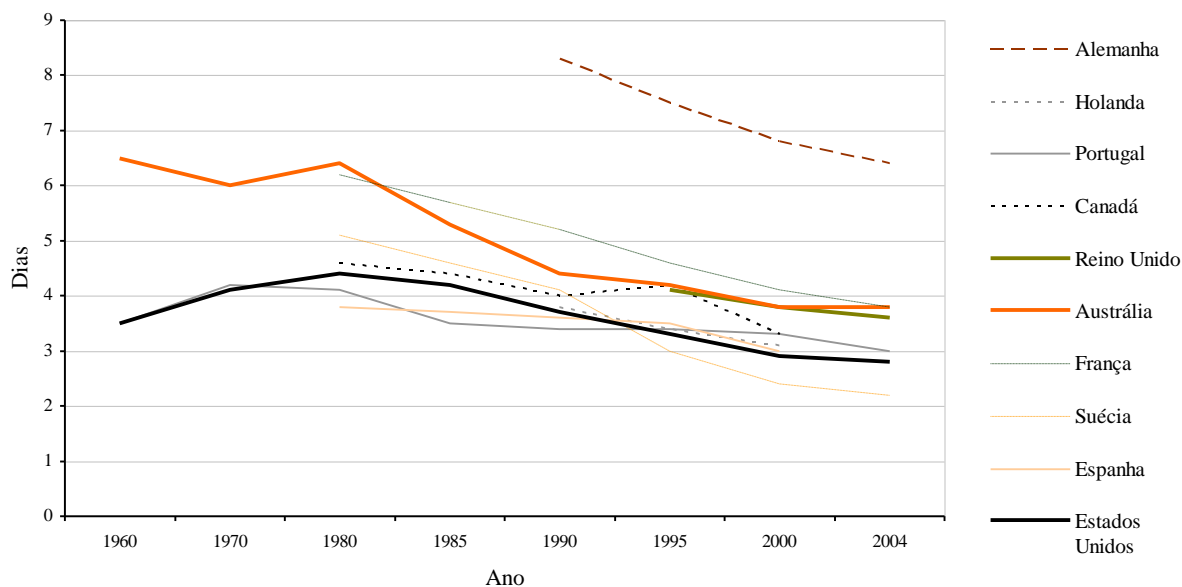
Outro aspecto que tem importante impacto sobre a superlotação dos Serviços de Urgência e Emergência dos hospitais de alta complexidade refere-se à questão da disponibilidade de leitos hospitalares. Essa questão tem uma vertente já analisada, qual seja, o comprometimento operacional dos leitos existentes pelo internamento de pacientes com condições sensíveis ao tratamento ambulatorial ou por patologias de menor complexidade que poderia ser tratadas em hospitais de médio porte. Mas, também, uma segunda vertente, que diz respeito à adequação dos leitos disponíveis aos parâmetros recomendados para o atendimento da demanda.

No tocante ao tema da oferta de leitos hospitalares, ou melhor, ao tema da assistência hospitalar, são necessárias algumas considerações iniciais. Atualmente, os hospitais são um dos principais alvos de iniciativas de inovação gerencial em todo o mundo, buscando a reestruturação da assistência hospitalar e dos hospitais.

Alguns resultados desse processo já estão disponíveis para os países da Organização para a Cooperação do Desenvolvimento Econômico (OCDE), que indicam uma acentuada queda do tempo médio de permanência para casos agudos, associada a uma redução da oferta de leitos hospitalares no conjunto desses países. As internações hospitalares passam a ocorrer em prazos cada vez mais curtos (menores tempos de permanência), e a movimentação dos leitos se dá de forma cada vez mais intensa, tendo em vista inovações em termos diagnósticos e terapêuticos propiciadas pelas novas modalidades assistenciais e pelos novos recursos tecnológicos disponíveis (figuras 26 e 27).

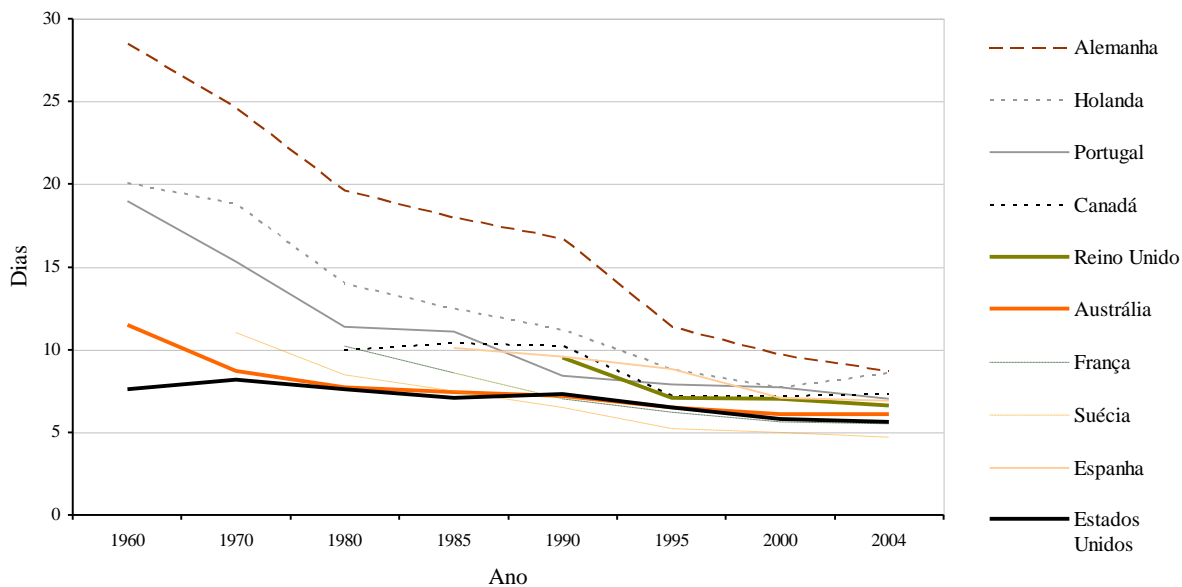
Esse novo padrão de utilização dos leitos hospitalares faz com que necessidade de leitos se reduza ao longo do processo.

Figura 26 – Evolução da quantidade de leitos por 1.000 habitantes. Países da OCDE – 1960-2004.



Fonte: OECD, 2006 (GIOVANELLA, Lígia (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, p. 685).

Figura 27 – Evolução do tempo médio de permanência de internação em leitos para atendimento a pacientes agudos. Países da OCDE – 1960-2004.



Fonte: OECD, 2006 (GIOVANELLA, Lígia (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, p. 684).



Em suma, a assistência hospitalar e os estabelecimentos hospitalares passam por uma fase de transformações radicais em vários países do mundo que apontam para uma redução na relação número de leitos por habitante acompanhada de um incremento no porte e no agregado tecnológico dos hospitais. No entanto, a dinâmica dos hospitais e do número de leitos no Brasil expressa um paradoxo e um grande desafio para o futuro da atenção hospitalar no país (GIOVANELLA, 2008). Observa-se uma redução no número médio de leitos por hospital, quando a escala média de leitos dos hospitais brasileiros (combinada com uma redução de leitos no total) deveria crescer. La Forgia, discorrendo acerca do desempenho hospitalar no Brasil, assinala:

Mais de 50% dos hospitais brasileiros têm porte muito pequeno (menos de 50 leitos) para funcionar de maneira eficiente, e a maior parte deles apresenta excesso de funcionários. Embora hospitais de pequeno porte possam ser a única opção de atendimento médico em municípios isolados, o grande número de unidades pequenas, combinado com os baixos índices de utilização, sugerem um desperdício importante de recursos. Muitos desses hospitais foram construídos em cumprimento de promessas eleitorais, sem preocupação com fatores como as necessidades de saúde, a capacidade institucional e a sustentabilidade financeira (LA FORGIA, 2009).

A estrutura hospitalar do Estado de Pernambuco também se adequa a esse perfil. Há um número excessivo de hospitais de pequeno porte oferecendo atendimentos de baixa complexidade e poucos resolutivos, como será comentado no item 4.5. deste relatório, o que faz com que os pacientes muitas vezes evitem essas unidades e procurem atendimento em unidades de referência maiores e mais distantes.

Para o cálculo da necessidade de leitos hospitalares, utilizou-se como referência a Portaria GM/MS nº 1.101 de 12/06/2002 (BRASIL, 2002c), estabeleceu os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde. De acordo com a portaria em questão, a necessidade de leitos hospitalares pode ser estimada da seguinte forma:

3.5. NECESSIDADE DE LEITOS HOSPITALARES

- a) Leitos Hospitalares Totais = 2,5 a 3 leitos para cada 1.000 habitantes;
- b) Leitos de UTI: calcula-se, em média, a necessidade de 4% a 10% do total de Leitos Hospitalares; (média para municípios grandes, regiões, etc.).

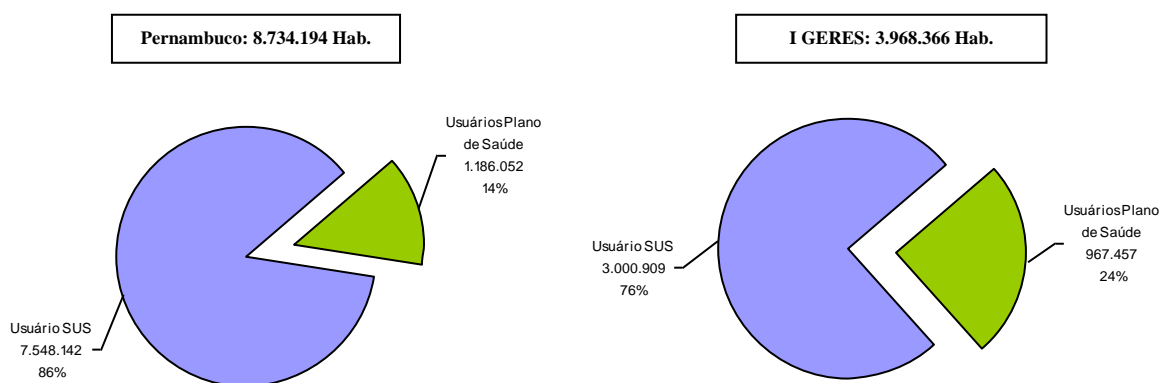
Tabela 7 – Parâmetros para cálculo da necessidade de leitos hospitalares, por clínica, para cada 1.000 habitantes.

LEITOS POR ESPECIALIDADE	Variação entre as Regiões Brasileira	PARÂMETROS RECOMENDADOS		Unidade de Medida
		% sobre Necessidade total de leitos	Número absoluto de leitos sobre total da população	
Cirúrgica	0,44 a 0,70	14,99	0,44	Leitos/1.000hab.
Clínica Médica	0,67 a 1,13	26,82	0,78	Leitos/1.000hab.
Cuidados Prolongados (Crônico)	0,02 a 0,18	5,62	0,16	Leitos/1.000hab.
Obstétrica	0,43 a 0,63	9,49	0,28	Leitos/1.000hab.
Pediátrica	0,45 a 0,62	14,06	0,41	Leitos/1.000hab.
Psiquiátrica	0,05 a 0,61	15,31	0,45	Leitos/1.000hab.
Reabilitação	0 a 0,01	4,72	0,14	Leitos/1.000hab.
Tisiologia	0,01 a 0,02	0,43	0,01	Leitos/1.000hab.
Psiquiatria Hospital Dia	0,01 a 0,02	2,73	0,08	Leitos /1.000hab.
Fator de Ajuste	-----	5,83	0,17	Leitos /1.000hab.
TOTAL	2,07 a 3,38	100	2,92	Leitos/1.000hab.

Fonte: BRASIL, 2002c.

Os leitos são calculados com base em unidade por 1.000 habitantes. A fim de se ter uma visão geral em relação à adequação da oferta dos leitos SUS com a necessidade dos usuários, calculada a partir dos parâmetros da Portaria GM/MS nº 1.101, buscou-se aferir e separar da base populacional de Pernambuco os usuários SUS e os usuários de planos de saúde. Para tanto, tomou-se como referencial a população projetada para o Estado no ano de 2008 (IBGE) e o número de usuários de planos de saúde referentes a setembro de 2008 registrados na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Figura 28 – Representação percentual do número de Usuários SUS e Plano de Saúde no Estado de Pernambuco e I GERES no exercício de 2008.



Fonte: IBGE e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

Esse procedimento foi adotado para que a necessidade de leitos fosse calculada tomando como referência a população não assistida por planos de saúde, que denominamos



usuários SUS. No entanto, não se deve perder de vista que muitas vezes os usuários de planos de saúde recorrem ao SUS, especialmente quando dos primeiros socorros em casos de acidentes graves, necessidade de internamento em UTI e quando da necessidade de tratamentos de alta complexidade que são sonogados pelos planos de saúde. Portanto, tais parâmetros são referenciais mínimos.

Os leitos ofertados foram obtidos a partir do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), que disponibiliza informações das atuais condições de infra-estrutura de funcionamento dos Estabelecimentos de Saúde em todas as esferas administrativas, cuja atualização permanente é obrigatória por parte dos estabelecimentos de saúde e dos gestores.

Conforme os dados levantados e consolidados na tabela a seguir, para o atendimento da população usuária do SUS, seriam necessários 21.852 leitos, e estão sendo ofertados 19.052 leitos, havendo, portanto, um déficit de 2.800 leitos. Os maiores déficits são relativos a leitos de reabilitação (1.037), clínica médica (794), cuidados prolongados (792), UTI (689). Ressalte-se que todos esses leitos são de fundamental importância para que se consiga desafogar a superlotação dos Serviços de Urgência e Emergência.

Tabela 8 – Comparação das necessidades de Leitos a partir da Portaria GM/MS nº 1.101 de 12 de junho de 2002 do Ministério da Saúde e os ofertados pelo Estado de Pernambuco – período de dez/2008.

NECESSIDADE DE LEITOS HOSPITALAR				
Leito	Parâmetro	Necessidade	Oferta	Saldo
Leitos Hospitalares Totais	2,5 a 3,0 Leitos/1.000 Hab.	21.852	19.052 (1)	(2.800)
NECESSIDADE POR ESPECIALIDADE				
Leito	Parâmetro	Necessidade	Oferta	Saldo
Cirúrgica	(Pop. (2) / 1.000) x 0,44	3.321	3.862	541
Clínica Médica	(Pop. / 1.000) x 0,78	5.888	5.094	(794)
Cuidados Prolongados (Crônicos)	(Pop. / 1.000) x 0,16	1.208	416	(792)
Obstétrica	(Pop. / 1.000) x 0,28	2.113	2.530	417
Pediátrica	(Pop. / 1.000) x 0,41	3.095	3.037	(58)
Psiquiátrica	(Pop. / 1.000) x 0,45	3.397	3.665	268
Reabilitação	(Pop. / 1.000) x 0,14	1.057	20	(1.037)
Tisiologia	(Pop. / 1.000) x 0,01	75	23	(52)
Psiquiatria (Hospital Dia)	(Pop. / 1.000) x 0,08	604	-	(604)
Total		20.758	18.647	(2.111)
NECESSIDADE DE UTI				
Leitos de UTI (3)	4 a 10% Total Leitos Hosp.	1.094	405	(689)

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/DATASUS) / Ministério da Saúde, IBGE e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Nota (1): Não foi computado no demonstrativo 428 leitos ofertados que por sua natureza não existem parâmetros para cálculo das necessidades.

Nota (2): Para cálculo das necessidades de leitos foi utilizado como parâmetro a População de Usuários SUS (População Municipal – Usuários de Plano de Saúde).

Nota (3): Foi utilizado o percentual de 5% para cálculo do total de leitos de UTI necessários.

Com relação aos leitos de UTI, utiliza-se como parâmetro um percentual que varia de 4 a 10 % do total de leitos hospitalares. Tomou-se como referência o percentual de 5 %, que é um percentual bastante conservador, o Rio Grande do Sul apresentava em 1999 um percentual



de 5,54% (Portaria GM/MS nº 1.101). Conforme visto, utilizando-se o percentual de 5%, o déficit de leitos de UTI situa-se em 689 leitos, considerando-se apenas a população usuária do SUS. Como a oferta de leitos de UTI é uma área crítica na atenção hospitalar, inclusive privada, o déficit desse tipo de leito no Estado de Pernambuco, considerando-se o total da população e os leitos de UTI SUS e privados, deve ser maior do que o número aqui apontado. A carência de leitos de UTI contribui significativamente na superlotação dos Serviços de Urgência e Emergência, conforme já foi identificado em Auditoria Especial na emergência do Hospital Getúlio Vargas, Processo nº 0800986-7, quando, na ocasião, a insuficiência de leitos nas Enfermarias e UTI resultara na existência de cerca de 80 leitos flutuantes na emergência, entre extras e improvisados (cadeiras, macas, em pé).

Outro fator relevante neste quadro é a deficiência de leitos de cuidados prolongados (pacientes crônicos), bem como leitos de reabilitação, o que resultam na dificuldade de transferência de pacientes após a alta do Serviço de Urgência e Emergência para outros serviços de saúde de menor porte, os chamados hospitais de retaguarda. Acrescente-se que estes hospitais, em grande parte privados conveniados ao SUS, não receberiam os pacientes provenientes dos grandes hospitais, uma vez que grande parte destes exigia o uso de medicações e intervenções de custo elevado (GUSMÃO FILHO, 2008).

Chama a atenção nos dados levantados o quantitativo de leitos cirúrgicos e leitos obstétricos disponibilizados pelo SUS. Esses leitos estariam com um superávit de 541 leitos e 417 leitos respectivamente, o que poderia passar a idéia de que estas são áreas que não enfrentariam problemas no Estado de Pernambuco. No entanto, não é esta a realidade. No caso, entra em ação outra vertente acerca da disponibilidade de leitos, qual seja, muitos dos leitos disponibilizados pelo SUS, encontram-se em estruturas hospitalares pouco resolutivas, em hospitais de pequeno porte, que não conseguem manter em funcionamento toda a estrutura tecnológica necessária para a prestação de assistência médico-hospitalar como laboratório de análise clínicas, serviço de diagnóstico por imagem e equipes de profissionais de saúde completas.

