



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA – MESTRADO
PROFISSIONAL

MARILEI ELISANGELA RADEL MATOS

ANÁLISE DE IMPLANTAÇÃO DO COMPONENTE HOSPITALAR NA REDE DE
ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS - RUE, NO PERÍODO DE 2011 A
2019

Brasília, DF
2021

MARILEI ELISANGELA RADEL MATOS

Análise de Implantação do Componente Hospitalar na Rede de Atenção às
Urgências e Emergências - RUE, no período de 2011 a 2019

Dissertação de mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Saúde
Coletiva da Faculdade de Ciências da
Saúde da Universidade de Brasília como
requisito parcial à obtenção do título de
Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Helena Eri Shimizu

Brasília (DF)

2021

MARILEI ELISANGELA RADEL MATOS

Análise de Implantação do Componente Hospitalar na Rede de Atenção às Urgências e Emergências - RUE, no período de 2011 A 2019

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovado em: 15 de dezembro de 2021.

BANCA EXAMINADORA:

HELENA ERI SHIMIZU

Universidade de Brasília – UnB

LUCIANO JOSÉ ARANTES

Prefeitura Municipal de Unaí (MG)

NOÊMIA URRUTH LEÃO TAVARES

Universidade de Brasília – UnB

Aos meus filhos, Alice e Benjamin.

AGRADECIMENTOS

Ao meu pai, Valdir, que mesmo não estando mais aqui entre nós, não me abandonou em momento algum. Pai, sei que onde o senhor estiver, está sempre guiando meus passos.

À minha mãe, Marinez, por ter sempre me incentivado e ser um grande exemplo de vida, luta e superação.

À minha irmã, Elaine, minha grande incentivadora, meu braço “direito e esquerdo” e meu exemplo de vida acadêmica. Obrigada pela paciência em me ensinar as muitas fórmulas de Excel e por sempre “revisar” meus esboços.

Aos meus filhos, Alice e Benjamin, que são o motivo de eu sempre buscar o meu melhor.

À minha orientadora, Professora Dra. Helena, pelo incentivo, paciência, compreensão e, principalmente, ensinamentos. O que eu aprendi vou levar para o resto da vida!

Aos professores da banca, Dr. Luciano e Professora Noêmia, pelas contribuições, considerações, orientações, direcionamentos e críticas, essenciais para o meu aprendizado e crescimento.

Aos meus muitos colegas de Ministério da Saúde, pela compreensão e ajuda. Alguns por compreenderem e me ajudarem quando precisava participar de reuniões no meio do expediente, outros (Carla, Dani e Carol) por me ajudarem nas pesquisas e extrações de dados, sugerirem o melhor caminho a percorrer e, especialmente, por me fazerem enxergar que sou capaz.

*O sucesso é a soma de pequenos esforços repetidos
dia sim, e no outro dia também.
(Robert Collier)*

RESUMO

Este estudo tem como objetivos analisar a evolução quantitativa dos pontos de atenção que integram o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) nas unidades da federação e nas macrorregiões do Brasil, comparar o quantitativo de leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) habilitados como integrantes e não integrantes da RUE e avaliar a efetividade da implantação das Linhas de Cuidado Prioritárias nos estabelecimentos habilitados como Portas de Entrada, no período de 2011 a 2019. Trata-se de um estudo descritivo, observacional e analítico, com delineamento longitudinal retrospectivo da implantação do Componente Hospitalar da RUE. Os dados foram obtidos do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e do Sistema de Informação Hospitalar (SIH), tabulados por meio de sistemas de tabulação de dados (TABNET, TABWIN) e de planilhas de controle atualizadas pela coordenação-geral de Urgência do Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, cujo acesso foi disponibilizado via Lei de Acesso à Informação (LAI). As análises foram feitas por ponto de atenção que integra o Componente Hospitalar, por estado e por macrorregião, ano a ano, de 2011 a 2019. Dos resultados, depreendeu-se que a região Sudeste foi a que mais evoluiu quantitativamente em relação ao número de pontos de atenção habilitados, com destaque para os estados de Minas Gerais e São Paulo, que também se sobressaíram na comparação por estado. A região Nordeste foi a segunda que mais habilitou pontos de atenção, e Pernambuco ocupou o terceiro lugar no quantitativo geral de habilitações por estado. Sucessivamente, seguiram-se as regiões Sul, Centro-Oeste e Norte. A região Sul se destacou na implantação das Linhas de Cuidado Prioritárias nos estabelecimentos habilitados como Portas de Entrada. Essa região, além de ter abarcado o maior número de implantações dessas linhas, também foi a que melhor evidenciou o crescimento no número de atendimentos e a diminuição no tempo médio de permanência (TMP) pós-implantação, configurando uma qualificação no serviço prestado ao paciente e atestando a efetividade da implantação das linhas de cuidado. Adicionalmente, ao se verificar o número de atendimentos com o crescimento populacional, verificou-se que a Linha de Cuidado do Trauma foi a que apresentou maior efetividade. Não obstante, mesmo com o grande avanço desde a implantação da RUE, verificou-se que ainda houve um grande número de habilitações (de pontos

de atenção, que têm possibilidade de mensuração) que não integram essa rede. Por fim, concluiu-se que a RUE trouxe consideráveis avanços, quantitativos e qualitativos; contudo, ainda existe a necessidade de aprimoramento, especialmente quanto à sublocalização dos pontos de atenção. A RUE precisa ser avaliada e adaptada continuamente, de modo a cumprir as diretrizes preconizadas e o atendimento integral ao usuário do SUS.

Palavras-chave: Evolução; Implantação; Componente Hospitalar; Pontos de Atenção.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the quantitative evolution of the points of care that are part of the Hospital Component of the Urgency and Emergency Network (RUE) in the Federation Units (ESTADO) and in the Macroregions of Brazil, compare the number of beds of Intensive Care Units (ICU) enabled as RUE members and non-members and evaluate the effectiveness of the implementation of the Priority Care Lines in the establishments enabled as Entry Points, in the period from 2011 to 2019. This is a descriptive, observational and analytical study, with retrospective longitudinal design of the implementation of the Hospital Component of the RUE. The results were obtained from the extraction of secondary data from the National Registry of Health Establishments System (SCNES) and the Hospital Information System (SIH), tabulated using the Data Tabulation Systems (TABNET, TABWIN), and from control spreadsheets, updated by the General Coordination of Urgency of the Department of Hospital, Home and Urgency Care, of the Secretariat of Specialized Health Care, whose access was made available through the Access to Information Law (LAI). From the results, it appeared that the Southeast Region had the most quantitative evolution in relation to the number of authorized points of care, especially the States of Minas Gerais and São Paulo, which also stood out in the comparison by ESTADO. The Northeast Region was the second region that most qualified points of care, and the State of Pernambuco occupied the third place in the general number of accreditations per State. The South, North, and Center-West regions followed in succession. The South Region stood out in the implementation of the Priority Care Lines in the establishments qualified as Entry Points. This Region, besides having had the largest number of implementations of these Lines, was also the one that best showed the growth in the number of attendances and the decrease in the Average Stay Time (MTT) post-implementation, configuring a qualification in the service provided to the patient and attesting to the effectiveness of the Lines of Care implementation. Additionally, it was verified that the Trauma Care Line was the one that presented the greatest effectiveness, when correlating the number of assistances to the population growth. Nevertheless, even with the great advance since the implementation of the RUE, it was verified that there was a great number of qualifications (of points of care, which have the possibility of measurement) that are not part of this network. Finally, it was concluded that the RUE has brought considerable advances, both quantitative and

qualitative; however, there is still a need for improvement, especially regarding the sub-location of points of care. The RUE needs to be continuously evaluated and adapted in order to comply with the recommended guidelines and the comprehensive care of the SUS user.

Keywords: Evolution; Implementation; Hospital Component; Points of Care.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Diferenças entre o modelo tradicional e o IHCO	31
Quadro 2 – Ponto de atenção e respectiva fonte de extração do dado.....	54

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Evolução da implantação do Componente Hospitalar, por macrorregião, de 2011 a 2019	58
Gráfico 2 – Soma total do Componente Hospitalar, por estado, de 2011 a 2019	59
Gráfico 3 – Evolução da implantação do Componente Hospitalar, ano a ano, de 2011 a 2019	60
Gráfico 4 – Regiões que mais implantaram Linhas de Cuidado em Portas de Entrada Hospitalares	80
Gráfico 5 – Linhas de Cuidado mais implantadas de 2011 a 2019	81

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Componentes e Interfaces da RUE	40
Figura 2 – Componentes da RUE	40
Figura 3 – Fases de Implantação da RUE	41
Figura 4 – Protocolo de Manchester	42

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Número de habilitações de Portas de Entrada Hospitalares, por estado e por macrorregião, no período de 2011 a 2019	61
Tabela 2 – Número de habilitações de Leitos de Enfermaria Clínica de Retaguarda, por estado e por macrorregião, no período de 2011 a 2019	64
Tabela 3 – Número de habilitações de Leitos de UTI Pediátrica Tipo II e Tipo III, por estado e por macrorregião, no período de 2011 a 2019	66
Tabela 4 – Número de habilitações de Leitos de UTI Adulto Tipo II e Tipo III, por estado e por macrorregião, no período de 2011 a 2019	68
Tabela 5 – Número total de habilitações de Leitos de UTI RUE x Não RUE	70
Tabela 6 – Número de habilitações de leitos de UTI não RUE, no período de 2011 a 2019	71
Tabela 7 – Número de habilitações de Centros de Atendimento de Urgência aos Pacientes com AVC, por estado e por macrorregião, no período de 2011 a 2019 ...	73
Tabela 8 – Número de habilitações de Unidades Coronarianas (UCO), por estado e por macrorregião, no período de 2011 a 2019	76
Tabela 9 – Número de habilitações de Linhas de Cuidado do Trauma, por estado e por macrorregião, no período de 2011 a 2019	78
Tabela 10 – Número de habilitações de leitos de UCP, por estado e por macrorregião, no período de 2011 a 2019	79
Tabela 11 – Análise comparativa da produção (AIH, TMP e População) nas Linhas de Cuidado Prioritárias	81
Tabela 12 – Análise comparativa (AIH, TMP e População) Hospital Especializado Tipo I	82
Tabela 13 – Análise comparativa (AIH, TMP e População) Hospital Especializado Tipo II	82
Tabela 14 – Análise comparativa (AIH, TMP e População) Linha de Cuidado do Trauma	83
Tabela 15 – Análise comparativa (AIH, TMP e População) Linha de Cuidado do AVC	83
Tabela 16 – Análise comparativa (AIH, TMP e População) Linha de Cuidado do IAM	84
Tabela 17 – Análise comparativa (AIH, TMP e População) Linhas de Cuidado (IAM, AVC e Trauma) – região Norte	84
Tabela 18 – Análise comparativa (AIH, TMP e População) Linhas de Cuidado (IAM, AVC e Trauma) – região Nordeste	85
Tabela 19 – Análise comparativa (AIH, TMP e População) Linhas de Cuidado (IAM, AVC e Trauma) – região Centro-Oeste	85
Tabela 20 – Análise comparativa (AIH, TMP e População) Linhas de Cuidado (IAM, AVC e Trauma) – região Sudeste	86

Tabela 21 – Análise comparativa (AIH, TMP e População) Linhas de Cuidado (IAM, AVC e Trauma) – região Sul	86
Tabela 22 – Análise comparativa (AIH e População) Linhas de Cuidado (IAM, AVC e Trauma) – por faixa etária	87
Tabela 23 – Análise comparativa (AIH e População) Linhas de Cuidado do Trauma – por faixa etária.....	87
Tabela 24 – Análise comparativa (AIH e População) Linhas de Cuidado do AVC – por faixa etária.....	88
Tabela 25 – Análise comparativa (AIH e População) Linhas de Cuidado do IAM – por faixa etária.....	89

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica em Saúde
AIH – Autorização de Internação Hospitalar
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APAC – Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade
APS – Atenção Primária à Saúde
AVC – Acidente Vascular Cerebral
CAP – Caixas de Aposentadorias e Pensões
CGURG – Coordenação-Geral de Urgência
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CID-10 – Cadastro Internacional de Doenças
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS – Conferência Nacional de Saúde
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
ESF – Estratégia Saúde da Família
ESPIN – Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional
FAE – Fração Ambulatorial Especializada
HCP – Hospital de Cuidados Prolongados
HG Hospital Geral
HE – Hospital Especializado
IAM – Infarto Agudo do Miocárdio
IAP – Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAR – Plano de Ação Regional
PDR – Plano Diretor de Regionalização
PIB – Produto Interno Bruto

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PSF – Programa Saúde da Família
RSB – Reforma Sanitária Brasileira
RAS – Rede de Atenção à Saúde
RUE – Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SH – Serviços Hospitalares
SP – Serviços Profissionais
SIH – Sistema de Informação Hospitalar
SUS – Sistema Único de Saúde
TMP – Taxa Média de Permanência
UCO – Unidade Coronariana
UCP – Unidade de Cuidados Prolongados
UPA – Unidade de Pronto Atendimento
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	19
2	JUSTIFICATIVA	21
3	OBJETIVOS	22
3.1	GERAL.....	22
3.2	ESPECÍFICOS.....	22
4	REVISÃO DE LITERATURA.....	23
4.1	HISTÓRICO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE DO BRASIL.....	23
4.1.1	Pré-SUS – Do Século XX à Reforma Sanitária	23
4.1.2	A Construção do SUS.....	26
4.1.3	As Redes de Atenção à Saúde.....	30
4.1.3.1	A Atenção Básica e as RAS	35
4.1.4	Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE)	37
4.1.5	Componente Hospitalar	44
5	MÉTODOS.....	54
5.2	ANÁLISE DO DADOS.....	56
6	RESULTADOS.....	58
6.1.2	Portas de Entrada Hospitalares	60
6.1.3	Leitos de Enfermaria Clínica de Retaguarda	63
6.1.4	Leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI).....	65
6.1.4.1	UTI Pediátrica	65
6.1.4.2	UTI Adulto.....	68
6.1.5	Linhas de Cuidado Prioritárias	73
6.1.5.1	Linha de Cuidado Cerebrovascular: Foco na Atenção ao Acidente Vascular Cerebral	73
6.1.5.2	Cuidado Cardiovascular – Foco na Atenção ao Infarto Agudo do Miocárdio	75
6.1.5.3	Linha de Cuidado do Trauma	77
6.1.6	Unidades de Cuidados Prolongados (UCP) e Hospitais de Cuidados Prolongados (HCP)	78
6.1.6.1	UCP	78
6.1.6.2	HCP	80
6.2	ETAPA II.....	80

7	DISCUSSÃO.....	90
7.1	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	94
8	CONCLUSÕES.....	96
8.1	RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS	97
9	REFERÊNCIAS.....	98
10.	APÊNDICE – ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO COMPONENTE HOSPITALAR NA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS (RUE), NO PERÍODO DE 2011 A 2019	108
11.	ANEXO	135

1 INTRODUÇÃO

Mesmo com os grandes avanços alcançados desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal de 1988, é perceptível que ainda há necessidade de aprimoramento, pois persiste um modelo de atenção com insuficiências no seu funcionamento integral.

A criação e execução de políticas públicas que impulsionem a busca pela efetivação de princípios básicos, a exemplo da integralidade, é entendida como um dispositivo importante para o alcance da qualidade nos serviços de saúde (SHIMIZU, 2013).

Para tanto, o Estado, sabedor dessa necessidade, e em cumprimento ao que determina a Constituição, em que é afirmado que o SUS é constituído por “ações e serviços públicos de saúde que integram uma rede regionalizada e hierarquizada” (SHIMIZU, 2013) e, ainda, com o intuito de combater a fragmentação provendo a integralidade do cuidado à população, que se constitui em um grande desafio, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS (BRASIL, 2010).

Essa Portaria, posteriormente revogada pela Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, definiu a Rede de Atenção à Saúde como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010). Traz ainda como objetivo para a Rede de Atenção à Saúde (RAS), promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema, em termos de acesso, equidade, efetividade clínica, sanitária e eficiência econômica. Pela mesma Portaria foram definidas as redes prioritárias a serem implantadas em todo o território nacional.

Dentre as redes temáticas definidas, se destaca a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), pois tem relevância e premência das situações ali envolvidas. Padilha et al. (2018) afirmam que, na Urgência e Emergência, as rupturas ou lacunas no funcionamento integral do Sistema se tornam mais visíveis. As grandes

desigualdades (de renda, de epidemiologia etc.) entre as regiões do país imperam na dificuldade de acesso da população aos serviços de alta complexidade, na superlotação das emergências e na falta de atendimento humanizado.

Também como estratégia para tentar possibilitar aos usuários esse acesso, em 2011, por intermédio da Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho, o Ministério da Saúde reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências e instituiu a RUE (BRASIL, 2011). Assim, em parceria com os estados e municípios, de forma tripartite, começou-se a trabalhar a adesão, construção e implantação dos componentes da Rede.

Um desses, o Componente Hospitalar, foi publicizado especificamente pela Portaria nº 2.395/GM/MS, de 11 de outubro de 2011, que organizou o funcionamento dos pontos de atenção que já existiam ou que foram criados, já no sistema de Rede, sempre visando à integralidade do atendimento.

Constituem o Componente Hospitalar os seguintes pontos de atenção:

- Portas de Entrada Hospitalares de Urgência;
- Leitos de Retaguarda;
- Unidades de Cuidados Prolongados e Hospitais de Cuidados Prolongados;
- Unidades de Terapia Intensiva; e
- Linhas de Cuidado Prioritárias.

Esses pontos de atenção, organizados de forma sistêmica, permitem o atendimento integral do usuário, sendo uma porta de entrada e de saída, com a dispensação de tratamento adequado em tempo oportuno, com a continuidade do atendimento quando da sua retomada à atenção básica de saúde (AB).

2 JUSTIFICATIVA

Superar os obstáculos, especialmente na Urgência e Emergência, é primordial para o bom funcionamento do sistema de saúde. O atendimento efetivo, sobretudo em situações em que o risco de vida é iminente, pode desobstruir e despendar esse sistema.

Nas circunstâncias em que os recursos tecnológicos e os profissionais especializados (com o apoio e o diagnóstico terapêutico adequados) podem fazer a diferença na situação de saúde do usuário, é essencial que as políticas de saúde sejam coerentes com a necessidade coletiva e com seu perfil regional.

Assim, conhecer o estado da arte de uma política é essencial para analisar a efetividade de sua implantação. Mesmo com o avanço ao longo dos anos, é fato que ainda existem desigualdades de distribuição do Componente Hospitalar nas diferentes regiões, o que dificulta o acesso da população aos serviços de saúde. Um estudo que demonstre onde se encontram os menores e maiores quantitativos e os que detêm maior ou menor capacidade tecnológica pode servir como base para a tomada de decisão dos gestores para adequações ou adaptações e redesenhos dessa Rede.

Até o momento, os estudos os quais se tem conhecimento acerca do Componente Hospitalar da RUE remetem a situações peculiares – não no contexto geral de evolução em âmbito nacional. Vislumbra-se que tal escassez de estudos deve ao fato de essa ser uma política relativamente nova, cujas regulamentações de pontos de atenção que a compõem foram sendo construídos posteriormente, de forma individualizada.

Assim, este estudo poderá contribuir para o conhecimento da efetivação da implantação dos pontos de atenção do Componente Hospitalar e espera-se que sirva como base para um planejamento estratégico situacional, pelos gestores envolvidos, com a possibilidade de realinhamento desse Componente.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Analisar a evolução quantitativa dos pontos de atenção integrantes do Componente Hospitalar da RUE nas unidades da federação e nas macrorregiões do Brasil e avaliar a efetividade da implantação das Linhas de Cuidado Prioritárias nos estabelecimentos habilitados como Portas de Entrada, no período de 2011 a 2019.

3.2 ESPECÍFICOS

- Descrever a evolução quantitativa das habilitações dos pontos de atenção do Componente Hospitalar (Porta de Entrada, Enfermarias Clínicas de Retaguarda, leitos de UTI Tipo II e III adulto e pediátrico, Unidades de Cuidados Prolongados e Hospitais de Cuidados Prolongados e Linhas de Cuidado Prioritárias) nos estados e macrorregiões do país, ano a ano, no período de 2011 a 2019;
 - comparar o quantitativo de leitos de UTI tipo II e tipo III, adulto e pediátrico, que integram a RUE e que não integram a RUE, habilitados no período compreendido entre 2011 e 2019; e
 - avaliar a efetividade da implantação, geral e individualizada, das Linhas de Cuidado Prioritárias em estabelecimentos habilitados como Portas de Entrada, em relação ao número de atendimentos e ao tempo médio de permanência, segundo sexo e faixa etária, nas macrorregiões do Brasil.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 HISTÓRICO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE DO BRASIL

4.1.1 Pré-SUS – Do Século XX à Reforma Sanitária

No início do século XX, o Rio de Janeiro era conhecido como o “túmulo dos estrangeiros”. Isso era um desafio ao desenvolvimento do país. O presidente à época, Rodrigues Alves, estabeleceu como prioridades o saneamento e a reforma urbana da cidade (RISI JÚNIOR; NOGUEIRA, 2002).

Nesse período, a população sofria pelo impacto de doenças transmissíveis, que refletia nos principais canteiros de obras, causando prejuízo ao comércio e atrasando a expansão do capitalismo. Em consequência, o governo implantou o incentivo público às pesquisas biomédicas, com ênfase nas doenças tropicais. As equipes eram organizadas em moldes militares, com capacidade para intervir com disciplina e efetividade quando necessário. Nesse momento, originou-se o modelo campanhista (BRASIL, 2017).

Um dos grandes marcos dessas campanhas sanitárias se deu entre os anos de 1903 e 1908, a exemplo do combate à febre amarela (cujo vetor, *Aedes aegypti*, havia sido identificado no final do século anterior), em São Paulo, por Emílio Ribas, e no Rio de Janeiro, por Oswaldo Cruz, e do início da vacinação compulsória contra a varíola, em 1904 (RISI JÚNIOR; NOGUEIRA, 2002).

Essas campanhas sanitárias, endossadas por Oswaldo Cruz, que naquele momento já era diretor-geral de Saúde Pública – cargo que corresponde atualmente ao de ministro da Saúde –, demonstraram grande capacidade de articulação entre conhecimento científico, capacidade técnica e organização do processo de trabalho. Porém, em razão de sua compulsoriedade, geraram uma grande insatisfação que eclodiu na Revolta da Vacina, em 1904 (BRASIL, 2017).

O grande alvo das políticas públicas de saúde do século XX foram as doenças infecciosas. É importante apontar que a saúde do trabalhador se tornou objeto de atenção não em razão do pensamento de cuidado com o indivíduo, mas sim na perspectiva capitalista de produção, visto que a ausência do doente nas lavouras

prejudicaria a atividade industrial incipiente e, conseqüentemente, o projeto das oligarquias (RISI JÚNIOR; NOGUEIRA, 2002).

Já as doenças crônico-degenerativas, deixadas de lado pelas políticas públicas de saúde, passaram a ser foco nas reivindicações dos trabalhadores, que começaram a lutar em busca de mecanismos de seguridade social (PONTE et al., 2010). Nesse contexto, em 1923, surgiram as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), restritas ao âmbito das empresas e que tinham a responsabilidade de fornecer serviços de assistência médica e de seguridade social aos trabalhadores e seus dependentes, em troca de contribuições mensais dos empregados e empregadores (HAMILTON, 1993).

Com a Era Vargas, em 1930, a ascensão do poder e a queda das oligarquias, uma nova forma de organização previdenciária surgiu, com uma maior participação do Estado, com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Esses Institutos adotaram um modelo tripartite de financiamento, com participação dos trabalhadores, dos patrões e do Estado. Assim, só os indivíduos que pagavam tinham acesso aos serviços de saúde. Quem não tinha condições recorria ao atendimento médico fornecido por instituições de caridade.

Ponte, Reis e Fonseca (2010) citam que a assistência médica previdenciária agregava forças políticas importantes, como sindicatos e partidos, e era voltada para ações individualizadas de cunho curativo. Assim, buscava-se controlar doenças que afetavam o desenvolvimento do país (FLEURY; OUVÉNEY, 2007).

Nesse contexto em que a saúde era somente para poucos indivíduos e mudanças e adaptações eram extremamente necessárias, foi criado o Ministério da Saúde, pelo Decreto nº 34.596, de 16 de novembro de 1953 (PAIM et al., 2011) e, já no ano seguinte, foram estabelecidas normas gerais sobre a defesa e a proteção da saúde. A Lei nº 2.312, de 03 de setembro de 1954, já no seu primeiro artigo, trouxe a informação de que “É dever do Estado, bem como da família, defender e proteger a saúde do indivíduo” (BRASIL, 2017).

Desse momento em diante, o Ministério começou a assumir as atribuições do Departamento Nacional de Saúde e criou o Departamento Nacional de Endemias Rurais, responsável pelo controle da malária (BRASIL, 2017). Na ocasião, o cenário socioeconômico do país era alarmante. Havia grande desigualdade em razão da baixa renda *per capita* e da alta concentração de riquezas. Em 1963, ocorreu a 3ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), que deu voz ao processo de municipalização

e de reordenamento da rede de serviços, que visou uma nova divisão das atribuições e responsabilidades entre os níveis político administrativos da Federação (BRASIL, 2017).

Já em 1975, a Lei nº 6.229 organizou o Sistema Nacional de Saúde e estabeleceu competências distintas para as três esferas de governo. A exemplo das demais, essa organização ainda tinha forte característica centralizadora no âmbito federal e nítida divisão entre as ações coletivas. Assim, não havia um comando único até mesmo a nível federal, pois existiam competências também para os ministérios da Educação, do Trabalho e do Interior (ANDRADE et al., 2000). Posteriormente, na década de 1980, principalmente a partir de 1985, nasceu um movimento considerável envolvendo diversos atores políticos intitulado Movimento da Reforma Sanitária (ANDRADE et al., 2000).

Porém o grande marco histórico nesse processo descentralizatório foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em março de 1986, que contou com a participação de diversos setores organizados da sociedade. A concepção política e ideológica desse movimento defendia que a saúde não é uma questão exclusivamente biológica, que pode ser resolvida pela medicina, mas é sobretudo uma questão social e política a ser abordada no espaço público (PAIM et al., 2011). Ali já se defendia que “a Saúde é um direito de todos e um dever do Estado” (BRASIL, 2017).

De acordo com Paim (1999), durante a Reforma Sanitária existiam dois exemplos históricos de construção: (1) como consequência de uma revolução política e social ou (2) como uma revolução democrática, no qual as classes trabalhadoras e a intelectualidade comprometida poderiam exercer um papel de vanguarda. Também de acordo com Silva (2008), o movimento tinha como objetivo alterar a maneira como se dava a assistência à saúde no Brasil, baseando-se na implantação de um sistema com acesso universal, com integralização das ações preventivas e curativas, descentralização da administração e do financiamento e promoção e participação da população e do controle social. Foi a partir dessa Conferência que a sociedade passou a dispor de um corpo doutrinário e um conjunto de proposições políticas voltados para a saúde que apontavam para a democratização da vida social e para uma reforma democrática do Estado (PAIM, 2007).

Esse corpo doutrinário também consensuou que uma mera reforma administrativa e financeira não era o suficiente para uma melhoria no sistema arcaico existente, mas sim uma mudança em todo o arcabouço jurídico-institucional vigente

que contemplasse a ampliação do conceito de saúde segundo os preceitos da reforma sanitária. O relatório final definia saúde como o resultado das condições de vida, quais sejam: de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, dentre outros. Esse relatório serviu como base para questões tratadas na Assembleia Constituinte de 1987, que aprovou a Constituição Federal de 1988, criando o SUS (BRASIL, 1986).

4.1.2 A Construção do SUS

O marco teórico para a constituição do SUS se deu com a promulgação da Constituição Federal, em 5 de outubro de 1988, cujos artigo 6º incluiu a saúde como um direito social e os artigos 196 a 200 estabeleceram o norte para essa construção. Assim, a saúde passa a ser entendida como direito de todos e dever do Estado e deve ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco à doença e à promoção, proteção e recuperação da saúde. A proteção constitucional à saúde deverá ser exercida de forma tripartite, abrangendo especialmente a promoção e prevenção da saúde (BRASIL, 1988). A Constituição ainda referenciou que os serviços de saúde precisam ser descentralizados. Ao se pensar nas dimensões do território brasileiro e na densidade populacional, não haveria outra forma de gerir de forma segura e eficaz esses serviços, se não seguindo os princípios da descentralização. Nessa lógica, pressupõe-se que cada gestor conhece a realidade da sua região e irá trabalhar para suprir a necessidade da sua população. Essa teoria já havia sido citada por Dawson, em 1920 (OPAS, 1920), e na Conferência da Alma-Ata, em 1978 (OMS, 1978).