Apenas para ilustrar essa questão tomemos como exemplo a questão das maternidades, que apesar de não dizer respeito diretamente a superlotação das grandes emergências dos hospitais estaduais, são elas as responsáveis pelo atendimento de urgência das gestantes, estando, portanto inseridas no contexto da Política Estadual de Urgência e Emergência.

De acordo com os dados levantados, não faltariam leitos obstétricos. Haveria um superávit total de 417 leitos em todo estado de Pernambuco, e no âmbito da I GERES esse superávit seria de 48 leitos. Conforme será demonstrado no item 4.5. deste relatório, foi feito um levantamento de todas as unidades de saúde da I GERES, com seus respectivos leitos. De acordo com o levantamento, pode-se observar que os municípios de Olinda, Abreu e Lima e Igarassu, possuem cada um uma maternidade municipal com respectivamente 29, 9 e 7 leitos obstétricos, além de leitos em outras especialidades (a Maternidade Brites de Albuquerque, o Hospital e Maternidade Abreu e Lima, e a Unidade Hospitalar de Igarassu).

No ano de 2008, essas unidades de saúde foram subutilizadas apresentando uma taxa média de ocupação em torno de 25% de sua capacidade. Cada unidade possui uma equipe de médicos obstetra plantonistas, insuficiente. E também deve dispor de todos os recursos diagnósticos e terapêuticos para que consiga prestar assistência as urgências obstétricas. No entanto, freqüentemente, as pacientes são encaminhadas para as grandes maternidades da Cidade do Recife, por falta de recursos humanos e materiais nas respectivas unidades. Suas



dimensões e complexidade tecnológica não permitem assistência adequada desperdiçando horas médicas de trabalho e recursos materiais.

Levantou-se carga horária de plantão dos médicos obstetras das três unidades, o que totalizou 757 horas. Como para cada plantonista tem-se 24 horas, a carga horária total aponta para a disponibilidade de 31 plantonistas, o que seria suficiente para manter uma equipe de 4 plantonistas por dia e mais 3 plantonista feristas, se os referidos municípios resolvessem se consorciar na manutenção de uma única unidade ampliando a oferta de leitos e a resolutividade dos mesmos.

Essa problemática, apenas ilustrada pelo quadro do atendimento a gestante e às urgência materno-fetais, se reproduz em todas as pequenas e médias unidades nas mais diversas especialidades, que não conseguem dar resolutividade a sua assistência. Assim, muitos dos leitos que existem e são contabilizados como disponíveis a população são, na verdade, inoperantes. Reproduz no Estado de Pernambuco o que La Forgia aponta em relação à maioria dos hospitais brasileiros, que “têm porte muito pequeno (menos de 50 leitos) para funcionar de maneira eficiente, e a maior parte deles apresenta excesso de funcionários” em relação aos serviços que efetivamente conseguem produzir para o cidadão.

4.5. O desempenho das unidades hospitalares da I GERES

4.5.1. O baixo desempenho das unidades hospitalares de menor porte

Outro importante fator de impacto na superlotação das urgências e emergências dos grandes hospitais estaduais da RMR, diz respeito ao desempenho tanto dos referidos hospitais, quanto das demais unidades hospitalares da I GERES. Conforme o desempenho da unidade maior ou menor será sua taxa de ocupação, tempo médio de permanência e taxa de rotatividade dos leitos (além de outros indicadores, tais como pessoal por leito, uso de recursos tecnológicos, produtividade cirúrgica). Esses indicadores refletem o grau de utilização dos recursos físicos e humanos dos hospitais, influenciando na disponibilidade de leitos.

Quanto melhores os indicadores referidos, maior será a eficiência das unidades de saúde e, conseqüentemente, maior será sua produtividade. Em outras palavras, com uma mesma capacidade instalada de leitos mais pacientes poderão ser atendidos contribuindo no acolhimento dos pacientes que aguardam internamento nos Serviços de Urgência e Emergência.

Conforme o estudo de La Forgia acerca do desempenho hospitalar no Brasil, a maioria dos hospitais brasileiros tem porte muito pequeno (menos de 50 leitos) para alcançar níveis desejáveis de eficiência. Ainda segundo o autor, a bibliografia internacional sugere o tamanho ideal entre 150 e 250 leitos para efeitos de economia de escala.

O tempo médio de permanência, ou o número de dias que um paciente passa em um hospital, é um indicador central da eficiência no uso de recursos. Permanências mais longas



do que o necessário desperdiçam recursos hospitalares e podem dificultar o acesso a leitos por pacientes com condições mais graves.

A taxa de ocupação de leitos – porcentagem do total de leitos-dia nos quais um leito é utilizado – reflete o nível de utilização dos recursos físicos existentes. A taxa desejável de ocupação de leitos é de 75 a 85% da capacidade. De acordo com La Forgia, a taxa média é de 45% para todos os hospitais do SUS, unidades de maior porte alcançam taxas de 80% ou mais e hospitais de pequeno porte registram as menores taxas de ocupação; unidades com menos de 50 leitos apresentam taxas média de 22%. A taxa de ocupação mostra-se positivamente relacionada com o tamanho dos hospitais; varia entre 21% nos hospitais com menos de 25 leitos e 77% nos hospitais com 250 ou mais leitos, o que é preocupante porque cerca de 2/3 dos hospitais brasileiros são de pequeno porte (LA FORGIA, 2009).

A taxa de rotatividade de leitos (ou índice de giros de leitos) mede a taxa de saídas hospitalares por leito. Mede a intensidade da utilização do sistema.

Conforme os resultados iniciais apontados no item 4.1., em 2008 foram realizados 54.315 internamentos, em caráter de urgência, nos cinco grandes hospitais estaduais da RMR analisados, dos quais 41.844 foram relativos a pacientes residentes na I GERES, o que representa cerca de 77% do total dos internamentos em caráter de urgência nestes hospitais. Tendo em vista a representatividade da I GERES na problemática da superlotação dos Serviços de Urgência e Emergência desses hospitais, e o reflexo do desempenho dos hospitais como mais um elemento a ser levado em conta, buscou-se aferir, de forma indireta, o desempenho de todas as unidades hospitalares que compõem a assistência ao SUS, na GERES em questão.

A aferição de desempenho focou os cinco maiores hospitais estaduais da RMR diretamente envolvidos na prestação de assistência de urgência e emergência, posto que o desempenho dos mesmos tem reflexo direto sobre a maior ou menor disponibilidade de leitos para os pacientes que procuram os serviços desses hospitais. Focou-se, também, o desempenho de todas as demais unidades hospitalares da I GERES, públicas ou privadas, prestadoras de serviços ao SUS.

A metodologia utilizada para esta avaliação indireta de desempenho baseou-se em alguns procedimentos utilizados pelas economistas Ana Carolina Maia e Mônica Viegas Andrade no artigo intitulado “Análise de Eficiência Hospitalar no Estado de Minas Gerais”¹², que teve como objetivo estimar a eficiência técnica dos hospitais da rede SUS no Estado de Minas Gerais, e que obteve o 2º lugar do XIX Prêmio Minas de Economia.

Foram utilizados, como fontes de informação, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), cuja atualização permanente é obrigatória por parte dos estabelecimentos de saúde e dos gestores, e o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Do SIH utilizou-se a Base de Dados com as Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) do Estado de Pernambuco do ano de 2008 (ano competência – arquivos RDPE0801 a RDPE0812.DBF) com a intenção de selecionar as AIHs referentes a internações ocorridas no ano em questão.

A análise foi conduzida sabendo-se das limitações da utilização das AIHs, posto que a mesma refere-se à internação e não ao paciente, ou seja, um mesmo paciente pode gerar no

¹² Disponível em: www.bdmg.mg.gov.br/estudos/arquivo/premio/docs_2007/2_lugar_Profissional_Premio_Minas_2007.pdf.



seu internamento mais de uma AIH, o que ocorre com os pacientes psiquiátricos e com os pacientes crônicos. No entanto, conforme outros trabalhos realizados, excluindo-se os internamentos em psiquiatria, o número de AIHs se aproxima muito do número de pacientes com uma diferença de menos de 2% ¹³. Além disso, como o SIH foi concebido como um sistema de faturamento, os arquivos das respectivas competências mensais utilizados não trazem necessariamente todas as AIHs geradas no mês em questão, o que pode resultar em diferenças com os valores efetivamente produzidos.

No entanto, a despeito dessas considerações, acredita-se que utilizando-se a mesma metodologia aplicada a todas as unidades de saúde, e levando-se em conta o seu perfil de atendimento e porte, seja possível estabelecer comparações entre as mesmas e identificar problemas no seu desempenho. Os números apresentados, portanto, não são a expressão numérica exata dos indicadores que serão calculados, posto que os mesmos indicadores calculados *in loco* em cada uma das unidades, utilizando-se censo diário de pacientes e leitos, podem apresentar valores diversos, mas a tendência de desempenho será mantida e problemas podem ser identificados.

Os indicadores foram calculados da seguinte forma:

Taxa de ocupação:

A taxa de ocupação mensura o tempo médio que um leito SUS fica ocupado por ano. Ele é obtido pela razão do total de dias de permanência das internações anuais com o número de leitos SUS vezes 365. A duração da permanência das internações, com exclusão de internações psiquiátricas, é obtida no Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e o número de leitos SUS no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Tempo médio de internação:

Para obter o tempo médio de internação, divide-se o somatório de dias de permanência das internações ao longo do ano pelo número de internações AIH anuais. Esta razão indica o número médio em dias de cada internação, com exclusão das internações psiquiátricas. Ambas as variáveis são obtidas no banco de dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH).

Taxa de rotatividade:

A taxa de rotatividade mede a intensidade de utilização do sistema, dada pelo número médio de internações por leito SUS, excluindo internações psiquiátricas. O número de internações AIH anuais é dado pelo banco de dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e o número de leitos do SUS é dado pelo Cadastro Nacional Estabelecimentos de Saúde (CNES)

Um exemplo da utilidade da metodologia empregada para um macro monitoramento e avaliação das unidades de saúde pode ser percebido com o caso do Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC). Durante a coleta de dados e do cálculo dos indicadores de desempenho para o hospital em questão, chamou a atenção os números apresentados pelo hospital para o ano de 2008, quais sejam:

¹³ Disponível em: www.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/painel_monitoramento/0001/evasao_invasao.pdf.



	LEITOS	AIH	VALOR	VALOR MÉDIO AIH	TO	TMI	TR
Hospital Osvaldo Cruz	547	11.423	11.492.432,48	1.006,08	0,35	6,0	20,9

TO = TAXA DE OCUPAÇÃO; TMI = TEMPO MÉDIO DE INTERNAÇÃO; TR = TAXA DE ROTATIVIDADE

O HUOC possui, cadastrados no CNES, 568 leitos, excluindo-se os leitos de psiquiatria e de pacientes crônicos, o hospital fica com 547 leitos, que foi o número considerado para o cálculo dos indicadores, visto que se excluiu as AIHs relativas a psiquiatria e pacientes crônicos.

O hospital apresentou uma taxa de ocupação (TO) de 35% e uma taxa de rotatividade de leitos de 20,9, bem abaixo da média dos cinco grandes hospitais estaduais da RMR, que foi de 77% e 34,5 respectivamente, todos calculados com base nas AIHs. Tais dados sinalizaram que o HUOC estava com um grave problema de subutilização de sua capacidade operacional. Em seguida, a mídia divulgou as dificuldades financeiras passadas pelo hospital, com dívidas acumuladas de mais de 12 milhões, e que, como resultado da ajuda financeira do governo do Estado, mais de uma centena de leitos, que não estavam sendo utilizados, seriam reativados¹⁴.

No total, existem na I GERES 55 unidades hospitalares públicas e privadas, prestadoras de serviços ao SUS. Foram contabilizadas apenas as unidades que produziram internamentos hospitalares no ano de 2008, e foram excluídas as unidades psiquiátricas e os hospitais privados, cujos leitos não são predominantemente SUS, como o Hospital Português.

As unidades de pequeno porte (até 50 leitos) são predominantemente públicas municipais; as de médio porte (51 a 150 leitos) são predominantemente privadas e as de grande porte (acima de 150 leitos) são predominantemente públicas estaduais, conforme consolidado na tabela a seguir.

Tabela 9 – Classificação das Unidades Hospitalares pela quantidade de Leitos.

Porte	Nº de Leitos	Federal	Estadual	Municipal	Filantrópico / Privado	Total
1	Até 50 leitos	-	1	13	1	15
2	51 – 150 leitos	-	6	5	18	29
3	151 – 500 leitos	1	7	-	1	9
4	Acima de 500 leitos	-	1	-	1	2
Total		1	15	18	21	55

Fonte: Classificação adotada por GIOVANELLA, Lúgia (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, p. 668.

¹⁴ http://jc3.uol.com.br/jornal/2009/03/26/not_324150.php.



Tendo em vista que os indicadores propostos para a aferição do desempenho das unidades hospitalares são influenciados pelas características tais como número de leitos, níveis de complexidade em que o hospital está habilitado para realizar atendimentos, natureza pública ou privada, esfera administrativa de gestão (estadual ou municipal), buscou-se agrupar algumas unidades que possuíssem características semelhantes a fim de aferir seus indicadores de desempenho. Foram formados cinco grupos conforme a tabela a seguir.

Tabela 10 – Relação das Unidades Hospitalares escolhidas para análise do desempenho.

Grupo	Definição do Grupo	Unidades Hospitalares	Localização	Porte
1	Cinco maiores Hospitais Públicos Estaduais da RMR	Hospital da Restauração	Recife	4
		Hospital Getulio Vargas	Recife	3
		Hospital Geral Otavio de Freitas	Recife	3
		Hospital Barão de Lucena	Recife	3
		Hospital Agamenon Magalhães	Recife	3
2	Hospitais Públicos Estaduais de médio porte	Hospital Geral de Areias	Recife	2
		Hospital Belarmino Correia	Goiana	2
		Hospital Jaboatão Prazeres	Jaboatão	2
		Hospital João Murilo	Vitória	2
3	Hospitais Públicos Municipais de Recife de médio porte	UM Prof. Barros Lima	Recife	2
		Policlínica Arnaldo Marques	Recife	2
		Maternidade Bandeira Filho	Recife	2
		Unidade Pediátrica Helena Moura	Recife	2
4	Hospitais Privados de médio porte	Hospital Geral de Vitória	Vitória	2
		Hospital do Tricentenário	Olinda	2
		Hospital Central de Paulista	Paulista	2
		Hospital Nossa Senhora de Lourdes	Jaboatão	2
		Hospital Geral de Camaragibe Ltda.	Camaragibe	2
5	Hospitais Públicos Municipais fora da Capital	Hospital Petronila Campos	São Lourenço	2
		Hospital Mendo Sampaio	Cabo	1
		Unidade Hospitalar de Igarassu	Igarassu	1
		Hospital Geral Alfredo Alves de Lima	Chã Grande	1

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/DATASUS) / Ministério da Saúde.

Para a análise desses grupos de hospitais, os indicadores foram calculados levando em consideração os internamentos em cirurgia, clínica, obstetrícia e pediatria, excluindo-se as AIHs referentes à psiquiatria, tisiologia e pacientes crônicos. Também só foram considerados os leitos referentes às especialidades de cirurgia, clínica, obstetrícia e pediatria, excluindo-se leitos de UTI, Cuidados intermediários, e demais especialidades. Escolheu-se proceder desta forma a fim de aumentar a comparabilidade entre os indicadores.

Os resultados confirmam os dados já publicados na literatura nacional e internacional. Os hospitais de pequeno porte, como os hospitais públicos municipais fora da Capital, possuem a mais baixa taxa média de ocupação (29%), atendem casos de baixa complexidade como evidenciado pelo valor médio da AIH (R\$ 421,27), e baixa rotatividade (30,4). Em seguida vêm os hospitais públicos estaduais de médio porte com taxa média de ocupação de 33%, mas com taxa média de rotatividade inferior aos públicos municipais (21,2) e atendendo a casos, também, de baixa complexidade com valor médio de AIH em R\$ 408,20.

Os hospitais públicos do município do Recife apresentaram taxa de ocupação de 50% e a maior taxa de rotatividade (66), que, no entanto, é reflexo da baixa complexidade dos seus internamentos (valor médio da AIH R\$ 416,07), que são mais breves com tempo médio de

internamento de 2,8 dias. Os cinco maiores hospitais públicos estaduais da RMR apresentaram as maiores taxa de ocupação (89%) acima do ideal de até 85%, o que demonstra a saturação de sua capacidade operacional. São responsáveis pelos internamentos mais complexos e de maior custo, conforme o valor médio da AIH de R\$ 1.000,37, apresentando tempo médio de internamento de 8,2 dias e taxa de rotatividade de 39,6.

Tabela 11 – Desempenho das Unidades Hospitalares a partir dos internamentos em cirurgia, clínica, obstetria e pediatria.

Grupo	Definição do Grupo	Leitos por Especialidade (1)	Total de Leitos	Quantidade de AIH (2)	Valor Total (R\$)	Valor Médio AIH (R\$) (3)	Taxa de Ocupação	Tempo Médio de Internação	Taxa de Rotatividade
1	Cinco maiores Hospitais Públicos Estaduais da RMR	Total	1.739	68.710	68.735.658,81	1.000,37	0,89	8,2	39,5
2	Hospitais Públicos Estaduais de médio porte	Total	310	6.908	2.819.873,28	408,20	0,33	6,2	21,2
3	Hospitais Públicos Municipais de Recife de médio porte	Total	225	14.841	6.174.832,23	416,07	0,50	2,8	66,0
4	Hospitais Privados de médio porte	Total	520	23.936	12.786.463,34	534,19	0,35	2,8	46,0
5	Hospitais Públicos Municipais fora da Capital	Total	196	5.264	2.217.572,29	421,27	0,29	4,0	30,4

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH/DATASUS) / Ministério da Saúde.