Posteriormente, ao marco de criação do SUS, foram sendo editadas leis complementares, mas consideradas fundamentais, com maior nível de detalhamento sobre a organização do SUS. Assim, a Lei nº 8.080/1990 trata das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização e o funcionamento dos serviços e regula as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter eventual ou permanente, de pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado (BRASIL, 1990).

Já a Lei nº 8.142/1990 foi editada para resolver questões relacionadas à transferência de recursos a estados e municípios e à participação popular na construção do SUS. Nela ficou explicitado que, em cada esfera da gestão tripartite, o SUS conta com conferências de saúde e com conselhos de saúde com participação popular, que possuem funcionamento definido por regimento próprio e aprovado pelo respectivo conselho.

Outro avanço significativo após a promulgação da Constituição e dessas leis foi a edição das normas operacionais do SUS, instituídas por portarias ministeriais, mas com a elaboração do conteúdo dividida entre o Ministério da Saúde e os representantes do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). Essas normas definiram as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que estados e municípios possam assumir novas posições no processo de implantação do SUS (SOUZA, 2002). Por exemplo, a Norma Operacional Básica (NOB) nº 01/1991 possibilitou aos prestadores públicos de serviço o pagamento por faturamento, equiparando-os aos privados quanto ao financiamento (que é pela produção de serviços), centralizou a gestão do SUS em nível federal, no antigo INAMPS, e criou um instrumento convenial como forma de transferência de recursos a estados, Distrito Federal e municípios (NEGRI, 2002).

Quando comparada à NOB nº 01/1991, a NOB nº 01/1992 não trouxe grandes avanços, mas redefiniu critérios de recursos e propôs mecanismos de estímulo para a gerência municipal e a estadual.

Já na NOB nº 01/1993, o tema descentralização ganhou força, baseado num documento do Ministério da Saúde, de 1993, intitulado “Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei” (BRASIL, 1993).

Outra novidade interessante foi a criação da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que agregou representatividade das três esferas de governo, e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no âmbito estadual. Essa NOB também criou a transferência regular e automática, fundo a fundo, aos estados e aos municípios que tinham capacidade de gerir seus recursos e a habilitação de municípios como gestores desses recursos (LEVCOVITZ et al., 2001).

Já a NOB nº 01/1996, além de reafirmar e adaptar as inovações trazidas pela NOB nº 01/1993, transferiu aos municípios habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica os recursos com base na renda *per capita* e criou o Piso Assistencial Básico

(PAB) (BRASIL, 1996). Reorganizou, também, a gestão dos procedimentos de Alta Complexidade Hospitalar, criando as Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC) e a gestão dos procedimentos de média complexidade ambulatorial (Fração Ambulatorial Especializada – FAE) (BRASIL, 1996).

Contudo, uma das novidades mais relevantes trazidas pela NOB nº 01/1996 foi a definição de uma parte fixa, à época definido em R\$ 10,00 (dez reais), *per capita*, e uma parte variável do chamado Piso de Atenção Básica (PAB) (BRASIL, 1996). A parte variável do PAB, o PAB Variável, correspondia à incentivos destinados às ações do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), ao Programa Saúde da Família (PSF), Programa de Combate às Carências Nutricionais, Ações de Vigilância Sanitária, Epidemiológica e Ambiental e de Assistência Farmacêutica Básica (BRASIL, 1996).

Já a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) nº 01/2001, a exemplo da NOB nº 01/1991, ampliou as responsabilidades dos municípios. Essa Norma instituiu o Plano Diretor de Regionalização (PDR) para organizar o processo de regionalização em cada estado e no Distrito Federal (BRASIL, 2001).

O PDR definiu também conceitos tais como, Regiões de Saúde, Municípios Polo e Microrregiões de Saúde, posteriormente importantes para a formulação das Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2001).

A NOAS nº 01/2002 trouxe a possibilidade de os Municípios Polo serem habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal, quando em comando único, ou Gestão Plena da Atenção Básica, quando em situação de comando único estadual. Na Gestão Plena do Sistema Municipal, o município é responsável pela elaboração da programação municipal pela gerência das unidades e pela garantia da prestação de serviços em seu território (BRASIL, 2002).

Os avanços desde a RSB foram visíveis e cada vez mais necessários. As NOB e as NOAS focaram mais nas responsabilidades dos gestores e a representatividade dos estados e municípios tornou-se mais evidente com a criação do CONASS e do CONASEMS. Com a promulgação da Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, os conceitos de que o sistema de saúde precisa prover integralidade na assistência, com articulação e continuidade das ações e serviços de saúde, foram reafirmados.

Mesmo com grandes avanços, é perceptível que ainda há necessidade de aprimoramento desse Sistema. Pressupostos constitucionais como o princípio

organizativo de regionalização de serviços ainda não são inteiramente adequados ao cotidiano (da gestão e dos serviços de saúde) (ALMEIDA; ACIOLE, 2014).

Frente a esse cenário, novos modelos e formas de integração dos serviços de saúde pautados em redes têm sido propostos como estratégia potente para combater a fragmentação da atenção e da gestão nas diversas Regiões de Saúde (MENDES, 2011). A base tem sido o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, eixo estruturante do sistema que deve servir como porta de entrada do sistema e como retorno do paciente.

Segundo Mendes (2011), a organização do SUS deve começar por uma análise das necessidades da população, examinando-se demografia e epidemiologia. Demograficamente, o envelhecimento da população, processo rápido e contínuo, leva a um crescente aumento das condições crônicas de saúde. Do ponto de vista epidemiológico, o país vivencia um momento único, singular, caracterizada pela tripla carga de doenças: a emergência de uma situação de condições de saúde que envolve, ao mesmo tempo, uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; o desafio das doenças crônicas e de seus fatores de riscos, como tabagismo, sobrepeso, inatividade física, uso excessivo de álcool e outras drogas e alimentação inadequada; e o forte crescimento da violência e das causas externas, com predomínio relativo de condições crônicas, o que convoca mudanças profundas nos sistemas de atenção à saúde.

Nesse ínterim, o SUS se estruturou com base em normas operacionais, portarias e resoluções que lhe outorgam arcabouço normativo conceitual e funcional que persiste até hoje, com atualizações e melhorias.

As reformas sanitárias, mesmo após a criação do SUS, continuam sendo extremamente necessárias. Uma nova agenda precisa ser construída e o foco precisa ser o de agregar valor às condições das pessoas e diminuir as iniquidades latentes. As mudanças precisam ser feitas por meio de movimentos de decisões baseados em evidências, não em opiniões, mas de movimentos para efetivação da implantação das Redes de Atenção à Saúde, voltadas à atenção das condições agudas ou crônicas, e não de sistemas fragmentados (MENDES, 2011).

4.1.3 As Redes de Atenção à Saúde

As redes de atenção à saúde, na sua forma contemporânea, surgiram no início da década de 1990, nos Estados Unidos, em um ambiente de sistema fragmentado, com supremacia do setor privado. De lá, foi levada, com as adaptações necessárias às realidades locais, a sistemas de saúde públicos e privados de outros países (MENDES, 2007).

Segundo Mendes (2007), foi constituído um grupo, pioneiro, para discutir Redes de Atenção à Saúde. Esse grupo estabeleceu características para os sistemas integrados de prestação de serviços de saúde, quais sejam:

- foco nas necessidades de saúde da população;
- coordenação e integração do cuidado por meio de sistemas de informação que ligam consumidores, prestadores e pagadores de serviços;
- informação sobre custos, qualidade e satisfação dos usuários;
- uso de incentivos financeiros e estruturas organizacionais para alinhar governança, gestores e profissionais de saúde para alcançarem objetivos; e
- contínua melhoria dos serviços prestados.

Todd (1996 *apud* MENDES, 2007) ainda cita que três conceitos básicos são utilizados na construção dos sistemas integrados de serviços de saúde, quais sejam:

1) integração horizontal: ocorre quando duas ou mais unidades, que produzem o mesmo serviço ou serviços substitutivos, se juntam para formar uma única unidade ou uma aliança interorganizacional. O intuito é economia de escala e ganho de mercado;

2) integração vertical: combinação, numa mesma organização ou numa aliança interorganizacional, de diferentes unidades produtivas que inicialmente eram autônomas, mas cujos produtos são insumos de uma unidade para outra; e

3) cadeia de valor: sequência de processos de produção inter-relacionados de insumos à produção de serviços até a distribuição dos serviços ao consumidor final. O conceito econômico de cadeia de valor é interpretado nos sistemas de saúde como o *continuum* de cuidados (TODD, 1996 *apud* MENDES, 2007).

Mendes (2007) também relaciona dois conceitos importantes para a construção das Redes de Atenção à Saúde: economias de escala e escopo. A

economia de escala diz respeito ao número de procedimentos e atividades realizados pelos serviços, ou seja, os ganhos de eficiência. Referem-se a uma situação em que os custos médios de longo prazo caem com o crescimento da escala ou do volume de atividades, sendo um período de tempo suficientemente longo para permitir que todos os insumos sejam variáveis (MENDES, 2007).

Já o escopo diz respeito à variedade dos serviços ofertados, nas quais a diversidade de atividades desenvolvidas contribui para redução dos gastos (SILVA; MAGALHÃES JÚNIOR, 2008), ou seja, o quê, em que quantidade, com que qualidade, em que tempo e para quem (LOEVINSOHN, 2008 *apud* MENDES 2007). As RAS, em tese, favorecem a economia de escala e de escopo ao criarem condições para que a abrangência dessas unidades atenda aos critérios exigidos, eliminando ociosidades e paralelismos na oferta (SILVA, MAGALHÃES JÚNIOR, 2008).

Shortell (1993 *apud* MENDES, 2007) produziu, nos Estados Unidos, um trabalho no qual a proposta era superar a fragmentação existente no sistema de saúde americano, com a constituição de sistemas organizados que configuram um *continuum* coordenado de serviços para uma população definida. Ainda de acordo com Shortell (1993 *apud* MENDES, 2007), esse modelo de sistema deveria constituir o centro da reforma do sistema de saúde americano. Essa definição de “*continuum* coordenado” é atual até hoje.

Ainda Shortell et al., (1995 *apud* MENDES, 2007) estudaram os sistemas integrados de saúde e trazem o relato que alguns hospitais comunitários, na década de 1990, obtiveram sucesso quando do desenvolvimento de um conjunto de características denominadas organizações de atenção integrada à saúde (*Integrated Health Care Organizations – IHCO*). Há diferenças entre o modelo tradicional e os hospitais gerenciados pelo IHCO, que podem ser visualizadas no Quadro 1, a seguir.

Quadro 1 – Diferenças entre o modelo tradicional e o IHCO

MODELO TRADICIONAL	MODELO IHCO
Voltado para o caso agudo	Voltado para o <i>continuum</i> do cuidado
Voltado para a doença	Voltado para a manutenção e promoção da saúde
Voltado para pacientes individuais	Voltado para população definida
Produto para cada indivíduo	Valor adicionado com ênfase em condições crônicas
Voltado para preencher os leitos hospitalares	Voltado para vidas cobertas
Gerência de uma organização	Gerência de uma rede de serviços
Gerência de um departamento	Gerência de um mercado

Fonte: Mendes (2007).

Esse sucesso dos sistemas integrados de saúde depende da eficiência e efetividade da informação e da capacidade de coordenação de processos de atenção à saúde, mas as evidências não são suficientes para garantir a integração do cuidado ao paciente e promover melhorias no desempenho das organizações (MENDES, 2007).

Uma mudança fundamental para o sucesso dos sistemas integrados é o realinhamento dos incentivos. O planejamento deve ser baseado nas necessidades da população-alvo, identificando grupos de risco e desenvolvendo estratégias diferenciadas por esses grupos, ou seja, para a solução do problema fundamental do SUS, existe a necessidade de se manter a coerência entre a situação e o sistema de saúde (MENDES, 2007).

Em publicação, Mendes (2011) define que as redes são organizações poliárquicas que buscam um objetivo comum e uma ação cooperativa e interdependente, permitindo uma ação contínua e integral e que são constituídas por três elementos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção. No que concerne à população, a Rede precisa ser desenhada baseando-se nas necessidades de saúde dos habitantes daquela região.

A estrutura operacional é constituída pelos nós das redes e pelas ligações (materiais e imateriais) que se comunicam entre esses diferentes nós. Esses, segundo Mendes (2011) e Oliveira (2004), são a atenção primária, os pontos de atenção secundários e terciários e os sistemas de apoio. Já as ligações entre eles seriam o sistema logístico e o sistema de governança da rede de atenção à saúde, que governa a relação entre os componentes.

O modelo de atenção à saúde são sistemas lógicos, de combinações tecnológicas estruturadas para a resolução dos problemas e para o atendimento às necessidades da população, estratificadas por risco e nas condições de saúde, sejam elas demográficas, epidemiológicas ou de determinantes sociais (MENDES, 2011).

Os modelos podem ser concebidos por meio de normas, padrões e referências para o campo técnico-científico, para orientar escolhas técnicas, decisões políticas e financiamentos. Refletir sobre modelos de atenção é pensar em políticas públicas e sua efetivação (MENDES, 2011).

Esses modelos de atenção, com integração das ações de promoção da saúde, da atenção básica à saúde, da atenção especializada e ambulatorial, da vigilância em

saúde e da gestão do trabalho e da educação na saúde visando à regionalização, levaram o Ministério da Saúde a iniciar a implantação da RAS, Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010). Essa Portaria definiu que as RAS são “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010).

Além da Portaria, existe no SUS, como marco legal das RAS, também o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Coile (1997 *apud* MENDES, 2011) afirma que o futuro dos sistemas de atenção à saúde está em integrarem-se em redes baseadas na cooperação, mais que na competição, que se expressem operacionalmente em: visão compartilhada da rede, eliminação de redundâncias, responsabilização na atenção contínua e integral, cuidado multiprofissional, compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos, implantação de diretrizes clínicas e a integração horizontal e vertical dos serviços.

Especialmente no Brasil, onde há diversidade de contextos regionais, com diferenças marcantes nas condições socioeconômicas e de necessidades de saúde da população, se faz ainda mais necessária a implantação da RAS para superar os desafios e avançar na qualificação da Atenção à Saúde (MENDES, 2011). A Portaria nº 4.279/2010 trouxe justamente a caracterização das RAS pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional e pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos. Fundamenta-se, remetendo a modelos de outros países, na compreensão da APS como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção (MENDES, 2011).

Além dos dois conceitos já citados por Mendes (2007) como básicos para construção de sistemas integrados – economia de escala e escopo –, Coile (1997

apud MENDES, 2011) cita e exemplifica que as RAS precisam estar alicerçadas nos seguintes conceitos:

1) Economia de escala: a concentração de serviços em um único local racionaliza resultados e otimiza custos.

2) Qualidade: a qualidade na prestação dos serviços é um dos pressupostos básicos das RAS. Conceito de graus de excelência do cuidado que pressupõe avanços e retrocessos em várias dimensões: segurança (reconhecer e evitar situações que podem gerar danos enquanto se tenta prevenir, diagnosticar e tratar); efetividade (utilizar-se do conhecimento para implementar ações que fazem a diferença, que produzem benefícios claros aos usuários); centralidade na pessoa (usuários devem ser respeitados nos seus valores e expectativas e serem envolvidos e proativos no cuidado à sua saúde), dentre outros.

3) Suficiência: quer dizer que os serviços disponíveis e a quantidade e a qualidade são suficientes para atender as necessidades de saúde da população, incluindo cuidados primários, secundários e terciários.

4) Acesso: ausência de qualquer tipo de barreira, seja ela geográfica, organizacional, sociocultural etc., aos serviços.

5) Disponibilidade: atenção necessária tanto em situações de urgência ou emergência, quanto em situações eletivas.

6) Comodidade: relação com o tempo de espera para o atendimento, conveniência de horários, forma de agendamento, forma de contato com os profissionais etc.

7) Aceitabilidade: satisfação quanto à localização, aparência e aceitação dos usuários quanto ao serviço.

8) Disponibilidade de recursos: um maior número de recursos, tanto humanos quanto físicos, concentrados em um único local.

9) Integração vertical: gestão única entre as esferas de governo, articulando os serviços nos âmbitos municipal, estadual e federal.

10) Integração horizontal: articulação ou fusão de unidades e serviços de saúde de mesma natureza ou especialidade; é utilizada para otimizar a escala de atividades, ampliar a cobertura e a eficiência econômica na provisão de ações e serviços de saúde por meio de ganhos de escala (redução dos custos médios totais em relação ao volume produzido) e escopo (aumento do rol de ações da unidade).

11) Substituições: processo de análise e reorganização dos serviços para que sejam executados de forma mais eficiente.

12) Regiões de Saúde (ou abrangência): é a cobertura de determinada RAS. Podem ser chamados de distritos, territórios ou regiões sanitárias e nessa divisão podem ser adotados critérios geográficos, socioculturais ou epidemiológicos.

13) Níveis de atenção: fundamentais para estruturar o cuidado e garantir a economia de escala, desde a atenção primária – com menor densidade de tecnologia – até a atenção terciária.

Mesmo necessitando de intervenções constantes sobre as condições agudas ou agudizadas, Mendes (2011) afirma que a implementação das RAS aponta para uma maior efetividade na produção de saúde, para a melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional e contribui para o avanço do processo de efetivação do SUS.

4.1.3.1 A Atenção Básica e as RAS

A proposta original da APS está, também, contida no Relatório Dawson, mas sua institucionalização nos sistemas de saúde foi feita após a reunião de Alma-Ata, realizada em 1978. Desde então, diferentes interpretações de APS surgiram na prática social dos sistemas de saúde.

A OMS, no documento intitulado “Cuidados de saúde primários: agora mais do que nunca” (2008), volta a apontar a atenção básica como principal estratégia de reorganização dos sistemas nacionais de serviços de saúde. Agora, do ponto de vista da OMS, ela é ordenadora, coordenadora e gestora do cuidado em saúde, e não mais diretriz da hierarquização dos serviços, assumindo posição de centralidade na constituição das redes de cuidado (OMS 2008). Porém a promessa inicial de colocar a atenção básica como porta de entrada ou pelo menos porta preferencial para os serviços de saúde até hoje não foi plenamente alcançada.

Para Mendes (2010), tendo em vista a crise nos sistemas nacionais de serviços de saúde contemporâneos, é possível perceber em vários países uma reconfiguração das dinâmicas da AB. Além disso, as doenças crônicas não transmissíveis constituem o maior desafio para os sistemas de saúde hoje, por modificarem o padrão de

necessidades da população, o que lhes impõe uma configuração sensível à produção da equidade e com capacidade de resolubilidade dos problemas, não mais na perspectiva de cura, mas do cuidado (RODRIGUES, 2014).

Assim, seria uma inverdade afirmar que a AB seja menos complexa que os cuidados de média e alta complexidade. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), originalmente de 2006, reinstituída pela Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, além de reafirmar que a AB é um dos principais atributos para a organização das RAS, devendo ser estruturada como estratégia para um cuidado integral e direcionada às necessidades de saúde da população, define que ela precisa ser estruturada e ser o primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cubra toda a população integrando, coordenando o cuidado e atendendo as suas necessidades de saúde. Na PNAB, a AB tem como funções (BRASIL, 2011):

- ser base, com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade;
- ser resolutiva, identificando riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais;
- coordenar o cuidado, elaborando, acompanhando e gerindo projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhando e organizando o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS, atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção e responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral, além de articular as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais; e
- ordenar as redes, reconhecendo as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção, contribuindo para que a programação dos serviços parta das necessidades de saúde dos usuários.

Desse modo, é na AB que se situa a clínica mais ampliada e onde se ofertam tecnologias de alta complexidade, como aquelas relativas a mudanças de comportamentos e estilos de vida em relação à saúde, práticas de promoção e prevenção da saúde (BRASIL, 2011). Também por isso, são grandes os desafios para que a AB assuma de fato o papel de coordenação de uma RAS. Dentre os nós críticos, destacam-se a incipiente política institucional direcionada ao fortalecimento da AB, a

inibida participação social das comunidades sobre este ponto de atenção e consequente baixa legitimidade social, a visão restrita de alguns gestores que tendem a compreendê-la, por vezes, como seletiva, além da insuficiência de recursos qualificados que resulta numa notável carência de dispositivos de apoio e logística que favoreçam a inovação das práticas, o acolhimento dos usuários e a vinculação dos mesmos (MENDES, 2011).

As mudanças devem acontecer para que a AB seja apropriada como estratégia de reorganização dos sistemas de atenção à saúde e, não meramente, como um programa para pobres em regiões pobres ou como um nível de atenção à saúde exclusivamente. A interpretação da AB como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde implica entendê-la como uma forma singular de reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer as necessidades da população, o que resulta em sua articulação como centro de comunicação das redes de atenção à saúde (MENDES, 2011).

A estrutura operacional das redes de atenção à saúde tem sua base na APS. Sem uma APS muito bem estruturada não se pode pensar em redes de atenção à saúde efetivas, eficientes e de qualidade (OMS, 2008).

4.1.4 Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE)

De acordo com Mendes (2011), a implantação das RAS exige uma intervenção concomitante sobre as condições crônicas e agudas. Essas são como faces de uma mesma moeda, onde para melhoria nas condições agudas e aos episódios decorrentes das agudizações das doenças crônicas, é necessário a implantação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Nessa ótica, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011, que reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências e instituiu a Rede de Atenção às Urgências e Emergências no SUS (RUE). A criação dessa Rede já estava prevista quando da publicação da Portaria nº 4.279/2010.

A RUE tem por intuito articular e integrar todos os equipamentos de saúde visando a ampliação e a qualificação do acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência. E traz como diretrizes:

“I – ampliação do acesso e acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos;
 II – garantia da universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e às relacionadas a causas externas (traumatismos, violências e acidentes);
 III – regionalização do atendimento às urgências com articulação das diversas redes de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde;
 IV – humanização da atenção garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;
 V – garantia de implantação de modelo de atenção de caráter multiprofissional, compartilhado por trabalho em equipe, instituído por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseado na gestão de linhas de cuidado;
 VI – articulação e integração dos diversos serviços e equipamentos de saúde, constituindo redes de saúde com conectividade entre os diferentes pontos de atenção;
 VII – atuação territorial, definição e organização das regiões de saúde e das redes de atenção a partir das necessidades de saúde destas populações, seus riscos e vulnerabilidades específicas;
 VIII – atuação profissional e gestora visando o aprimoramento da qualidade da atenção por meio do desenvolvimento de ações coordenadas, contínuas e que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde;
 IX – monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços através de indicadores de desempenho que investiguem a efetividade e a resolutividade da atenção;
 X – articulação interfederativa entre os diversos gestores desenvolvendo atuação solidária, responsável e compartilhada;
 XI – participação e controle social dos usuários sobre os serviços;
 XII – fomento, coordenação e execução de 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;
 XIII – regulação articulada entre todos os componentes da Rede de Atenção às Urgências com garantia da equidade e integralidade do cuidado; e
 XIV – qualificação da assistência por meio da educação permanente das equipes de saúde do SUS na Atenção às Urgências, em acordo com os princípios da integralidade e humanização”. (BRASIL, 2011).

Ela deve ser implementada, como rede complexa e que atende diferentes condições, em todo o território nacional, respeitando-se critérios epidemiológicos e densidade populacional (BRASIL, 2011). Além disso, precisa atuar de forma transversal, com a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde de forma humanizada (MENDES, 2011)

Ainda de acordo com Mendes (2011), para que haja eficiência e efetividade, há a necessidade de se direcionar a pessoa usuária, segundo seus riscos, na RUE, de forma equilibrada, por todos os componentes, quais sejam:

- I – Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde;
- II – Atenção Básica em Saúde;

III – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências;

IV – Sala de Estabilização;

V – Força Nacional de Saúde do SUS;

VI – Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas;

VII – Componente Hospitalar; e

VIII – Atenção Domiciliar.

Os componentes da RUE têm os seguintes objetivos:

“– O Componente Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde tem por objetivo estimular e fomentar o desenvolvimento de ações de saúde e educação permanente voltadas para a vigilância e prevenção das violências e acidentes, das lesões e mortes no trânsito e das doenças crônicas não transmissíveis, além de ações intersetoriais, de participação e mobilização da sociedade visando a promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância à saúde.

– O Componente Atenção Básica em saúde tem por objetivo a ampliação do acesso, fortalecimento do vínculo e responsabilização e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção, quando necessário, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades.

– O Componente Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátricas, psiquiátricas, entre outras) que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário, garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS.

– O Componente Sala de Estabilização deverá ser um ambiente para estabilização de pacientes críticos e/ou graves, com condições de garantir a assistência 24 horas, vinculado a um equipamento de saúde, articulado e conectado aos outros níveis de atenção, para posterior encaminhamento à rede de atenção à saúde pela central de regulação das urgências.

– O Componente Força Nacional de Saúde do SUS objetiva aglutinar esforços para garantir a integralidade na assistência em situações de risco ou emergenciais para populações com vulnerabilidades específicas e/ou em regiões de difícil acesso, pautando-se pela equidade na atenção, considerando-se seus riscos.

– A Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) é o conjunto de serviços de urgência 24 horas está assim constituído: I – a Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) é o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar, devendo com estas compor uma rede organizada de atenção às urgências; e II – as Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de Serviços de Urgência 24 Horas não hospitalares devem prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade.

- O Componente Hospitalar será constituído pelas Portas Hospitalares de Urgência, pelas enfermarias de retaguarda, pelos leitos de cuidados intensivos, pelos serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório e pelas linhas de cuidados prioritárias.
- O Componente Atenção Domiciliar é compreendido como o conjunto de ações integradas e articuladas de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, que ocorrem no domicílio, constituindo-se nova modalidade de atenção à saúde que acontece no território e reorganiza o processo de trabalho das equipes, que realizam o cuidado domiciliar na atenção primária, ambulatorial e hospitalar". (BRASIL, 2011).

Ao longo do tempo, componentes da RUE foram descontinuados, a exemplo das Salas de Estabilização e do Programa SOS Emergências.



Figura 1 – Componentes e Interfaces da RUE

Fonte: Ministério da Saúde.



Figura 2 – Componentes da RUE

Fonte: Ministério da Saúde.

Para implantar a RUE com a aprovação e recursos também de orçamentação federal, é necessário que se faça um Plano de Ação Regional (PAR) baseado em cinco fases. Esse Plano é aprovado na CIB e enviado ao Ministério da Saúde para publicação. O Ministério avalia e, se estiver de acordo e houver recursos financeiros para custeio, aprova-o por meio de Portaria Ministerial, publicada no Diário Oficial da União (DOU).

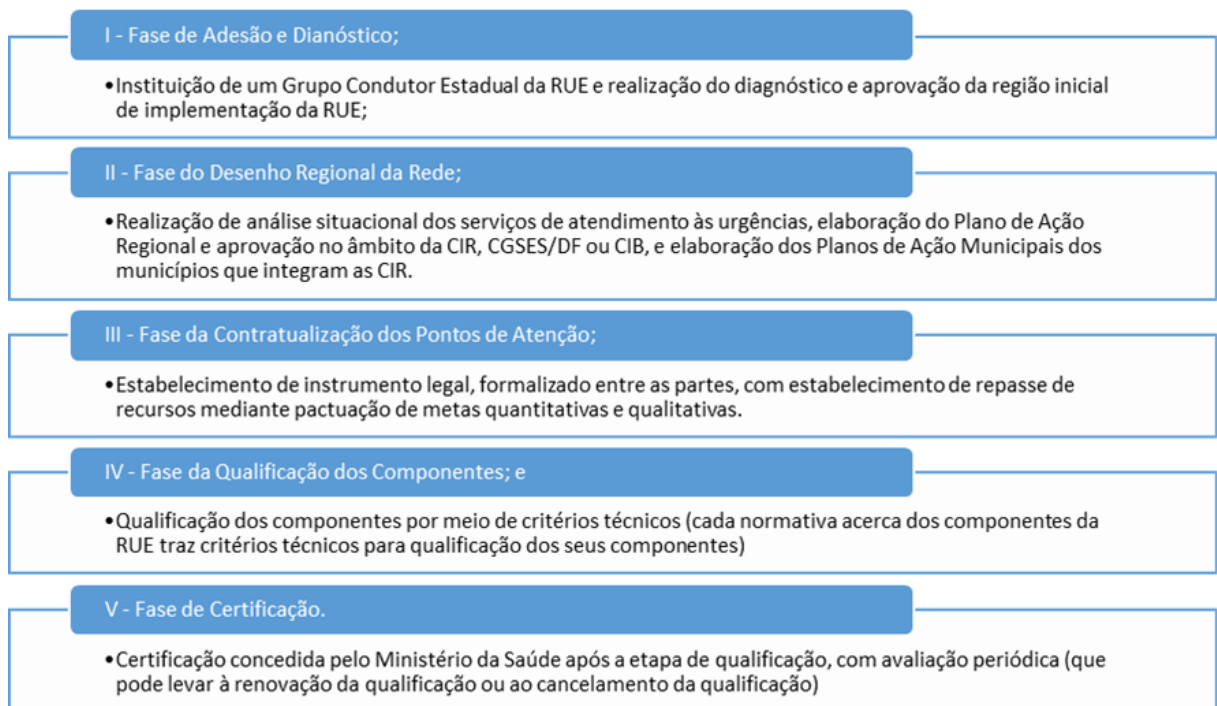


Figura 3 – Fases de Implantação da RUE

Fonte: Ministério da Saúde

4.1.4.1 Plano de Ação Regional – PAR (RUE)

O PAR (RUE) é um documento formal que traz as definições físico-financeiras, logísticas e operacionais necessárias à implantação da Rede. As ações e serviços de saúde precisam estar delineados para que funcionem de forma harmônica e integrada, superando a lógica da fragmentação (BRASIL, 2013).