Nota: Os indicadores aqui apresentados tiveram como referência apenas os internamentos em cirurgia, clínica, obstetria e pediatria e os leitos referentes a essas especialidades (e não todos os leitos dos hospitais). Não foram contabilizados os leitos de UTI e cuidados intermediários. Em consequência, as taxas têm seus valores diferentes dos constantes na tabela 14.

Nota (1): Para o cálculo dos indicadores levando em consideração a especialidade dos internamentos, os leitos de neonatologia, que no CNES aparecem como leitos clínicos, foram contabilizados como leitos de pediatria.

Nota (2): Foram excluídos os internamentos referentes às especialidades psiquiatria, fisiologia e crônicos, bem como os respectivos leitos.

Além do cálculo dos indicadores de desempenho das unidades de saúde por grupos, foram calculados os mesmos indicadores, individualmente para cada uma das 55 unidades de saúde da I GERES que produziram internamentos hospitalares no ano de 2008, todos condensados na tabela 13. Ao contrário dos indicadores apresentados na tabela anterior (tabela 11), os indicadores individualizados por unidade levaram em consideração o total de leitos hospitalares e o total de AIHs, portanto, os indicadores diferem.

Levando-se em consideração os indicadores calculados dessa forma, pode-se comparar o desempenho geral entre cada uma das unidades entre si. Repita-se que deve-se ter o cuidado de comparar unidades que possuam perfis semelhantes em termos de porte, complexidade de suas habilitações, complexidade de seus internamentos, modelo de gestão dentre outras variáveis.



4.5.2 A influência do modelo de gestão no desempenho hospitalar: uma comparação com hospitais do Estado de São Paulo

Tendo em vista a escassez de parâmetros para tais indicadores, buscou-se comparar os cinco maiores hospitais estaduais, objeto de análise neste relatório, com alguns hospitais que pudessem servir de parâmetro. Inicialmente pensou-se no Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC) e no IMIP, por serem hospitais universitários, em que normalmente se prima por uma gestão voltada para a eficiência e resultados. O IMIP mostrou-se um parâmetro razoável por ser um hospital de alta complexidade, gerando internamentos cujo valor médio de AIH foi de R\$ 1.054,66. Apresentou tempo médio de internamento 29,7% menor que o conjunto dos cinco hospitais estaduais e uma taxa de rotatividade 6% maior. O HUOC não foi um bom parâmetro de comparação tendo em vista a sua baixa taxa de ocupação, 35%.

Em vista das dificuldades para obter padrões de comparação, resolveu-se construir os mesmos indicadores para hospitais do Estado de São Paulo que tivessem o mesmo perfil dos cinco hospitais estaduais analisados. Como o Estado de São Paulo possui hospitais sob modelos de gestão diferenciados, parte sob administração direta do Estado e parte sob gestão de Organizações Sociais de Saúde (OSS), procurou-se criar dois grupos com cinco hospitais cada um. Para tanto, foram levantados os perfis desses hospitais no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), buscando as unidades que possuíssem porte e perfil de complexidade adequados para a comparação. Os hospitais sob gestão direta do governo do Estado de São Paulo que preencheram os requisitos de perfil foram: o Centro Hospitalar de Santo André, Conjunto Hospitalar do Mandaqui, Conjunto Hospitalar – Sorocaba, Hospital Regional Sul e o Hospital Estadual Bauru. Os hospitais sob gestão de OSS foram: o Hospital Geral Pirajussara, Hospital Estadual Mário Covas de Santo André, Hospital Geral de Guarulhos, Hospital Estadual Sumaré e o Hospital Estadual de Diadema – Hospital Serraria.

Após a escolha dos hospitais, procedeu-se da mesma forma como para os hospitais do Estado de Pernambuco. Buscou-se no SIH a Base de Dados com as Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) do Estado de São Paulo do ano de 2008 (ano competência – arquivos RDSP0801 a RDSP0812.DBF) com a intenção de selecionar as AIHs referentes a internações ocorridas no ano em questão, por cada um dos hospitais selecionados. Os resultados finais são apresentados na tabela a seguir.

Tabela 12 – Desempenho das Unidades Hospitalares do Estado de Pernambuco e do Estado de São Paulo, conforme o modelo de gestão – ano de 2008.

ESTADO	Grupo	Unidade Hospitalar	Total de Leitos	Quantidade de AIH	Valor Total (R\$)	Valor Médio AIH (R\$) (1)	Taxa de Ocupação	Tempo Médio de Internação	Taxa de Rotatividade
PERNAMBUCO	Cinco maiores Hospitais Públicos Estaduais da RMR	Hospital Agamenon Magalhães	427	13.848	14.390.798,03	1.039,20	0,69	7,8	32,4
		Hospital Geral Otávio de Freitas	315	8.655	9.379.611,81	1.083,72	0,77	10,3	27,5
		Hospital da Restauração	581	22.406	24.533.498,03	1.094,95	0,88	8,3	38,6
		Hospital Barão de Lucena	363	12.052	10.139.403,83	841,30	0,62	6,8	33,2
		Hospital Getúlio Vargas	308	11.749	10.292.347,11	876,02	0,87	8,3	38,1
		Total	1.994	68.710	68.735.658,81	1.000,37	0,77	8,2	34,5
	Filantrópico / Hospital Universidade	IMIP	890	32.489	34.264.852,93	1.054,66	0,58	5,8	36,5
		Hospital Osvaldo Cruz	547	11.423	11.492.432,48	1.006,08	0,35	6,0	20,9
		Total	1.437	43.912	45.757.285,41	1.042,02	0,49	5,9	30,6
	SÃO PAULO	Hospitais Públicos Estaduais com gestão própria	Centro Hospitalar de Santo André	265	12.101	14.388.319,64	1.189,02	0,84	6,7
Conjunto Hospitalar do Mandaqui			427	12.326	12.391.826,84	1.005,34	0,57	7,2	28,9
Conjunto Hospitalar – Sorocaba			458	15.139	14.434.168,02	953,44	0,69	7,6	33,1
Hospital Regional Sul			223	8.773	7.466.429,02	851,07	0,67	6,2	39,3
Hospital Estadual Bauru			276	11.134	10.173.124,83	913,70	0,73	6,6	40,3
		Total	1.649	59.473	58.853.868,35	989,59	0,68	6,9	36,1
Hospitais Públicos Estaduais com modelo OSS		Hospital Geral Pirajussara	271	15.079	13.683.082,89	907,32	0,81	5,3	55,6
		Hospital Estadual Mário Covas de Santo André	278	11.210	9.289.969,65	828,72	0,59	5,4	40,3
		Hospital Geral de Guarulhos	309	15.327	10.979.225,38	716,33	0,82	6,0	49,6
		Hospital Estadual Sumaré	232	13.438	14.969.180,63	1.113,94	0,77	4,9	57,9
	Hospital Estadual de Diadema – Hospital Serraria	252	13.438	8.861.579,97	659,44	0,72	4,9	53,3	
	Total	1.342	68.492	57.738.038,52	843,65	0,74	5,3	51,0	

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH/DATASUS) / Ministério da Saúde.

Legenda: Organização Social de Saúde (OSS)

Nota (1): Para cálculo do Valor Médio de Internações, o sistema utiliza a média ponderada de todos os procedimentos de internamentos dos leitos selecionados (cirúrgica, obstétrica, clínica médica e pediátrica) disponíveis em cada unidade hospitalar.

Observou-se que os hospitais públicos estaduais de São Paulo sob gestão direta apresentaram um tempo médio de internação 16% menor que a média dos cinco hospitais estaduais pernambucanos e 33% menor que o Hospital Otávio de Freitas, o pior dos hospitais pernambucanos neste indicador (mesmo excluindo os internamentos em psiquiatria, fisiologia e crônicos). A taxa de rotatividade média desse grupo de hospitais paulistas foi apenas 5 % maior que os hospitais pernambucanos, mas chegou a ser 31% maior que a do Hospital Otávio de Freitas, também, o pior dos hospitais pernambucanos neste outro indicador.

As maiores diferenças podem ser observadas no grupo de hospitais paulistas sob gestão de OSS. Esse grupo apresentou tempo médio de internação 35 % menor e taxa média de rotatividade 48 % maior que a média dos hospitais pernambucanos, em uma clara diferença de desempenho. O valor médio da internação desse grupo de hospitais paulista foi de R\$ 843,65 contra um valor médio dos hospitais pernambucanos de R\$ 1.000,37. O valor médio da internação é uma medida indireta do grau de complexidade do internamento, mas entre hospitais com um mesmo perfil de complexidade, como é o caso a diferença torna-se uma medida indireta de economicidade, ou seja, o custo do internamento nos hospitais paulistas geridos por OSS é cerca de 16% menor do que nos hospitais pernambucanos. Ressalte-se que o tamanho médio daqueles é de cerca de 270 leitos e destes, 400 leitos. No



total, os hospitais paulistas geridos por OSS dispunham de 652 leitos a menos que os hospitais pernambucanos, mas conseguiram gerar aproximadamente o mesmo número de internamentos, 68.492 contra 68.710. Ou seja, uma produtividade 48% maior.

Os dados levantados apontam para amplas oportunidades de melhoria nos indicadores de desempenho dos hospitais pernambucanos objetivando reduzir o tempo médio de internamento dos pacientes e aumentar a taxa de rotatividade dos leitos de forma a permitir um maior aproveitamento da capacidade operacional dos mesmos. Apenas para se ter uma idéia da relevância da necessidade de se buscar esse ganho de qualidade, se os cinco hospitais pernambucanos funcionassem com a mesma taxa de rotatividade dos hospitais paulistas geridos por OSS, teriam realizado cerca 33.252 internamentos a mais no ano de 2008, o que equivaleria a ter no Estado de Pernambuco mais três hospitais do porte do Hospital Getúlio Vargas funcionando, com a capacidade de atendimento que atualmente possui (cerca de 11.749 internamento/ano).

Tabela 13 – Distribuição dos Leitos SUS, por especialidade, disponíveis por Unidade Hospitalar localizado na I GERES e alguns indicadores de desempenho: período jan a dez/2008.

MUNICÍPIO	UNIDADE HOSPITALAR	ESPECIALIDADE										Total de Leitos (1)	Autorização Internação Hospitalar (AIH)	Valor Médio da Internação (R\$) (2)	Tempo Médio de Internação (dia)	Taxa de Ocupação	Taxa de Rotatividade	Tipo de Prestador	
		Cirurgia	Clínica Médica	Cuidados Prolongados (Crônicos)	Obstétrica	Pediátricos	Psiquiátrica	Reabilitação	Fisiologia	Hospital Dia	Complementar / UTI								
Recife	Hospital das Clínicas UFPE	111	110		34	40	12		5	13	29/18	372	9.749	1.111,27	8,0	0,58	26,2	PF	
Recife	CISAM	10	10		52						20/12	104	7.599	668,06	4,4	0,88	73,1	PE	
Recife	Fundação HEMOPE	3	24			10					3	0/4	44	1.845	840,15	7,5	0,86	41,9	PE
Recife	Hospital da Restauração	352	124			40					22/43	581	22.406	1.094,95	8,3	0,88	38,6	PE	
Recife	Hospital Getulio Vargas	177	57			24		20	6		8/16	308	11.750	875,95	8,3	0,87	38,1	PE	
Recife	PROCAPE	46	90			10					40	186	6.916	1.932,30	9,1	0,92	37,2	PE	
Recife	Hospital Barão de Lucena	102	72		82	67					10/30	363	12.052	841,3	6,8	0,62	33,2	PE	
Recife	Hospital Geral de Areias	11	42			18						71	2.323	453,92	6,0	0,53	32,7	PE	
Recife	Hospital Agamenon Magalhães	90	184		77						17/59	427	13.848	1.039,20	7,8	0,69	32,4	PE	
Recife	Hospital Correia Picanço		33			13					7	2/0	55	1.737	519,97	9,0	0,78	31,6	PE
Recife	Hospital Geral Otavio de Freitas (3)	102	166			23	39				4/20	354	8.655	1.083,72	10,3	0,77	27,5	PE	
Goiana	Hospital Belarmino Correia	7	26		18	11					3	65	1.806	375,89	5,4	0,41	27,8	PE	
Recife	Hospital Oswaldo Cruz (3)	215	183	16		32	2		3		57/37	568	11.423	1.006,08	6,0	0,35	20,9	PE	
Jaboatão	Hospital Jabotão Prazeres	20	20		20	20						80	1.423	399,94	8,5	0,41	17,8	PE	
Vitória	Hospital João Murilo	11	32	6	38	16					3/0	106	1.356	381,6	5,5	0,19	12,8	PE	
Paulista	Hospital da Mirueira		117	85								202	2.216	882,64	16,6	0,50	11,0	PE	
Recife	Unidade Pediátrica Helena Moura	1				50						51	4.097	369,99	3,0	0,66	80,3	PM	
Recife	UM Prof. Barros Lima	5	18		48						10/0	81	5.100	431,16	2,9	0,50	63,0	PM	
Camaragibe	Maternidade Amiga da Família	2	1		21	5						29	1.775	459,8	2,4	0,41	61,2	PM	
Recife	CRUP Cravo da Gama					50						50	2.974	402,43	4,4	0,72	59,5	PM	
Abreu e Lima	Hospital e Maternidade Abreu e Lima	4			9	3						16	925	468,61	2,4	0,38	57,8	PM	
Recife	Maternidade Bandeira Filho	1	1		30	20						52	2.017	414,18	2,7	0,41	56,1	PM	
Recife	Policlínica Arnaldo Marques	3	3		34	11						51	2.727	459,09	2,4	0,35	53,5	PM	
Cabo	Maternidade Padre Geraldo Leite Bastos	1	11		10							22	1.112	428,12	2,2	0,30	50,5	PM	
São Lourenço	Hospital Petronila Campos	10	33		24	25						92	2.970	453,56	4,3	0,38	32,3	PM	
Olinda	Maternidade Brites de Albuquerque	1			29							30	915	462,58	1,9	0,16	30,5	PM	
Cabo	Hospital Infantil Adailton C de Alencar					28						28	744	394,56	5,5	0,40	26,6	PM	
Igarassu	Unidade Hospitalar de Igarassu	7	13		7	11						38	986	390,87	3,1	0,22	25,9	PM	
Chã Grande	Hospital Geral Alfredo Alves de Lima	4	16		6	12						38	838	363,17	3,2	0,19	22,1	PM	
Pombos	Hospital e Maternidade Virginia Colaço	4	9		5	3						21	431	399,14	4,2	0,24	20,5	PM	
Cabo	Hospital Mendo Sampaio	4	24									28	470	384,63	12,4	0,57	16,6	PM	
Ipojuca	Centro Hospitalar Carozita Brito		7		4	3						14	192	390,05	5,3	0,20	13,7	PM	
Ipojuca	Hospital Santo Cristo de Ipojuca	2	4		4	4						14	80	421,02	1,5	0,02	5,7	PM	
Itamaracá	Unidade Mista de Itamaracá		7		4	3						14	18	430,69	1,3	0,005	1,3	PM	



MUNICÍPIO	UNIDADE HOSPITALAR	ESPECIALIDADE										Total de Leitos (1)	Autorização Internação Hospitalar (AIH)	Valor Médio da Internação (R\$) (2)	Tempo Médio de Internação (dia)	Taxa de Ocupação	Taxa de Rotatividade	Tipo de Prestador
		Cirúrgica	Clínica Médica	Cuidados Prolongados (Crônicos)	Obstétrica	Pediátricos	Psiquiátrica	Reabilitação	Fisiologia	Hospital Dia	Complementar / UTI							
Vitória	Hospital Geral de Vitória	25	25		20	10						80	6.948	482,03	2,6	0,63	86,9	P
Vitória	PS e CS da Vitória	10	40		10	15						75	5.297	471,11	2,7	0,52	70,6	P
Olinda	Hospital do Tricentenário	23	28		39	15						105	7.697	474,36	2,4	0,48	73,3	P
Moreno	Clínica Santa Terezinha	7	20		15	9						51	3.430	399,07	2,4	0,45	67,3	P
Recife	Hospital São João da Escócia	22	3									25	1.673	616,47	3,2	0,58	66,9	P
Jaboatão	Hospital Memorial Guararapes	42	5		32	5						84	5.216	500,44	3,0	0,51	62,1	P
Paulista	Hospital Central de Paulista	59	27		28	5						119	7.182	543,89	2,7	0,44	60,4	P
Recife	Casa de Saúde Maria Lucinda	38	10			54						102	5.403	472,39	3,1	0,45	53,0	P
Jaboatão	Hospital Nossa Senhora de Lourdes	28	44		1	48						121	5.539	428,91	3,3	0,41	45,8	P
Recife	Centro Hospital Oscar Coutinho	85	52									137	6.138	493,91	3,4	0,41	44,8	P
Abreu e Lima	Hospital São José	27	18		6	11						62	2.636	643,47	4,9	0,57	42,5	P
Jaboatão	Hospital Memorial Jaboatão	35	39	40	1	23						138	5.657	484,52	4,8	0,54	41,0	P
Moreno	Hospital e Maternidade Armindo Moura	29	18		17	8						72	2.941	372,19	2,4	0,27	40,8	P
Recife	H. de Câncer de Pernambuco	66	27	40		23						162	6.190	1.079,33	6,7	0,70	38,2	P
Recife	IMIP (3)	215	165	2	92	255	8		5	28	73/62	905	32.489	1.054,66	5,8	0,58	36,5	P
Vitória	Apami de Vitória Santo Antão	16	15	39	25	28						123	4.337	622,82	5,0	0,48	35,3	P
Recife	Hospital Santo Amaro	65	24									89	3.008	533,44	3,0	0,27	33,8	P
Recife	H. Evangélico de Pernambuco	44	94									138	4.657	516,66	5,4	0,50	33,7	P
Vitória	Centro Hospitalar Santa Maria	15	33			30						78	2.244	544,47	4,3	0,34	28,8	P
Cabo	Casa de Saúde Santa Helena	16	33		13	6						68	1.595	408,74	3,6	0,23	23,5	P
Camaragibe	Hospital Geral de Camaragibe Ltda.	70	12		13							95	2.067	901,51	5,1	0,30	21,8	P
Recife	Hospital Psiquiátrico de Pernambuco					352						352	4.413	914,94	29,2	1,00	12,5	P
Recife	Instituto de Psiquiatria do Recife					273						273	3.595	906,12	27,8	1,00	13,2	P
Recife	Sanatório Recife					160						160	2.191	1.036,21	26,6	1,00	13,7	P
Recife	Clínica de Psiquiatria Santo Antonio					160						160	2.050	1.102,30	28,2	0,99	12,8	P
Recife	Clínica de Psiquiatria S. Antonio de Pádua					104						104	1.470	1.094,89	25,7	0,99	14,1	P
Olinda	Comunidade Terapêutica de Olinda					148						148	1.762	1.174,63	30,0	0,98	11,9	P
Camaragibe	Comunidade Terapêutica N. S. das Graças					160						160	1.682	1.221,75	30,4	0,87	10,5	P
Igarassu	Hospital Colônia Prof. Alcides Codeceira					120						120	1.252	1.319,97	30,2	0,86	10,4	PE
Camaragibe	Hospital José Alberto Maia					980						980	7.655	852,23	30,3	0,65	7,8	P
Recife	H. Ulisses Pernambucano					204						204	1.983	817,6	23,8	0,63	23,8	PE
Paulista	Hospital Psiquiátrico do Paulista					80						80	265	1.127,40	26,7	0,24	3,3	PE
Recife	Hospital Português	53	18	6		2				11	31	121	2.507	6.241,85	9,8	0,56	20,7	P
Recife	Fundação Altino Ventura	10	2									12	1.236	922,14	1,2	0,33	103,0	P
Recife	Hospital Jaime da Fonte	5	2									7	127	23.523,28	4,5	0,22	18,1	P
Recife	HOPE Esperança	2	2								0/3	7	144	5.491,57	1,7	0,10	20,6	P
Recife	Hospital Olhos Santa Luzia	2										2	26	854,54	1,0	0,04	13,0	P

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNE/DATASUS) e Sistema de Informações Hospitalares (SIH) / Ministério da Saúde.

Legenda: Público Federal (PF), Público Estadual (PE), Público Municipal (PM) e Privado (P).

Nota (1): As unidades hospitalares da I GERES, bem como seus respectivos leitos, foram levantados a partir do CNES, sendo consideradas apenas aquelas que emitiram AIH no ano de 2008.

Nota (2): Para cálculo do Valor Médio de Internações, o sistema utiliza a média ponderada de todos os procedimentos de internamentos por tipo de leitos disponíveis em cada unidade hospitalar.

Nota (3): Para cálculo dos indicadores dos Hospitais Otávio de Freitas e Osvaldo Cruz foram excluídos os internamentos nas especialidades de psiquiatria, fisiologia e crônicos, bem como os respectivos leitos.



5. ANÁLISE DOS COMENTÁRIOS DO GESTOR

Por meio do Ofício TCGC 05 N° 0043/2009, de 07 de abril de 2009 (fl. 134), foi encaminhada a versão preliminar deste relatório à Secretaria Estadual de Saúde, solicitando o pronunciamento do gestor sobre os resultados da Avaliação da Política Estadual de Urgência e Emergência. Em resposta, a Sra. Ivette Buriel, Diretora Geral de Assistência Integral à Saúde, enviou os comentários acerca da avaliação realizada, por meio do Ofício DGAIS n° 160/09, protocolado em 12/06/2009 (fls. 135).

Conforme os comentários enviados, a Política Estadual de Urgência e Emergência encontra-se em processo de implantação nas diversas esferas administrativas que compõem a saúde no estado. De acordo com o gestor, como a política avaliada é composta por vários componentes estruturais tais como: assistência pré-hospitalar, assistência hospitalar e assistência pós-hospitalar, seria necessário um cronograma longo para que sua implantação seja efetiva e eficaz, e que outros programas de apoio à referida política têm sido implementados, a exemplo do Programa Estadual de Fortalecimento das Urgências, que estabelece incentivos financeiros para estruturação de unidades de pronto atendimento no municípios. Por fim, esclareceu que o relatório de Avaliação da Política Estadual de Urgência e Emergência iria auxiliar a execução da política em questão.

Os comentários elaborados pelo gestor não suscitam alterações no relatório. Ficam mantidos, assim, os resultados da auditoria.



6. PROPOSTA DE ENCAMINHAMENTO

Diante do exposto e visando a contribuir para o aperfeiçoamento da Política Estadual de Urgência e Emergência, da Secretaria Estadual de Saúde do Governo do Estado de Pernambuco, propomos o encaminhamento das deliberações que seguem.

Recomenda-se à Secretaria Estadual de Saúde:

- Elaborar e implantar o Plano Estadual de Atenção às Urgências e Emergências, conforme estabelece a Portaria GM/MS nº 2.048/2002;
- Elaborar e implantar Plano de Atenção a Eventos com Múltiplas Vítimas;
- Implantar Complexo Regulador de acesso a assistência à saúde objetivando a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, abrangendo a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso a assistência baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização, em conformidade com a Portaria GM/MS nº 1.559/2008;
- Definir e acompanhar indicador que reflita o acesso da população dos municípios do Estado a consultas da Atenção Básica, e estabelecer um instrumento de divulgação periódica, com encaminhamento à Comissão Intergestores Bipartite, aos conselhos estadual e municipais de saúde;
- Definir e acompanhar indicadores dos casos de média complexidade, atendidos nos grandes hospitais públicos (fora do perfil de atendimento destes), identificando a origem dos pacientes, por município, e estabelecer um instrumento de divulgação periódica, com encaminhamento à Comissão Intergestores Bipartite, aos conselhos estadual e municipais de saúde;
- Determinar o acompanhamento e divulgação, por parte dos hospitais públicos estaduais, de indicadores de desempenho hospitalar, a exemplo dos evidenciados nesta avaliação (tempo médio de permanência hospitalar, taxa de rotatividade de leitos, taxa de ocupação dentre outros), com divulgação no Portal da Transparência e encaminhamento ao Conselho Estadual;
- Proceder e divulgar estudo das necessidades de leitos hospitalares, por especialidade, definindo metas de ajuste, como subsidio ao Plano Diretor de Investimento e ao Plano Diretor de Regionalização;

Ainda:

Determina-se à Secretaria Estadual de Saúde:

- Remeter a este Tribunal de Contas, no prazo de 60 (sessenta) dias, plano de ação contendo as ações, o cronograma e os responsáveis para implementar as recomendações prolatadas, conforme Resolução TC 02/2005.



Determina-se à Diretoria de Plenário deste Tribunal:

- Encaminhar cópias desta decisão e do Relatório de Auditoria à Secretaria Estadual de Saúde e à Secretaria Especial da Controladoria Geral do Estado;
- Encaminhar cópia desta decisão ao Departamento de Controle Estadual para subsidiar o julgamento da prestação ou tomada de contas, na forma dos artigos 6º e 8º da Resolução TC nº 014/2004;
- Encaminhar este processo à Coordenadoria de Controle Externo para a realização de monitoramento.

Recife, 22 de julho de 2009.

João Antônio Robalinho Ferraz
Técnico de Auditoria das Contas Públicas
Matrícula nº 1000

Gerência de Avaliação de Programas e
Órgãos Públicos – GEAP

Paulo Hibernon P. Gouveia de Melo
Auditor das Contas Públicas para Área de Saúde
Matrícula nº 1159

Divisão de Autarquias e
Fundações – DIAF

Visto e aprovado.

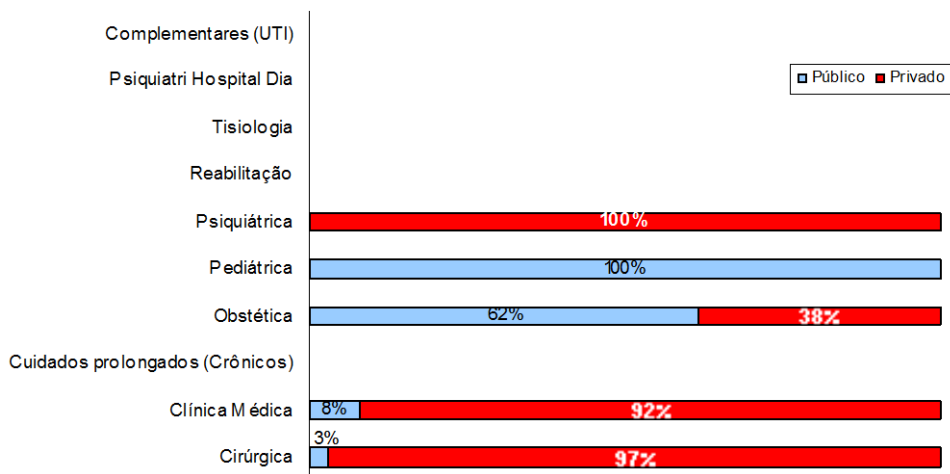
Lídia Maria Lopes P. da Silva
Auditor das Contas Públicas
Matrícula nº 0817
(Gerente da GEAP)

Geraldo Bastos Fiscina
Auditor das Contas Públicas
Matrícula nº 0995
(Gerente da DIAF)

Apêndices

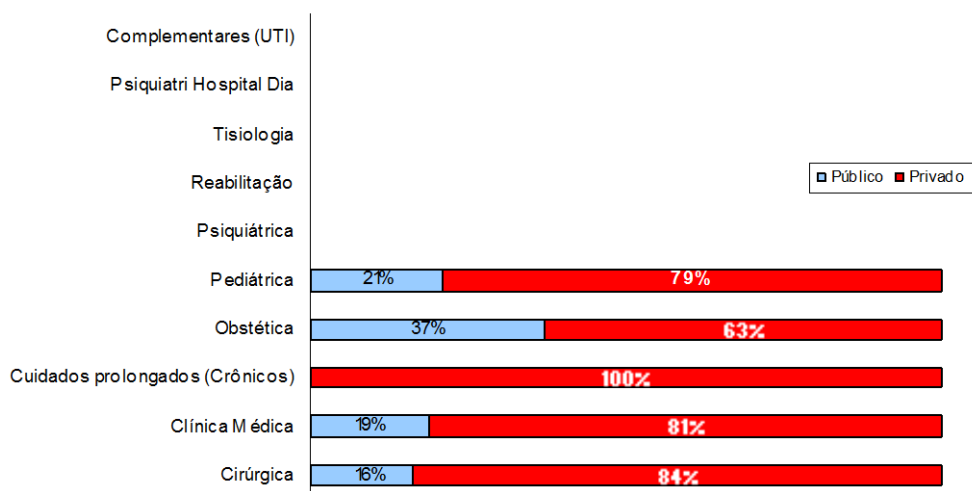
1. Figuras

Figura 29 – Proporção de Leitos SUS por especialidade por tipo de Prestador do município de CAMARAGIBE: período dez/2008.



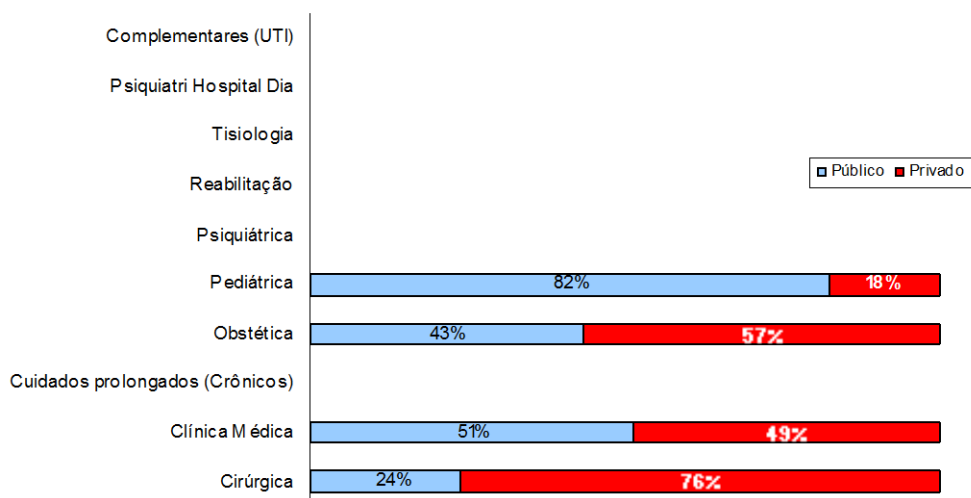
Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/DATASUS) / Ministério da Saúde.

Figura 30 – Proporção de Leitos SUS por especialidade por tipo de Prestador do município de JABOATÃO: período dez/2008.



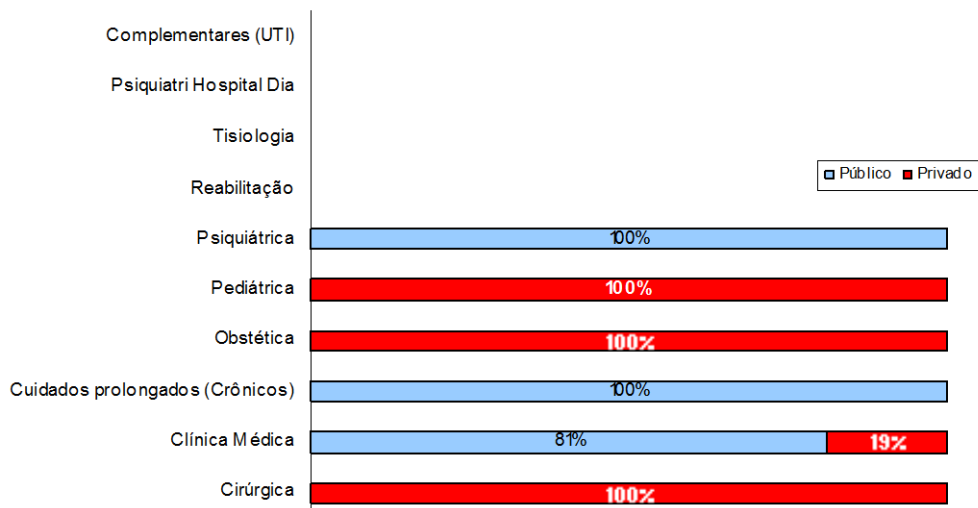
Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/DATASUS) / Ministério da Saúde

Figura 31 – Proporção de Leitos SUS por especialidade por tipo de Prestador do município de CABO DE SANTO AGOSTINHO: período dez/2008.



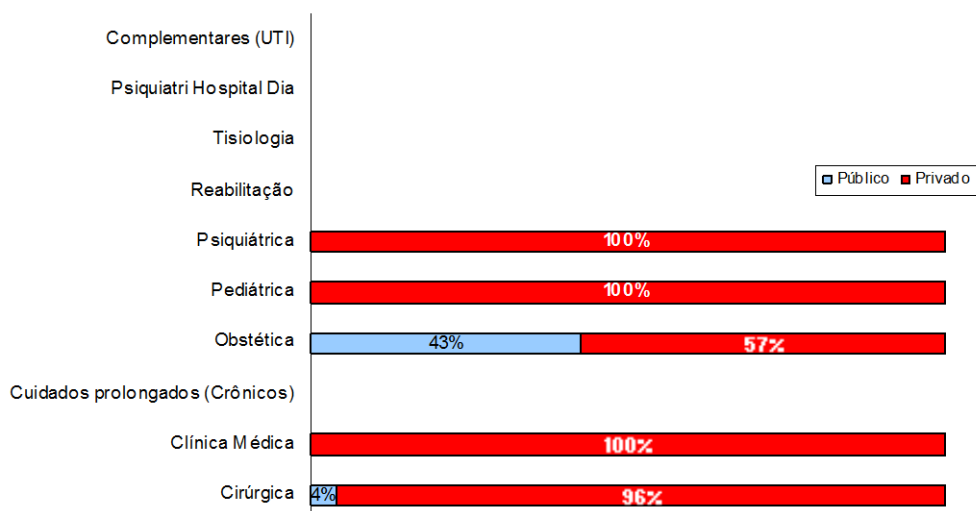
Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/DATASUS) / Ministério da Saúde

Figura 32 – Proporção de Leitos SUS por especialidade por tipo de Prestador do município de PAULISTA: período dez/2008.



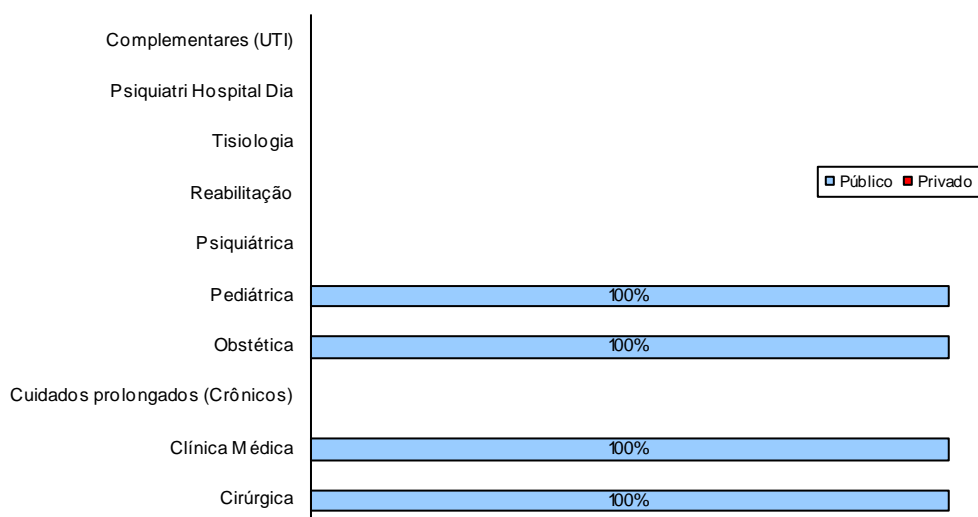
Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/DATASUS) / Ministério da Saúde

Figura 33 – Proporção de Leitos SUS por especialidade por tipo de Prestador do município de OLINDA: período dez/2008.