A elaboração do PAR, pelo Grupo Condutor da RUE, deve conter o desenho da Rede, com o detalhamento técnico de cada componente (incluindo o diagnóstico demográfico e epidemiológico da região de saúde e dimensionamento da

demanda/oferta), e as metas a serem cumpridas. Quando houver aditivos ao PAR há, também, a necessidade de um novo diagnóstico situacional, conforme preconiza a Portaria nº 1.600/2011 (BRASIL 2011).

O PAR precisa seguir as cinco fases anteriormente descritas e trazer, minimamente, as informações a seguir relacionadas:

I. **Dados demográficos:** listar os municípios que compõem a região ou macrorregião cujo PAR tem a intenção de englobar, a estimativa da população residente (que pode ser apresentada por faixa de idade, sexo e dados socioeconômicos, PIB e IDH e, ainda, o percentual que depende do SUS). Há ainda a possibilidade de descrever características determinantes de ocorrência e distribuição de eventos que impactam urgências e emergências.

II. **Dados epidemiológicos:** é indispensável que o PAR contenha o percentual de mortalidade específico por capítulos do Cadastro Internacional de Doenças (CID-10), de morbidade por caráter de atendimento (urgência e eletivo) e de agravos relacionados às Linhas de Cuidado Prioritárias.

III. **Dimensionamento das demandas de urgência:** apresentar o número total dos procedimentos de acolhimento em Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e Portas de Entrada (as que se tem devem integrar a RUE), com classificação conforme protocolo de estratificação de risco utilizado, e o número de atendimentos oriundos de outros municípios, quando possível, no período de um ano.

Cabe destacar que o Ministério recomenda o protocolo de Manchester, que segue a seguinte linha:



Figura 4 – Protocolo de Manchester

Fonte: redec.gov.br

IV. Oferta de serviços de urgência: listar as ações de promoção, prevenção e vigilância desenvolvidas, a cobertura da AB e da ESF, os serviços de transporte para urgência (distribuição e cobertura do SAMU e serviços similares), as UPA ou outros pronto atendimentos por municípios/região), os hospitais de referência, o apoio diagnóstico e o número de equipes de atenção domiciliar cadastradas. Outro item necessário é o detalhamento técnico de cada componente da Rede, contemplando:

a) UPA 24h: propostas de construção, de habilitações em custeio e qualificação e de construções não financiadas pelo Ministério.

b) SAMU 192: propostas de implantação, ampliação e expansão do serviço e necessidade de novas unidades.

c) Componente Hospitalar:

1) Portas de Entrada Hospitalares de Urgência: apresentar as instituições hospitalares as quais se pleiteia o incentivo de custeio diferenciado para Portas de Entrada estratégicas, especificando o tipo. Quando o hospital não tiver capacidade instalada para atendimento às Linhas de Cuidado Prioritárias (Trauma, IAM e AVC), deve ser apresentada a grade de referência com os estabelecimentos e as especialidades que darão retaguarda.

2) Leitos de retaguarda: apresentar a necessidade de leitos e a proposta de ampliação, caso tenha, com a taxa de ocupação atual e média de permanência dos leitos dos estabelecimentos registrados no SIH/SUS nos últimos 12 (doze) meses.

3) Leitos de UTI adulto e pediátrico: apresentar a proposta de ampliação e qualificação de leitos existentes de acordo com a necessidade, demonstrando a vigência dos contratos dos hospitais filantrópicos e privados com o gestor municipal ou estadual que demonstrem a disponibilidade dos leitos para o SUS, acrescentando a taxa de ocupação atual e média de permanência dos leitos registrados no SIH/SUS nos últimos 12 (doze) meses dos estabelecimentos pleiteados no PAR.

4) Leitos de cuidados prolongados, de Unidade de AVC e de UCO: o número de novos leitos de cuidados prolongados será calculado de acordo com os Parâmetros SUS, definidos na Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

5) Serviço de Atenção Domiciliar: as solicitações deverão estar de acordo com a Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e apresentar as metas a serem cumpridas, cronograma de implantação, mecanismo de regulação, monitoramento e avaliação, o estabelecimento responsável e o aporte de recursos de cada ente envolvido (BRASIL, 2013).

4.1.5 Componente Hospitalar

A Portaria nº 2.395/GM/MS, de 11 de outubro de 2011, que organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no âmbito do SUS, definiu que o Componente Hospitalar da RUE é um serviço qualificado, organizado por meio da ampliação do serviço prestado pelas Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, das Enfermarias Clínicas de Retaguarda, dos leitos de cuidados prolongados e dos leitos de terapia intensiva, com o objetivo de prover o cuidado integral e qualificado aos pacientes em situação de urgência e emergência.

Ainda de acordo com a citada Portaria, o Componente Hospitalar tem como diretrizes:

- universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências;
- humanização da atenção, centrada no cuidado integral do usuário;
- atendimento priorizado, mediante classificação de risco segundo grau de sofrimento, urgência e gravidade do caso;
- regionalização do atendimento às urgências, com articulação dos diversos pontos de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde; e
- atenção multiprofissional, instituída por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseada em gestão de linhas de cuidados.

Essas diretrizes têm por finalidade qualificar o atendimento à demanda espontânea e/ou referenciada de outros pontos de atenção de menor complexidade no atendimento aos pacientes em situação de urgência ou emergência, garantindo retaguarda no atendimento de média a alta complexidade, ofertando procedimentos diagnósticos, leitos clínicos de retaguarda, leitos de cuidados prolongados e leitos de

UTI e reforçando a garantia do cuidado hospitalar nas linhas prioritárias: traumatologia, cardiovascular e cerebrovascular (BRASIL, 2011).

O Componente Hospitalar deve estar integrado e articulado com os demais componentes pertencentes à RUE por meio de pactuações consolidadas a partir do desenho do PAR (BRASIL, 2011)

São objetivos do Componente Hospitalar, de acordo com a Portaria nº 2.395/2011:

“I – organizar a atenção às urgências nos hospitais, de modo que atendam à demanda espontânea e/ou referenciada e funcionem como retaguarda para os outros pontos de atenção às urgências de menor complexidade;
 II – garantir retaguarda de atendimentos de média e alta complexidade; procedimentos diagnósticos e leitos clínicos, cirúrgicos, de longa permanência e de terapia intensiva para a rede de atenção às urgências; e
 III – garantir retaguarda de atendimentos de média e alta complexidade; procedimentos diagnósticos e leitos clínicos, cirúrgicos, de leitos de Cuidados Prolongados e de terapia intensiva para a rede de atenção às urgências; e
 IV – garantir a atenção hospitalar nas Linhas de Cuidado prioritárias, em articulação com os demais pontos de atenção.
 V – regionalização do atendimento às urgências, com articulação dos diversos pontos de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde; e
 VI – atenção multiprofissional, instituída por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseada na gestão de Linhas de Cuidado”. (BRASIL, 2011).

Integram o Componente Hospitalar da RUE os pontos de atenção descritos a seguir.

4.1.5.1 Portas de Entrada Hospitalares

É o agrupamento de serviços instalados em uma unidade hospitalar para prestar atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências (BRASIL, 2011). Podem ser habilitados nas seguintes tipologias:

- Hospital Geral: ter equipe 24 horas composta por clínico geral, pediatra, cirurgião, anesthesiologista, enfermeiros, técnicos e equipes para manejo de pacientes críticos;
- Hospital Especializado Tipo I: ter equipe 24 horas, constituída por médicos especializados, cuja composição depende do perfil assistencial do estabelecimento, equipe multidisciplinar e equipes para manejo de pacientes críticos; e

- Hospital Especializado Tipo II: ter equipe 24 horas, constituída por médicos especializados, cuja composição depende do perfil assistencial do estabelecimento, equipe multidisciplinar e equipes para manejo de pacientes críticos.

Para que integrem a RUE, as Portas de Entrada precisam cumprir os seguintes critérios:

- ser referência regional, realizando, no mínimo, 10% de atendimentos oriundos de outros municípios;
- ter, no mínimo, 100 (cem) leitos cadastrados; e
- possuir habilitação em pelo menos 1 (uma) Linha de Cuidado ou ser referência para o atendimento em Pediatria.

É importante mencionar que o Ministério da Saúde financia, na modalidade investimento, a readequação física e tecnológica da Porta de Entrada, com o valor de R\$ 3.000.000,00 (três milhões de reais), por meio de celebração de convênio.

Há ainda o financiamento diferenciado, na modalidade custeio, com transferência mensal, regular e automática, de acordo com a tipologia, nos seguintes valores:

- Hospital Geral: R\$ 100.000,00 (cem mil reais mensais);
- Hospital Especializado Tipo I: R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais mensais); e
- Hospital Especializado Tipo III: R\$ 300.000,00 (trezentos mil reais mensais).

A qualificação das Portas de Entrada Hospitalares pode ser solicitada ao Ministério da Saúde. Esses critérios, definidos na Portaria nº 2.395/2011, precisam ser cumpridos pelo estabelecimento em um prazo máximo de 6 meses, do recebimento do recurso de custeio mensal, ou de 12 meses, do recebimento do incentivo de investimento para adequação da ambiência (BRASIL, 2011).

4.1.5.2 Leitos de Retaguarda

Uma das estratégias para a melhoria da atenção hospitalar é a ampliação e a qualificação dos leitos (BRASIL, 2011). Os leitos de retaguarda podem ser criados ou

qualificados em hospitais estratégicos ou em hospitais de menor porte, porém, precisam dar suporte aos prontos-socorros e às unidades de pronto atendimento, sendo exclusivos para retaguarda às urgências, e estar disponíveis nas centrais de regulação.

A RUE trouxe, ainda, a possibilidade de habilitação de novos leitos e a qualificação de leitos já existentes, agora integrando a Rede. Essas habilitações e qualificações podem ocorrer tanto em hospitais públicos quanto em hospitais privados, conveniados ou contratados pelo SUS. A qualificação dos leitos já existentes pode ocorrer sendo um leito para cada dois novos, e um qualificado para cada um novo, respectivamente, em hospitais públicos e hospitais privados.

Um dos grandes diferenciais trazidos pela RUE foi o incentivo para que os leitos integrem a Rede. O valor recebido anteriormente era de R\$ 100,00 (cem reais), por dia, por leito, já incorporado ao Teto de Média e Alta Complexidade¹ do gestor contratante do leito. Para os leitos de Enfermaria Clínica de Retaguarda, integrantes do Componente Hospitalar da RUE, o incentivo passou a ser de R\$ 300,00 (trezentos reais), por leito, por diária, e, além do incentivo, há ainda o faturamento da internação via SIH-SUS.

O Ministério da Saúde definiu para as instituições, públicas ou privadas, que integrem a RUE como leitos de retaguarda hospitalares, o custeio diferenciado, no valor de R\$ 300,00 (trezentos reais) por diária. Esse valor refere-se tanto ao leito novo quanto ao leito qualificado, que obedece aos critérios estabelecidos na Portaria nº 2.395/2011.

Os leitos qualificados, a exemplo das Portas de Entrada, têm prazo máximo de 6 meses, a contar do início do repasse de recurso de custeio, para se adequarem aos critérios estabelecidos.

4.1.5.3 Linhas de Cuidados Prioritárias

¹ Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC) é o recurso que inclui os incentivos de custeio, transferido de forma regular e automática aos fundos de saúde dos estados, DF e municípios (BRASIL, 2017).

De acordo com a Portaria nº 4.279/2010, as Linhas de Cuidado (LC) são uma forma de articulação dos recursos e as práticas de produção de saúde entre as unidades de atenção de uma dada região de saúde, com o intuito de uma condução ágil, oportuna e singular de diagnósticos e terapias, respondendo às necessidades epidemiológicas de maior relevância.

Dentro da RUE, foram definidas as seguintes Linhas de Cuidado Prioritárias, tendo em vista a grande incidência de internações por longa permanência por acidente vascular cerebral (AVC), infarto agudo do miocárdio (IAM) e por causas externas (lesões decorrentes de acidentes e violências, ou seja, traumas).

4.1.5.3.1 Cuidado Cardiovascular – Foco na Atenção ao Infarto Agudo do Miocárdio

Efetivamente, a Portaria nº 2.994/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011, aprovou a Linha de Cuidado do IAM e o protocolo das síndromes coronarianas agudas.

As Unidades de Terapia Intensiva Coronariana – ou, simplesmente, Unidades Coronarianas (UCO) – são dedicadas ao cuidado aos pacientes com síndrome coronariana aguda, devendo necessariamente dispor de infraestrutura de UTI, mas se localizar em instituição capacitada para fornecer apoio diagnóstico e terapêutico aos pacientes, incluindo recursos humanos qualificados, métodos diagnósticos não invasivos e invasivos e a oportunidade de atendimento em caráter de urgência (BRASIL, 2011).

O Ministério da Saúde financia, na modalidade investimento, projetos de implantação de leitos de UCO, por meio de convênio, no valor de R\$ 100.000,00 (cem mil reais). As instituições hospitalares que disponibilizarem leitos que atendam aos critérios estabelecidos na Portaria citada terão custeio mensal no valor de R\$ 800,00 (oitocentos) por leito.

Para ter leitos de UCO habilitados/qualificados na RUE, as instituições hospitalares precisam ser reconhecidas como centro de referência ou unidade de assistência de alta complexidade cardiovascular, com serviço de Cardiologia Intervencionista. Tal habilitação deve seguir o que determina a Portaria nº

1.169/GM/MS, de 15 de junho de 2004. A exemplo dos demais Componentes, as UCO terão o prazo de 6 meses para se qualificarem após o repasse do custeio diferenciado.

4.1.5.3.2 Linha de Cuidado Cerebrovascular: Foco na Atenção ao Acidente Vascular Cerebral

A Linha de Cuidado do AVC foi instituída pela Portaria nº 665/GM/MS, de 12 de abril de 2012. Essa Portaria estabelece dois modos de organização das Unidades de Atendimento ao AVC, quais sejam:

- U-AVC Agudo: unidade de cuidados clínicos multiprofissional com, no mínimo, cinco leitos no mesmo espaço físico, coordenada por neurologista, dedicada ao cuidado clínico dos pacientes com AVC (isquêmico, hemorrágico ou ataque isquêmico transitório) e durante a fase aguda (72 horas) e responsável por oferecer tratamento trombolítico endovenoso; e

- U-AVC Integral: unidade de cuidados clínicos multiprofissional com, no mínimo, dez leitos, também coordenado por neurologista, dedicada ao cuidado de AVC (isquêmico, hemorrágico ou ataque isquêmico transitório) até 15 dias da internação hospitalar, com a atribuição de dar continuidade ao tratamento da fase aguda, da reabilitação precoce e da investigação etiológica completa (BRASIL, 2012).

O incentivo financeiro repassado pelo Ministério da Saúde para custeio dos leitos dessas unidades é de R\$ 350,00 (trezentos e cinquenta reais), por dia, por leito, limitado a (três) dias no caso de U-AVC Agudo e de 15 (quinze) dias no caso de U-AVC Integral.

4.1.5.3.3 Linha de Cuidado do Trauma

Aprovada pela Portaria nº 1.365/GM/MS, de 8 de julho de 2013, a Linha de Cuidado do Trauma é o processo integrado de atenção ao paciente vítima de trauma, que articula os pontos de atenção da RUE, com vistas à prevenção dos agravos, garantia de padrões adequados de acessibilidade aos recursos tecnológicos, à

gravidade dos casos e à continuidade do cuidado, com atribuição prévia de responsabilidades assistenciais e mecanismos de regulação, coordenação, comunicação e transporte sanitário. É a rede de ligação dos componentes da RUE que desempenham o papel de referência especializada para atendimento aos pacientes vítimas de trauma (BRASIL, 2014). Na RUE, ela foi proposta com o objetivo de ampliar e qualificar o acesso humanizado e a atenção integral ao paciente traumatizado por meio de uma Rede de Atendimento Hospitalar ao Trauma (BRASIL, 2013).

A definição das tipologias dos Centros de Trauma tem como parâmetros o dimensionamento da RUE, a localização dos pontos de atenção ao trauma, o número de habitantes, a cobertura assistencial e até o tempo de deslocamento até o Centro de Trauma (BRASIL, 2014).

Podem ser habilitados como Centros de Trauma Tipo I, Tipo II e Tipo III, de acordo com a Portaria nº 1.366/GM/MS, de 8 de julho de 2013, seguindo os critérios para tipificação dos hospitais das Portas de Entrada:

- Centro de Trauma Tipo I: é um Hospital Geral que desempenha papel de referência para atendimento ao paciente traumatizado;
- Centro de Trauma Tipo II: é um estabelecimento hospitalar que desempenha papel de referência para atendimento ao paciente traumatizado e identifica-se como Hospital Especializado Tipo I, segundo a tipologia das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência; e
- Centro de Trauma Tipo III: é um estabelecimento hospitalar que desempenha papel de referência para atendimento ao paciente traumatizado e identifica-se como Hospital Especializado Tipo II, segundo a tipologia das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência.

As diferenciações nas habilitações dos hospitais como Centros de Trauma novamente se reportam, à exemplo de outros pontos de atenção, a critérios populacionais e de qualificação, ou seja, especialidades que precisam compor as equipes de profissionais que integram os Centros.

Quanto ao financiamento, os estabelecimentos habilitados terão um incremento financeiro no valor de 80% (oitenta por cento) nos componentes Serviços Hospitalares (SH) e Serviços Profissionais (SP) dos procedimentos relativos a trauma relacionados na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS.

4.1.5.4 Unidades de Internação em Cuidados Prolongados (UCP) e Hospitais Especializados em Cuidados Prolongados (HCP)

As Unidades de Internação em Cuidados Prolongados e os Hospitais de Cuidados Prolongados são unidades intermediárias entre os cuidados hospitalares de caráter agudo e crônico reagudizado e a atenção básica. Os cuidados prolongados incluem, também, a atenção domiciliar necessária antes do retorno do usuário ao domicílio.

Esse ponto de atenção, regulamentado pela Portaria nº 2.809/GM/MS, de 7 de dezembro de 2012, foi pensado face à necessidade de desenvolver uma estratégia multidisciplinar, de assistência integral, humanizada e individualizada que, em articulação com os demais pontos de atenção da Rede, garanta o atendimento ao paciente que necessita de cuidados prolongados.

Os cuidados prolongados foram divididos da seguinte forma:

- Unidade de Internação em Cuidados Prolongados como serviço dentro de um Hospital Geral ou Especializado (UCP): deve estar vinculada a um Hospital Geral ou Especializado (maior que 50 leitos) e sua habilitação pode ser de 15 a 25 leitos; e
- Hospital Especializado em Cuidados Prolongados: Hospital Geral ou Especializado com, no mínimo, 40 (quarenta) leitos e sua capacidade total deve ser destinada para esse fim.

O Ministério apoia financeiramente, na modalidade investimento, a ampliação e adequação tecnológica e UCP no valor de até R\$ 10.000,00 (dez mil reais) por leito e, em custeio, para reforma no valor de até R\$ 10.000,00 (dez mil reais) (BRASIL, 2013). Há ainda a disponibilização de recursos para custeio mensal:

I – diária de R\$ 300,00 (trezentos reais) por leito de UCP e HCP, até o 60º dia de internação;

II – diária de R\$ 200,00 (duzentos reais) por leito de UCP e HCP, a partir do 61º dia de internação; e

III – valor atual da AIH, a partir do 91º dia de internação.

A partir da transferência do recurso de investimento ou do recurso de custeio para reforma, a instituição tem o prazo de 6 meses para entrar em funcionamento.

4.1.5.5 Atenção ao Paciente Crítico: Unidades de Terapia Intensiva (UTI)

A Nota Técnica nº 02/2015 – UTI. Urgência e Emergência. Cálculo de leitos hospitalares, elaborada pela Promotoria de Justiça do Estado de Minas Gerais, citou que a terapia intensiva no âmbito do SUS vem sendo construída de forma a responder as dificuldades históricas, quais sejam: a superlotação dos prontos socorros, insuficiência de leitos de retaguarda para pós-operatório, falta de alternativa de internação hospitalar para pacientes semicríticos, precariedade da regulação de leitos e carência de recursos humanos. A Nota Técnica ainda cita que a instalação de Unidades de Terapia Intensiva reduzem em 70% o número de óbitos.

As UTI são ambientes permeados por tecnologia de ponta, com situações iminentes de emergência e necessidade constante de agilidade e habilidade no atendimento. De acordo com Souza et al. (*apud* BOLELA; JERICÓ, 2006), Unidades de Terapia Intensiva são:

“Locais destinados à prestação de assistência especializada a pacientes em estado crítico. Para os pacientes aí internados há necessidade de controle rigoroso dos seus parâmetros vitais e assistência de enfermagem contínua e intensiva.”

A Portaria nº 3.432/GM/MS, de 12 de agosto de 1998, foi a primeira a regulamentar os leitos das Unidades de Tratamento Intensivo. Nessa Portaria foi trazida a definição de que essas são unidades hospitalares destinadas ao atendimento de pacientes graves ou de risco que dispõem de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, com equipamentos específicos próprios, recursos humanos especializados e que tenham acesso a outras tecnologias destinadas a diagnósticos e terapêutica. Registre-se que, àquela época, as Unidades eram de Tratamento Intensivo, terminologia alterada pela Portaria nº 895/GM/MS, de 31 de março de 2017, para Unidade de Terapia Intensiva.

De acordo com a Portaria nº 2.897/2017, a melhoria na atenção ao paciente crítico está diretamente ligada à forma de organização do processo de trabalho da equipe, à humanização do cuidado, à qualificação na gestão hospitalar, à ampliação do acesso e à garantia de infraestrutura adequada. No âmbito da RUE, há habilitações e qualificações de leitos, tanto adultos como pediátricos, de UTI Tipo II e Tipo III. A diferenciação dessa tipologia se baseia em fatores qualitativos, por exemplo:

quantidade de pacientes por médico intensivista, necessidade de fisioterapeuta na Unidade e tecnologia dos equipamentos integrantes da Unidade.

Outro fator relevante, com relação à habilitação de leitos de UTI no âmbito da RUE, se remete ao custeio. O subsídio de leitos de UTI Tipo II Adulto e Pediátrica que não integram a RUE é de R\$ 478,72 (quatrocentos e setenta e oito reais e setenta e dois centavos), para Tipo II (tanto Adulto como Pediátrica), e de R\$ 508,63 (quinhentos e oito reais e sessenta e três centavos), por dia, por leito (nesse valor está incluído, também, o serviço profissional). Já aqueles que integram a RUE, sejam eles habilitados ou qualificados, têm um incentivo financeiro no valor de R\$ 800,00 (oitocentos reais) por dia, por leito.

As instituições públicas ou privadas conveniadas ao SUS ou contratadas poderão apresentar ao Ministério da Saúde um projeto para readequação física e tecnológica. O Ministério da Saúde disponibilizará, na modalidade investimento, por meio de celebração de convênio ou instrumentos congêneres, o valor de R\$ 100.000,00 (cem mil reais) por leito novo implantado (BRASIL, 2011).

As instituições hospitalares que disponibilizarem novos leitos de UTI específicos para retaguarda (dentro da RUE) farão jus ao custeio diferenciado de R\$ 800,00 (oitocentos reais) por diária, por leito. Os leitos já existentes e que forem qualificados dentro da RUE (até o limite de 80% dos leitos existentes) também farão jus ao recebimento do valor descrito por diária, por leito.

As habilitações de leitos de UTI, de Enfermaria Clínica de Retaguarda continuaram sendo regidas por Portarias já existentes. Já as linhas de Cuidado, que ainda não haviam sido regulamentadas no SUS, foram tendo suas diretrizes publicadas em portarias específicas em anos posteriores.

5 MÉTODOS

Estudo descritivo, observacional e analítico, com delineamento longitudinal retrospectivo da implantação do Componente Hospitalar da RUE (2011 a 2019). Ressalta-se que a delimitação do período estudado (2011 a 2019) justifica-se pela data de início da implantação do Componente Hospitalar (com a publicação da Portaria nº 2.395/2011) e o ano imediatamente anterior à instituição da atual situação de Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (ESPIN), que fez com que o sistema trabalhasse, em 2020 e 2021, de forma mais direcionada à resolução dos problemas relacionados à covid-19.

5.1 FONTE DE DADOS E ELENCO DE VARIÁVEIS

O estudo foi dividido em duas etapas. Na primeira, foram extraídos, do SCNES, tabulados pelo TABNET, dados secundários dos pontos de atenção de todas as unidades da federação integrantes do Componente Hospitalar habilitados durante o período de 2011 a 2019, conforme delimitado no Quadro 2. Complementarmente, foi utilizada uma planilha (arquivos Excel), elaborada pela Coordenação-Geral de Urgência (CGURG) do Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde do Ministério da Saúde, para verificar o pertencimento daquele ponto de atenção à RUE. O acesso à essa planilha foi solicitado via Lei de Acesso à Informação (LAI), demanda 40343237, NUP/SEI nº 25072.00899/2021-61.

Quadro 2 – Ponto de atenção e respectiva fonte de extração do dado

Ponto de Atenção	Fonte:
Portas de Entrada	Planilha CGURG
Leitos de Enfermaria Clínica de Retaguarda	Planilha CGURG
Linhas de Cuidado Prioritárias	SCNES/SIH
Cuidados Prolongados	SCNES/TABNET
Leitos de UTI que integram a RUE	Planilha CGURG
Leitos de UTI	CNES/TABNET

Fonte: a autora.

Já na segunda etapa do estudo foram selecionados os dados de habilitação das Portas de Entrada Hospitalares que implantaram alguma ou mais de uma Linha de Cuidado Prioritária (AVC, IAM e Trauma). Para se avaliar a efetividade da implantação da Linha de Cuidado, os dados foram extraídos do SIH, disponível no sítio: datasus.gov.br. Foram coletados o número de Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) das Portas de Entrada “referenciadas” no período compreendido entre 2011 e 2019. O número de internações foi estratificado por sexo e faixa etária. Além disso, foi coletado, ainda pela AIH, o tempo (em dias) de internação dos pacientes. Esse número (total de dias) foi somado e dividido pelo quantitativo total de autorização de internação hospitalar (AIH) (número total de AIH daquele estabelecimento), ano a ano, de 2011 a 2019, resultando no Tempo Médio de Permanência (TMP). Os dados foram disponibilizados por meio do TABWIN e exportados para o Excel, em formato de planilha.

Ao longo do período estudado, o quantitativo total de AIH dos 39 estabelecimentos foi de 5.587.585. Desse quantitativo, 2.653.676 foram de atendimentos do sexo masculino e 2.933.909 foram de atendimentos do sexo feminino. Por faixa etária, tem-se que o número de AIH para pessoas com idade entre 0 e 19 anos foi de 1.033.397, sendo 532.697 do sexo masculino e 500.700 do sexo feminino; entre 20 e 39 anos foi de 1.436.807, sendo 510.703 do sexo masculino e 926.104 do sexo feminino; entre 40 e 59 anos foi de 1.449.520, sendo 740.733 do sexo masculino e 708.707 do sexo feminino; e de pessoas acima de 60 anos foi de 1.665.888, sendo 868.978 do sexo masculino e 796.910 do sexo feminino. As AIH que acusavam “idade inválida” foi de 1.973. O TMP foi de 6,32 dias de internação – calculando-se a soma dos dias de internação e dividindo-os pelo quantitativo de AIH, ou seja, $35.346.389/5.587.585$ (dias de internação/número de AIH).