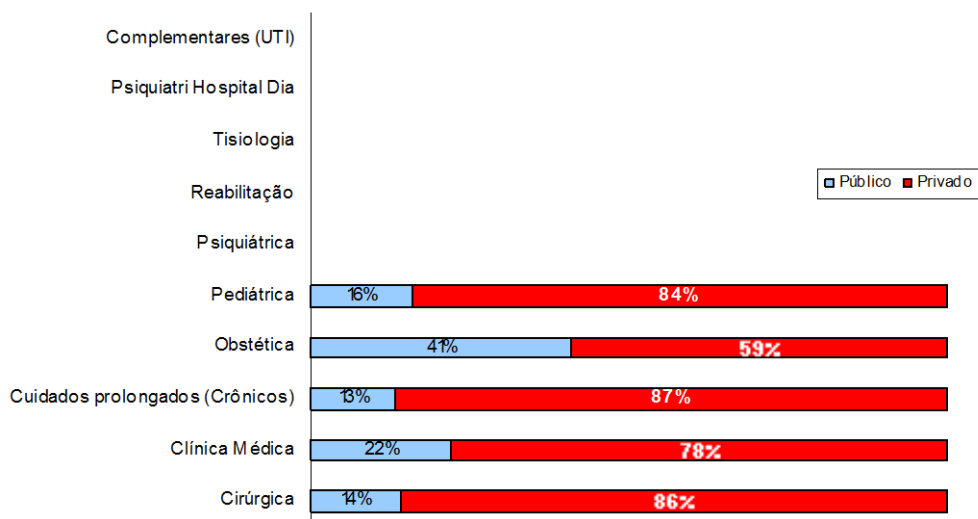
Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/DATASUS) / Ministério da Saúde

Figura 34 – Proporção de Leitos SUS por especialidade por tipo de Prestador do município de SÃO LOURENÇO: período dez/2008.



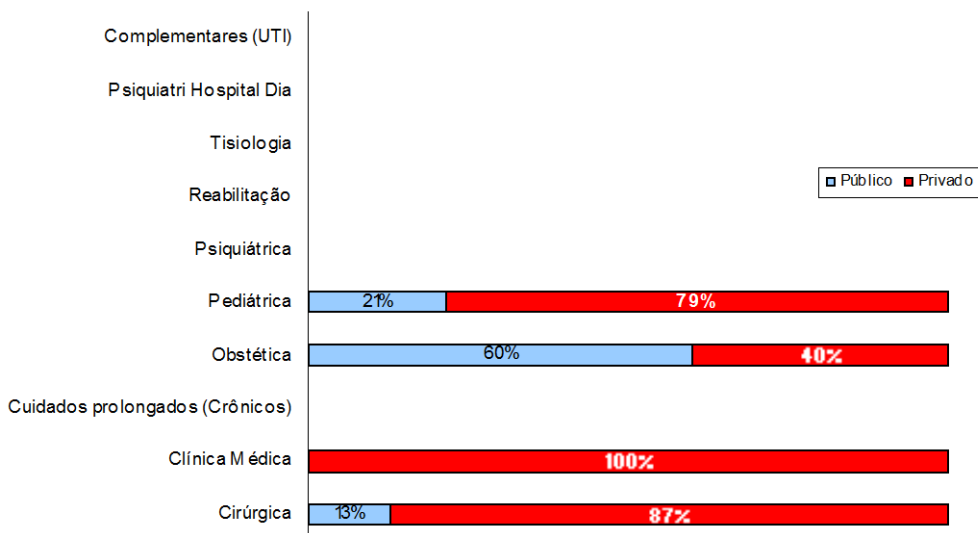
Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/DATASUS) / Ministério da Saúde

Figura 35 – Proporção de Leitos SUS por especialidade por tipo de Prestador do município de VITÓRIA DE SANTO ANTÃO: período dez/2008.



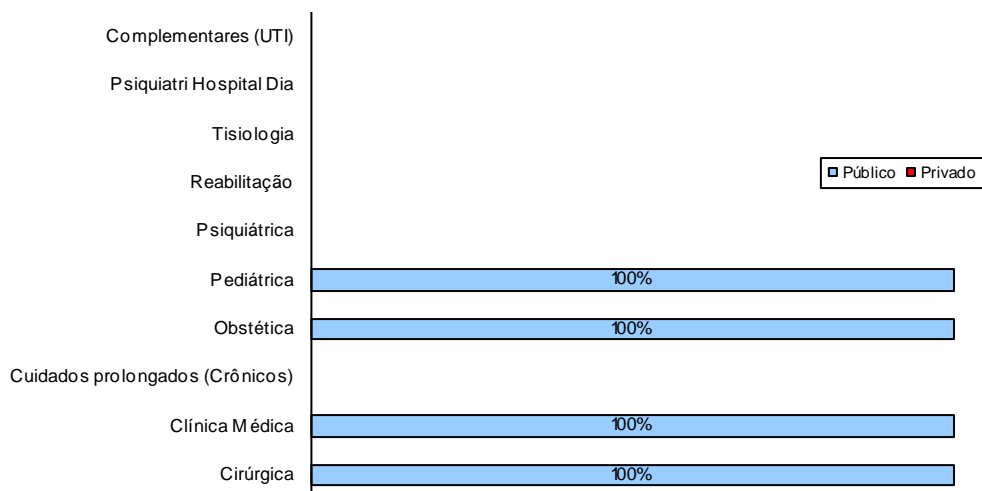
Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/DATASUS) / Ministério da Saúde

Figura 36 – Proporção de Leitos SUS por especialidade por tipo de Prestador do município de ABREU E LIMA: período dez/2008.



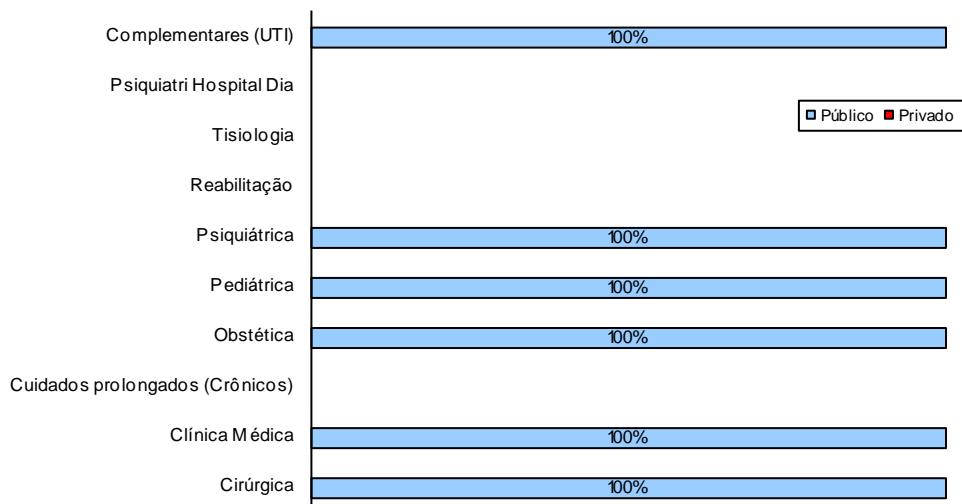
Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/DATASUS) / Ministério da Saúde

Figura 37 – Proporção de Leitos SUS por especialidade por tipo de Prestador do município de IPOJUCA: período dez/2008.



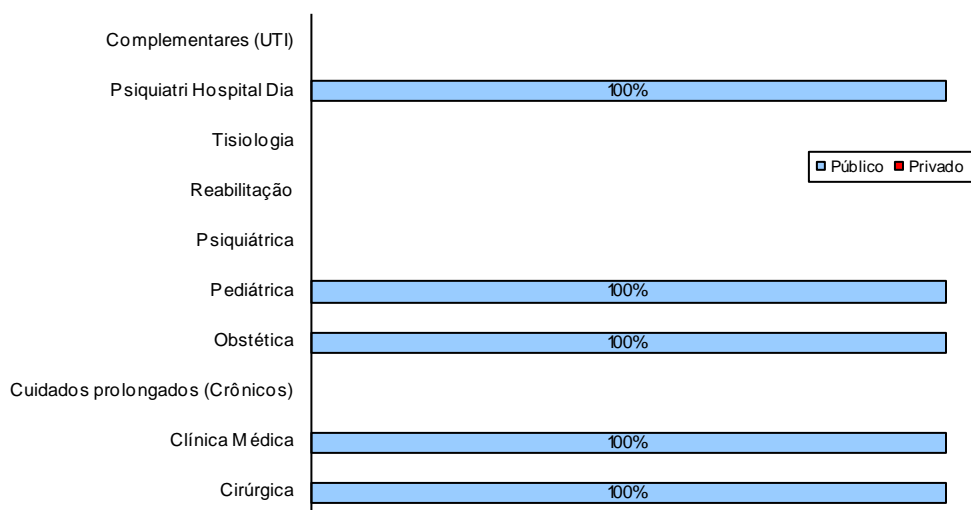
Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/DATASUS) / Ministério da Saúde

Figura 38 – Proporção de Leitos SUS por especialidade por tipo de Prestador do município de IGARASSU: período dez/2008.



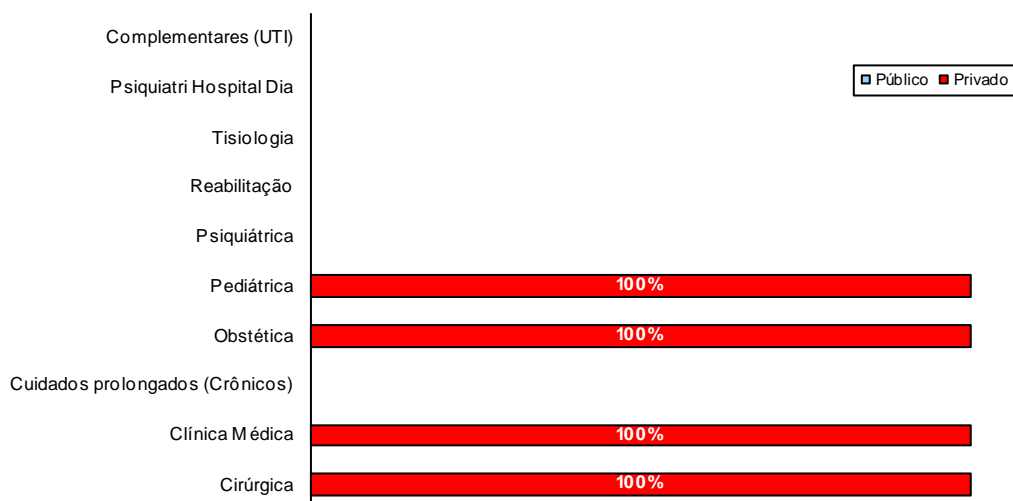
Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/DATASUS) / Ministério da Saúde

Figura 39 – Proporção de Leitos SUS por especialidade por tipo de Prestador do município de GOIANA: período dez/2008.



Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/DATASUS) / Ministério da Saúde

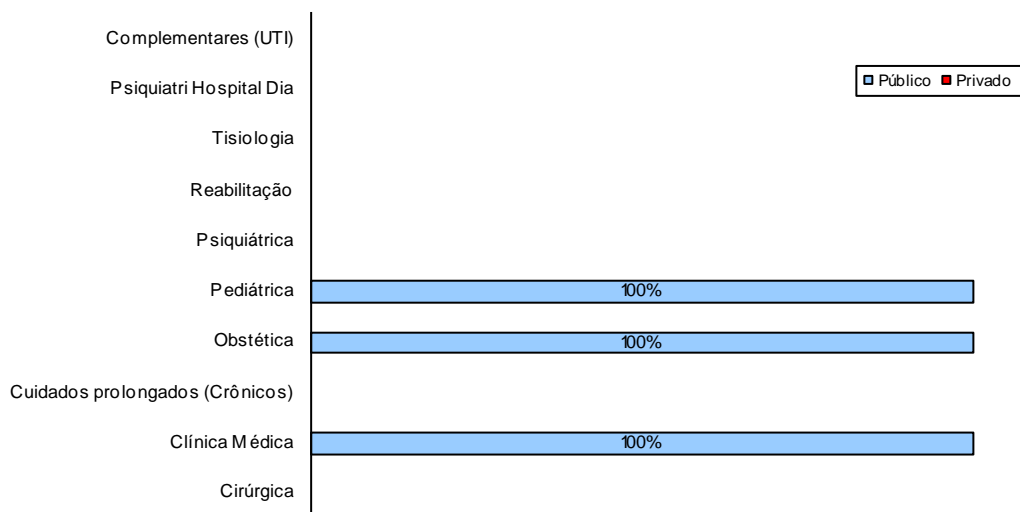
Figura 40 – Proporção de Leitos SUS por especialidade por tipo de Prestador do município de MORENO: período dez/2008.



Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/DATASUS) / Ministério da Saúde

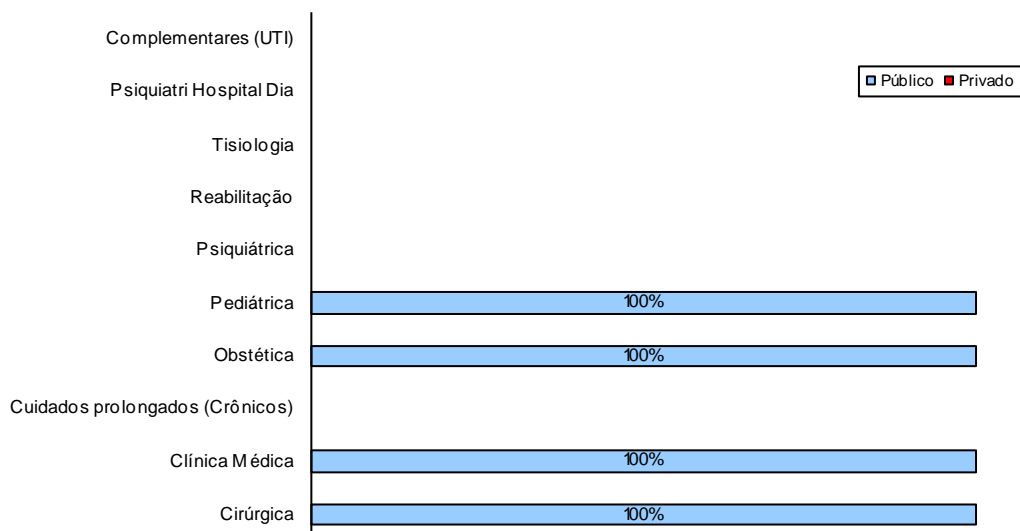


Figura 41 – Proporção de Leitos SUS por especialidade por tipo de Prestador do município de ITAMARACÁ: período dez/2008.



Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/DATASUS) / Ministério da Saúde

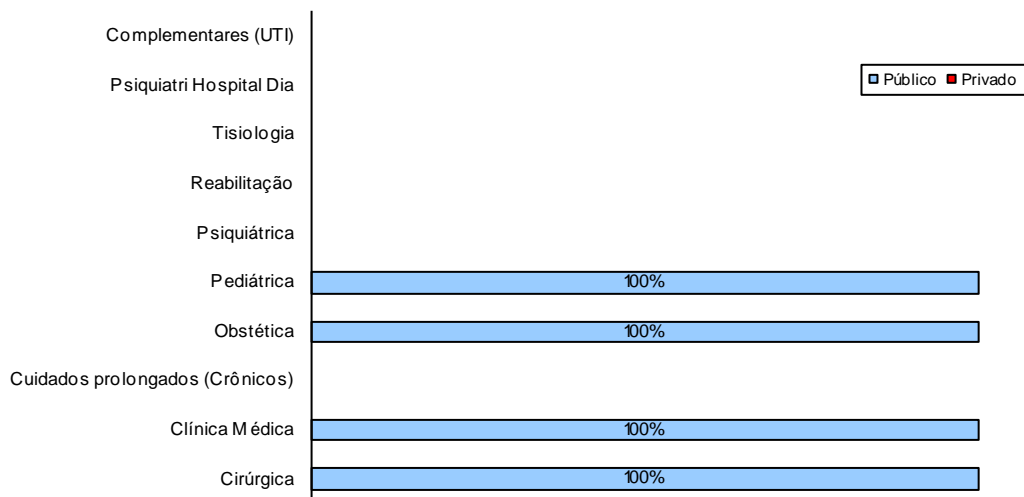
Figura 42 – Proporção de Leitos SUS por especialidade por tipo de Prestador do município de POMBOS: período dez/2008.



Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/DATASUS) / Ministério da Saúde



Figura 43 – Proporção de Leitos SUS por especialidade por tipo de Prestador do município de CHÃ GRANDE: período dez/2008.



Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/DATASUS) / Ministério da Saúde

Figura 44 – Proporção de Leitos SUS por tipo de Prestador da I GERES: período dez/2008.

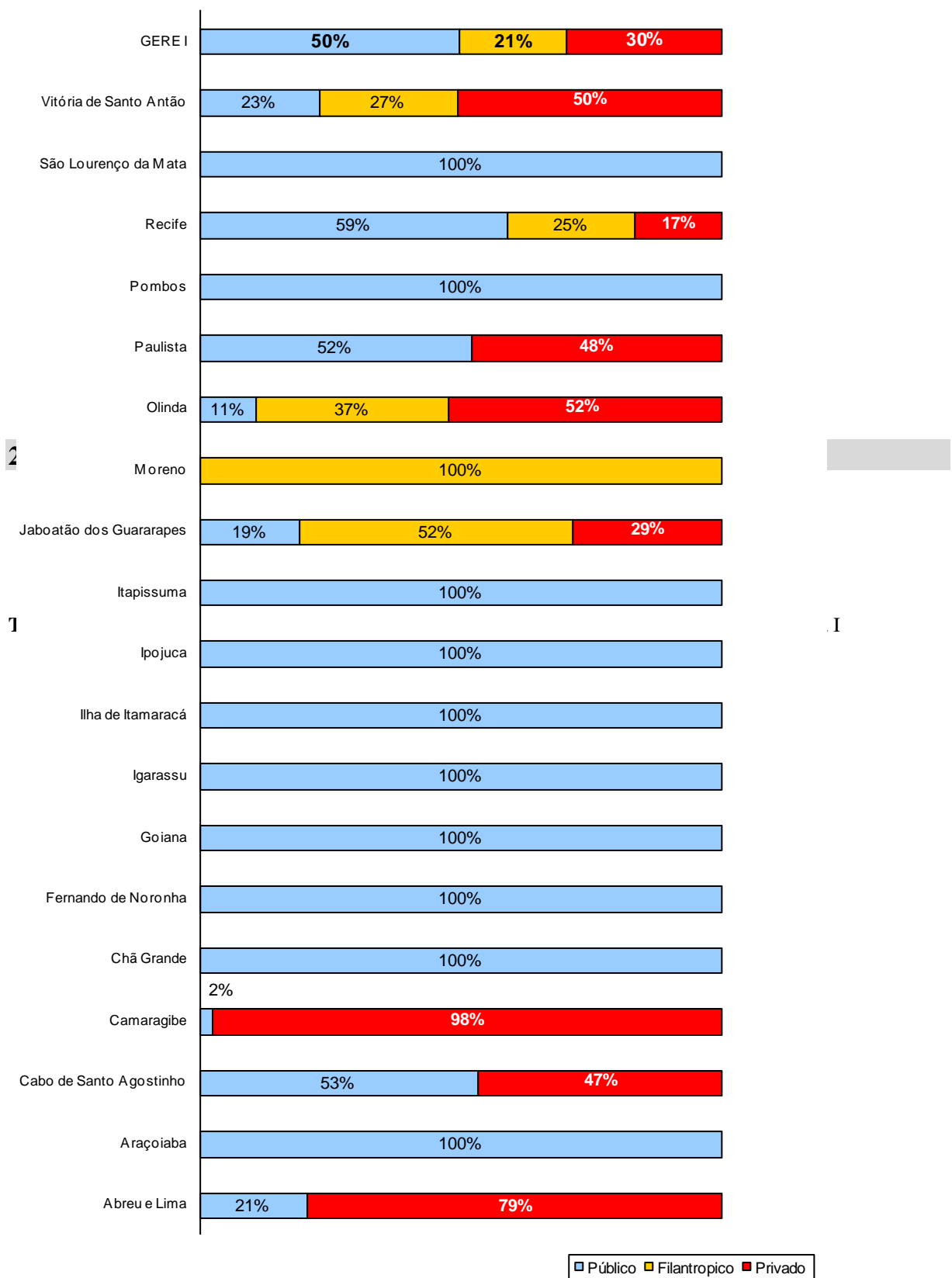




Tabela 15 – Produção trimestral de consultas e de atendimentos da Atenção Básica nos municípios da I GERES realizada entre jan/04 a set/08.

Período	JABOATÃO		PAULISTA		ABREU E LIMA		ARAÇOIABA		CABO		CAMARAGIBE	
	Produção	Parâmetro	Produção	Parâmetro	Produção	Parâmetro	Produção	Parâmetro	Produção	Parâmetro	Produção	Parâmetro
1º Trim/04	175.546	236.253	67.819	108.102	5.060	35.699	6.020	6.392	76.055	62.357	81.788	53.900
2º Trim/04	191.751	236.253	52.136	108.102	32.311	35.699	0	6.392	88.034	62.357	79.986	53.900
3º Trim/04	165.302	236.253	84.735	108.102	20.116	35.699	2.193	6.392	80.219	62.357	85.442	53.900
4º Trim/04	113.309	236.253	72.219	108.102	23.285	35.699	5.303	6.392	64.066	62.357	49.061	53.900
1º Trim/05	62.225	240.271	65.870	110.261	31.800	36.210	8.388	6.553	52.109	63.461	46.982	55.146
2º Trim/05	156.483	240.271	78.461	110.261	33.644	36.210	8.400	6.553	56.510	63.461	69.972	55.146
3º Trim/05	171.079	240.271	60.916	110.261	35.825	36.210	12.556	6.553	61.554	63.461	63.424	55.146
4º Trim/05	169.540	240.271	61.926	110.261	39.454	36.210	3.015	6.553	71.349	63.461	48.018	55.146
1º Trim/06	168.258	244.258	53.077	112.404	35.717	36.717	7.908	6.713	63.045	64.556	47.985	56.383
2º Trim/06	182.764	244.258	63.204	112.404	41.328	36.717	9.618	6.713	64.453	64.556	46.186	56.383
3º Trim/06	202.410	244.258	66.862	112.404	28.194	36.717	10.291	6.713	65.549	64.556	47.687	56.383
4º Trim/06	198.536	244.258	66.444	112.404	36.423	36.717	13.107	6.713	52.361	64.556	68.247	56.383
1º Trim/07	250.601	249.520	61.205	115.232	30.944	34.581	14.207	6.195	58.618	61.177	83.532	51.143
2º Trim/07	195.545	249.520	71.984	115.232	34.187	34.581	15.571	6.195	58.607	61.177	88.915	51.143
3º Trim/07	221.218	249.520	73.742	115.232	36.835	34.581	15.274	6.195	67.137	61.177	31.682	51.143
4º Trim/07	203.704	249.520	66.380	115.232	13.623	34.581	5.158	6.195	60.330	61.177	58.106	51.143
1º Trim/08	156.953	254.380	56.913	117.863	24.835	35.876	17.056	6.479	62.788	63.745	29.812	53.240
2º Trim/08	172.284	254.380	52.310	117.863	37.257	35.876	16.581	6.479	59.245	63.745	60.000	53.240
3º Trim/08	180.051	254.380	65.572	117.863	16.174	35.876	4.691	6.479	46.003	63.745	60.000	53.240
Total	3.337.559	4.644.348	1.241.775	2.137.585	557.012	680.456	175.337	122.849	1.208.032	1.197.439	1.146.825	1.026.008
SALDO	1.306.789		895.810		123.444		52.488		10.593		120.817	
Período	IGARASSU		IPOJUCA		ITAMARACÁ		ITAPISSUMA		MORENO		OLINDA	
	Produção	Parâmetro	Produção	Parâmetro	Produção	Parâmetro	Produção	Parâmetro	Produção	Parâmetro	Produção	Parâmetro
1º Trim/04	28.241	33.503	17.381	24.896	4.191	6.765	13.724	8.257	14.200	20.390	119.348	143.063
2º Trim/04	29.764	33.503	18.496	24.896	5.457	6.765	11.913	8.257	15.810	20.390	115.134	143.063
3º Trim/04	0	33.503	12.314	24.896	4.195	6.765	12.995	8.257	18.227	20.390	83.222	143.063
4º Trim/04	0	33.503	18.232	24.896	3.564	6.765	2.962	8.257	14.514	20.390	112.434	143.063
1º Trim/05	0	34.089	14.532	25.486	4.969	6.946	9.409	8.415	12.192	20.819	110.704	144.191
2º Trim/05	35.618	34.089	17.131	25.486	8.484	6.946	10.122	8.415	14.615	20.819	131.998	144.191
3º Trim/05	38.950	34.089	16.384	25.486	7.003	6.946	8.805	8.415	14.368	20.819	129.425	144.191
4º Trim/05	34.840	34.089	15.549	25.486	7.743	6.946	10.968	8.415	13.713	20.819	110.087	144.191
1º Trim/06	32.378	34.671	15.100	26.071	5.255	7.125	9.987	8.571	11.689	21.244	108.225	145.310
2º Trim/06	39.621	34.671	15.724	26.071	7.522	7.125	10.325	8.571	14.027	21.244	112.288	145.310
3º Trim/06	37.860	34.671	12.640	26.071	8.231	7.125	4.119	8.571	15.512	21.244	113.608	145.310
4º Trim/06	36.276	34.671	11.727	26.071	11.751	7.125	5.259	8.571	16.983	21.244	79.364	145.310
1º Trim/07	34.052	35.156	18.006	26.276	12.006	6.590	9.987	8.570	14.744	19.811	79.734	146.787
2º Trim/07	42.098	35.156	21.210	26.276	10.827	6.590	7.184	8.570	15.213	19.811	106.377	146.787
3º Trim/07	40.719	35.156	11.221	26.276	11.816	6.590	8.528	8.570	15.993	19.811	107.542	146.787
4º Trim/07	37.179	35.156	8.647	26.276	3.986	6.590	2.494	8.570	13.877	19.811	95.185	146.787
1º Trim/08	32.115	36.975	22.689	27.772	20.998	6.905	4.687	9.010	12.796	20.663	67.611	148.069
2º Trim/08	36.786	36.975	16.225	27.772	22.852	6.905	4.621	9.010	14.918	20.663	80.154	148.069
3º Trim/08	39.332	36.975	29.301	27.772	20.576	6.905	9.787	9.010	25.176	20.663	88.640	148.069
Total	575.829	660.601	312.509	494.232	181.426	130.419	157.876	162.282	288.567	391.045	1.951.080	2.761.611
SALDO	84.722		181.723		51.007		4.406		197.522		810.531	
Período	RECIFE		SÃO LOURENÇO		VITÓRIA		POMBOS		GOIANA		CHÁ GRANDE	
	Produção	Parâmetro	Produção	Parâmetro	Produção	Parâmetro	Produção	Parâmetro	Produção	Parâmetro	Produção	Parâmetro
1º Trim/04	401.287	557.576	29.527	34.775	28.170	46.174	14.956	9.161	17.022	28.043	12.272	7.462
2º Trim/04	435.433	557.576	33.041	34.775	29.386	46.174	14.674	9.161	21.392	28.043	13.069	7.462
3º Trim/04	446.435	557.576	34.926	34.775	20.290	46.174	9.311	9.161	16.574	28.043	14.392	7.462
4º Trim/04	401.172	557.576	27.183	34.775	26.603	46.174	11.895	9.161	19.191	28.043	15.205	7.462
1º Trim/05	373.818	562.878	23.353	34.968	26.823	46.632	9.803	9.250	16.427	28.342	7.978	7.586
2º Trim/05	443.294	562.878	31.320	34.968	31.766	46.632	7.436	9.250	19.777	28.342	9.854	7.586
3º Trim/05	484.747	562.878	19.063	34.968	30.624	46.632	11.722	9.250	24.083	28.342	16.411	7.586
4º Trim/05	514.281	562.878	23.028	34.968	28.378	46.632	8.071	9.250	28.212	28.342	10.408	7.586
1º Trim/06	458.820	568.145	21.620	35.159	24.063	47.086	9.025	9.339	26.492	28.639	8.725	7.709
2º Trim/06	500.619	568.145	25.111	35.159	28.959	47.086	11.014	9.339	19.064	28.639	15.411	7.709
3º Trim/06	497.630	568.145	15.788	35.159	21.461	47.086	7.781	9.339	6.293	28.639	17.103	7.709
4º Trim/06	466.386	568.145	17.346	35.159	17.219	47.086	3.820	9.339	16.624	28.639	15.188	7.709
1º Trim/07	452.412	575.093	21.495	35.739	24.532	45.462	9.234	8.179	20.176	26.924	14.954	6.586
2º Trim/07	509.567	575.093	23.558	35.739	31.460	45.462	11.857	8.179	21.340	26.924	20.050	6.586
3º Trim/07	479.464	575.093	22.031	35.739	29.773	45.462	9.826	8.179	24.785	26.924	14.271	6.586
4º Trim/07	447.237	575.093	20.441	35.739	11.342	45.462	10.015	8.179	9.278	26.924	13.431	6.586
1º Trim/08	524.438	581.243	25.908	37.176	58.974	47.130	5.417	8.345	13.287	27.818	11.900	6.744
2º Trim/08	473.976	581.243	57.565	37.176	30.396	47.130	6.465	8.345	24.572	27.818	8.223	6.744
3º Trim/08	499.941	581.243	94.184	37.176	22.751	47.130	6.988	8.345	27.332	27.818	87.828	6.744
Total	8.810.957	10.798.497	566.488	674.092	522.970	882.806	179.310	168.751	371.921	531.246	326.673	137.604
SALDO	1.987.540		107.604		359.836		10.559		159.325		189.069	

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/DATASUS) / Ministério da Saúde.



Nota: Os parâmetros foram calculados a partir das Portarias nº 1.101/GM de 12/06/2002 e 91/GM de 10/01/2007 do Ministério da Saúde.

Tabela 16 – Distribuição dos Leitos SUS em cada município da I GERES por tipo de Prestador: período dez/2008.

Região Saúde / Município	Público	Filantrópico	Privado	Total	Município %			I GERES %		
					Público	Filantrópico	Privado	Público	Filantrópico	Privado
GERE I	5.327	2.221	3.176	10.724	49,7%	20,7%	29,6%	100,0%	100,0%	100,0%
Abreu e Lima	16	-	62	78	20,5%	-	79,5%	0,3%	-	2,0%
Araçoiaba	4	-	-	4	100,0%	-	-	0,1%	-	-
Cabo de Santo Agostinho	78	-	68	146	53,4%	-	46,6%	1,5%	-	2,1%
Camaragibe	29	-	1.235	1.264	2,3%	-	97,7%	0,5%	-	38,9%
Chã Grande	38	-	-	38	100,0%	-	-	0,7%	-	-
Goiana	84	-	-	84	100,0%	-	-	1,6%	-	-
Igarassu	158	-	-	158	100,0%	-	-	3,0%	-	-
Ilha de Itamaracá	364	-	-	364	100,0%	-	-	6,8%	-	-
Ipojuca	28	-	-	28	100,0%	-	-	0,5%	-	-
Itapissuma	8	-	-	8	100,0%	-	-	0,2%	-	-
Jaboatão dos Guararapes	80	222	121	423	18,9%	52,5%	28,6%	1,5%	10,0%	3,8%
Moreno	-	123	-	123	-	100,0%	-	-	5,5%	-
Olinda	30	105	148	283	10,6%	37,1%	52,3%	0,6%	4,7%	4,7%
Paulista	217	-	199	416	52,2%	-	47,8%	4,1%	-	6,3%
Pombos	21	-	-	21	100,0%	-	-	0,4%	-	-
Recife	3.968	1.648	1.110	6.726	59,0%	24,5%	16,5%	74,5%	74,2%	34,9%
São Lourenço da Mata	92	-	-	92	100,0%	-	-	1,7%	-	-
Vitória de Santo Antão	106	123	233	462	22,9%	26,6%	50,4%	2,0%	5,5%	7,3%

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/DATASUS) / Ministério da Saúde

Tabela 17 – Total de internações realizadas nos cinco maiores hospitais estaduais da RMR e alguns indicadores de desempenho – período: jan a dez/2008.

Hospital	Total de Leitos	AIH		Média de Leitos / Dia	Tempo Médio de Internamento	Taxa de Ocupação	Taxa de Rotatividade
		Quantidade	Valor Médio (R\$)				
Hospital da Restauração	581	22.406	1.094,95	510	8,3	0,88	38,6
Hospital Agamenon Magalhães	427	13.848	1.039,20	296	7,8	0,69	32,4
Hospital Barão de Lucena	363	12.052	841,30	225	6,8	0,62	33,2
Hospital Geral Otávio de Freitas	354	10.100	1.162,10	318	11,5	0,90	28,5
Hospital Getúlio Vargas	308	11.750	875,95	267	8,3	0,87	38,1
Total	2.033	70.156	1.002,70	1.616	8,54	0,79	34,2

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH/DATASUS) / Ministério da Saúde.



Tabela 18 – Comparação das necessidades de Leitos a partir da Portaria GM/MS nº 1.101 de 12 de junho de 2002 do Ministério da Saúde e os ofertados pelos municípios da I GERES Recife – período de dez/2008.

NECESSIDADE DE LEITOS HOSPITALAR				
Leito	Parâmetro	Necessidade	Oferta	Saldo
Leitos Hospitalares Totais	2,5 a 3,0 Leitos/1.000 Hab.	8.686	10.377 (1)	1.691
NECESSIDADE POR ESPECIALIDADE				
Leito	Parâmetro	Necessidade	Oferta	Saldo
Cirúrgica	(Pop. (2) / 1.000) x 0,44	1.320	2.355	1.035
Clínica Médica	(Pop. / 1.000) x 0,78	2.341	2.218	(123)
Cuidados Prolongados (Crônicos)	(Pop. / 1.000) x 0,16	480	234	(246)
Obstétrica	(Pop. / 1.000) x 0,28	840	888	48
Pediátrica	(Pop. / 1.000) x 0,41	1.230	1.125	(105)
Psiquiátrica	(Pop. / 1.000) x 0,45	1.350	3.154	1.804
Reabilitação	(Pop. / 1.000) x 0,14	420	20	(400)
Tisiologia	(Pop. / 1.000) x 0,01	30	19	(11)
Psiquiatria (Hospital Dia)	(Pop. / 1.000) x 0,08	240	-	(240)
Total		8.251	10.013	1.762
NECESSIDADE DE UTI				
Leitos de UTI (3)	4 a 10% Total Leitos Hosp.	435	364	(71)

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/DATASUS) / Ministério da Saúde, IBGE e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Nota (1): Não foi computado no demonstrativo 347 leitos ofertados que por sua natureza não existem parâmetros para cálculo das necessidades.

Nota (2): Para cálculo das necessidades de leitos foi utilizado como parâmetro a População de Usuários SUS (População Municipal – Usuários de Plano de Saúde).

Nota (3): Foi utilizado o percentual de 5% para cálculo do total de leitos de UTI necessários.

Tabela 19 – Desempenho das Unidades Hospitalares a partir de quatro especialidades de leitos.