Quanto à segunda etapa, é importante ressaltar que, das 366 Portas de Entrada Hospitalares habilitadas no âmbito da RUE no período de 2011 a 2019, 47 tiveram alguma ou mais de uma Linha de Cuidado do Trauma, AVC ou IAM implantadas. Dessas 47 Portas de Entrada, 8 foram excluídas por não apresentarem dados que possibilitassem a comparação/análise proposta no estudo descritas no tópico 5.2. Assim, nesta etapa, foram consideradas apenas 39 Portas de Entrada Hospitalares em que as Linhas de Cuidado foram implantadas no período analisado.

Para análise da efetividade da implantação das Linhas de Cuidado, era esperado que o número de atendimentos aumentasse após a sua implantação, visto que, a partir daquele momento, além de admitir demandas espontâneas, esses serviços passaram a receber as referenciadas pela Central de Regulação, conforme sinalizado no próprio Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no SUS (BRASIL, 2013), e que o TMP diminuísse, visto que é um indicador da qualidade hospitalar, medindo a eficiência e a efetividade da assistência com boas práticas clínicas, resultando num fluxo maior de pacientes, otimização da capacidade instalada e melhora no atendimento ao usuário (BRASIL, 2013; PETRY, 2017).

5.2 ANÁLISE DO DADOS

Etapa I: para demonstrar, de maneira quantitativa, a evolução da implantação do Componente Hospitalar da RUE, foram analisados os dados dos pontos de atenção que integram esse Componente, de forma individualizada, ordenados por ano, por unidade da federação e por macrorregião.

Já para análise da Etapa II (também no período de 2011 a 2019), foram extraídos, das AIHs, dados do TMP de internação e da soma do número de pacientes atendidos/internados nos estabelecimentos de saúde que implantaram as Linhas de Cuidado Prioritárias. Esses dados foram analisados considerando a população residente (estimativa populacional, segmentada por sexo e faixa etária) dos municípios onde esses estabelecimentos estão sediados.

As variáveis – número de atendimentos e TMP – e a delimitação da faixa etária (0 a 19; 20 a 39; 40 a 59; e 60 ou mais) foram consideradas baseando-se nas diretrizes do Manual Instrutivo da RUE; na Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que dispõe sobre critérios de utilização de leitos de Unidades de Terapia Intensiva, com ajuste para 19 anos, em função da delimitação feita pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que estima o crescimento populacional fragmentando-o em idades de 5 em 5 anos; e no Estatuto do Idoso.

Os dados foram analisados por Linha de Cuidado (AVC, IAM e Trauma) e macrorregião, ano a ano, subdivididos em análise descritiva e de associação. As análises dos dados foram realizadas no programa IBM SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 23, de 2015. O nível de significância utilizado em todo estudo foi de 5%, com testes bicaudais.

Para avaliar os dados do total de atendimentos/produção (número de AIHs) e número do TMP, foram calculadas as médias dos dois anos imediatamente anteriores e dois anos imediatamente posteriores ao ano de implantação. Quando não houve a possibilidade de se estabelecer uma média (quando, dentro do período estudado, havia dados de somente um ano imediatamente anterior e imediatamente posterior à implantação da Linha de Cuidado), apenas esses dados foram considerados no cálculo. O ano da implantação da Linha de Cuidado também não foi considerado.

Os dados por população foram calculados dividindo a produção pela população do município e multiplicando por mil, ou seja, o valor por população retira o viés do crescimento populacional por meio da avaliação da taxa de produção (número de AIHs) por mil habitantes.

Inicialmente, as variáveis quantitativas foram testadas em relação à normalidade da distribuição de dados, sendo que houve rejeição da hipótese nula de normalidade dos dados para todas as variáveis quantitativas (teste de Kolmogorov-Smirnov). Portanto, foram utilizados testes não paramétricos para avaliar diferenças significativas antes e depois da implantação das Linhas de Cuidado Prioritárias por meio do teste de Wilcoxon de amostras relacionadas. As variáveis serão apresentadas por meio das medidas descritivas média, mediana, desvio padrão, mínimo, máximo e amplitude interquartil.

6 RESULTADOS

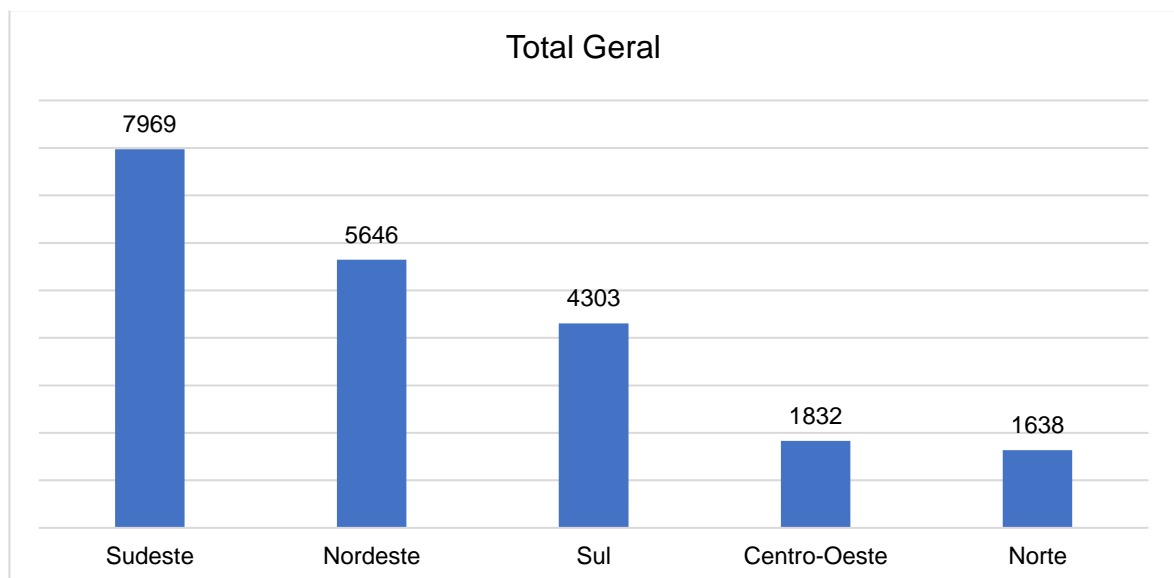
6.1 ETAPA I

6.1.1 Pontos de Atenção do Componente Hospitalar

A seguir, são apresentados os resultados encontrados com relação aos pontos de atenção do Componente Hospitalar implantados nas macrorregiões do Brasil, ano a ano, no período compreendido entre 2011 e 2019, por ordem de grandeza.

No Gráfico 1, demonstram-se as evoluções do Componente Hospitalar por macrorregião. Observa-se que a região Sudeste teve o maior número de habilitações de pontos de atenção do Componente Hospitalar, seguida das regiões Nordeste, Sul, Centro-Oeste e Norte.

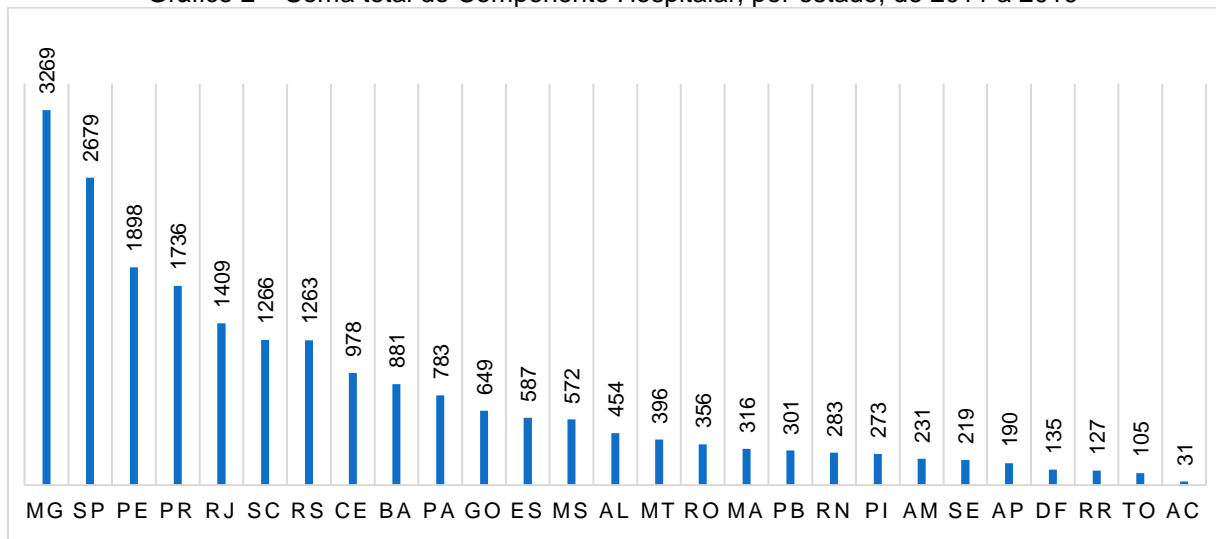
Gráfico 1 – Evolução da implantação do Componente Hospitalar, por macrorregião, de 2011 a 2019



Fonte: a autora.

Os estados que mais alavancaram esses números na região Sudeste são Minas Gerais e São Paulo, e na região Nordeste, Pernambuco, conforme demonstrado no Gráfico 2.

Gráfico 2 – Soma total do Componente Hospitalar, por estado, de 2011 a 2019

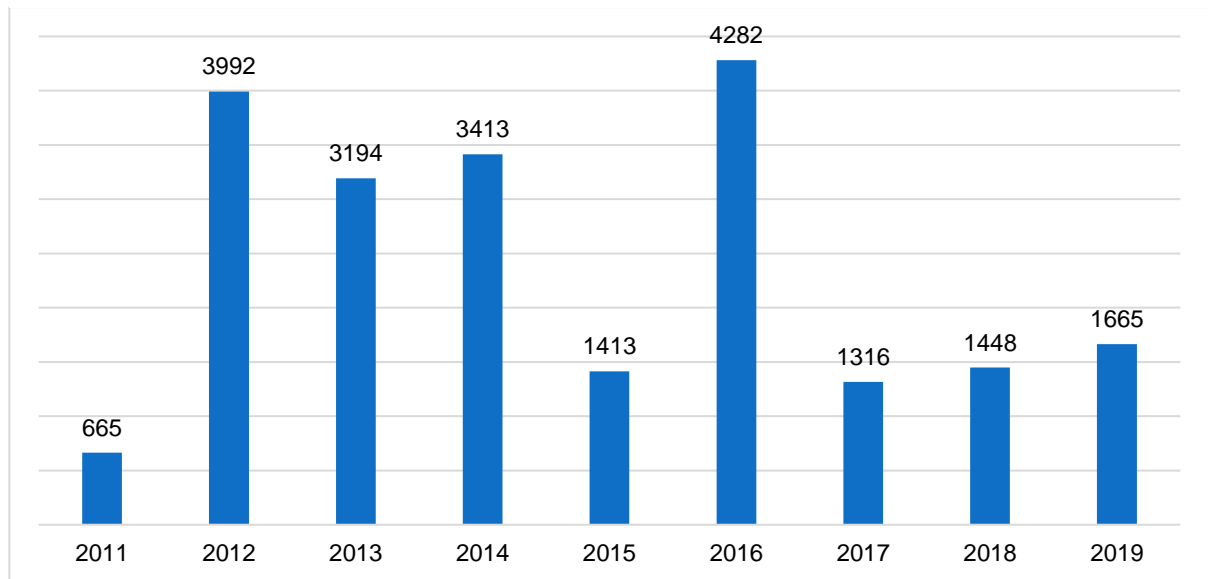


Fonte: a autora.

No Gráfico 3 é demonstrada a evolução da implantação do Componente Hospitalar, medida pela soma total do número de habilitações dos pontos de atenção que integram o componente, ano a ano, de 2011 a 2019.

Verifica-se que nos anos imediatamente posteriores à implantação do Componente Hospitalar houve um considerável número de habilitações e implantações de pontos de atenção. Essa regularidade se deu nos anos de 2012, 2013 e 2014. Já no ano de 2016 houve o maior número de habilitações de pontos de atenção, porém esse número não se manteve estável, visto que nos anos seguintes o quantitativo foi bem menor. Ao se comparar o quantitativo habilitado em 2016 e em 2017, verifica-se que neste último o número de habilitações foi 69% menor.

Gráfico 3 – Evolução da implantação do Componente Hospitalar, ano a ano, de 2011 a 2019



Fonte: a autora.

6.1.2 Portas de Entrada Hospitalares

Como já descrito anteriormente, as Portas de Entrada Hospitalares podem ser habilitadas em três tipologias: Hospital Geral, Hospital Especializado Tipo I e Hospital Especializado Tipo II. Essas Portas de Entrada precisam ser referência para uma cobertura populacional de: Hospital Geral (HG) – até 200 mil pessoas; Hospital Especializado (HE) Tipo I – de 201 a 500 mil pessoas; e Hospital Especializado Tipo II – acima de 500 mil pessoas. Os HE precisam estar habilitados na alta complexidade. Para o caso de HE Tipo I, requer-se ao menos um dos seguintes serviços de referência: neurocirurgia e/ou Traumato-Ortopedia e/ou Cardiologia/Cardiovascular ou como referência para Pediatria. No caso de HE Tipo II, a habilitação tem que ser no mínimo de dois desses serviços de referência. Registre-se que os HGs só têm estrutura para atendimentos de média complexidade e não detém equipe especializada, somente clínico geral, pediatra, cirurgião, anesthesiologista, enfermeiros, técnicos e equipes para manejo de pacientes críticos (BRASIL, 2012).

Na Tabela 1 pode-se verificar a evolução quantitativa das Portas de Entrada Hospitalares. Observa-se que os estados da região Sudeste tiveram maior crescimento, se somados os números de HE Tipo I, HE Tipo II e HG, com destaque para São Paulo, seguidos da região Nordeste, sendo o Ceará o estado com maior

número de habilitações. Esta região foi a que mais habilitou HG no período estudado. Na região Sul, que ocupa a terceira posição em termos quantitativos, foi identificado que todos os estados habilitaram mais HE Tipo II do que Tipo I e HG. Na quarta posição encontra-se a região Norte, com destaque para a grande parte dos pontos implantados serem HG. Maiores quantidades de pontos foram implantados nos estados do Pará e do Amazonas. Por último está a região Centro-Oeste, na qual se destacaram os estados de Mato Grosso do Sul e Goiás.

Tabela 1 – Número de habilitações de Portas de Entrada Hospitalares, por estado e por macrorregião, no período de 2011 a 2019

(Continua)

REGIÃO/ESTADO/ANO	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Sudeste									
SP									
HE Tipo I		2	7	3		3		2	
HE Tipo II	2	7	3	10		3		4	
Hospital Geral				3		3		3	
MG									
HE Tipo I	2			3					
HE Tipo II	4				1	5			1
Hospital Geral					4	5			2
RJ									
HE Tipo I			2			2			
HE Tipo II		1			3	2		1	
Hospital Geral			5		2	3	2	1	
ES									
HE Tipo I			1	1					
HE Tipo II		4							
Hospital Geral					8		1		
Subtotal	8	14	18	20	18	26	3	11	3
Nordeste									
CE									
HE Tipo I		1	1			6			1
HE Tipo II	2	1	1			1			
Hospital Geral			1			6			
MA									
HE Tipo I			1						
Hospital Geral		3	4	1		7			
PE									
HE Tipo I		2							
HE Tipo II		6		2					
Hospital Geral			1			1			
BA									
HE Tipo I				3					
HE Tipo II	1	3		1					

(Continuação)

REGIÃO/ESTADO/ANO	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Nordeste									
BA									
Hospital Geral		1		1					
SE									
HE Tipo I	1			1					
HE Tipo II	1								
Hospital Geral				6					
AL									
HE Tipo I		2							
Hospital Geral		1		1				3	
PB									
HE Tipo II			2						
Hospital Geral				3				1	
PI									
Hospital Geral		2			2	1			
RN									
HE Tipo II		1							
Hospital Geral		3							
Subtotal	5	26	11	19	2	22		4	1
Sul									
SC									
HE Tipo I		2	3					1	
HE Tipo II		6	10			1	1		
Hospital Geral						5		2	
PR									
HE Tipo I		1				2	1		
HE Tipo II		5	5			1	4		
Hospital Geral		3	2			1	2		
RS									
HE Tipo I		3		1					2
HE Tipo II		5		3					3
Hospital Geral				8					2
Subtotal		25	20	12		10	9	2	7
Norte									
PA									
HE Tipo I		2							
HE Tipo II		1							
Hospital Geral		7							
AM									
HE Tipo I		1							
Hospital Geral		1		6					
TO									
HE Tipo I				1	1				
HE Tipo II			1						
Hospital Geral			1	3					

	(Conclusão)									
REGIÃO/ESTADO/ANO	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
RO										
HE Tipo II		1								
Hospital Geral		2		1						1
RR										
HE Tipo I		1								
HE Tipo II		1								
AP										
Hospital Geral		2								
AC										
Hospital Geral			2							
Subtotal		19	4	11	1					1
Centro-Oeste										
MS										
HE Tipo I				1						
HE Tipo II		3	1							
Hospital Geral			7							
GO										
HE Tipo I			1	1		1				
HE Tipo II	1									
Hospital Geral					3	2		1		1
DF										
HE Tipo I							3			
HE Tipo II	1									
Hospital Geral						3				
MT										
HE Tipo I		1								
HE Tipo II		1								
Hospital Geral		2								
Subtotal	2	8	10	3	6	3	1			1
Total Geral	15	92	63	65	27	61	13	17		13

Fonte: a autora.

6.1.3 Leitos de Enfermaria Clínica de Retaguarda

Para os leitos de Enfermaria Clínica de Retaguarda (Tabela 2), assim como as Portas de Entrada, o maior número de habilitações também aconteceu na região Sudeste, sendo Minas Gerais o estado de destaque, com 1.737 habilitações de leitos, seguido do Rio de Janeiro, com 931 habilitações. A região Nordeste foi a segunda em termos quantitativos, e o estado dessa região que mais habilitou leitos foi Pernambuco (1.283 habilitações). A região Sul ficou em terceiro lugar, com 2.071 leitos

habilitados/qualificados, seguida pela região Norte, com 1.171 leitos e, por último, a região Centro-Oeste, com 764 leitos. Apesar de a região Centro-Oeste ser a que menos evoluiu na quantidade de leitos, o estado que menos habilitou/qualificou foi Tocantins, que pertence à região Norte. No Distrito Federal e no estado do Acre não foram implantados novos leitos de Enfermaria Clínica de Retaguarda no período estudado.

Tabela 2 – Número de habilitações de Leitos de Enfermaria Clínica de Retaguarda, por estado e por macrorregião, no período de 2011 a 2019

(Continua)									
REGIÃO/ESTADO/ANO	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Sudeste									
MG	315	106	351	223	44	150	191	341	16
RJ			830		8	9	44		40
SP		289		515		72			
ES			30	40	259	18			
Subtotal	315	395	1211	778	311	249	235	341	56
Nordeste									
PE					15	697	20	245	306
CE					44	606			
BA		462							
AL		176		22		38	20		35
PI		34		14	61	83	18		
RN		159		23					
MA			10			145			6
PB						24	40	30	
SE					26				
Subtotal		831	10	59	146	1593	98	275	347
Sul									
PR		181			44		496	30	
RS				564	53			102	
SC		20		84		291	148	40	18
Subtotal		201		648	97	291	644	172	18
Norte									
PA		584							
RO		167	29			12			
AP		188							
RR		57			44				
AM				81					
TO			9						
Sul									
PR		181			44		496	30	
RS				564	53			102	

(Conclusão)									
REGIÃO/ESTADO/ANO	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Sul									
PR		181			44		496	30	
RS				564	53			102	
SC		20		84		291	148	40	18
Subtotal		201		648	97	291	644	172	18
Norte									
PA		584							
RO		167	29			12			
AP		188							
RR		57			44				
AM				81					
TO			9						
Subtotal		996	38	81	44	12			
Centro-Oeste									
MT		267							
MS			257	10					
GO					230				
Subtotal		267	257	10	230				
Total Geral	315	2690	1516	1576	828	2145	977	788	421

Fonte: a autora.

6.1.4 Leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI)

Os resultados com relação aos leitos em Unidade de Terapia Intensiva são apresentadas para a UTI Pediátrica e para a UTI Adulto.

6.1.4.1 UTI Pediátrica

Na Tabela 3, verifica-se a evolução quantitativa de habilitações de leitos de UTI Pediátrica Tipo II e Tipo III. O maior quantitativo de habilitações novamente se deu na região Sudeste, com destaque para o estado de São Paulo (248 leitos), porém a segunda macrorregião em quantitativos foi a região Sul. O estado do Paraná habilitou/qualificou 103 leitos. Minas Gerais, o terceiro estado em ordem de grandeza, habilitou 53 leitos de UTI Pediátrica Tipo II e 13 leitos de UTI Pediátrica Tipo III.

Roraima e Acre foram os estados que menos habilitaram leitos, estes de UTI Pediátrica Tipo II, somando o total de 12 leitos. A região Norte não habilitou nenhum leito de UTI Pediátrica Tipo III no período analisado.

Tabela 3 – Número de habilitações de Leitos de UTI Pediátrica Tipo II e Tipo III, por estado e por macrorregião, no período de 2011 a 2019

REGIÃO/ESTADO	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
(Continua)									
Sudeste									
ES									
UTI Pediátrica II					10				
MG									
UTI Pediátrica II	49		1						3
UTI Pediátrica III			13						
RJ									
UTI Pediátrica II						16			4
SP									
UTI Pediátrica II			60	61		11		2	
UTI Pediátrica III			67	31		16			
Subtotal	49	0	141	92	10	43	0	2	7
Sul									
PR									
UTI Pediátrica II		32	2			14	16		
UTI Pediátrica III		27	12						
RS									
UTI Pediátrica II				18		4			27
SC									
UTI Pediátrica II		5				41			10
UTI Pediátrica III						2			
Subtotal	0	64	14	18	0	61	16	0	37
Nordeste									
AL									
UTI Pediátrica II		6						4	
UTI Pediátrica III				7					
BA									
UTI Pediátrica II		29					7		10
CE									
UTI Pediátrica II			23	11		23			
MA									
UTI Pediátrica II			10					7	
PB									
UTI Pediátrica II								11	10
PI									
UTI Pediátrica II		6				8			

(Conclusão)									
REGIÃO/ESTADO	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Sudeste									
RN									
UTI Pediátrica II				12					
SE									
UTI Pediátrica II				17					
Subtotal	0	41	33	47	0	31	7	22	20
Norte									
AC									
UTI Pediátrica II			7						
AM									
UTI Pediátrica II				52					
PA									
UTI Pediátrica II		35							15
RO									
UTI Pediátrica II		6	9						
RR									
UTI Pediátrica II								5	
TO									
UTI Pediátrica II			6	2	1				10
Subtotal	0	41	22	54	1	0	0	5	25
Centro-Oeste									
DF									
UTI Pediátrica II						22			
UTI Pediátrica III						2			
GO									
UTI Pediátrica II				16	24				8
MS									
UTI Pediátrica II			15						4
UTI Pediátrica III			10						
MT									
UTI Pediátrica II		22							
Subtotal	0	22	25	16	24	24	0	0	12
Total	49	168	235	227	35	159	23	29	101

Fonte: a autora.

6.1.4.2 UTI Adulto

Na tipologia de leitos de UTI Adulto Tipo II, o estado de Minas Gerais foi o que mais evoluiu no número de habilitações de leitos (1.100 habilitações), seguido por São Paulo (883 habilitações). Já nas habilitações de leitos de UTI Tipo III, São Paulo foi o estado que mais habilitou (337 leitos), seguido pelo Paraná (151 leitos).

Na soma do quantitativo de leitos de UTI Adulto Tipo II e Tipo III, os estados que mais evoluíram foram São Paulo e Minas Gerais, com 1.220 e 1.120 leitos, respectivamente, seguidos pelo Paraná (798 habilitações). Já os estados que menos habilitaram leitos foram, novamente, Roraima (19 habilitações) e Acre (22 habilitações), conforme se verifica na Tabela 4. Nenhum leito de UTI tipo III foi habilitado na região Norte no período analisado.

Tabela 4 – Número de habilitações de Leitos de UTI Adulto Tipo II e Tipo III, por estado e por macrorregião, no período de 2011 a 2019

REGIÃO/ESTADO	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
(Continua)									
Sudeste									
SP									
UTI Adulto II		92	154	370	5	98		137	27
UTI Adulto III			139	107		62		8	21
MG									
UTI Adulto II	251	70	72	177	23	298	33	101	75
UTI Adulto III			20						
RJ									
UTI Adulto II			17		48	195		33	112
UTI Adulto III						18			
ES									
UTI Adulto II			40		140	1		9	9
Subtotal	251	162	442	654	216	672	33	288	244
Nordeste									
PE									
UTI Adulto II		37	74	18		268			55
UTI Adulto III		30		38		22			
BA									
UTI Adulto II		148	121	46	5				14
CE									
UTI Adulto II			18	22		170		4	4
SE									
UTI Adulto II	35		10	122					

(Continuação)

REGIÃO/ESTADO	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Nordeste									
MA									
UTI Adulto II		55	54		5	8			
AL									
UTI Adulto II		52		23	7				
UTI Adulto III				7					
RN									
UTI Adulto II		22		56					
PB									
UTI Adulto II				25				13	20
PI									
UTI Adulto II		24			8	7			
UTI Adulto III					5				
Subtotal	35	368	277	357	30	475		17	93
Sul									
PR									
UTI Adulto II		189	85	3	15	181	130	22	22
UTI Adulto III		26	80			20	25		
SC									
UTI Adulto II		42	4	10	5	201	36	7	49
UTI Adulto III		5			4	8			
RS									
UTI Adulto II				92				14	116
UTI Adulto III				62					
Subtotal		262	169	167	24	410	191	43	187
Centro-Oeste									
GO									
UTI Adulto II		7	25	33	189	3			69
MS									
UTI Adulto II			71						23
UTI Adulto III		11	57						
MT									
UTI Adulto II		83							
UTI Adulto III		14							
DF									
UTI Adulto II						57			20
UTI Adulto III						16			
Subtotal		115	153	33	189	76			112
Norte									
PA									
UTI Adulto II		70			5				51
RO									
UTI Adulto II		33	71	4					4
AM									
UTI Adulto II		5		69					

(Conclusão)									
REGIÃO/ESTADO	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
TO									
UTI Adulto II		18	22	14	15				
AC									
UTI Adulto II			14		8				
RR									
UTI Adulto II		4	10					5	
Subtotal		130	117	87	28			5	55
Total	286	1037	1158	1298	487	1633	224	353	691

Fonte: a autora.

Durante o período estudado, continuaram ocorrendo habilitações de leitos de UTI em estabelecimentos que não integravam a RUE. Assim, regressando às tabelas 3 e 4, que trazem dados de leitos de UTI que foram habilitados no âmbito da RUE (UTI RUE), comparando-os aos dados constantes na Tabela 5, na qual é demonstrado o quantitativo de leitos de UTI habilitados de 2011 a 2019 em estabelecimentos que não integram a RUE (UTI não RUE), observa-se que houve um aumento substancial de habilitações de leitos de UTI RUE.

Enquanto foram habilitados 4.895 leitos de UTI Tipo II e III não RUE, foram habilitados 7.167 leitos de UTI RUE de 2011 a 2019.

Ao se comparar as regiões que, na soma total, mais habilitaram leitos de UTI, o cenário persiste, sendo a região Sudeste a que mais habilitou, seguida da região Nordeste, da região Sul e da região Centro-Oeste, que fica à frente da região Norte na soma total, que ocupa a última posição (Tabela 5).

Tabela 5 – Número total de habilitações de Leitos de UTI RUE x Não RUE

REGIÃO	REDE	NÃO REDE	TOTAL
SUDESTE	2.962	1.924	4.886
NORDESTE	1.652	1.580	3.232
SUL	1.453	691	2.144
CENTRO-OESTE	678	357	1.035
NORTE	422	343	765

Fonte: a autora.

Especificamente com relação aos leitos de UTI Pediátricos Tipo II e Tipo III, o maior número de habilitações aconteceu na região Nordeste, com 219 leitos de UTI não RUE habilitados no período, seguida pela região Sudeste e, agora, pela região Norte. Sul e Centro-Oeste que, respectivamente, ocupam as posições seguintes.