Cinco maiores Hospitais Públicos Estaduais da RMR	Leitos por Especialidade (1)	Total de Leitos	Quantidade de AIH (2)	Valor Total (R\$)	Valor Médio AIH (R\$) (3)	Taxa de Ocupação	Tempo Médio de Internação	Taxa de Rotatividade
Hospital da Restauração	Cirúrgica	352	8.947	15.172.991,11	1.695,87	0,69	9,9	25,4
	Obstétrica	-	-	-	-	-	-	-
	Clínica Médica	116	11.743	8.494.069,53	723,33	2,13	7,7	94,7
	Pediátrica	48	1.716	866.437,39	504,92	0,46	4,7	42,9
	Total	516	22.406	24.533.498,03	1.094,95	0,99	8,3	54,3
Hospital Getúlio Vargas	Cirúrgica	177	6.479	7.047.533,91	1.087,75	0,81	8,1	36,6
	Obstétrica	-	-	-	-	-	-	-
	Clínica Médica	57	5.270	3.244.813,20	615,71	2,16	8,5	92,5
	Pediátrica	-	-	-	-	-	-	-
	Total	234	11.749	10.292.347,11	876,02	1,14	8,3	50,2
Hospital Geral Otávio de Freitas	Cirúrgica	102	4.583	4.776.661,92	1.042,26	0,92	7,5	44,9
	Obstétrica	-	-	-	-	-	-	-
	Clínica Médica	166	4.062	4.600.788,44	1.132,64	0,90	13,4	24,5
	Pediátrica	23	10	2.161,45	216,15	0,003	2,9	0,4
	Total	291	8.655	9.379.611,81	1.083,72	0,84	10,3	29,7
Hospital Barão de Lucena	Cirúrgica	102	3.593	2.527.437,40	703,43	0,31	3,2	35,2
	Obstétrica	82	3.686	2.731.808,31	741,13	0,56	4,5	45,0
	Clínica Médica	64	2.010	1.889.174,28	939,89	1,18	13,8	31,4
	Pediátrica	75	2.763	2.990.983,84	1.082,51	0,96	9,5	36,8
	Total	323	12.052	10.139.403,83	841,30	0,70	6,8	37,3
Hospital Agamenon Magalhães	Cirúrgica	90	2.992	5.361.353,08	1.791,90	0,44	4,8	33,2
	Obstétrica	77	4.103	2.552.708,67	622,16	0,70	4,8	53,3
	Clínica Médica	124	5.540	4.470.784,77	807,00	1,32	10,8	44,7
	Pediátrica	60	1.213	2.005.951,51	1.653,71	0,63	11,3	20,2
	Total	351	13.848	14.390.798,03	1.039,20	0,84	7,8	39,5

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH/DATASUS) / Ministério da Saúde.

Nota: Não foram contabilizados os leitos de UTI e cuidados intermediários. Em consequência, as taxas têm seus valores superdimensionados. No entanto, os valores calculados permitem a identificação de leitos subutilizados.

Nota (1): Para o cálculo dos indicadores levando em consideração a especialidade dos internamentos, os leitos de neonatologia, que no CNES aparecem como leitos clínicos, foram contabilizados como leitos de pediatria.

Nota (2): Foram excluídos os internamentos referentes às especialidades psiquiatria, fisiologia e crônicos, bem como os respectivos leitos.

Nota (3): Para cálculo do Valor Médio de Internações, o sistema utiliza a média ponderada de todos os procedimentos de internamentos dos leitos selecionados (cirúrgica, obstétrica, clínica médica e pediátrica) disponíveis em cada unidade hospitalar.

Tabela 20 – Desempenho das Unidades Hospitalares a partir dos internamentos em cirurgia, clínica, obstetrícia e pediatria.

Grupo	Definição do Grupo	Leitos por Especialidade (1)	Total de Leitos	Quantidade de AIH (2)	Valor Total (R\$)	Valor Médio AIH (R\$) (3)	Taxa de Ocupação	Tempo Médio de Internação	Taxa de Rotatividade
1	Cinco maiores Hospitais Públicos Estaduais da RMR	Cirúrgica	823	26.594	34.885.977,42	1.311,80	0,67	7,6	32,3
		Obstétrica	159	7.789	5.284.516,98	678,46	0,63	4,7	49,0
		Clínica Médica	527	28.625	22.699.630,22	793,00	1,44	9,7	54,3
		Pediátrica	230	5.702	5.865.534,19	1.028,68	0,57	8,4	24,8
		Total	1.739	68.710	68.735.658,81	1.000,37	0,89	8,2	39,5
2	Hospitais Públicos Estaduais de médio porte	Cirúrgica	49	358	127.561,30	356,32	0,06	3,1	7,3
		Obstétrica	76	872	328.625,23	376,86	0,07	2,3	11,5
		Clínica Médica	120	3.009	1.239.274,88	411,86	0,59	8,5	25,1
		Pediátrica	65	2.669	1.124.411,87	421,29	0,61	5,4	41,1
		Total	310	6.908	2.819.873,28	408,20	1,32	6,2	21,2
3	Hospitais Públicos Municipais de Recife de médio porte	Cirúrgica	10	1.870	512.753,69	274,20	0,80	1,6	187,0
		Obstétrica	112	8.347	4.128.768,52	494,64	0,51	2,5	74,5
		Clínica Médica	22	90	6.006,83	66,74	0,02	2,1	4,1
		Pediátrica	81	4.534	1.527.303,19	336,86	0,59	3,8	56,0
		Total	225	14.841	6.174.832,23	416,07	0,50	2,8	66,0
4	Hospitais Privados de médio porte	Cirúrgica	205	11.826	7.035.704,38	594,94	0,47	3,0	57,7
		Obstétrica	101	9.252	4.652.231,89	502,84	0,45	1,8	91,6
		Clínica Médica	136	2.181	807.965,79	370,46	0,22	4,9	16,0
		Pediátrica	78	677	290.561,28	429,19	0,13	5,3	8,7
		Total	520	23.936	12.786.463,34	534,19	0,35	2,8	46,0
5	Hospitais Públicos Municipais fora da Capital	Cirúrgica	25	1.237	509.022,23	411,50	0,27	2,0	49,5
		Obstétrica	37	1.025	534.775,69	521,73	0,13	1,8	27,7
		Clínica Médica	86	1.963	759.750,32	387,04	0,50	8,0	22,8
		Pediátrica	48	1.039	414.024,05	398,48	0,25	4,2	21,6
		Total	196	5.264	2.217.572,29	421,27	0,29	4,0	30,4

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH/DATASUS) / Ministério da Saúde.

Nota: Não foram contabilizados os leitos de UTI e cuidados intermediários. Em consequência, as taxas têm seus valores superdimensionados. No entanto, os valores calculados permitem a identificação de leitos subutilizados.

Nota (1): Para o cálculo dos indicadores levando em consideração a especialidade dos internamentos, os leitos de neonatologia, que no CNES aparecem como leitos clínicos, foram contabilizados como leitos de pediatria.

Nota (2): Foram excluídos os internamentos referentes às especialidades psiquiatria, fisiologia e crônicos, bem como os respectivos leitos.

Nota (3): Para cálculo do Valor Médio de Internações, o sistema utiliza a média ponderada de todos os procedimentos de internamentos dos leitos selecionados (cirúrgica, obstétrica, clínica médica e pediátrica) disponíveis em cada unidade hospitalar.



Tabela 21 – Distribuição dos leitos na rede municipal de saúde de CAMARAGIBE por unidade hospitalar.

CAMARAGIBE População: 141.973 Usuários de Plano de Saúde: 15.645 Usuários SUS: 126.328	LEITOS POR ESPECIALIDADE									Total de Leitos por Unidade	AIH Frequência 2008	AIH Valor Médio 2008	Tempo Médio de Internação	Taxa de Ocupação	Taxa de Rotatividade	
	Cirurgia	Clínica médica	Cuidados prolongados (Crônicos)	Obstétrica	Pediátrica	Psiquiátrica	Reabilitação	Fisiologia	Psiquiatria Hospital Dia							Complementares (UTI)
Maternidade Amiga da Família	2	1		21	5						29	1.775	459,80	2,4	0,41	61,2
Público Municipal	2	1		21	5						29					
Hospital Geral de Camaragibe Ltda.	70	12		13							95	2.067	901,51	5,1	0,30	21,8
Hospital José Alberto Maia						980					980	7.655	852,23	30,3	0,65	7,8
Comunidade Terapêutica N. S. das Graças						160					160	1.682	1.221,75	30,4	0,87	10,5
Privado	70	12		13		1140					1.235					
Total ofertado	72	13		34	5	1.140					1.264					
Total necessário - Port. 1.101/GM	56	99	20	35	52	57	18	1		24	347					
Diferença	-16	-86	-20	-1	-47	1.083	-18	-1		-24	917					
Diferença %																

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/DATASUS) / Ministério da Saúde, IBGE e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).



Tabela 22 – Distribuição dos leitos na rede municipal de saúde de CABO DE SANTO AGOSTINHO por unidade hospitalar.

CABO DE SANTO AGOSTINHO População: 169.986 Usuários de Plano de Saúde: 7.727 Usuários SUS: 162.259	LEITOS POR ESPECIALIDADE									Total de Leitos por Unidade	AIH Frequência 2008	AIH Valor Médio 2008	Tempo Médio de Internação	Taxa de Ocupação	Taxa de Rotatividade	
	Cirúrgica	Clínica médica	Cuidados prolongados (Crônicos)	Obstétrica	Pediátrica	Psiquiátrica	Reabilitação	Tisiologia	Psiquiatria Hospital Dia							Complementares (UTI)
Hospital Infantil Adailton C de Alencar					28						28	744	394,56	5,5	0,40	26,6
Hospital Mendo Sampaio	4	24									28	470	384,63	12,4	0,57	16,6
Maternidade Padre Geraldo Leite Bastos	1	11		10							22	1.112	428,12	2,2	0,30	50,5
Público Municipal	5	35		10	28						78					
Casa de Saúde Santa Helena	16	33		13	6						68	1.595	408,74	3,6	0,23	23,5
Privado	16	33		13	6						68					
Total ofertado	21	68		23	34						146					
Total necessário - Port. 1.101/GM	71	127	26	45	67	73	23	2		31	446					
Diferença	-50	-59	-26	-22	-33	-73	-23	-2		-31	-300					
Diferença %																

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/DATASUS) / Ministério da Saúde, IBGE e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).



Tabela 23 – Distribuição dos leitos na rede municipal de saúde de JABOATÃO DOS GUARARAPES por unidade hospitalar.

JABOATÃO DOS GUARARAPES População: 678.346 Usuários de Plano de Saúde: 117.010 Usuários SUS: 561.336	LEITOS POR ESPECIALIDADE										Total de Leitos por Unidade	AIH Frequência 2008	AIH Valor Médio 2008	Tempo Médio de Internação	Taxa de Ocupação	Taxa de Rottividade
	Cirúrgica	Clínica médica	Cuidados prolongados (Crônicos)	Obstétrica	Pediátrica	Psiquiátrica	Reabilitação	Tisiologia	Psiquiatria Hospital Dia	Complementares (UTI)						
Hospital Jaboatão Prazeres	20	20		20	20						80	1.423	399,94	8,5	0,41	17,8
Público Estadual	20	20		20	20						80					
Hospital Memorial Jaboatão	35	39	40	1	23						138	5.657	484,52	4,8	0,54	41,0
Hospital Memorial Guararapes	42	5		32	5						84	5.216	500,44	3,0	0,51	62,1
Hospital Nossa Senhora de Lourdes	28	44		1	48						121	5.539	428,91	3,3	0,41	45,8
Privado	105	88	40	34	76						343					
Total ofertado	125	108	40	54	96						423					
Total necessário - Port. 1.101/GM	247	438	90	157	230	253	79	6	108		1.544					
Diferença	-122	-330	-50	-103	-134	-253	-79	-6		-108	-1.121					
Diferença %																

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/DATASUS) / Ministério da Saúde, IBGE e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).



Tabela 24 – Distribuição dos leitos na rede municipal de saúde de PAULISTA por unidade hospitalar.

PAULISTA População: 314.302 Usuários de Plano de Saúde: 56.253 Usuários SUS: 258.049	LEITOS POR ESPECIALIDADE										Total de Leitos por Unidade	AIH Freqüência 2008	AIH Valor Médio 2008	Tempo Médio de Internação	Taxa de Ocupação	Taxa de Rottividade
	Cirúrgica	Clínica médica	Cuidados prolongados (Crônicos)	Obstétrica	Pediátrica	Psiquiátrica	Reabilitação	Tisiologia	Psiquiatria Hospital Dia	Complementares (UTI)						
Hospital da Mirueira		117	85								202	2.216	882,64	16,6	0,5	11,0
Hospital Psiquiátrico do Paulista						80					80	265	1.127,40	26,7	0,24	3,3
Público Estadual		117	85			80					282					
Hospital Central de Paulista	59	27		28	5						119	7.182	543,89	2,7	0,44	60,4
Privado	59	27		28	5						119					
Total ofertado	59	144	85	28	5	80					401					
Total necessário - Port. 1.101/GM	114	201	41	72	106	116	36	3		50	710					
Diferença	-55	-57	44	-44	-101	-36	-36	-3		-50	-309					
Diferença %																

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/DATASUS) / Ministério da Saúde, IBGE e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).



Tabela 25 – Distribuição dos leitos na rede municipal de saúde de OLINDA por unidade hospitalar.

OLINDA População: 394.850 Usuários de Plano de Saúde: 95.042 Usuários SUS: 299.808	LEITOS POR ESPECIALIDADE										Total de Leitos por Unidade	AIH Freqüência 2008	AIH Valor Médio 2008	Tempo Médio de Internação	Taxa de Ocupação	Taxa de Rottividade
	Cirúrgica	Clínica médica	Cuidados prolongados (Crônicos)	Obstétrica	Pediátrica	Psiquiátrica	Reabilitação	Tisiologia	Psiquiatria Hospital Dia	Complementares (UTI)						
Maternidade Brites de Albuquerque	1			29							30	915	462,58	1,9	0,16	30,5
Público Municipal	1			29							30					
Hospital do Tricentenário	23	28		39	15					4	109	7.697	474,36	2,4	0,46	70,6
Comunidade Terapêutica de Olinda						148					148	1.762	1.174,63	30,0	0,98	11,9
Privado	23	28		39	15	148				4	257					
Total ofertado	24	28		68	15	148				4	287					
Total necessário - Port. 1.101/GM	132	234	48	84	123	135	42	3	24	58	824					
Diferença	-108	-206	-48	-16	-108	13	-42	-3	-24	-54	-537					
Diferença %																

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/DATASUS) / Ministério da Saúde, IBGE e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).



Tabela 26 – Distribuição dos leitos na rede municipal de saúde de SÃO LOURENÇO por unidade hospitalar.

SÃO LOURENÇO População: 99.136 Usuários de Plano de Saúde: 4.814 Usuários SUS: 94.322	LEITOS POR ESPECIALIDADE										Total de Leitos por Unidade	AIH Frequência 2008	AIH Valor Médio 2008	Tempo Médio de Internação	Taxa de Ocupação	Taxa de Rottividade
	Cirúrgica	Clínica médica	Cuidados prolongados (Crônicos)	Obstétrica	Pediátrica	Psiquiátrica	Reabilitação	Fisiologia	Psiquiatria Hospital Dia	Complementares						
Hospital Petronila Campos	10	33		24	25						92	2.970	453,56	4,3	0,38	32,3
Público Municipal	10	33		24	25						92					
Total ofertado	10	33		24	25						92					
Total necessário - Port. 1.101/GM	42	74	15	26	39	42	13	1	8	18	258					
Diferença	-32	-41	-15	-2	-14	-42	13	-1	-8	-18	-166					
Diferença %																

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/DATASUS) / Ministério da Saúde, IBGE e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).



Tabela 27 – Distribuição dos leitos na rede municipal de saúde de VITÓRIA DE SANTO ANTÃO por unidade hospitalar.

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO População: 125.681 Usuários de Plano de Saúde: 5.493 Usuários SUS: 120.188	LEITOS POR ESPECIALIDADE									Total de Leitos por Unidade	AIH Freqüência 2008	AIH Valor Médio 2008	Tempo Médio de Internação	Taxa de Ocupação	Taxa de Rottividade	
	Cirúrgica	Clínica médica	Cuidados prolongados (Crônicos)	Obstétrica	Pediátrica	Psiquiátrica	Reabilitação	Tisiologia	Hospital Dia							Complementares / (UTI)
Hospital João Murilo	11	32	6	38	16					3/0	106	1.356	381,60	5,5	0,19	12,8
Público Estadual	11	32	6	38	16					3/0	106					
Hospital Geral de Vitória	25	25		20	10						80	6.948	482,03	2,6	0,63	86,9
Centro Hospitalar Santa Maria	15	33			30						78	2.244	544,47	4,3	0,34	28,8
PS e CS da Vitória	10	40		10	15						75	5.297	471,11	2,7	0,52	70,6
Apami de Vitória Santo Antão	16	15	39	25	28						123	4.337	622,82	5,0	0,48	35,3
Privado	66	113	39	55	83						356					
Total ofertado	77	145	45	93	99					3/0	462					
Total necessário - Port. 1.101/GM	53	94	19	34	49	54	17	1	10	/23	331					
Diferença	24	51	26	59	50	-54	-17	-1	-10							
Diferença %																

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/DATASUS) / Ministério da Saúde, IBGE e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).



Tabela 28 – Distribuição dos leitos na rede municipal de saúde de ABREU E LIMA por unidade hospitalar.

ABREU E LIMA População: 92.217 Usuários de Plano de Saúde: 9.924 Usuários SUS: 82.293	LEITOS POR ESPECIALIDADE										Total de Leitos por Unidade	AIH Frequência 2008	AIH Valor Médio 2008	Tempo Médio de Internação	Taxa de Ocupação	Taxa de Rottividade
	Cirúrgica	Clínica médica	Cuidados prolongados (Crônicos)	Obstétrica	Pediátrica	Psiquiátrica	Reabilitação	Tisiologia	Psiquiatria Hospital Dia	Complementares / (UTI)						
Hospital e Maternidade Abreu e Lima	4			9	3						16	925	468,61	2,4	0,38	57,8
Público Municipal	4			9	3						16					
Hospital São José	27	18		6	11						62	2.636	643,47	4,9	0,57	42,5
Privado	27	18		6	11						62					
Total ofertado	31	18		15	14						78					
Total necessário - Port. 1.101/GM	36	64	13	23	34	37	12	1	7	/16	226					
Diferença	-5	-46	-13	-8	-20	-37	-12	-1	-7							
Diferença %																

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/DATASUS) / Ministério da Saúde, IBGE e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).