(Continuação)

REGIÃO/ESTADO	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
PI									
UTI Adulto		10		15	7			20	
SE									
UTI Adulto		20							
UTI Pediátrica		7							
Subtotal	219	351	183	46	86	227	19	165	284
Sul									
PR									
UTI Adulto	35	26	32	10		53	25	85	
UTI Pediátrica	20		4	7		12		12	4
RS									
UTI Adulto	52	30	10	45		24	10	16	28
UTI Pediátrica					2				10
SC									
UTI Adulto	10	10	20	40	6	20	8		20
UTI Pediátrica								5	
Subtotal	117	66	66	102	8	109	43	118	62
Centro-Oeste									
GO									
UTI Adulto		36	20	39		87		10	
UTI Pediátrica				10		10			
DF									
UTI Adulto	8		20						33
UTI Pediátrica			8						30
MT									
UTI Adulto		18				8			
UTI Pediátrica							8		
MS									
UTI Adulto								10	2
Subtotal	8	54	48	49		105	8	20	65
Norte									
PA									
UTI Adulto		6			26	12		30	34
UTI Pediátrica						10			15
AM									
UTI Adulto			11			19			30
UTI Pediátrica						21			25
RO									
UTI Adulto			25		30			20	
UTI Pediátrica									9
TO									
UTI Pediátrica									10
AC									
UTI Pediátrica		10							

	(Conclusão)								
REGIÃO/ESTADO	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Subtotal		16	36		56	62		50	123
Total Geral	849	731	638	355	190	827	160	450	695

Fonte: a autora.

6.1.5 Linhas de Cuidado Prioritárias

A seguir, são apresentados os resultados encontrados com relação à implantação das Linhas de Cuidado para AVC, IAM e Trauma.

6.1.5.1 Linha de Cuidado Cerebrovascular: Foco na Atenção ao Acidente Vascular Cerebral

Foram encontrados resultados de implantação da Linha de Cuidado Cerebrovascular a partir do ano de 2012.

A evolução do quantitativo de habilitações de Centros de Atendimento de Urgência aos Pacientes com AVC foi maior na região Sul, seguida pela região Sudeste. Os dois estados que mais evoluíram na habilitação de Centros de Atendimento de Urgência aos Pacientes com AVC foram, respectivamente, Rio Grande do Sul, com 21 Centros e São Paulo (18). Na região Norte só houve a habilitação de dois Centros no Pará (Tabela 7).

Tabela 7 – Número de habilitações de Centros de Atendimento de Urgência aos Pacientes com AVC, por estado e por macrorregião, no período de 2011 a 2019

	(Continua)								
REGIÃO/ESTADO	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
Sul									
PR									
Centro de Atendimento de Urgência Tipo II aos Pacientes com AVC								1	
Centro de Atendimento de Urgência Tipo III aos Pacientes com AVC			2				3		

(Conclusão)								
Centro de Atendimento de Urgência Tipo III aos Pacientes com AVC								1
PE								
Centro de Atendimento de Urgência Tipo I aos Pacientes com AVC								1
Centro de Atendimento de Urgência Tipo III aos Pacientes com AVC		1			1			
Subtotal	1	2	1	0	2	0	1	2
Centro-Oeste								
DF								
Centro de Atendimento de Urgência Tipo I aos Pacientes com AVC			3					
Centro de Atendimento de Urgência Tipo III aos Pacientes com AVC			1					
MS								
Centro de Atendimento de Urgência Tipo I aos Pacientes com AVC				1				
Subtotal	0	0	4	1	0	0	0	0
Norte								
PA								
Centro de Atendimento de Urgência Tipo III aos Pacientes com AVC							1	1
Subtotal	0	0	0	0	0	0	1	1
Total	5	20	7	6	12	4	9	9

Fonte: a autora.

6.1.5.2 Cuidado Cardiovascular – Foco na Atenção ao Infarto Agudo do Miocárdio

No Brasil, ao longo dos anos estudados, foram encontradas 302 habilitações de Unidades Coronarianas (UCO), que se concentraram entre os anos de 2013 e 2019. O destaque é para a região Nordeste, que mais evoluiu em número de habilitação de leitos.

Apesar da região Nordeste ter evoluído mais, o estado que mais habilitou foi Minas Gerais, com 45 leitos UCO – só no ano de 2013, foram habilitados 30 leitos. São Paulo, que ocupou o segundo lugar em quantidade, habilitou 38 leitos ao longo do período (2013 a 2019). O estado que menos habilitou UCO foi Tocantins (1 leito).

Já Acre, Amapá, Distrito Federal, Maranhão, Piauí, Rondônia, Roraima, Santa Catarina e Sergipe não habilitaram nenhum leito nesse período e, portanto, não constam na Tabela 8.

Tabela 8 – Número de habilitações de Unidades Coronarianas (UCO), por estado e por macrorregião, no período de 2011 a 2019

REGIÃO/ESTADO	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
(Continua)							
Nordeste							
AL							
UCO Tipo III							10
BA							
UCO Tipo II	27						
CE							
UCO Tipo II		30					
PB							
UCO Tipo II	10					10	
PE							
UCO Tipo II	18						
RN							
UCO Tipo II							7
Subtotal	55	30	0	0	0	10	17
Sudeste							
ES							
UCO Tipo II		10					5
MG							
UCO Tipo II	30			5			10
RJ							
UCO Tipo II				10			
SP							
UCO Tipo II		6		2		2	10
UCO Tipo III			4	14			
Subtotal	30	16	4	31	0	2	25
Sul							
PR							
UCO Tipo II	10	2			10	2	
RS							
UCO Tipo II						4	
UCO Tipo III						8	
Subtotal	10	2	0	0	10	14	0

	(Conclusão)						
REGIÃO/ESTADO	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Centro-Oeste							
GO							
UCO Tipo II	9						
MS							
UCO Tipo II		10					
MT							
UCO Tipo II							6
Subtotal	9	10	0	0	0	0	6
Norte							
AM							
UCO Tipo II		10					
PA							
UCO Tipo II	10						
TO							
UCO Tipo II							1
Subtotal	10	10	0	0	0	0	1
Total	114	68	4	31	10	26	49

Fonte: a autora.

6.1.5.3 Linha de Cuidado do Trauma

As habilitações de estabelecimentos como Centros de Trauma só ocorreram nos anos de 2015 e 2016. Ao todo, das 27 unidades da federação, somente 8 habilitaram Centros de Trauma. Diferentemente dos demais, agora a região Centro-Oeste foi a que mais habilitou pontos de atenção dessa tipologia. O Distrito Federal foi a unidade da federação que mais evoluiu, com 7 habilitações. A região Nordeste não teve nenhum Centro de Trauma habilitado ao longo do período estudado (Tabela 9).

Tabela 9 – Número de habilitações de Linhas de Cuidado do Trauma, por estado e por macrorregião, no período de 2011 a 2019

REGIÃO/ESTADO	2015	2016
Centro-Oeste		
DF		
Centro de Trauma Tipo I – Centralizada	4	
Centro de Trauma Tipo II – Centralizada	2	
Centro de Trauma Tipo III – Centralizada	1	
MS		
Centro de Trauma Tipo I – Centralizada	1	
Centro de Trauma Tipo III – Centralizada		1
Subtotal	8	1
Norte		
AM		
Centro de Trauma Tipo I – Centralizada	5	
Centro de Trauma Tipo II – Centralizada	1	
PA		
Centro de Trauma Tipo II – Centralizada		1
RO		
Centro de Trauma Tipo I Centralizada		1
Subtotal	6	2
Sul		
PR		
Centro de Trauma Tipo I – Centralizada	3	1
Centro de Trauma Tipo III – Centralizada	1	
Centro de Trauma Tipo III – Centralizado	1	
Subtotal	5	1
Sudeste		
MG		
Centro de Trauma Tipo I – Centralizada	3	
SP		
Centro de Trauma Tipo III – Centralizada	1	
Subtotal	4	0
Total	23	4

Fonte: a autora.

6.1.6 Unidades de Cuidados Prolongados (UCP) e Hospitais de Cuidados Prolongados (HCP)

6.1.6.1 UCP

O maior número de habilitações de leitos de Unidades de Internação em Cuidados Prolongados aconteceu, também, na região Sudeste (488 leitos) e o destaque, novamente, foi o estado de Minas Gerais, que habilitou 265 leitos de UCP ao longo do período estudado (Tabela 10). A região Sul ocupou o segundo lugar, com 373 leitos, e, por último, a região Norte, com 15 leitos habilitados, todos no estado de Rondônia.

Tabela 10 – Número de habilitações de leitos de UCP, por estado e por macrorregião, no período de 2011 a 2019

REGIÃO/ESTADO	2013	2014	2016	2017	2018	2019
Sudeste						
MG		65	40	65	45	50
SP	20	22	60		86	35
Subtotal	20	87	100	65	131	85
Sul						
SC		70	15		30	85
RS						151
PR			22			
Subtotal		70	37		30	236
Nordeste						
PB			100			
PE						40
AL					40	
Subtotal			100		40	40
Centro-Oeste						
MS	68					20
GO					25	
Subtotal	68				25	20
Norte						
RO		15				
Subtotal		15				
Total Geral	88	172	237	65	226	381

Fonte: a autora.

6.1.6.2 HCP

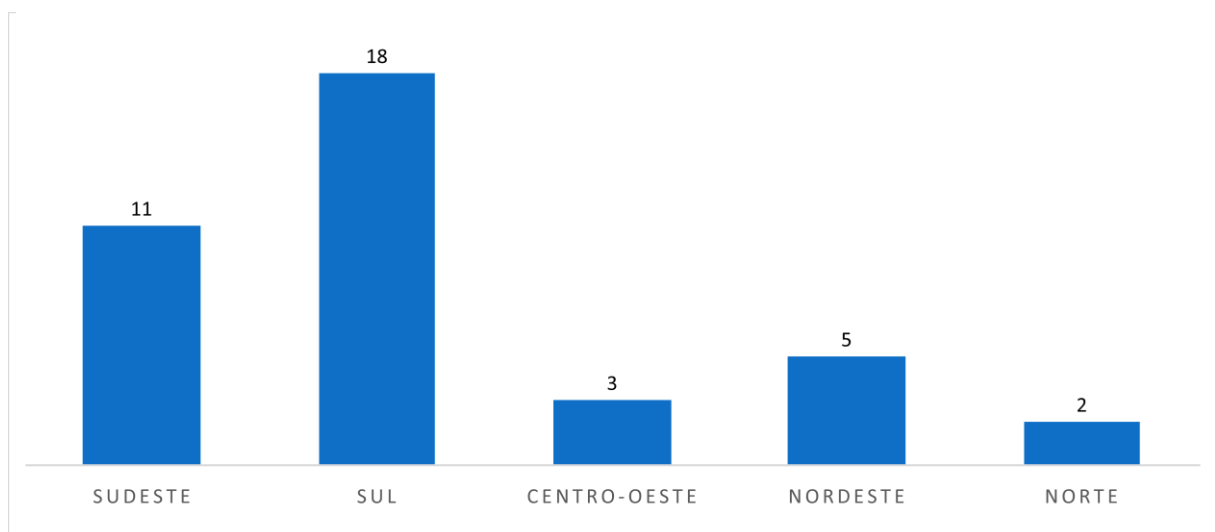
Somente três habilitações aconteceram em Hospitais de Cuidados Prolongados – que são Hospitais Gerais ou Especializados com, no mínimo, 40 (quarenta) leitos destinados para esse fim –, e todas em 2015. Os estados que habilitaram HCP foram Minas Gerais, Mato Grosso do Sul e Rio de Janeiro.

6.2 ETAPA II

Quando da análise dos dados trazidos pela implantação das Linhas de Cuidado Prioritárias nas Portas de Entrada Hospitalares, extraiu-se, conforme Gráfico 4, que desses 39 estabelecimentos, 18 estão localizados na região Sul; 11, na região Sudeste; 5, na região Nordeste; e os demais, divididos entre Centro-Oeste e Norte.

As implantações de Linhas de Cuidado Prioritárias em Portas de Entrada na região Sul equivaleram a 46,15% do total de implantações, sendo essa a região de destaque.

Gráfico 4: Regiões que mais implantaram Linhas de Cuidado em Portas de Entrada Hospitalares



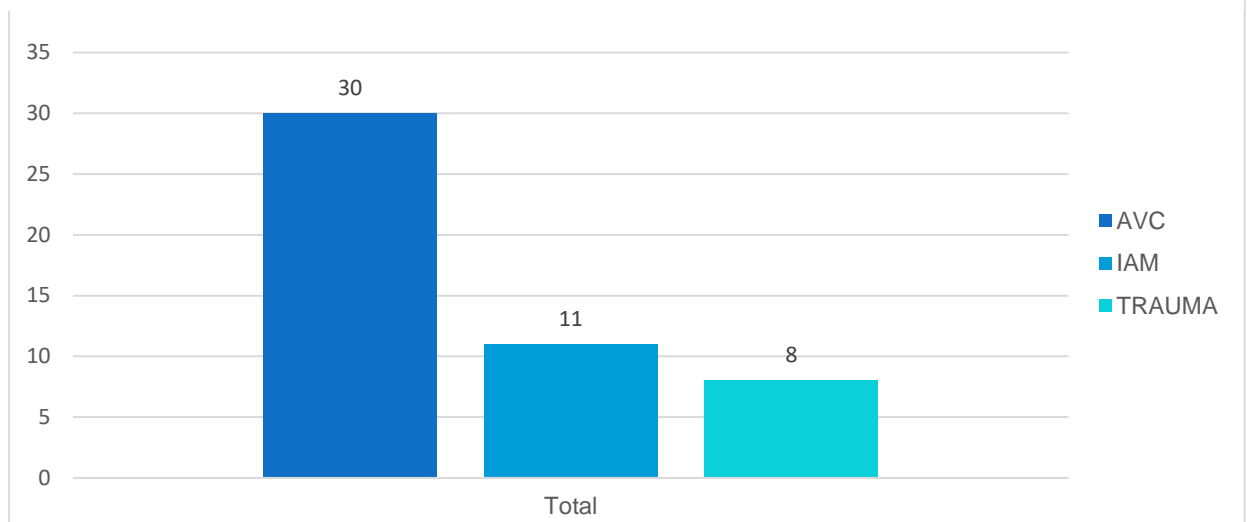
Fonte: a autora.

A maioria – 28 (que equivale a 71,79%) – das Portas de Entrada habilitadas como “referenciadas” foi habilitada como HE Tipo II, em que é necessário que o

estabelecimento seja habilitado em duas especialidades na alta complexidade ou habilitado em uma especialidade e seja referência em Pediatria.

O maior número de implantações das Linhas de Cuidado foi de AVC, conforme se verifica no Gráfico 5, a seguir:

Gráfico 5: Linhas de Cuidado mais implantadas de 2011 a 2019



Fonte: a autora.

Ao associar os dados de atendimentos gerais (que engloba todas as Linhas de Cuidado) com a expectativa populacional, observa-se, conforme Tabela 11, que houve aumento significativo da produção (número de AIHs) para ambos os sexos e, também, para o sexo masculino e feminino, mesmo considerando os valores por população. Ou seja, houve aumento significativo do número de AIHs após a implantação da Linha de Cuidado, retirando o viés do crescimento populacional. Não houve mudança significativa do tempo médio de permanência após a implantação da Linha de Cuidado.

Tabela 11 – Análise comparativa da produção (AIH, TMP e População) nas Linhas de Cuidado Prioritárias

Linhas de Cuidado (AVC, IAM e Trauma)	Antes		Depois		p*
	Mediana	AI	Mediana	AI	
Produção (Número de AIH) – Ambos os sexos	11469,50	17458,00	12201,00	17605,00	<0,001
Taxa Produção x Habitantes – Ambos os sexos	19,11	41,93	21,91	48,54	0,020
Produção (Número de AIH) – Sexo masculino	5848,00	8119,25	5962,00	8871,00	0,001
Taxa Produção x Habitantes – Sexo masculino	18,87	43,40	21,19	45,26	0,047
Produção (Número de AIH) – Sexo feminino	6118,00	8948,25	6814,00	9696,00	<0,001
Taxa Produção x Habitantes – Sexo feminino	19,14	48,25	19,88	50,31	0,003
Tempo Médio de Permanência	5,97	2,75	5,74	3,09	0,165

* Teste de Wilcoxon de amostras relacionadas. AI = amplitude interquartil.

Fonte: a autora.

Observa-se, na Tabela 12, que para a tipologia da Porta de Entrada Hospitalar (Tipo I) não houve mudança significativa da produção (número de AIHs) e do tempo médio de permanência após a implantação da Linha de Cuidado.

Tabela 12 – Análise comparativa (AIH, TMP e População) Hospital Especializado Tipo I

Tipologia da Porta de Entrada Hospitalar – Tipo I	Antes		Depois		p*
	Mediana	AI	Mediana	AI	
Produção (Número de AIH) – Ambos os sexos	7812,75	6064,50	8475,75	4947,50	0,084
Taxa Produção x Habitantes – Ambos os sexos	28,01	42,29	25,58	51,72	0,433
Produção (Número de AIH) – Sexo masculino	4267,75	3291,13	4112,50	2949,13	0,060
Taxa Produção x Habitantes – Sexo masculino	24,01	41,17	23,48	45,48	0,433
Produção (Número de AIH) – Sexo feminino	4139,75	3904,25	4290,00	3357,38	0,136
Taxa Produção x Habitantes – Sexo feminino	27,29	43,88	27,57	52,84	0,308
Tempo Médio de Permanência	6,39	3,39	5,99	3,46	0,790

* Teste de Wilcoxon de amostras relacionadas. AI = amplitude interquartil.

Fonte: a autora.

Já quanto à tipologia HE Tipo II (Tabela 13), houve aumento significativo da produção (número de AIHs) para ambos os sexos e para o sexo feminino, mesmo considerando os valores por população. Para o sexo masculino, houve aumento da produção ao considerar o valor total, mas ao avaliar por população, não houve aumento relevante considerando o crescimento populacional. Também não houve mudança significativa do tempo médio de permanência após a implantação da Linha de Cuidado.

Tabela 13 – Análise comparativa (AIH, TMP e População) Hospital Especializado Tipo II

Tipologia da Porta de Entrada Hospitalar – Tipo II	Antes		Depois		p*
	Mediana	AI	Mediana	AI	
Produção (Número de AIH) – Ambos os sexos	17213,00	19381,50	17731,00	21846,75	0,001
Taxa Produção x Habitantes – Ambos os sexos	19,11	45,56	21,91	39,76	0,028
Produção (Número de AIH) – Sexo masculino	7347,00	8941,75	7426,00	9609,75	0,009
Taxa Produção x Habitantes – Sexo masculino	18,87	44,70	21,19	50,11	0,074
Produção (Número de AIH) – Sexo feminino	9732,00	10779,50	10078,50	12712,00	< 0,001
Taxa Produção x Habitantes – Sexo feminino	19,14	52,90	19,88	57,65	0,006
Tempo Médio de Permanência	5,95	2,55	5,64	2,82	0,161

* Teste de Wilcoxon de amostras relacionadas. AI = amplitude interquartil.

Fonte: a autora.

Visualiza-se, na Tabela 14, que, para a Linha de Cuidado do Trauma, houve um aumento relevante da produção (número de AIHs) para ambos os sexos e, também, para o sexo masculino e feminino, de forma individualizada, mesmo considerando os valores por população. Ou seja, houve aumento significativo do número de AIHs após a implantação da Linha de Cuidado Trauma, retirando o viés do

crescimento populacional. Não houve mudança expressiva do tempo médio de permanência após a implantação dessa Linha de Cuidado.

Tabela 14 – Análise comparativa (AIH, TMP e População) Linha de Cuidado do Trauma

Linha de Cuidado – Trauma	Antes		Depois		p*
	Mediana	AI	Mediana	AI	
Produção (Número de AIH) – Ambos os sexos	15296,00	19954,63	17936,00	25436,38	0,012
Taxa Produção x Habitantes – Ambos os sexos	27,76	70,77	33,00	71,66	0,012
Produção (Número de AIH) – Sexo masculino	7127,25	9316,75	8253,00	12129,63	0,012
Taxa Produção x Habitantes – Sexo masculino	28,81	74,33	32,58	74,47	0,050
Produção (Número de AIH) – Sexo feminino	7632,25	10906,13	9683,00	13306,75	0,012
Taxa Produção x Habitantes – Sexo feminino	26,73	67,96	30,21	70,62	0,017
Tempo Médio de Permanência	5,14	4,22	5,18	4,22	0,263

* Teste de Wilcoxon de amostras relacionadas. AI = amplitude interquartil.

Fonte: a autora.

Observa-se, na Tabela 15, que, para a Linha de Cuidado do AVC, também houve um crescimento significativo na produção (número de AIHs) para ambos os sexos e para o sexo feminino considerando o valor total. Porém, ao se avaliar por população, não houve crescimento significativo após a implantação da Linha de Cuidado do AVC, retirando o viés do crescimento populacional. Também não houve mudança significativa do tempo médio de permanência após a implantação dessa Linha de Cuidado.

Tabela 15 – Análise comparativa (AIH, TMP e População) Linha de Cuidado do AVC

Linha de Cuidado – AVC	Antes		Depois		p*
	Mediana	AI	Mediana	AI	
Produção (Número de AIH) – Ambos os sexos	15076,50	16703,88	15471,75	16631,75	0,048
Taxa Produção x Habitantes – Ambos os sexos	18,75	36,14	21,91	32,89	0,491
Produção (Número de AIH) – Sexo masculino	6646,00	7746,00	7009,75	8308,88	0,082
Taxa Produção x Habitantes – Sexo masculino	17,68	39,38	20,21	31,22	0,517
Produção (Número de AIH) – Sexo feminino	7973,25	9309,38	9149,50	9170,38	0,039
Taxa Produção x Habitantes – Sexo feminino	18,50	40,88	19,53	39,09	0,185
Tempo Médio de Permanência	6,38	2,28	5,90	2,35	0,191

* Teste de Wilcoxon de amostras relacionadas. AI = amplitude interquartil.

Fonte: a autora.

Para a Linha de Cuidado do IAM houve aumento significativo da produção (número de AIHs) para ambos os sexos e para o sexo feminino considerando o valor total (Tabela 16). Entretanto, ao avaliar por população, não houve aumento significativo considerando o crescimento populacional geral e feminino. Ou seja, não houve aumento significativo do número de AIHs após a implantação da Linha de Cuidado IAM retirando o viés do crescimento populacional. Não houve, também,

mudança significativa do tempo médio de permanência após a implantação dessa Linha de Cuidado.

Tabela 16 – Análise comparativa (AIH, TMP e População) Linha de Cuidado do IAM

Linha de Cuidado – IAM	Antes		Depois		p*
	Mediana	AI	Mediana	AI	
Produção (Número de AIH) – Ambos os sexos	8228,00	18212,00	8419,50	20474,50	0,033
Taxa Produção x Habitantes – Ambos os sexos	19,18	49,99	20,19	60,57	0,155
Produção (Número de AIH) – Sexo masculino	4240,00	9334,00	4415,00	10317,50	0,091
Taxa Produção x Habitantes – Sexo masculino	19,23	38,55	21,19	48,21	0,182
Produção (Número de AIH) – Sexo feminino	4575,00	9219,00	5098,50	10727,50	0,008
Taxa Produção x Habitantes – Sexo feminino	19,14	60,79	20,47	72,23	0,062
Tempo Médio de Permanência	5,97	2,81	5,63	2,48	0,929

* Teste de Wilcoxon de amostras relacionadas. AI = amplitude interquartil.

Fonte: a autora.

Observa-se, na Tabela 17, que para a macrorregião Norte não houve mudança significativa da produção (número de AIHs) e do tempo médio de permanência após a implantação da Linha de Cuidado. O reduzido tamanho amostral $n = 2$ pode ser considerado um fator limitante na análise estatística para essa macrorregião.

Tabela 17 – Análise comparativa (AIH, TMP e População) Linhas de Cuidado (IAM, AVC e Trauma) – região Norte

Região Norte	Antes		Depois		p*
	Mediana	AI	Mediana	AI	
Produção (Número de AIH) – Ambos os sexos	8023,00	983,50	8751,50	219,50	0,655
Taxa Produção x Habitantes – Ambos os sexos	4,84	1,27	5,05	0,96	0,655
Produção (Número de AIH) – Sexo masculino	4959,25	554,25	5453,50	97,50	0,180
Taxa Produção x Habitantes – Sexo masculino	6,27	1,69	6,60	1,34	0,655
Produção (Número de AIH) – Sexo feminino	3063,75	429,25	3298,00	122,00	0,655
Taxa Produção x Habitantes – Sexo feminino	3,54	0,93	3,64	0,67	0,655
Tempo Médio de Permanência	7,87	0,16	7,50	0,38	0,180

* Teste de Wilcoxon de amostras relacionadas. AI = amplitude interquartil.

Fonte: a autora.

Na Tabela 18, visualiza-se que na macrorregião Nordeste não houve mudança significativa da produção (número de AIHs) e houve aumento significativo do TMP.

Tabela 18 – Análise comparativa (AIH, TMP e População) Linhas de Cuidado (IAM, AVC e Trauma) – região Nordeste

Região Nordeste	Antes		Depois		p*
	Mediana	AI	Mediana	AI	
Produção (Número de AIH) – Ambos os sexos	8228,00	9465,25	8419,50	9398,25	0,500
Taxa Produção x Habitantes – Ambos os sexos	5,19	5,32	5,23	4,28	0,500
Produção (Número de AIH) – Sexo masculino	4240,00	3685,75	4415,00	3914,50	0,345
Taxa Produção x Habitantes – Sexo masculino	5,40	5,70	5,73	4,90	0,893
Produção (Número de AIH) – Sexo feminino	3988,00	5779,50	4004,50	5483,75	0,893
Taxa Produção x Habitantes – Sexo feminino	4,67	5,06	4,61	3,74	0,345
Tempo Médio de Permanência	7,90	5,91	8,56	6,81	0,043

* Teste de Wilcoxon de amostras relacionadas. AI = amplitude interquartil.

Fonte: a autora.

Para a macrorregião Centro-Oeste, com base nos dados, observa-se que houve mudança significativa da produção (número de AIHs) apenas para o sexo masculino, considerando o valor total (Tabela 19). Entretanto, ao avaliar por população, esse aumento não foi significativo, considerando o crescimento populacional masculino. Ou seja, não houve aumento significativo do número de AIHs após a implantação da Linha de Cuidado na macrorregião Centro-Oeste retirando o viés do crescimento populacional. Também não houve diminuição significativa do tempo médio de permanência.

Tabela 19 – Análise comparativa (AIH, TMP e População) Linhas de Cuidado (IAM, AVC e Trauma) – região Centro-Oeste

Região Centro-Oeste	Antes		Depois		p*
	Mediana	AI	Mediana	AI	
Produção (número de AIH) – Ambos os sexos	14441,50	5391,50	17742,00	11379,00	0,080
Taxa Produção x Habitantes – Ambos os sexos	5,71	31,27	7,78	31,24	0,345
Produção (número de AIH) – Sexo masculino	6385,00	3381,25	7597,50	7878,25	0,043
Taxa Produção x Habitantes – Sexo masculino	5,80	26,57	9,00	26,20	0,225
Produção (número de AIH) – Sexo feminino	6572,00	4751,50	10078,50	3534,25	0,225
Taxa Produção x Habitantes – Sexo feminino	6,64	37,86	6,66	36,38	0,225
Tempo Médio de Permanência	7,69	6,19	7,84	2,40	0,686

* Teste de Wilcoxon de amostras relacionadas. AI = amplitude interquartil.

Fonte: a autora.

Observa-se, na Tabela 20, que para a macrorregião Sudeste não houve mudança significativa da produção (número de AIHs), nem alteração significativa do tempo médio de permanência após a implantação da Linha de Cuidado.

Tabela 20 – Análise comparativa (AIH, TMP e População) Linhas de Cuidado (IAM, AVC e Trauma) – região Sudeste

Região Sudeste	Antes		Depois		p*
	Mediana	AI	Mediana	AI	
Produção (número de AIH) – Ambos os sexos	25333,75	31582,63	25176,75	30764,63	0,638
Taxa Produção x Habitantes – Ambos os sexos	54,94	53,98	57,32	61,51	0,730
Produção (número de AIH) – Sexo masculino	11255,75	16117,75	11190,75	15243,13	0,510
Taxa Produção x Habitantes – Sexo masculino	50,06	51,05	50,70	57,16	0,925
Produção (número de AIH) – Sexo feminino	14078,00	15165,63	13986,00	14906,88	0,084
Taxa Produção x Habitantes – Sexo feminino	60,27	59,30	63,44	66,51	0,396
Tempo Médio de Permanência	6,15	1,78	5,69	0,87	0,330

* Teste de Wilcoxon de amostras relacionadas. AI = amplitude interquartil.

Fonte: a autora.

Para a macrorregião Sul, houve aumento significativo da produção (número de AIHs) para ambos os sexos e para o sexo masculino e feminino, mesmo considerando os valores por população (Tabela 21). Ou seja, houve aumento significativo do número de AIHs após a implantação da Linha de Cuidado, retirando o viés do crescimento populacional. Houve diminuição significativa do tempo médio de permanência após a implantação da Linha de Cuidado na macrorregião Sul do país.

Tabela 21 – Análise comparativa (AIH, TMP e População) Linhas de Cuidado (IAM, AVC e Trauma) – região Sul

Região Sul	Antes		Depois		p*
	Mediana	AI	Mediana	AI	
Produção (número de AIH) – Ambos os sexos	10949,00	17360,50	11101,00	16533,00	0,001
Taxa Produção x Habitantes – Ambos os sexos	19,69	30,28	22,15	23,51	0,006
Produção (número de AIH) – Sexo masculino	5619,50	8139,00	5879,00	9096,50	0,003
Taxa Produção x Habitantes – Sexo masculino	19,23	33,09	25,19	23,56	0,011
Produção (número de AIH) – Sexo feminino	6042,00	9297,00	6325,00	9769,50	0,001
Taxa Produção x Habitantes – Sexo feminino	20,42	35,22	23,68	35,11	0,003
Tempo Médio de Permanência	5,44	2,61	5,19	2,44	0,031

* Teste de Wilcoxon de amostras relacionadas. AI = amplitude interquartil.

Fonte: a autora.

Em relação à produção por faixas etárias, observa-se na Tabela 22 que houve aumento significativo da produção (número de AIHs) para o sexo masculino, de 0 a 19 anos, mesmo considerando os valores por população. Para as mulheres, houve aumento significativo da produção (número de AIHs) apenas considerando o crescimento populacional na faixa etária de 20 a 39 anos. Para os idosos (> 60 anos), houve aumento significativo da produção (número de AIHs), considerando o valor total, mas, ao avaliar por população (retirando os efeitos do crescimento populacional), esse aumento de produção já não é mais estatisticamente significativo.

Tabela 22 – Análise comparativa (AIH e População) Linhas de Cuidado (IAM, AVC e Trauma) – por faixa etária

Idade	Antes		Depois		p*
	Mediana	AI	Mediana	AI	
Sexo masculino – 0 a 19 anos	1301,00	1950,00	1484,00	2195,00	0,016
Sexo masculino – 0 a 19 anos (taxa: pop. x hab.)	10,12	29,04	10,42	29,67	0,032
Sexo feminino – 0 a 19 anos	1222,00	2122,25	1241,00	2118,75	0,078
Sexo feminino – 0 a 19 anos (taxa: pop. x hab.)	9,96	36,79	10,02	38,68	0,096
Sexo masculino – 20 a 39 anos	1133,00	1450,75	1085,00	1608,25	0,588
Sexo masculino – 20 a 39 anos (taxa: pop. x hab.)	11,40	27,44	10,67	27,29	0,941
Sexo feminino – 20 a 39 anos	2423,00	3862,00	2535,50	3972,75	0,059
Sexo feminino – 20 a 39 anos (taxa: pop. x hab.)	15,89	63,60	15,96	68,51	0,006
Sexo masculino – 40 a 59 anos	1527,00	1894,75	1625,00	2313,00	0,083
Sexo masculino – 40 a 59 anos (taxa: pop. x hab.)	23,91	49,11	24,69	47,10	0,651
Sexo feminino – 40 a 59 anos	1576,50	2447,50	1471,00	2432,75	0,077
Sexo feminino – 40 a 59 anos (taxa: pop. x hab.)	18,30	43,65	20,90	38,09	0,637
Sexo masculino – 60 ou mais	2045,00	2127,75	2222,50	2582,25	<0,001
Sexo masculino – 60 ou mais (taxa: pop. x hab.)	60,15	114,97	69,59	110,28	0,508
Sexo feminino – 60 ou mais	1719,50	2126,25	1906,00	2273,75	<0,001
Sexo feminino – 60 ou mais (taxa: pop. x hab.)	36,67	85,78	40,36	78,19	0,672

* Teste de Wilcoxon de amostras relacionadas. AI = amplitude interquartil.

Fonte: a autora.

A produção por faixas etárias também foi avaliada para cada Linha de Cuidado (trauma, AVC e IAM), individualmente. Assim, visualiza-se, conforme Tabela 23, que, para a Linha de Cuidado do Trauma, houve aumento significativo da produção (número de AIHs) para o sexo masculino 0 a 19 anos, mesmo considerando os valores por população. Para as mulheres, houve aumento significativo da produção (número de AIHs) apenas considerando o crescimento populacional na faixa etária de 20 a 39 anos. Para os idosos (> 60 anos), houve aumento significativo da produção (número de AIHs), considerando o valor total, mas, ao avaliar por população (retirando os efeitos do crescimento populacional), esse aumento de produção já não é mais estatisticamente significativo.

Tabela 23 – Análise comparativa (AIH e População) Linhas de Cuidado do Trauma – por faixa etária (Continua)

Idade – Trauma	Antes		Depois		p*
	Mediana	AI	Mediana	AI	
Sexo masculino – 0 a 19 anos	1543,00	1691,88	2055,75	2513,75	0,036
Sexo masculino – 0 a 19 anos (Taxa: pop. x hab.)	18,12	49,47	20,10	52,76	0,025
Sexo feminino – 0 a 19 anos	1372,00	2058,50	1564,75	2595,88	0,123
Sexo feminino – 0 a 19 anos (Taxa: pop. x hab.)	15,25	47,28	14,75	52,79	0,093
Sexo masculino – 20 a 39 anos	1560,25	2393,88	2104,50	2379,25	0,208
Sexo masculino – 20 a 39 anos (Taxa: pop. x hab.)	22,87	43,03	26,66	40,27	0,123
Sexo feminino – 20 a 39 anos	2362,25	3460,75	2980,00	3888,38	0,069
Sexo feminino – 20 a 39 anos (Taxa: pop. x hab.)	20,00	69,46	20,78	77,61	0,025

Idade – Trauma	Antes		Depois		p*
	Mediana	AI	Mediana	AI	
Sexo masculino – 40 a 59 anos	1771,25	3322,00	1953,25	4060,13	0,069
Sexo masculino – 40 a 59 anos (Taxa: pop. x hab.)	27,34	82,32	31,55	77,15	0,161
Sexo feminino – 40 a 59 anos	1499,00	3339,13	1570,00	3618,50	0,069
Sexo feminino – 40 a 59 anos (Taxa: pop. x hab.)	21,21	60,91	23,88	60,71	0,123
Sexo masculino – 60 ou mais	1558,00	3990,88	1608,25	5129,63	0,036
Sexo masculino – 60 ou mais (Taxa: pop. x hab.)	62,28	191,23	65,04	189,75	0,889
Sexo feminino – 60 ou mais	1360,00	3102,25	1494,00	4312,38	0,017
Sexo feminino – 60 ou mais (Taxa: pop. x hab.)	38,81	137,90	46,44	129,72	0,327

* Teste de Wilcoxon de amostras relacionadas. AI = amplitude interquartil.

Fonte: a autora.

Já para a Linha de Cuidado do AVC, nota-se que houve aumento significativo da produção (número de AIHs) apenas para os idosos (> 60 anos), considerando o valor total (Tabela 24). Entretanto, ao avaliar por população (retirando os efeitos do crescimento populacional), esse aumento de produção já não foi mais estatisticamente significativo.

Tabela 24 – Análise comparativa (AIH e População) Linhas de Cuidado do AVC – por faixa etária

Idade – AVC	Antes		Depois		p*
	Mediana	AI	Mediana	AI	
Sexo masculino – 0 a 19 anos	1681,50	2034,75	1735,50	2220,50	0,206
Sexo masculino – 0 a 19 anos (Taxa: pop. x hab.)	10,76	21,55	12,20	17,76	0,658
Sexo feminino – 0 a 19 anos	1379,00	1912,50	1608,50	2006,88	0,478
Sexo feminino – 0 a 19 anos (Taxa: pop. x hab.)	10,51	30,66	10,67	25,89	0,781
Sexo masculino – 20 a 39 anos	1167,00	1180,38	1164,50	1356,75	0,153
Sexo masculino – 20 a 39 anos (Taxa: pop. x hab.)	10,84	24,87	10,22	23,95	0,213
Sexo feminino – 20 a 39 anos	3607,50	3896,00	3469,00	3363,00	0,478
Sexo feminino – 20 a 39 anos (Taxa: pop. x hab.)	15,81	48,97	15,58	57,83	0,185
Sexo masculino – 40 a 59 anos	1829,25	1823,13	1905,00	2056,50	0,530
Sexo masculino – 40 a 59 anos (Taxa: pop. x hab.)	20,89	49,58	24,06	40,51	0,405
Sexo feminino – 40 a 59 anos	1827,75	2189,63	1772,00	2250,00	0,845
Sexo feminino – 40 a 59 anos (Taxa: pop. x hab.)	15,91	31,83	19,81	25,88	0,280
Sexo masculino – 60 ou mais	2087,75	1645,38	2247,75	2322,88	<0,001
Sexo masculino – 60 ou mais (Taxa: pop. x hab.)	53,64	109,56	57,05	105,79	0,453
Sexo feminino – 60 ou mais	1901,25	1739,25	2020,50	1991,13	<0,001
Sexo feminino – 60 ou mais (Taxa: pop. x hab.)	33,72	77,71	37,80	70,24	0,254

* Teste de Wilcoxon de amostras relacionadas. AI = amplitude interquartil.

Fonte: a autora.

Verifica-se, para a Linha de Cuidado IAM (Tabela 25), que houve aumento significativo da produção (número de AIHs) para as mulheres, de 40 a 59 anos, considerando o valor total, mas ao retirar o viés de crescimento populacional, esse aumento não foi relevante ao nível de significância de 5%. Para os idosos (> 60 anos) houve aumento expressivo da produção considerando o valor total, entretanto, ao

avaliar por população (retirando os efeitos do crescimento populacional), esse aumento de produção também não foi mais estatisticamente significativo.

Tabela 25 – Análise comparativa (AIH e População) Linhas de Cuidado do IAM – por faixa etária

Idade – IAM	Antes		Depois		p*
	Mediana	AI	Mediana	AI	
Sexo masculino – 0 a 19 anos	459,00	1200,00	482,50	1447,00	0,168
Sexo masculino – 0 a 19 anos (Taxa: pop. x hab.)	6,05	32,62	5,96	39,21	0,155
Sexo feminino – 0 a 19 anos	568,50	1164,50	455,00	1474,50	0,213
Sexo feminino – 0 a 19 anos (Taxa: pop. x hab.)	8,76	56,16	6,95	60,96	0,213
Sexo masculino – 20 a 39 anos	476,50	1270,00	519,00	1291,00	0,657
Sexo masculino – 20 a 39 anos (Taxa: pop. x hab.)	7,57	26,59	7,85	30,93	0,424
Sexo feminino – 20 a 39 anos	1459,50	2634,00	1785,00	3265,50	0,266
Sexo feminino – 20 a 39 anos (Taxa: pop. x hab.)	20,11	83,82	22,40	101,96	0,155
Sexo masculino – 40 a 59 anos	1452,50	3161,00	1441,00	3144,50	0,182
Sexo masculino – 40 a 59 anos (Taxa: pop. x hab.)	23,95	34,75	25,79	45,19	0,374
Sexo feminino – 40 a 59 anos	1206,50	3591,00	1215,50	3742,00	0,041
Sexo feminino – 40 a 59 anos (Taxa: pop. x hab.)	20,12	37,11	23,16	43,52	0,213
Sexo masculino – 60 ou mais	2045,00	3724,00	2308,00	4195,50	0,021
Sexo masculino – 60 ou mais (Taxa: pop. x hab.)	73,75	93,13	80,66	99,15	0,657
Sexo feminino – 60 ou mais	1606,00	3118,50	1835,00	3275,50	0,004
Sexo feminino – 60 ou mais (Taxa: pop. x hab.)	53,13	93,14	49,54	91,72	0,929

* Teste de Wilcoxon de amostras relacionadas. AI = amplitude interquartil.

Fonte: a autora.

7 DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo evidenciaram que, ao longo do período estudado (2011 a 2019), houve um crescimento importante do número de pontos de atenção do Componente Hospitalar da RUE em todo o país, demonstrando uma clara resposta do efeito indutor das políticas de Urgência e Emergência, especialmente a que instituiu a RUE e a que criou o Componente Hospitalar, que atuaram sinergicamente, possibilitando sobretudo aumento dos recursos financeiros às Unidades da Federação e municípios para essa finalidade.

Contudo, observou-se que as desigualdades regionais se mantiveram. A região que mais evoluiu na implantação do Componente Hospitalar da RUE foi a Sudeste (7.969 pontos de atenção habilitados), que historicamente apresentou maior avanço nesse aspecto, seguida pela região Nordeste, com 5.646 pontos de atenção habilitados. A região Sul habilitou 4.303 pontos de atenção. Mesmo sendo a com menos estados integrantes, a região Centro-Oeste habilitou 1.832 pontos de atenção. Por derradeiro, a região Norte, com 1.638 pontos.

Com relação às Portas de Entrada Hospitalares, a região Sudeste se destacou não só em quantitativo, mas também nas implantações de pontos de atenção de tipologias que são mais densas tecnologicamente (MENDES, 2011), a exemplo dos HE Tipo II.

Como essa tipologia de Porta de Entrada precisa, para sua implantação, ser referência em, no mínimo, dois serviços de alta complexidade (Neurocirurgia, Traumato-Ortopedia, Cardiologia/Cardiovascular) ou ser referência em Pediatria, a implantação das Linhas de Cuidado Prioritárias também seguiu a mesma direção, sendo a região Sudeste a que mais habilitou pontos de atenção das Linhas de Cuidado (AVC, IAM e Trauma).

Se somados os pontos de atenção da tipologia III dessas Linhas de Cuidado, o destaque se dá, também, para a região Sul. Dos 92 pontos de atenção dessa tipologia habilitados ao longo do período, 71 deles estão localizados nas regiões Sudeste e Sul. Essas instituições de alto volume, ou seja, esses pontos de atenção mais especializados e capacitados, ainda proporcionam, quando da sua implantação, economia de escala, uma maior curva de aprendizagem dos profissionais e uma melhor qualidade do serviço prestado (RAMOS et al., 2020; CHIORO; SOLLA, 2012).

Já a região Nordeste, que se destacou quando somados todos os pontos de atenção que integram o Componente Hospitalar, foi a região que habilitou o maior número de Portas de Entrada como Hospital Geral. Do total de habilitações de Portas de Entrada nessa região, mais de 50% são dessa tipologia (do total de 90 portas habilitadas na região Nordeste, 49 são do tipo Hospital Geral).

Essa tipologia detém estrutura para atendimentos de média complexidade. Esses serviços (de média complexidade) visam atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cujo nível de complexidade da prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico (SOLLA, 2012). A instalação dessa tipologia de Porta de Entrada está amplamente condicionada à oferta de serviços, e não à demanda de usuários (BORSATO, CARVALHO, 2021; SOLLA, CHIORO 2012), diferentemente dos serviços de alta complexidade, ou seja, os pontos de atenção terciários, que estão mais concentrados espacialmente (MENDES, 2011).

Contudo, mesmo sendo inábeis para a dispensação de terapias adequadas para diversas especialidades, esses hospitais desempenham um papel importante no alcance dos serviços em rede, visto que usualmente são a única opção de internação no município sede do estabelecimento e são um segmento estratégico para a efetivação do acesso à saúde (DA SILVA; CARVALHO; DOMINGOS, 2018). Ainda sob a ótica de redes poliárquicas, não há entre os pontos de atenção primários, secundários ou terciários, relação de principalidade ou subordinação. Todos são importantes para o atingimento dos objetivos comuns das RAS (MENDES, 2011).

Nesse período, um grande número de habilitações de leitos de Enfermaria Clínica de Retaguarda também ocorreu nas regiões Sudeste e Nordeste. Esses leitos, que desempenham um papel de retaguarda às Portas de Entrada, precisam ser habilitados em estabelecimentos que possuem acima de 50 leitos, sendo esses estabelecimentos estratégicos ou de menor adensamento tecnológico. Minas Gerais, estado integrante da região Sudeste, que se destacou ao se somar o quantitativo total de implantação do Componente Hospitalar, também foi o estado com maior número de habilitações de leitos de Enfermaria Clínica.

Novamente, com relação aos leitos de UTI Pediátrica, a região Sudeste se destaca na habilitação de leitos de UTI Tipo III, que são tecnologicamente mais densos. Não díspar aos pontos anteriores, a região Sul ocupa o segundo lugar e a região Nordeste, agora, ocupa o quarto lugar, ficando à frente somente da região

Norte, que não habilitou nenhum leito dessa tipologia. A habilitação de leitos de densidades tecnológicas maiores, além de favorecerem o paciente, contribui para a economia de escala, visto que, com equipamentos próprios e equipe mais especializada, ocorre uma diminuição de tempo de permanência no leito e declínio funcional (REIS et al., 2018).

Ainda, ao se estudar o quantitativo de leitos de UTI habilitados como integrantes da RUE, comparando-se ao número de leitos habilitados como não RUE, visualiza-se ainda mais a atuação sinérgica da Rede. O quantitativo de leitos RUE equivaleu a 60,62% do total de leitos habilitados durante o período estudado, o que demonstra o esforço para evolução da suficiência e qualidade dos serviços nas RAS.

Seguindo a análise acerca da implantação das Unidades de Internação de Cuidados Prolongados e os Hospitais de Cuidados Prolongados, que se constituem em unidades intermediárias entre os cuidados hospitalares de urgência/emergência e Atenção Básica, e que esse tipo de atendimento tem relação com a continuidade da atenção aos pacientes, esses resultados foram congruentes com os obtidos quando avaliados os dados dos pontos de atenção mais densos tecnologicamente, ou seja, a região Sudeste foi a que mais evoluiu em quantitativo – teve destaque o estado de Minas Gerais.

Apesar de a região Nordeste ganhar proeminência ao ser a terceira região em quantitativos, observa-se que as desigualdades regionais permanecem, sendo que a região Norte apresenta a implantação de apenas duas Portas de Entrada referenciadas (os dois habilitados como HE Tipo I) e a região Centro-Oeste, três.

Já ao se verificar as habilitações dos estabelecimentos de forma individualizada, por Linha de Cuidado, algumas particularidades ficam evidentes. O maior número se deu na Linha de Cuidado do AVC, com a implantação em trinta estabelecimentos. Em seguida, veio a Linha de Cuidado do IAM, com implantação em onze estabelecimentos, e, por último, a Linha de Cuidado do Trauma, com oito estabelecimentos. Registre-se que das 39 Portas de Entrada, apenas oito estão habilitadas em mais de uma Linha de Cuidado.

Impende frisar da análise dos dados, que os estabelecimentos habilitados como Hospital Especializado Tipo I não tiveram um aumento significativo no número de atendimentos após o período de implantação da Linha de Cuidado. Já nos estabelecimentos habilitados como HE Tipo II, houve um crescimento na produção (número de AIH no período posterior ao da implantação), porém, ao se avaliar,

comparativamente, com o crescimento populacional, verificou-se que esse aumento significativo se deu apenas para a população do sexo feminino. Segundo Ramos et al. (2015), quando utilizado o efeito escala para a eficiência, hospitais de maior porte, a exemplo dos HE Tipo II, apresentaram um desempenho superior.

A Linha de Cuidado que se destacou durante o período estudado, com um aumento significativo na produção, mesmo considerando-se os valores da população, foi a do Trauma. As demais (IAM e AVC) tiveram um acréscimo no número de AIH, porém, ao se avaliar o crescimento populacional, não houve um aumento significativo.

Observa-se, também, quando da análise dos dados obtidos, que com exceção da região Sul, as demais macrorregiões não apresentaram mudança significativa da produção (número de AIHs), retirando-se o viés do crescimento populacional, nem do TMP após a implantação da Linha de Cuidado.

Porém a região Sul, que obteve o maior número de implantações de Linhas de Cuidado, também se destacou em efetividade. Mesmo retirando o viés do crescimento populacional, houve um aumento significativo no número de AIHs no período pós-implantação da Linha de Cuidado. O TMP também diminuiu pós-implantação da Linha nessa região.

Por fim, em parâmetros gerais, observa-se um crescimento considerável para a população do sexo masculino na faixa etária entre 0 e 19 anos, e para o sexo feminino, entre 20 e 39 anos. Houve também um aumento no número de AIHs para pessoas idosas (acima de 60 anos), porém, ao se avaliar por população, esse crescimento não é estatisticamente significativo.

O crescimento relevante se evidencia, novamente, na Linha de Cuidado do Trauma, em que o aumento do número de AIH, no período pós habilitação da Linha de Cuidado do Trauma, se deu na faixa etária entre 0 e 19 anos para a população do sexo masculino e de 20 e 39 anos para o sexo feminino. Esse número vem de encontro ao estudo de Jorge, Gotileb e Laurenti (2002), que demonstra que a mortalidade por acidentes e violência vem crescendo em faixas etárias baixas, especialmente em adolescentes e jovens. Arnauts e Oliveira (2009) apontam, também, que o grande número de traumas em jovens dessa faixa etária se dá em decorrência do uso de álcool e que esse se constitui num problema social e sanitário de grande amplitude. Já outros estudos mostraram, também, a efetividade dos sistemas de saúde com organização de serviços voltados para os atendimentos de traumas (VALI e et al., 2017).

Já na faixa etária entre 40 e 59 anos, o maior número de AIHs ocorreu no sexo feminino e em estabelecimentos que implantaram a Linha de Cuidado do IAM. Esses resultados contraporiam um estudo que mostrou que as doenças cardiológicas são as principais causas de mortes no Brasil e que os homens são as maiores vítimas de IAM (SOARES, 2018). Porém, ao se verificar com o viés do crescimento populacional, o crescimento do sexo feminino foi irrisório. Estudo mostrou que a existência de hospitais de alto volume para esse tipo de atendimento nas Regiões de Saúde é fundamental para o bom prognóstico dos pacientes, além de reduzir a mortalidade (KHERA et al., 2017), (NIMPTSCH, MANSKY, 2017).

Na Linha de Cuidado do AVC, o aumento do número de AIHs no período pós-habilitação só ocorreu em idosos (faixa > 60 anos). Entretanto, ao se avaliar o crescimento populacional, esse crescimento também é insignificante. O aumento no número de atendimentos nessa faixa etária já era esperado, visto que o AVC, além de ser uma das doenças que mais matam no mundo, é a que mais causa incapacidade na faixa etária superior a 50 anos (ABRAMCZUK; VILLELA, 2009).

Por fim, há que se considerar que houve evolução do Componente Hospitalar da RUE em todo o país e em algumas linhas de cuidados a ela atinentes. Contudo, as desigualdades regionais prevalecem, o que requer o avanço da política de regionalização (SHIMIZU et al., 2021), que considere a implantação desses pontos de atenção, especialmente de alto volume (RAMOS et al., 2020), em todas as Regiões de Saúde. Nessa perspectiva, há que se ter maior articulação entre as políticas da RUE e da regionalização (SHIMIZU et al., 2021; TOFANI et al., 2021) para melhorar o acesso oportuno às RUE de toda a população do país.

7.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Um obstáculo relevante observado quando da quantificação dos dados foi a forma de efetivar a implantação daquele ponto de atenção, ou seja, a forma de contabilizar quantos pontos de atenção foram habilitados. Em alguns, a exemplo dos leitos de UTI e de UCO (Linha de Cuidado do IAM), é contabilizado o número de leitos habilitados naquela Unidade. Já com relação à Linha de Cuidado do Trauma, por exemplo, a efetivação corre como habilitação do estabelecimento como Centro de

Trauma. Esse Centro, que precisa ter um número mínimo de leitos para ser habilitado, contabiliza somente um ponto de atenção.

Outro fator de limitação foi a falta de indicadores comuns e fundamentados para a análise dos dados. A análise foi feita baseando-se em dados gerais, visto que não há indicadores passíveis de monitoramento da maneira como as respectivas Políticas foram construídas. Também não há especificação ou similaridade quanto aos procedimentos mínimos que precisam ser monitorados para se verificar a eficiência da Linha de Cuidado.

8 CONCLUSÕES

Constatou-se que houve crescimento substancial do número de pontos de atenção do Componente Hospitalar da RUE em todo o país (no período de 2011 a 2019). Todavia, esses estão mais concentrados na região Sudeste, especialmente os pontos de atenção de tipologias com maior densidade tecnológica.

Averiguou-se, ainda, que os anos imediatamente posteriores à criação do Componente Hospitalar da RUE (2012, 2013 e 2014) foram os que apresentaram uma constância de quantitativos e um maior número de habilitações de pontos de atenção. Esse número, alavancado pelas habilitações de Leitos de Enfermaria Clínica de Retaguarda – destaque quando somados os quantitativos de habilitações –, foi superado no ano de 2016, porém não de forma crescente e estável nos anos seguintes.

A região Sul, apesar de ser menor territorialmente, se destacou na implantação de pontos de atenção das Linhas de Cuidado Prioritárias e foi a segunda em quantitativo de implantação de pontos de atenção de maior densidade tecnológica. Essa região também foi a que implantou, com efetividade, as Linhas de Cuidado, trazendo um aumento de produção no período posterior à sua implantação e uma redução no TMP.

Embora o número de implantações da Linha de Cuidado do Trauma em Portas de Entrada Hospitalares ter sido o menor dentre as Linhas, essa foi a que apresentou um crescimento no número de atendimentos, de ambos os sexos, no período posterior ao da implantação.

A perspectiva de Redes de Atenção, em que não há diferenciação de importância ou relevância nos pontos de atenção, fez com que a região Nordeste fosse destaque. Os estados dessa região, em especial Pernambuco, habilitaram um grande número de pontos de atenção, levando-a a ocupar o segundo lugar quando da soma geral de habilitações de todos os pontos.

Mesmo com a grande ênfase dada ao sistema de Rede de Atenção desde a sua criação, em 2010, ainda houve uma quantidade substancial de pontos de atenção (em que verificou-se a possibilidade de mensurar, no caso desse estudo, os leitos de UTI) sendo habilitados como não integrantes da Rede.

É fato que o Componente Hospitalar da RUE trouxe evoluções, tanto quantitativas quanto qualitativas, ao longo dos anos de implantação. Isso é a demonstração da efetividade da implantação, especialmente, da Linha de Cuidado do Trauma.

Sabe-se, que ainda há muito a ser feito, inclusive ajustando fatores de distribuição de pontos de atenção, para que não fiquem sublocalizados, ampliando a divulgação e dando uma ênfase maior na Política da RUE, fortalecendo continuamente a atenção básica e a integração dos Sistemas de Saúde, onde se leva em conta inclusive o tempo de deslocamento de um paciente até a Unidade para o atendimento adequado, buscando obter avanços consistentes e a perspectiva de melhoria na saúde da população. Assim, a integração da saúde em redes regionalizadas é condição indispensável para a qualificação e a continuidade do cuidado integral à saúde.

A RUE, na sua amplitude, com todos os seus componentes, precisa ser continuamente pensada e adaptada de modo a cumprir as diretrizes preconizadas e o atendimento integral ao usuário do SUS.

8.1 RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS

Sugere-se, para trabalhos futuros, uma tentativa de elaboração de indicadores comuns de monitoramento de todos os pontos de atenção do Componente Hospitalar da RUE. Recomenda-se, também, um estudo que demonstre quais fatores teriam influenciado um aumento no número de pontos de atenção em determinadas macrorregiões e estados (se influência política, se incremento financeiro advindo da RUE etc.) e um trabalho que demonstre a importância da uniformidade e da construção de indicadores de monitoramento para se avaliar a eficiência das políticas públicas de saúde.

9 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. B. de; ACIOLE, G. G. Gestão em rede e apoio institucional: caminhos na tessitura de redes em saúde mental no cenário regional do Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 971-981, 2014.

BOLELA, F.; JERICO, M. de C. **Unidades de terapia intensiva: considerações da literatura acerca das dificuldades e estratégias para sua humanização**. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 301-309, 2006.