Tabela 29 – Distribuição dos leitos na rede municipal de saúde de IPOJUCA por unidade hospitalar.

IPOJUCA População: 74.059 Usuários de Plano de Saúde: 6.805 Usuários SUS: 67.254	LEITOS POR ESPECIALIDADE										Total de Leitos por Unidade	AIH Frequência 2008	AIH Valor Médio 2008	Tempo Médio de Internação	Taxa de Ocupação	Taxa de Rottividade
	Cirúrgica	Clínica médica	Cuidados prolongados (Crônicos)	Obstétrica	Pediátrica	Psiquiátrica	Reabilitação	Tisiologia	Psiquiatria Hospital Dia	Complementares / (UTI)						
Centro Hospitalar Carozita Brito		7		4	3						14	192	390,05	5,3	0,20	13,7
Hospital Santo Cristo de Ipojuca	2	4		4	4						14	80	421,02	1,5	0,02	5,7
Público Municipal	2	11		8	7						28					
Total ofertado	2	11		8	7						28					
Total necessário - Port. 1.101/GM	30	52	11	19	28	30	9	1	5	/13	185					
Diferença	-28	-41	-11	-11	-21	-30	-9	-1	-5							
Diferença %																

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/DATASUS) / Ministério da Saúde, IBGE e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).



Tabela 30 – Distribuição dos leitos na rede municipal de saúde de IGARASSU por unidade hospitalar.

IGARASSU População: 98.601 Usuários de Plano de Saúde: 6.339 Usuários SUS: 92.292	LEITOS POR ESPECIALIDADE										Total de Leitos por Unidade	AIH Frequência 2008	AIH Valor Médio 2008	Tempo Médio de Internação	Taxa de Ocupação	Taxa de Rottividade
	Cirúrgica	Clínica médica	Cuidados prolongados (Crônicos)	Obstétrica	Pediátrica	Psiquiátrica	Reabilitação	Tisiologia	Hospital Dia	Complementares / (UTI)						
Hospital Colônia Prof. Alcides Codeceira						120					120	1.252	1.319,97	30,2	0,86	10,4
Público Estadual						120					120					
Unidade Hospitalar de Igarassu	7	13		7	11					4*	38	986	390,87	3,1	0,22	25,90
Público Municipal	7	13		7	11	120				4	158					
Total ofertado	7	13		7	11	120				4	158					
Total necessário - Port. 1.101/GM	41	72	15	26	38	42	13	1	7	/18	254					
Diferença	-34	-59	-5	-19	-27	78	-13	-1	-7							
Diferença %																

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/DATASUS) / Ministério da Saúde, IBGE e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).



Tabela 31 – Distribuição dos leitos na rede municipal de saúde de GOIANA por unidade hospitalar.

GOIANA População: 74.182 Usuários de Plano de Saúde: 6.085 Usuários SUS: 68.097	LEITOS POR ESPECIALIDADE										Total de Leitos por Unidade	AIH Frequência 2008	AIH Valor Médio 2008	Tempo Médio de Internação	Taxa de Ocupação	Taxa de Rottividade
	Cirúrgica	Clínica médica						Tisiologia	Hospital Dia (cir. / diag/ terapêu)	Complementares / (UTI)						
Hospital Belarmino Correia	7	26		18	11				3		65	1.806	375,89	5,4	0,41	27,8
Público Estadual	7	26		18	11				3		65					
Total ofertado	7	26		18	11				3		65					
Total necessário - Port. 1.101/GM	29	52	11	19	27	30	9	1		/13	182					
Diferença	-22	-26	-11	-1	-16	-30	-9	-1								
Diferença %																

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/DATASUS) / Ministério da Saúde, IBGE e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).



Tabela 32 – Distribuição dos leitos na rede municipal de saúde de MORENO por unidade hospitalar.

MORENO População: 55.102 Usuários de Plano de Saúde: 2.916 Usuários SUS: 52.186	LEITOS POR ESPECIALIDADE										Total de Leitos por Unidade	AIH Frequência 2008	AIH Valor Médio 2008	Tempo Médio de Internação	Taxa de Ocupação	Taxa de Rotatividade
	Cirúrgica	Clínica médica	Cuidados prolongados (Crônicos)	Obstétrica	Pediátrica	Psiquiátrica	Reabilitação	Tisiologia	Hospital Dia	Complementares / (UTI)						
Hospital e Maternidade Armindo Moura	29	18		17	8						72	2.941	372,19	2,4	0,27	40,8
Clinica Santa Terezinha	7	20		15	9						51	3.430	399,07	2,4	0,45	67,3
Privado	36	38		32	17						123					
Total ofertado	36	38		32	17						123					
Total necessário - Port. 1.101/GM	23	41	8	15	21	23	7	1	4	/10	144					
Diferença	13	-3	-8	17	-4	-23	-7	-1	-4							
Diferença %																

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/DATASUS) / Ministério da Saúde, IBGE e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).



Tabela 33 – Distribuição dos leitos na rede municipal de saúde de ITAMARACÁ por unidade hospitalar.

ITAMARACÁ População: 18.412 Usuários de Plano de Saúde: 836 Usuários SUS: 17.576	LEITOS POR ESPECIALIDADE										Total de Leitos por Unidade	AIH Frequência 2008	AIH Valor Médio 2008	Tempo Médio de Internação	Taxa de Ocupação	Taxa de Rotatividade
	Cirúrgica	Clínica médica	Cuidados prolongados (Crônicos)	Obstétrica	Pediátrica	Psiquiátrica	Reabilitação	Fisiologia	Hospital Dia	Complementares / (UTI)						
Unidade Mista de Itamaracá		7		4	3						14	18	430,69	1,3		1,3
Público Municipal		7		4	3						14					
Total ofertado		7		4	3						14					
Total necessário - Port. 1.101/GM	8	14	3	5	7	8	2	0	1	/3	48					
Diferença	-8	-7	-3	-1	-4	-8	-2		-1							
Diferença %																

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/DATASUS) / Ministério da Saúde, IBGE e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).



Tabela 34 – Distribuição dos leitos na rede municipal de saúde de POMBOS por unidade hospitalar.

POMBOS População: 22.253 Usuários de Plano de Saúde: 546 Usuários SUS: 21.707	LEITOS POR ESPECIALIDADE										Total de Leitos por Unidade	AIH Frequência 2008	AIH Valor Médio 2008	Tempo Médio de Internação	Taxa de Ocupação	Taxa de Rottividade
	Cirúrgica	Clínica médica	Cuidados prolongados (Crônicos)	Obstétrica	Pediátrica	Psiquiátrica	Reabilitação	Fisiologia	Hospital Dia	Complementares						
Hospital e Maternidade Virginia Colaço	4	9		5	3						21	431	399,14	4,2	0,24	20,5
Público Municipal	4	9		5	3						21					
Total ofertado	4	9		5	3						21					
Total necessário - Port. 1.101/GM	10	17	3	6	9	10	3	0	2	/4	60					
Diferença	-6	-8	-3	-1	-6	-10	-3		-2							
Diferença %																

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/DATASUS) / Ministério da Saúde, IBGE e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).



Tabela 35 – Distribuição dos leitos na rede municipal de saúde de CHÃ GRANDE por unidade hospitalar.

CHÃ GRANDE População: 17.984 Usuários de Plano de Saúde: 160 Usuários SUS: 17.824	LEITOS POR ESPECIALIDADE										Total de Leitos por Unidade	AIH Frequência 2008	AIH Valor Médio 2008	Tempo Médio de Internação	Taxa de Ocupação	Taxa de Rottividade
	Cirúrgica	Clínica médica	Cuidados prolongados (Crônicos)	Obstétrica	Pediátrica	Psiquiátrica	Reabilitação	Tisiologia	Hospital Dia	Complementares						
Hospital Geral Alfredo Alves de Lima	4	16		6	12						38	838	363,17	3,2	0,19	22,1
Público Municipal	4	16		6	12						38					
Total ofertado	4	16		6	12						38					
Total necessário - Port. 1.101/GM	8	14	3	5	7	8	2	0	1	/3	49					
Diferença	-4	2	-3	1	5	-8	-2		-1							
Diferença %																

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/DATASUS) / Ministério da Saúde, IBGE e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).



Tabela 36 – Distribuição dos leitos na rede municipal de saúde de ARAÇOIABA por unidade hospitalar.

ARAÇOIABA População: 17.276 Usuários de Plano de Saúde: 99 Usuários SUS: 17.177	LEITOS POR ESPECIALIDADE										Total de Leitos por Unidade	AIH Frequência 2008	AIH Valor Médio 2008	Tempo Médio de Internação	Taxa de Ocupação	Taxa de Rottividade
	Cirúrgica	Clínica médica	Cuidados prolongados (Crônicos)	Obstétrica	Pediátrica	Psiquiátrica	Reabilitação	Fisiologia	Hospital Dia	Complementares						
Público Municipal																
Total ofertado																
Total necessário - Port. 1.101/GM	8	13	3	5	7	8	2	0	1	/3	47					
Diferença																
Diferença %																

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/DATASUS) / Ministério da Saúde, IBGE e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).



Tabela 37 – Distribuição dos leitos na rede municipal de saúde de ITAPISSUMA por unidade hospitalar.

ITAPISSUMA População: 24.026 Usuários de Plano de Saúde: 3.746 Usuários SUS: 20.280	LEITOS POR ESPECIALIDADE										Total de Leitos por Unidade	AIH Frequência 2008	AIH Valor Médio 2008	Tempo Médio de Internação	Taxa de Ocupação	Taxa de Rottividade
	Cirúrgica	Clínica médica	Cuidados prolongados (Crônicos)	Obstétrica	Pediátrica	Psiquiátrica	Reabilitação	Fisiologia	Hospital Dia	Complementares						
Público Municipal																
Total ofertado																
Total necessário - Port. 1.101/GM	9	16	3	6	8	9	3	0	2	4	56					
Diferença																
Diferença %																

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/DATASUS) / Ministério da Saúde, IBGE e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).



Tabela 38 – Distribuição dos leitos na rede municipal de saúde de RECIFE por unidade hospitalar.

RECIFE População: 1.549.980 Usuários de Plano de Saúde: 628.017 Usuários SUS: 921.963	LEITOS POR ESPECIALIDADE										Total de Leitos por Unidade	AIH Freqüência 2008	AIH Valor médio 2008	Tempo médio de internação	Taxa de ocupação	Taxa de rotatividade
	Cirúrgica	Clínica médica	Cuidados prolongados (Crônicos)	Obstétrica	Pediátrica	Psiquiátrica	Reabilitação	Fisiologia	Hospital Dia	Complementares / (UTI)						
Hospital das Clinicas UFPE	111	110		34	40	12		5	13	29/18	372	9.749	1.111,27	8,0	0,58	26,2
Público Federal	111	110		34	40	12		5	13	29/18	372	9.749	1.111,27			
Hospital da Restauração	352	124			40					22/43	581	22.406	1.094,95	8,3	0,88	38,6
Hospital Agamenon Magalhães	90	184		77						17/59	427	13.848	1.039,20	7,8	0,69	32,4
Hospital Barão de Lucena	102	72		82	67					10/30	363	12.052	841,30	6,8	0,62	33,2
Hospital Getulio Vargas	177	57			24		20	6		8/16	308	11.750	875,95	8,3	0,87	38,1
Hospital Geral Otavio de Freitas	102	166			23	39				4/20	354	10.100	1.162,10	11,5	0,90	28,5
Hospital Oswaldo Cruz	215	183	16		32	2		3		57/37	568	11.973	1.046,95	7,0	0,40	21,1
PROCAPE	46	90			10					40	186	6.916	1.932,30	9,1	0,92	37,2
Hospital Geral de Areias	11	42			18						71	2.323	453,92	6,0	0,53	32,7
Hospital Correia Picanço	33				13				7	2/0	55	1.737	519,97	9,0	0,78	31,6
Fundação Hemope	3	24			10				3	0/4	44	1.845	840,15	7,5	0,86	41,9
CISAM	10	10		52						20/12	104	7.599	668,06	4,4	0,88	73,1
H. Ulisses Pernambucano						204					204	1.983	817,60	23,8	0,63	23,8
Público Estadual	1141	952	16	211	237	245	20	9	10	140/261	3061					



UM Prof. Barros Lima	5	18		48						10/0	81	5.100	431,16	2,9	0,50	63,0
Unidade Pediátrica Helena Moura	1			50							51	4.097	369,99	3,0	0,66	80,3
CRUP Cravo da Gama				50							50	2.974	402,43	4,4	0,72	59,5
Maternidade Bandeira Filho	1	1		30	20						52	2.017	414,18	2,7	0,41	56,1
Policlínica Arnaldo Marques	3	3		34	11						51	2.727	459,09	2,4	0,35	53,5
Público Municipal	10	22		112	131					10/0	285					
Casa de Saúde Maria Lucinda	38	10		54						0/8*	102	5.403	472,39	3,1	0,45	53,0
H. Evangélico de Pernambuco	44	94									138	4.657	516,66	5,4	0,50	33,7
IMIP	215	165	2	92	255	8	5	28	73/62		905	32.494	1.054,62	5,8	0,57	35,9
H. de Câncer de Pernambuco	66	27	40		23					0/6*	162	6.190	1.079,33	6,7	0,70	38,2
Centro Hosp. Oscar Coutinho	85	52									137	6.138	493,91	3,4	0,41	44,8
Hospital Santo Amaro	65	24									89	3.008	533,44	3,0	0,27	33,8
Hospital Português	53	18	6		2				11	31	121	2.507	6.241,85	9,8	0,56	20,7
Hospital São João da Escócia	22	3									25	1.673	616,47	3,2	0,58	66,9
Fundação Altino Ventura	10	2									12	1.236	922,14	1,2	0,33	103,0
HOPE Esperança	2	2								0/3	7	144	5.491,57	1,7	0,10	20,6
Hospital Jaime da Fonte	5	2									7	127	23.523,28	4,5	0,22	18,1
Hospital Olhos Santa Luzia	2										2	26	854,54	1,0	0,04	13
Hospital Psiquiátrico de Pernambuco					352						352	4.413	914,94	29,2	1,00	12,5
Instituto de Psiquiatria do Recife					273						273	3.595	906,12	27,8	1,00	13,2
Sanatório Recife					160						160	2.191	1.036,21	26,6	1,00	13,7
Clinica de Psiquiatria Santo Antonio					160						160	2.050	1.102,30	28,2	0,99	12,8
Clínica de Psiquiatria S. Antonio de Pádua					104						104	1.470	1.094,89	25,7	0,99	14,1
Privado	607	399	48	146	280	1057		5	39	73/110	2742					
Total ofertado	1869	1483	64	449	742	1314	20	19	62	619*	6088					
Total necessário - Port. 1.101/GM																
Diferença																
Diferença %																



Referencias

ALMEIDA, A. C. *Avaliação da implantação e do desenvolvimento do sistema público municipal de atendimento pré-hospitalar móvel da Cidade do Recife*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.

ARAÚJO, L. C. G. *Organização & métodos integrando comportamento, estrutura, estratégia*. São Paulo: Atlas, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS n° 325 de 21 de fevereiro de 2008: Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS n° 091 de 10 de janeiro de 2007: Regulamenta a unificação do processo de pactuação de indicadores e estabelece os indicadores do Pacto pela Saúde, a serem pactuados por municípios, estados e Distrito Federal*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. *Regulamentação médica das urgências*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção às Urgências*. 3ª edição. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS n° 2.657 de 16 de dezembro de 2004: Estabelece as atribuições das centras de regulação médica de urgência e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU – 192*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS n° 1.864 de 29 de setembro de 2003: Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo território brasileiro: SAMU 192*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS n° 1.863 de 29 de setembro de 2003: Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implementada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS n° 2.072 de 30 de outubro de 2003: Institui o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003c.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS n° 2.048 de 5 de novembro de 2002: Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. *Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS N° 01/02 e Portaria MS/GM n° 373, de 27 de fevereiro de 2002*. 2ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS n° 1.101 de 12 de junho de 2002: Estabelece parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002c.



- CHURCHMAN, C. W. *Introdução à teoria dos sistemas*. 2ª edição. Petrópolis: Vozes, 1975.
- FURTADO, B. M. A. S. M. *et al.* *O perfil da emergência do Hospital da Restauração*. In: Revista Brasileira de Epidemiologia. Vol. 7, Nº 3, 2004.
- GIOVANELLA, Lígia (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.
- GUSMÃO FILHO, Fernando Antônio Ribeiro de. *Análise de implantação da Política de Qualificação da Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde – Política Qualisus – em três hospitais no município do Recife* / Fernando Antônio Ribeiro de Gusmão filho. – Recife: F. A. R. Gusmão Filho, 2008. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2008.
- LA FORGIA, Gerard M. *Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência*. São Paulo: Singular, 2009.
- MELO, I. S. *Sistemas de informação*. 3ª edição. São Paulo: Saraiva, 1987.
- MORIN, Edgar. *Ciência com Consciência*. 10ª edição. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2007.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. *Estratégia de Continuidade e Expansão das Atividades do Qualisus*. Recife, 2005a.
- SANTOS, J. S. *et al.* *Avaliação do modelo de organização da unidade de emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização*. Medicina, Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, v. 36, p. 498-515, 2003.
- VIACAVA, Francisco. *et al.* *Projeto Desenvolvimento de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro (PRO-ADESS)*. Relatório Final. CICT/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2003 – <http://www.proadess.cict.fiocruz.br/>.