BORSATO, F. G.; CARVALHO, B. G. Hospitais gerais: inserção nas redes de atenção à saúde e fatores condicionantes de sua atuação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1275-1288, 2021.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: [Constituição \(planalto.gov.br\)](http://planalto.gov.br). Acesso em: 06 mar. 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: [L8080 \(planalto.gov.br\)](http://planalto.gov.br). Acesso em: 06 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei**. Brasília; Brasil. Ministério da Saúde; ago. 1993. 67 p. Disponível em: [se.pdf \(saude.gov.br\)](http://saude.gov.br). Acesso em: 15 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.203/GM/MS**, de 5 de novembro de 1996. Aprova a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html. Acesso em: 16 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 95/GM/MS**, de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001.

Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html.

Acesso em: 16 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 373/GM/MS**, de 27 de fevereiro de 2002.

Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002.

Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html.

Acesso em: 22 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488/GM/MS**, de 21 de outubro de 2011.

Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível

em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html.

Acesso em: 15 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279/GM/MS**, de 30 de dezembro de

2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html.

Acesso em: 15 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.600/GM/MS**, de 7 de julho de 2011.

Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html.

Acesso em: 15 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.395/GM/MS**, de 11 de outubro de 2011.

Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2395_11_10_2011_comp.htm

I. Acesso em: 16 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.994/GM/MS**, de 13 de dezembro de 2011. Aprova a Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio e o Protocolo de Síndromes Coronarianas Agudas, cria e altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2994_13_12_2011_rep.html.

Acesso em: 24 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 665/GM/MS**, de 2 de abril de 2012. Dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC. Disponível em

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/PRT0665_12_04_2012.html.

Acesso em: 23 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.366/GM/MS**, de 8 de julho de 2013.

Estabelece a organização dos Centros de Trauma, estabelecimentos de saúde integrantes da Linha de Cuidado ao Trauma da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1366_08_07_2013.html

Acesso em: 03 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 354/GM/MS**, de 10 de março de 2014.

Publica a proposta de Projeto de Resolução “Boas Práticas para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência”. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1366_08_07_2013.html.

Acesso em: 20 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. **Cronologia Histórica da Saúde Pública**. Brasília, 2017. Disponível em:

<http://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica>. Acesso em 09 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS**, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017_comp.html. Acesso em: 21 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS**, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017_comp.html. Acesso em: 23 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS**, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as Redes de Atenção à Saúde. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017_comp.html. Acesso em: 18 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS**, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde.

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017_comp.html. Acesso em: 24 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS**, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005_03_10_2017_comp.html. Acesso em: 16 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS**, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017_comp.html. Acesso em: 25 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em: 18 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. 3. ed., 2. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 70 p.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Lei nº 8.069**, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União; Brasília; 13 jul. 2005. [Internet]. 2005. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm.

FLEURY S.; OUVRENEY, A. L. M. **Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde**. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2007. 204 p.

HAMILTON, W. S. **O processo de criação do Ministério da Saúde**. Rio de Janeiro, Departamento de Pesquisa da Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Casa de Oswaldo Cruz, 1993.

KHERA, S.; KOLTE, D.; GUPTA, T.; GOLDSWEIG, A.; VELAGAPUDI, P.; KALRA, A.; *et al.* Association Between Hospital Volume and 30-Day Readmissions Following Transcatheter Aortic Valve Replacement. **JAMA Cardiol** 2017;2(7):732.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D. De; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

MAGALHÃES, JR. H. M. **O desafio de construir e regular redes públicas de saúde, com integralidade, em sistemas privado-dependentes**: a experiência de Belo Horizonte. 2006. 184 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MENDES, E. V. **Revisão Bibliográfica sobre Redes de Atenção à Saúde**. Belo Horizonte, 2007. Disponível em:
<http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1311947505027sobreredes.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2021.

NEGRI, B. **A Política de Saúde no Brasil nos anos 90**: Avanços e Limites. Brasília, 2002.

NIMPTSCH, U.; MANSKY, T. Hospital volume and mortality for 25 types of inpatient treatment in German hospitals: observational study using complete national data from 2009 to 2014. **BMJ Open** 2017;7(9):e016184.

OLIVEIRA, E. X. G. Territórios do Sistema Único de Saúde: mapeamento das redes de atenção hospitalar. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 386-402, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório Mundial da Saúde 2008: Cuidados de Saúde Primários** – Agora mais que nunca. Genebra: OMS, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados de Saúde Primários** – Agora Mais Que Nunca. Relatório Mundial de Saúde 2008. Disponível em: https://www.who.int/eportuguese/publications/whr08_pr.pdf?ua=1. Acesso em: 15 dez. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**: OMS, 1978. 3 p. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2021.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Informe Dawson sobre el futuro de los Servicios médicos y afines**. 1920. Oficina Sanitaria Panamericana. Washington D.C. 20036. EE.UU. Publicación Científica n. 93, febrero de 1964.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate**. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 111 p.

PADILHA, A. R. S.; AMARAL, M. A.; OLIVEIRA, D. C.; CAMPOS, G. W. S. Fragilidade na governança regional durante implementação da Rede de Urgência e Emergência em Região Metropolitana. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 118, p.579-593, 2018.

PAIM J. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 5ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p. 473-87.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira**: Contribuição para a Compreensão e Crítica. 2007. 300 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

PAIM, J.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios** Claudia Travassos. Saúde no Brasil, p. 11–31, 2011.

PAZIN-FILHO, A.; ALMEIDA, E. DE; CIRILO, L. P.; LOURENÇATO, F. M.; BAPTISTA, L. M.; PINTYÁ, J. P.; et al. Impacto de leitos de longa permanência no desempenho de hospital terciário em emergências. **Rev. Saúde Pública** [Internet]. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rsp/a/97wXnMBs8kkqF7tpKjngTny/ABtract/?lang=pt>. Acesso em: 27 jul. 2021.

PONTE, C. F.; REIS, J. R. F.; FONSECA, C. M. O. Saúde pública e medicina previdenciária: complementares ou excludentes? *In*: PONTE, C. F.; FALLEIROS, I. (Org.). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/COC; FIOCRUZ/EPSJV, 2010. p. 111-150.

RAMOS, I. D. C. M.; BARRETO, J. O. M.; SHIMIZU, H. E.; MORAES, A. P. G.; SILVA, E. N. **Regionalization for health improvement: A systematic review**. 2020; Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244078>. Acesso em: 16 out. 2021.

REIS, G. R.; PIRES, A.; ROSSONE, D. F.; PEREIRA, T.; SANTOS, G. A importância da mobilização precoce na redução de custos e na melhoria da qualidade das Unidades de Terapia Intensiva. Vol. 16, **Revista de Atenção à Saúde**. 2018. p. 94–100.

RISI JÚNIOR., J. B.; NOGUEIRA, R. P. (Coord.). As condições de saúde no Brasil. *In*: FIEKELMAN, J. (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 117-234.

RODRIGUES, L. B. B. et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 343-352, 2014.

SALVADOR, E. S, **Fundo público no Brasil**: Financiamento e destino dos recursos da seguridade social (2000 a 2007). Brasília. UnB, 2008.

SHIMIZU, H. E. (2013). Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1101-1122, 2013.

SHIMIZU, H. E.; CARVALHO, A. L. B.; BRÊTAS-JUNIOR, N.; CAPUCCI, R. R. Regionalização da saúde no Brasil na perspectiva dos gestores municipais: avanços e desafios. **Ciênc. saúde coletiva** 26 (suppl 2), 2021.

SOLLA, J.; CHIORO, A. Atenção Ambulatorial Especializada. *In*: **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro; 2012. p. 1-35.

SILVA J. F. M.; CARVALHO, B. G.; DOMINGOS, C. M. Health governance and the public-private relationship in small municipalities. **Ciênc. e Saúde Coletiva**. 2018 Oct 1;23(10):3179–88.

SILVA, S. F.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Redes de atenção à saúde: conceito, modelos e diretrizes. *In*: SILVA, S. F. (Org.). **Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde; Campinas: Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2008. p. 69-85.

SOUZA, R. R. de. O Sistema Público de Saúde Brasileiro. *In*: **Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas**. São Paulo, São Paulo, 2002. Anais. São Paulo, 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf. Acesso em: 09 mar. 2021.

TOFANI, L. F. N.; FURTADO, L. A. C.; ANDREAZZA, R.; REBEQUI, A.; GUIMARÃES, C. F.; HARADA, J.; PEREIRA, A. L.; CHIORO, A. Gestão Regional e a Produção Singular da Rede de Atenção às Urgências e Emergências. **Ciênc. Saúde Colet.** [periódico na internet] (2021/fev.). [Citado em 30/11/2021]. Disponível em:

<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/gestao-regional-e-a-producao-singular-da-rede-de-atencao-as-urgencias-e-emergencias/17946>. Acesso em: 16 dez. 2021.

VALI Y.; RASHIDIAN, A.; JALILI, M.; OMIDVARI, A. H.; JEDDIAN, A. Effectiveness of regionalization of trauma care services: a systematic review. **Public Health** 2017;146:92–107.

ARNAUTS, I.; OLIVEIRA, M. L. F. **Padrão de consumo do álcool por jovens vítimas de trauma e usuários de álcool**. Revista Mineira de Enfermagem (REME) Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/544>. Acesso em: 16 dez. 2021.

10. APÊNDICE – ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO COMPONENTE HOSPITALAR NA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS (RUE), NO PERÍODO DE 2011 A 2019

RESUMO

Este estudo tem como objetivo analisar a evolução quantitativa da implantação do Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), efetivada pelo Ministério da Saúde, entre 2011 e 2019. Trata-se de estudo descritivo, cujos dados foram obtidos do CNES e de arquivos de controle mantidos pelo Ministério da Saúde, com acesso disponibilizado via LAI. Dos resultados, depreendeu-se que a região Sudeste foi a que mais evoluiu, inclusive na implantação de pontos de atenção mais densos tecnologicamente, com destaque para Minas Gerais e São Paulo – que, no quantitativo geral de habilitações por estado, também foram os que mais se destacaram. A região Nordeste foi a segunda que mais implantou pontos de atenção, com destaque para Pernambuco, que também ocupou o terceiro lugar no quantitativo por estado. Seguiram-se as regiões Sul, Centro-Oeste e Norte. Por fim, concluiu-se que a RUE trouxe consideráveis avanços, quantitativos e qualitativos, com destaque para a região Nordeste. Contudo, o estudo sugere que possíveis adaptações na política, especialmente no que tange à localização estratégica de pontos de atenção do componente, podem produzir efeitos ainda mais benéficos. A RUE precisa ser continuamente avaliada e adaptada para cumprir as diretrizes preconizadas e o atendimento integral ao usuário do SUS.

Palavras-chave: Evolução; Implantação; Componente Hospitalar.

ABSTRACT

This study aims to analyze the quantitative evolution of the implementation of the Hospital Component of the Urgency and Emergency Care Network (RUE), carried out by the Ministry of Health, between 2011 and 2019. This is a descriptive study, whose data were obtained from the CNES and the control files maintained by the Ministry of Health, with access available via LAI. In the results, it was identified that the Southeast Region was the one that evolved the most, including in the implementation of more technologically dense care points, especially Minas Gerais and São Paulo, which also stood out in the general number of habilitations by ESTADO. The Northeast Region was the second region that most implemented care points, especially Pernambuco, which also ranked third in the quantity per ESTADO. Successively, the South, North and Center-West regions appear. Finally, it was concluded that the RUE brought considerable advances, quantitative and qualitative, especially in the Northeast Region. However, the study suggests that possible adaptations in the policy, especially regarding the strategic location of the care points of the Hospital Component, can produce even more beneficial effects. The RUE needs to be continuously evaluated and adapted to comply with the recommended guidelines and the comprehensive care of the SUS user.

Keywords: Evolution; Implementation; Hospital Component.

INTRODUÇÃO

A criação e a execução de políticas públicas que impulsionem a busca pela efetivação de princípios básicos, a exemplo da integralidade, são entendidas como um dispositivo importante para o alcance da qualidade nos serviços de saúde (SHIMIZU, 2013).

Nas ocorrências de urgência e emergência, essa necessidade ganha ainda mais destaque, pois as situações ali envolvidas dependem de resposta ágil e oportuna. As rupturas na falta de integralidade da atenção se tornam mais visíveis, tendo em vista o risco de vida iminente (PADILHA et al., 2018).

Operar de forma episódica e reativa prejudica sobremaneira o funcionamento do sistema de saúde. Nessa perspectiva, a implantação das redes é percebida como instrumento importante de efetivação de garantia essencial do indivíduo: a do direito à saúde (SHIMIZU, 2013).

A necessidade de superação de um sistema de saúde fragmentado, com foco nas ações curativas e não preventivas, fez com que o Ministério da Saúde, em 2010, instituísse a RAS, compreendida como uma malha que integra os diversos pontos de atenção em determinado território, organizados de maneira que esses pontos, mesmo que de diferentes níveis e densidades tecnológicas, estejam articulados e apropriados para o atendimento ao usuário.

A RAS foi subdividida em redes temáticas, que foram sendo construídas e efetivadas ao longo dos anos para responder a condições específicas de saúde. Essas redes trabalham em um ciclo completo, que implica, também, a integralidade da atenção (incluindo sua continuidade), nos diversos níveis (primário, secundário e terciário) (BRASIL, 2010).

A RUE é uma dessas redes temáticas, instituída pela Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011, e foi organizada por componentes, dentre eles o Componente Hospitalar, que foi regulamentado pela Portaria nº 2.395/GM/MS, de 11 de outubro de 2011. Esse componente foi estruturado de forma articulada e integrada com os demais componentes integrantes da RUE (BRASIL, 2011).

Ainda de acordo com a mesma Portaria, o Componente Hospitalar da RUE é um serviço qualificado, organizado por meio da ampliação de serviço prestado pelas Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, das Enfermarias Clínicas de Retaguarda,

dos leitos de cuidados prolongados, das Linhas de Cuidado Prioritárias e dos leitos de terapia intensiva, com o objetivo de prover cuidado integral e qualificado aos pacientes em situação de urgência e emergência, e traz como diretrizes (BRASIL, 2011): universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências; humanização da atenção, centrada no cuidado integral do usuário; atendimento priorizado, mediante a classificação de risco segundo grau de sofrimento, urgência e gravidade do caso; regionalização do atendimento às urgências, com articulação dos diversos pontos de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde; e atenção multiprofissional, instituída por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseada em gestão de linhas de cuidados.

Essas diretrizes têm por finalidade qualificar o atendimento à demanda espontânea ou referenciada de outros pontos de atenção de menor complexidade, garantindo retaguarda no acolhimento de média a alta complexidade, ofertando procedimentos diagnósticos, leitos clínicos de retaguarda, leitos de cuidados prolongados e leitos de UTI e reforçando a garantia do cuidado hospitalar nas linhas prioritárias: traumatologia, cardiovascular e cerebrovascular (BRASIL, 2011).

O Componente Hospitalar da RUE é formado por diversos pontos de atenção. Esses pontos, estruturados, orientados e articulados, permitem a integralidade no atendimento. Mesmo com a ênfase dada ao princípio da regionalização desde a criação do SUS, ainda existem desigualdades de distribuição desses pontos de atenção.

Assim, conhecer o estado da arte de uma política é essencial para se analisar a evolução de sua implantação. É fato que ainda existem desigualdades de distribuição do Componente Hospitalar nas diferentes regiões, inclusive de cunho tecnológico, o que dificulta o acesso da população aos serviços de saúde. Um estudo que demonstre onde se encontram os menores e maiores quantitativos e os que detêm maior ou menor capacidade tecnológica pode servir como base para a tomada de decisão dos gestores para adequações/adaptações e redesenhos dessa Rede.

Até o momento, os estudos de que se tem conhecimento acerca do Componente Hospitalar da RUE remetem a situações peculiares, não no contexto geral de evolução em âmbito nacional. Vislumbra-se que tal escassez se deve ao fato de ser uma política relativamente nova, cujas regulamentações de pontos de atenção que a compõem foram sendo construídos posteriormente, de forma individualizada.

Diante desse contexto, este estudo objetiva analisar a evolução quantitativa dos pontos de atenção integrantes do Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (Porta de Entrada, Enfermarias Clínicas de Retaguarda, Leitos de UTI Tipo II e III Adulto e Pediátrico, Unidades de Cuidados Prolongados e Hospitais de Cuidados Prolongados e Linhas de Cuidado Prioritárias), no período de 2011 a 2019, nas unidades da federação (estados) e nas macrorregiões do Brasil.

MÉTODOS

O presente trabalho consiste em um estudo descritivo da implantação do Componente Hospitalar da RUE, baseando-se nas habilitações definidas entre os seus respectivos gestores estaduais e municipais, aprovados no âmbito da CIB, e publicadas pelo Ministério da Saúde, no período compreendido entre 2011 e 2019. Este período é justificado pela data de início da implantação do Componente Hospitalar (com a publicação da Portaria nº 2.395/2011) e o ano imediatamente anterior à instituição da atual situação de ESPIN, que fez com que o sistema trabalhasse, em 2020 e 2021, de forma mais direcionada à resolução dos problemas relacionados à covid-19.

Os dados foram extraídos de planilhas de controle (em arquivos Excel) elaboradas pela Coordenação-Geral de Urgência (CGURG) do Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, do Ministério da Saúde – cujo acesso foi solicitado via LAI, demanda 40343237, NUP/SEI nº 25072.00899/2021-61 – e do CNES.

A necessidade de busca por uma segunda fonte de dados, por ponto de atenção do Componente Hospitalar, se deu em virtude de uma dificuldade inicial de operacionalização pelas áreas do Ministério da Saúde envolvidas. Mesmo habilitados como pontos de atenção integrantes da RUE (quando da publicação da Portaria, não havia uma diferenciação do que integra ou não a Rede), a Coordenação-Geral de Gestão dos Sistemas de Informações em Saúde do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle, também integrante da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde – área responsável pela inserção dessas informações no CNES – não conseguia visualizar essa diferença. Assim, as habilitações iniciais de pontos de

atenção do Componente Hospitalar não constam no CNES como integrantes da RUE. A utilização dos dados extraídos somente do CNES traria resultados inverídicos, especialmente no período inicial de implantação do Componente Hospitalar.

Posteriormente, em 2012, com a criação de códigos de incentivo diferenciados para cada ponto de atenção, esse equívoco foi corrigido. A partir daí, há uma “marcação” no CNES diferenciando os pontos de atenção habilitados como pertencentes à RUE dos demais.

Integram o Componente Hospitalar da RUE os seguintes pontos de atenção: 1) Portas de Entrada Hospitalares; 2) Leitos de Retaguarda; 3) Linhas de Cuidados Prioritárias; 4) Unidades de Internação em Cuidados Prolongados e Hospitais Especializados em Cuidados Prolongados; 5) e Atenção ao Paciente Crítico: UTI.

PORTAS DE ENTRADA HOSPITALARES

É o agrupamento de serviços instalados em uma unidade hospitalar para prestar atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas, obstétricas e de saúde mental (BRASIL, 2011). Podem ser habilitados como Hospital Geral (deve ter equipe 24 horas composta por clínico geral, pediatra, cirurgião, anesthesiologista, enfermeiros, técnicos e equipes para manejo de pacientes críticos), Hospital Especializado Tipo I (deve ter equipe 24 horas composta por médicos especializados, cuja composição depende do perfil assistencial do estabelecimento, equipe multidisciplinar e equipes para manejo de pacientes críticos); e Hospital Especializado Tipo II (deve ter equipe 24 horas composta por médicos especializados, cuja composição depende do perfil assistencial do estabelecimento, equipe multidisciplinar e equipes para manejo de pacientes críticos).

LEITOS DE RETAGUARDA

Uma das estratégias para a melhoria da atenção hospitalar é a ampliação e a qualificação dos leitos (BRASIL, 2011). Os leitos de retaguarda podem ser criados ou qualificados em hospitais estratégicos ou em hospitais de menor porte, porém precisam dar suporte aos prontos socorros e às unidades de pronto atendimento, sendo exclusivos para retaguarda às urgências, e estar disponíveis nas Centrais de Regulação.

LINHAS DE CUIDADOS PRIORITÁRIAS

As Linhas de Cuidado são uma forma de articulação dos recursos e as práticas de produção de saúde entre as Unidades de atenção de uma dada região de saúde, com o intuito de uma condução ágil, oportuna e singular aos diagnósticos e terapias, respondendo às necessidades epidemiológicas de maior relevância. No Componente Hospitalar da RUE foram definidas que as Linhas de Cuidado Prioritárias são as relacionadas ao cuidado Cardiovascular, Cerebrovascular e ao Trauma (ANDRADE et al., 2015).

CUIDADO CARDIOVASCULAR: FOCO NA ATENÇÃO AO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

As Unidades de Terapia Intensiva Coronariana ou, simplesmente, Unidades Coronarianas (UCO) são unidades dedicadas ao cuidado a pacientes com síndrome coronariana aguda, devendo necessariamente dispor de infraestrutura de UTI, mas se localizar em instituição capacitada para fornecer apoio diagnóstico e terapêutico a pacientes, incluindo recursos humanos qualificados, métodos diagnósticos não invasivos e invasivos e a oportunidade de atendimento em caráter de urgência (BRASIL, 2011).

LINHA DE CUIDADO CEREBROVASCULAR: FOCO NA ATENÇÃO AO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

A Linha de Cuidado do AVC estabelece dois modos de organização das Unidades de Atendimento ao AVC, as de U-AVC Agudo – dedicada ao cuidado clínico dos pacientes com AVC (isquêmico, hemorrágico ou ataque isquêmico transitório) e durante a fase aguda (72 horas) e responsável por oferecer tratamento trombolítico endovenoso – e U-AVC Integral – dedicada ao cuidado de AVC (isquêmico, hemorrágico ou ataque isquêmico transitório) até 15 dias da internação hospitalar, com a atribuição de dar continuidade ao tratamento da fase aguda, da reabilitação precoce e da investigação etiológica completa (BRASIL, 2012).

LINHA DE CUIDADO DO TRAUMA

A Linha de Cuidado do Trauma é o processo integrado de atenção ao paciente vítima de trauma que articula os pontos de atenção da RUE com vistas à prevenção dos agravos, garantia de padrões adequados de acessibilidade aos recursos tecnológicos, à gravidade dos casos e à continuidade do cuidado, com atribuição prévia de responsabilidades assistenciais e mecanismos de regulação, coordenação, comunicação e transporte sanitário. É a rede de ligação dos componentes da RUE que desempenham o papel de referência especializada para atendimento aos pacientes vítimas de trauma (BRASIL, 2014).

Na RUE, ela foi proposta com o objetivo de ampliar e qualificar o acesso humanizado e a atenção integral ao paciente traumatizado por meio de uma Rede de Atendimento Hospitalar ao Trauma (BRASIL, 2013). Essa rede tem como parâmetros o dimensionamento da RUE, a localização dos pontos de atenção ao trauma, o número de habitantes, a cobertura assistencial e o tempo de deslocamento até o Centro de Trauma (BRASIL, 2014).

Há três tipologias de Centros de Trauma: os Centros de Trauma Tipo I (Hospital Geral que desempenha o papel de referência para atendimento ao paciente traumatizado), os Centros de Trauma Tipo II (estabelecimento hospitalar que

desempenha o papel de referência para atendimento ao paciente traumatizado e identifica-se como Hospital Especializado Tipo I, segundo a tipologia das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência) e os Centros de Trauma Tipo III (um estabelecimento hospitalar que desempenha o papel de referência para atendimento ao paciente traumatizado e identifica-se como Hospital Especializado Tipo II, segundo a tipologia das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência).

UNIDADES DE INTERNAÇÃO EM CUIDADOS PROLONGADOS (UCP) E HOSPITAIS ESPECIALIZADOS EM CUIDADOS PROLONGADOS (HCP)

As Unidades de Internação em Cuidados Prolongados e os Hospitais de Cuidados Prolongados são unidades intermediárias entre os cuidados hospitalares de caráter agudo e crônico reagudizado e a atenção básica. Os cuidados prolongados incluem, inclusive, a atenção domiciliar necessária antes do retorno do usuário ao domicílio.

Esse ponto de atenção foi pensado face à necessidade de se desenvolver uma estratégia multidisciplinar, de assistência integral, humanizada e individualizada que, em articulação com os demais pontos de atenção da Rede, garanta o atendimento ao paciente que necessita de cuidados prolongados.

Os cuidados prolongados foram divididos em Unidade de Internação em cuidados prolongados (pode ser serviço dentro de um Hospital Geral ou Especializado (UCP) ou estar vinculado a um Hospital Geral ou Especializado (maior que 50 leitos), ou um Hospital Especializado em Cuidados Prolongados, que é um Hospital Geral ou especializado com, no mínimo, 40 leitos e sua capacidade total deve ser destinada para esse fim.

ATENÇÃO AO PACIENTE CRÍTICO: UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)

As UTI são ambientes permeados por tecnologia de ponta, com situações iminentes de emergência e necessidade constante de agilidade e habilidade no atendimento. São locais destinados à prestação de assistência especializada a pacientes em estado crítico. Para os pacientes aí internados há necessidade de controle rigoroso dos seus parâmetros vitais e assistência de enfermagem contínua e intensiva (UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA: CONSIDERAÇÕES DA LITERATURA ACERCA DAS DIFICULDADES E ESTRATÉGIAS PARA SUA HUMANIZAÇÃO, 2006).

No âmbito da RUE podem ser habilitados leitos de UTI Tipo II e Tipo III, tanto Adultos como Pediátricos. Os leitos de UTI Tipo II são Unidades de Tratamento Intensivo que atendem, minimamente, critérios para atendimento à pacientes graves, e os leitos de UTI Tipo III precisam atender os mesmos critérios das Unidades Tipo II, mas, dispor, também de outras qualificações, tais como: ampliação de recursos humanos, de números de exames no hospital, maior número de equipamentos por paciente, fisioterapeuta e um enfermeiro para cinco leitos.

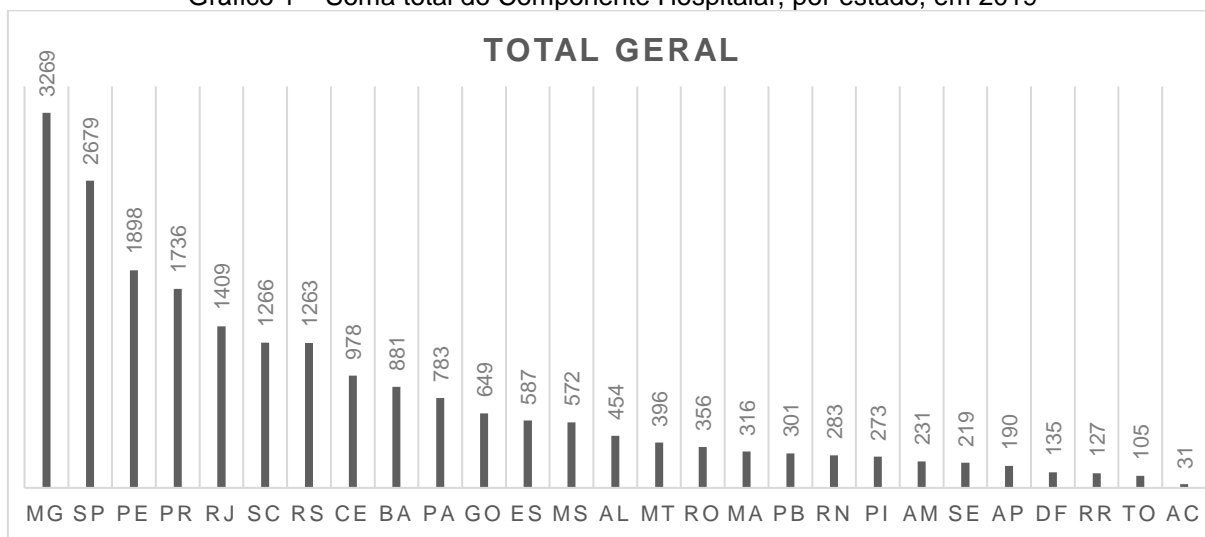
Uma vez caracterizados os pontos de atenção que integram o Componente Hospitalar da RUE, a análise dos dados foi feita, individualmente, por ponto de atenção, ano a ano, de 2011 a 2019, por unidade da federação (estado) e por macrorregião. Os dados dos estados foram agrupados em um banco de dados e transportados para o programa Excel, onde foram geradas tabelas que apresentam os resultados considerando as frequências relativa e absoluta por pontos e subtipos de atenção.

RESULTADOS

A seguir, serão apresentados os pontos de atenção que integram o Componente Hospitalar, de forma individualizada, ano a ano, por unidades da federação (estado) e por macrorregião, de 2011 a 2019.

Inicialmente, demonstram-se as evoluções da implantação com todos os pontos de atenção do Componente Hospitalar nos estados (Gráfico 1), que totalizou, no período de 2011 a 2019, 21.388 pontos. O destaque com o maior número de implantações do Componente foi Minas Gerais, e o que menos implantou, com apenas 31 pontos, foi o Acre.

Gráfico 1 – Soma total do Componente Hospitalar, por estado, em 2019



Fonte: a autora.

Na Tabela 1, pode ser verificada a evolução quantitativa das Portas de Entrada Hospitalares. Observa-se que os estados da região Sudeste tiveram maior crescimento, se somados os números de HE Tipo I e HE Tipo II e HG, com destaque para São Paulo, seguido dos estados da região Nordeste, sendo o Ceará, Pernambuco e o Espírito Santo os estados que tiveram o maior número de habilitações de HE Tipo I, HE Tipo II e HG, e os demais tiveram menos, sobretudo dos HE tipos I e II. Na quarta posição encontra-se a região Centro-Oeste, no qual se destacaram os estados de Mato Grosso do Sul, Goiás, com aumento do número de HG e HE Tipo I, e apenas 1 HE Tipo II (MS). Por último está a região Norte, com aumento mais relevante nos estados do Maranhão, o Pará (único com HE Tipo II) e o Amazonas. Nos demais, houve poucas habilitações de HG. A região Sul, que ocupa a terceira posição em termos quantitativos, foi a que mais habilitou HE Tipo I e II, sendo 17 HE Tipo 1 e 43 HE Tipo II.

Tabela 1 – Número de habilitações de Portas de Entrada Hospitalares, por estado e por macrorregião, no período de 2011 a 2019

(Continua)

ESTADO/REGIÃO	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Sudeste									
SP									
HE Tipo I		2	7	3		3		2	
HE Tipo II	2	7	3	10		3		4	
Hospital Geral				3		3		3	
MG									
HE Tipo I	2			3					
HE Tipo II	4				1	5			1
Hospital Geral					4	5			2
RJ									
HE Tipo I			2			2			
HE Tipo II		1			3	2		1	
Hospital Geral			5		2	3	2	1	
ES									
HE Tipo I			1	1					
HE Tipo II		4							
Hospital Geral					8		1		
Subtotal	8	14	18	20	18	26	3	11	3
Nordeste									
CE									
HE Tipo I		1	1			6			1
HE Tipo II	2	1	1			1			
Hospital Geral			1			6			
MA									
HE Tipo I			1						
Hospital Geral		3	4	1		7			
PE									
HE Tipo I		2							
HE Tipo II		6		2					
Hospital Geral			1			1			
BA									
HE Tipo I				3					
HE Tipo II	1	3		1					
Hospital Geral		1		1					
SE									
HE Tipo I	1			1					
HE Tipo II	1								
Hospital Geral				6					
AL									
HE Tipo I		2							
Hospital Geral		1		1				3	
PB									
HE Tipo II			2						
Hospital Geral				3				1	

(Continuação)

ESTADO/REGIÃO	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
RN									
HE Tipo II		1							
Hospital Geral		3							
Subtotal	5	26	11	19	2	22		4	1
Sul									
SC									
HE Tipo I		2	3				1		
HE Tipo II		6	10			1	1		
Hospital Geral						5		2	
PR									
HE Tipo I		1				2	1		
HE Tipo II		5	5			1	4		
Hospital Geral		3	2			1	2		
RS									
HE Tipo I		3		1					2
HE Tipo II		5		3					3
Hospital Geral				8					2
Subtotal		25	20	12		10	9	2	7
Norte									
PA									
HE Tipo I		2							
HE Tipo II		1							
Hospital Geral		7							
AM									
HE Tipo I		1							
Hospital Geral		1		6					
TO									
HE Tipo I				1	1				
HE Tipo II			1						
Hospital Geral			1	3					
RO									
HE Tipo II		1							
Hospital Geral		2		1					1
RR									
HE Tipo I		1							
HE Tipo II		1							
AP									
Hospital Geral		2							
AC									
Hospital Geral			2						
Subtotal		19	4	11	1				1
Centro-Oeste									
MS									
HE Tipo I			1						
HE Tipo II		3	1						

(Conclusão)									
ESTADO/REGIÃO	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
GO									
HE Tipo I		1	1		1				
HE Tipo II	1								
Hospital Geral				3	2		1		1
DF									
HE Tipo I						3			
HE Tipo II	1								
Hospital Geral					3				
MT									
HE Tipo I		1							
HE Tipo II		1							
Hospital Geral		2							
Subtotal	2	8	10	3	6	3	1		1
Total Geral	15	92	63	65	27	61	13	17	13

Fonte: a autora.

Para os leitos de Enfermaria Clínica de Retaguarda (Tabela 2), não diferente das Portas de Entrada, o maior número de habilitações também aconteceu na região Sudeste, sendo Minas Gerais o estado de destaque com 1.737 leitos, seguido pelo Rio de Janeiro (931 leitos). A região Nordeste foi a segunda em termos quantitativos e o estado, dessa região, que mais habilitou leitos foi Pernambuco (1.283 leitos). A região Sul ficou em terceiro lugar, com 2.071 leitos habilitados/qualificados seguida pela região Norte, com 1.171 leitos e, por último, a região Centro-Oeste com 764 leitos. Apesar da região Centro-Oeste ser a que menos evoluiu na quantidade de leitos, o estado que menos habilitou/qualificou foi o Tocantins, que pertence a região Norte.

Tabela 2 – Número de habilitações de Leitos de Enfermaria Clínica de Retaguarda, por estado e por macrorregião, no período de 2011 a 2019

(Continua)									
REGIÃO/ESTADO	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Sudeste									
MG	315	106	351	223	44	150	191	341	16
RJ			830		8	9	44		40
SP		289		515		72			
ES			30	40	259	18			
Subtotal	315	395	1211	778	311	249	235	341	56
Nordeste									
PE					15	697	20	245	306
CE					44	606			
BA		462							
AL		176		22		38	20		35
PI		34		14	61	83	18		
RN		159		23					

(Conclusão)									
REGIÃO/ESTADO	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
MA			10			145			6
PB						24	40	30	
SE					26				
Subtotal		831	10	59	146	1593	98	275	347
Sul									
PR		181			44		496	30	
RS				564	53			102	
SC		20		84		291	148	40	18
Subtotal		201		648	97	291	644	172	18
Norte									
PA		584							
RO		167	29			12			
AP		188							
RR		57			44				
AM				81					
TO			9						
Subtotal		996	38	81	44	12			
Centro-Oeste									
MT		267							
MS			257	10					
GO						230			
Subtotal		267	257	10	230				
Total Geral	315	2.690	1.516	1.576	828	2145	977	788	421

Fonte: a autora.

Constatou-se que houve aumento de leitos de UTI Tipo II e Tipo III na ordem de 8.193 leitos (Tabela 3), sendo que o maior quantitativo de habilitações se deu novamente na região Sudeste com 3.306 leitos de UTI, somando-se as tipologias Tipo II e Tipo III, Adulto e Pediátrico. O estado que mais evoluiu em quantitativos foi São Paulo, seguido por Minas Gerais. Já Roraima foi o estado que menos habilitou leitos integrando a RUE.

São Paulo também se destaca quando da soma do número de leitos de UTI Tipo III, Adulto e Pediátrico, com 451 leitos.

Tabela 3 – Número de habilitações de Leitos de UTI, segundo o tipo, por estado e por macrorregião, no período de 2011 a 2019

(Continua)

REGIÃO/ESTADO	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Sudeste									
SP		92	420	569	5	187		147	48
UTI Adulto II		92	154	370	5	98		137	27
UTI Adulto III			139	107		62		8	21
UTI Pediátrica II			60	61		11		2	
UTI Pediátrica III			67	31		16			
MG									
UTI Adulto II	251	70	72	177	23	298	33	101	75
UTI Adulto III			20						
UTI Pediátrica II	49		1						3
UTI Pediátrica III			13						
RJ									
UTI Adulto II			17		48	195		33	112
UTI Adulto III						18			
UTI Pediátrica II						16			4
ES									
UTI Adulto II			40		140	1		9	9
UTI Pediátrica II					10				
Subtotal	300	162	583	746	226	715	33	290	251
Nordeste									
PE									
UTI Adulto II		37	74	18		268			55
UTI Adulto III		30		38		22			
BA									
UTI Adulto II		148	121	46	5				14
UTI Pediátrica II		29					7		10
CE									
UTI Adulto II			18	22		170		4	4
UTI Pediátrica II			23	11		23			
SE									
UTI Adulto II	35		10	122					
UTI Pediátrica II				17					
MA									
UTI Adulto II		55	54		5	8			
UTI Pediátrica II			10					7	
AL									
UTI Adulto II		52		23	7				
UTI Adulto III				7					
UTI Pediátrica II		6						4	
UTI Pediátrica III				7					

(Continuação)

REGIÃO/ESTADO	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
RN									
UTI Adulto II		22		56					
UTI Pediátrica II				12					
PB									
UTI Adulto II				25				13	20
UTI Pediátrica II								11	10
PI									
UTI Adulto II		24			8	7			
UTI Adulto III					5				
UTI Pediátrica II		6				8			
Subtotal	35	409	310	404	30	506	7	39	113
Sul									
PR									
UTI Adulto II		189	85	3	15	181	130	22	22
UTI Adulto III		26	80			20	25		
UTI Pediátrica II		32	2			14	16		
UTI Pediátrica III		27	12						
SC									
UTI Adulto II		42	4	10	5	201	36	7	49
UTI Adulto III		5			4	8			
UTI Pediátrica II		5				41			10
UTI Pediátrica III						2			
RS									
UTI Adulto II				92				14	116
UTI Adulto III				62					
UTI Pediátrica II				18		4			27
Subtotal		326	183	185	24	471	207	43	224
Centro-Oeste									
GO									
UTI Adulto II		7	25	33	189	3			69
UTI Pediátrica II				16	24				8
MS									
UTI Adulto II			71						23
UTI Adulto III		11	57						
UTI Pediátrica II			15						4
UTI Pediátrica III			10						
MT									
UTI Adulto II		83							
UTI Adulto III		14							
UTI Pediátrica II		22							
DF									
UTI Adulto II						57			20
UTI Adulto III						16			
UTI Pediátrica II						22			

(Conclusão)									
REGIÃO/ESTADO	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
UTI Pediátrica III						2			
Subtotal		137	178	49	213	100			124
Norte									
PA									
UTI Adulto II		70			5				51
UTI Pediátrica II		35							15
RO									
UTI Adulto II		33	71	4					4
UTI Pediátrica II		6	9						
AM									
UTI Adulto II		5		69					
UTI Pediátrica II				52					
TO									
UTI Adulto II		18	22	14	15				
UTI Pediátrica II			6	2	1				10
AC									
UTI Adulto II			14		8				
UTI Pediátrica II			7						
RR									
UTI Adulto II		4	10					5	
UTI Pediátrica II								5	
Subtotal		171	139	141	29			10	80
Total Geral	335	1205	1393	1525	522	1792	247	382	792

Fonte: a autora.

Quanto aos pontos Unidade de Internação em Cuidados Prolongados ou Hospital de Cuidados Prolongados, observa-se, na Tabela 4, que, mesmo estado do Espírito Santo não tendo habilitado nenhuma unidade, o maior quantitativo de habilitações desses pontos de atenção ocorreu na região Sudeste, com destaque para o estado de Minas Gerais, que habilitou 265 leitos de Unidades de Internação em Cuidados Prolongados e 1 Hospital de Cuidados Prolongados dos 1.172 implantados no período. Já a região que menos habilitou UCP foi a Norte, com somente 15 leitos no estado de Rondônia e nenhum HCP em toda região.

Tabela 4 – Número de habilitações de pontos de atenção de cuidados prolongados, por estado e por macrorregião, no período de 2011 a 2019

ESTADO/REGIÃO	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Sudeste							
MG							
HCP			1				
UCP		65		40	65	45	50
SP							
UCP	20	22		60		86	35
RJ							
HCP			1				
Subtotal	20	87	2	100	65	131	85
Sul							
SC							
UCP		70		15		30	85
RS							151
UCP							151
PR							
UCP				22			
Subtotal		70		37		30	236
Nordeste							
PB							
UCP				100			
PE							
UCP							40
AL							
UCP						40	
Subtotal				100		40	40
Centro-Oeste							
MS							
HCP			1				
UCP	68						20
GO							
UCP						25	
Subtotal	68		1			25	20
Norte							
RO							
UCP		15					
Subtotal		15					
Total Geral	88	172	3	237	65	226	381

Fonte: a autora.

Na Tabela 5 podem ser verificados os resultados da implantação das Linhas de Cuidado Prioritárias. O destaque se deu novamente para a região Sudeste, com 136 pontos de atenção, se somados os Centros de Atendimento de Urgência aos

Pacientes com AVC, os Centros de Trauma e as Unidades Coronarianas. Já quando da avaliação, de forma individualizada, os dados demonstram resultados um pouco diferenciados.

A evolução do quantitativo de implantações de AVC foi maior na região Sul, seguida pela região Sudeste. Os dois estados que mais evoluíram foram, respectivamente, Rio Grande do Sul, com 21 centros e São Paulo (18). Na região Norte só houve a habilitação de dois centros de AVC, no estado do Pará.

Já na implantação dos Centros de Trauma, o destaque se deu para a região Centro-Oeste. Dos 27 Centros, 9 ocorreram nessa região e, destes, 7 no Distrito Federal. Os outros 18 Centros foram implantados em outras 9 unidades da federação (Tabela 5). A região Nordeste não implantou nenhum Centro de Trauma ao longo do período estudado.

Quando somados os leitos de Unidades Coronarianas implantadas, verifica-se que a região Nordeste foi a que mais evoluiu em quantitativo. Dos 302 leitos implantados, 112 foram nessa região e outros 108 foram na região Sudeste. Se a avaliação for feita por estado, Minas Gerais se destaca com a habilitação de 45 leitos. Desses, 30 aconteceram em 2013, ano imediatamente posterior à publicação da Portaria que regulamentou a política. O estado que menos habilitou leitos de UCO foi Tocantins (1 leito). Já Acre, Amapá, Ceará, Distrito Federal, Maranhão, Piauí, Rondônia, Roraima, Santa Catarina e Sergipe não habilitaram nenhuma UCO e, por isso, não constam na Tabela 5.

Tabela 5 – Número de habilitações de Linhas de Cuidado Prioritárias, por estado e por macrorregião, no período de 2011 a 2019

ESTADO/REGIÃO	(Continua)							
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Sudeste								
SP								
AVC Tipo I				1	2		1	3
AVC Tipo II				1			1	1
AVC Tipo III	1	1		2	3			1
Trauma Tipo III				1				
UCO Tipo II			6		2		2	10
UCO Tipo III				4	14			
MG								
AVC Tipo III		2					2	1
Trauma Tipo I				3				

(Conclusão)								
ESTADO/REGIÃO	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
SC		1	1		1	1	1	
AVC Tipo II					1			
AVC Tipo III		1	1			1	1	
PR					1			
Trauma Tipo I					1			
Subtotal	3	25	3	6	6	14	17	
Centro-Oeste								
MS								
AVC Tipo I				1				
Trauma Tipo I				1				
Trauma Tipo III					1			
UCO Tipo II			10					
DF								
AVC Tipo I			3					
AVC Tipo III			1					
Trauma Tipo I				4				
Trauma Tipo II				2				
Trauma Tipo III				1				
GO								
UCO Tipo II		9						
MT								6
UCO Tipo II								6
Subtotal		9	14	9	1			6
Norte								
AM			10	6				
Trauma Tipo I				5				
Trauma Tipo II				1				
UCO Tipo II			10					
PA								
AVC Tipo III							1	1
Trauma Tipo II					1			
UCO Tipo II		10						
TO								1
UCO Tipo II								1
RO					1			
Trauma Tipo I					1			
Subtotal		10	10	6	2		1	2
Total Geral	5	134	75	33	47	14	35	58

Fonte: a autora.

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo evidenciaram que, ao longo do período estudado, houve um crescimento importante do número de pontos de atenção do Componente Hospitalar da RUE em todo o país, demonstrando uma clara resposta do efeito indutor das políticas de Urgência e Emergência, especialmente a que instituiu a RUE e a que criou o Componente Hospitalar, que atuaram sinergicamente, sobretudo possibilitando o aumento dos recursos financeiros aos estados e municípios para essa finalidade.

Contudo, observou-se que as desigualdades regionais foram mantidas. A região que mais evoluiu na implantação do Componente Hospitalar da RUE foi a região Sudeste (7.945 pontos de atenção habilitados), que historicamente apresentou maior avanço nesse aspecto, seguida pela região Nordeste, com 5.603 pontos de atenção habilitados. A região Sul habilitou 4.267 pontos de atenção, mesmo sendo a região com menos estados integrantes. A região Norte, no período estudado, demonstrou mais dificuldade (1.823 pontos de atenção) e, mesmo assim, ainda habilitou mais pontos do que a região Centro-Oeste (1.753 pontos de atenção).

Com relação as Portas de Entrada Hospitalares, a região Sudeste se destacou não só em quantitativo, mas também nas implantações de pontos de atenção de tipologias que são mais densas tecnologicamente (MENDES, 2011), a exemplo dos HE Tipo II.

Como essa tipologia de Porta de Entrada precisa, para sua implantação, ser referência em, no mínimo, dois serviços de alta complexidade (Neurocirurgia, Traumato-Ortopedia, Cardiologia/Cardiovascular) ou ser referência em Pediatria, conseqüentemente a implantação das Linhas de Cuidado Prioritárias também seguiram a mesma direção, sendo a região Sudeste a que mais habilitou pontos de atenção das Linhas de Cuidado (AVC, IAM e Trauma).

Se somados os pontos de atenção da tipologia III dessas Linhas de Cuidado, o destaque se dá, também, para a região Sul. Dos 92 pontos de atenção dessa tipologia habilitados ao longo do período, 71 deles estão localizados nas regiões Sudeste e Sul. Essas instituições de alto volume, ou seja, esses pontos de atenção mais especializados e capacitados, ainda proporcionam, quando da sua implantação,

economia de escala, uma maior curva de aprendizagem dos profissionais e uma melhor qualidade do serviço prestado (CATHARINA RAMOSID et al., 2020; SOLLA, 2012).

Já a região Nordeste, que se destacou quando somados todos os pontos de atenção que integram o Componente Hospitalar, foi a região que habilitou o maior número de Portas de Entrada como Hospital Geral. Do total nessa região, mais de 50% são dessa tipologia: do total de 91 portas habilitadas na região Nordeste, 49 são do tipo Hospital Geral.

Essa tipologia detém estrutura para atendimentos de média complexidade. Esses serviços visam atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cujo nível de complexidade da prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico (SOLLA, 2012). A instalação dessa tipologia de Porta de Entrada está amplamente condicionada à oferta de serviços, e não à demanda de usuários (BORSATO; CARVALHO, 2021; SOLLA; CHIORO, 2012), diferentemente dos serviços de alta complexidade, ou seja, os pontos de atenção terciários, que estão mais concentrados espacialmente (MENDES, 2011).

De qualquer forma, mesmo sendo inábeis para a dispensação de terapias adequadas para diversas especialidades (ARQUITECTURA et al., 2015), esses hospitais desempenham um papel importante no alcance dos serviços em rede, visto que usualmente são a única opção de internação no município sede do estabelecimento e são um segmento estratégico para a efetivação do acesso à saúde (SILVA; CARVALHO; DOMINGOS, 2018). Ainda, sob a ótica de redes poliárquicas, não há entre os pontos de atenção primários, secundários ou terciários relação de principalidade ou subordinação. Todos são importantes para o atingimento dos objetivos comuns das RASs (MENDES, 2011).

Não obstante, um grande número de habilitações de leitos de Enfermaria Clínica de Retaguarda também aconteceu nessa região. Esses leitos, que desempenham um papel de retaguarda às Portas de Entrada, precisam ser habilitados em estabelecimentos que possuem um quantitativo acima de 50 leitos, sendo esses estabelecimentos estratégicos ou de menor adensamento tecnológico. Minas Gerais, estado integrante da região Sudeste, que se destacou ao se somar o quantitativo total

de implantação do Componente Hospitalar, também foi o estado com maior número de habilitações de leitos de Enfermaria Clínica.

Novamente, com relação aos leitos de UTI, a região Sudeste se destaca na habilitação de leitos de UTI Tipo III, mais densos tecnologicamente. Não díspar aos pontos anteriores, a região Sul ocupa o segundo lugar e a região Nordeste, agora, o quarto lugar, ficando à frente somente da região Norte, que não habilitou nenhum leito dessa tipologia. A habilitação de leitos de densidades tecnológicas maiores, além de favorecer o paciente, contribui para a economia de escala, visto que, com equipamentos próprios e equipe mais especializada, ocorre uma diminuição de tempo de permanência no leito e declínio funcional (REIS et al., 2018).

Destarte, considerando que as Unidades de Internação de Cuidados Prolongados e os Hospitais de Cuidados Prolongados se constituem em unidades intermediárias entre os cuidados hospitalares de urgência/emergência e a atenção básica e, que esse tipo de atendimento está correlacionado à continuidade da atenção aos pacientes, esses resultados foram congruentes aos obtidos quando analisados os dados dos pontos de atenção mais densos tecnologicamente, ou seja, a região Sudeste foi a que mais evoluiu em quantitativo, tendo destaque o estado de Minas Gerais, seguida pela região Sul. Outro fator relevante e que deve ser destacado com relação à importância desse ponto de atenção é que a transferência dos pacientes dos outros pontos de atenção para os HCP e as UCP aumenta consideravelmente as vagas oferecidas no setor terciário (PAZIN-FILHO et al., 2015).

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Destarte, este estudo traz informações gerais, por estado e por macrorregião, porém estudos específicos, por Região de Saúde, faixa etária predominante da população, nível de escolaridade e até mesmo o impacto imediato que o incentivo trouxe aos gestores, demonstraria, de maneira mais clara, as reais necessidades, regionalizadas, de adaptações da política.

CONCLUSÃO

Apesar das limitações, o estudo trouxe uma aproximação com os objetivos inicialmente propostos. Constatou-se que houve crescimento substancial do número de pontos de atenção do Componente Hospitalar da RUE em todo o país, todavia, que estão mais concentrados na região Sudeste, particularmente de pontos de atenção de tipologias com maior densidade tecnológica. Assim sendo, a despeito de avanços alcançados na constituição dos serviços desse Componente, especialmente na região Nordeste, as desigualdades persistem.

A RUE, na sua amplitude, com todos os seus componentes, precisa ser continuamente pensada e adaptada, de modo a cumprir as diretrizes preconizadas e o atendimento integral ao usuário do SUS.

REFERÊNCIAS

1. Shimizu HE. Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil. *Physis*. 2013;23(4):1101–22.
2. Padilha ARS, Amaral MA, Oliveira DC, Campos GWS. Fragilidade na governança regional durante implementação da Rede de Urgência e Emergência em Região Metropolitana. *Saúde em Debate*. 2018 Sep;42(118):579–93.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS no 2395, de 11 de outubro de 2011 Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2395_11_10_2011.html
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.994/GM/MS, de 13 de dezembro

- de 2011. Aprova a Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio e o Protocolo de Síndromes Coronarianas Agudas, cria e altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 665/GM/MS, de 2 de abril de 2012. Dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC.
 8. BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Instrutivo da Atenção ao Trauma. Brasília. 2014. Disponível em: Trauma-Instrutivo.pdf (saude.gov.br).
 9. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1366/GM/MS, de 8 de julho de 2013. Estabelece a organização dos Centros de Trauma, estabelecimentos de saúde integrantes da Linha de Cuidado ao Trauma da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
 10. Bolela, F.; Carvalho Jericó, M.; Unidades de terapia intensiva: considerações da literatura acerca das dificuldades e estratégias para sua humanização. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. Universidade Federal do Rio de Janeiro, vol. 10, núm. 2, agosto, 2006, pp. 301-308,.
 11. Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde. Brasília. Organização Pan-Americana de Saúde. 2011. 549 p.
 12. Ramos I.D.C.M, Barreto J.O.M, Shimizu H.E, Moraes A.P.G, Silva E.N. Regionalization for health improvement: A systematic review. 2020; Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244078>
 13. Solla, J. Chioro, A. Atenção Ambulatorial Especializada. In: Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. 2ª Edição. Rio de Janeiro; 2012. p. 1–35.
 14. Borsato FG, Carvalho BG. Hospitais gerais: inserção nas redes de atenção à saúde e fatores condicionantes de sua atuação. Cien Saude Colet. 2021;26(4):1275–88.
 15. Lavras, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil, 2011, Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/05.pdf>, acesso em 27 de julho de 2021.
 16. Silva JFM, Carvalho BG, Domingos CM. Health governance and the public-private relationship in small municipalities. Cienc e Saude Coletiva. 2018 Oct 1;23(10):3179–88.
 17. Reis GR, Pires A, Rossone DF, Pereira T, Santos G. A importância da mobilização precoce na redução de custos e na melhoria da qualidade das Unidades de Terapia Intensiva. Vol. 16, Revista de Atenção a Saúde. 2018. p. 94–100.
 18. Pazin-Filho A, Almeida E de, Cirilo LP, Lourençato FM, Baptista LM, Pintyá JP, et al. Impacto de leitos de longa permanência no desempenho de hospital terciário em emergências. Rev Saude Publica [Internet]. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rsp/a/97wXnMBs8kkqF7tpKjngTny/abstract/?lang=pt>, acesso em 27 de julho de 2021.

11. ANEXO

Figuras relativas aos resultados da Etapa II

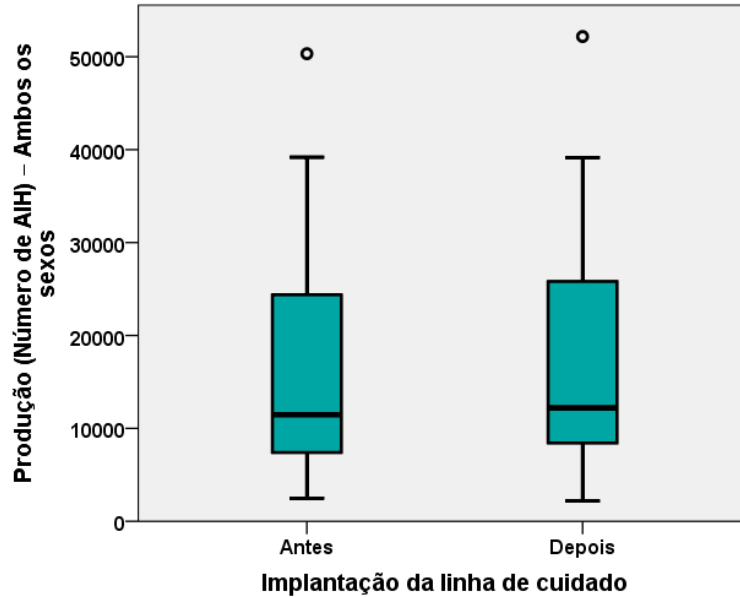


Figura 1 – Box plot da produção (número de AIHs) comparando o antes e depois da implantação da Linha de Cuidado em ambos os sexos

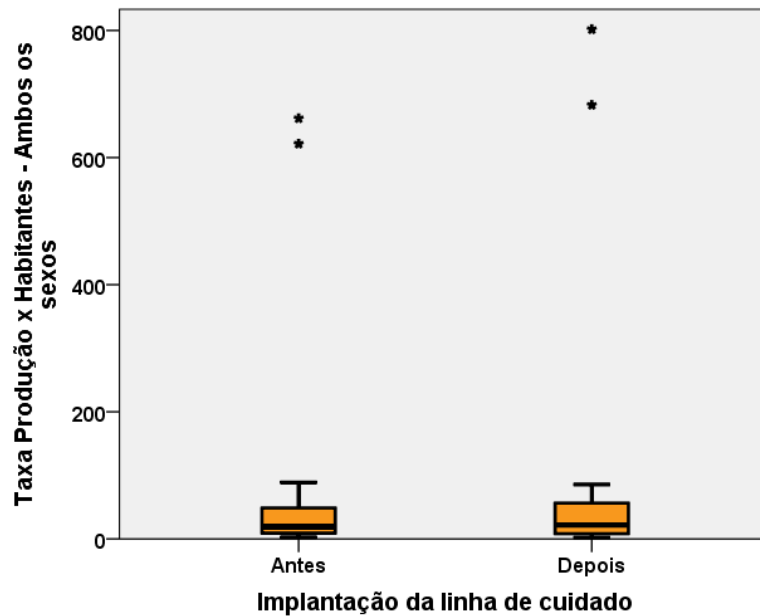


Figura 2 – Box plot da produção (número de AIHs) comparando o antes e depois da implantação da Linha de Cuidado em ambos os sexos por população

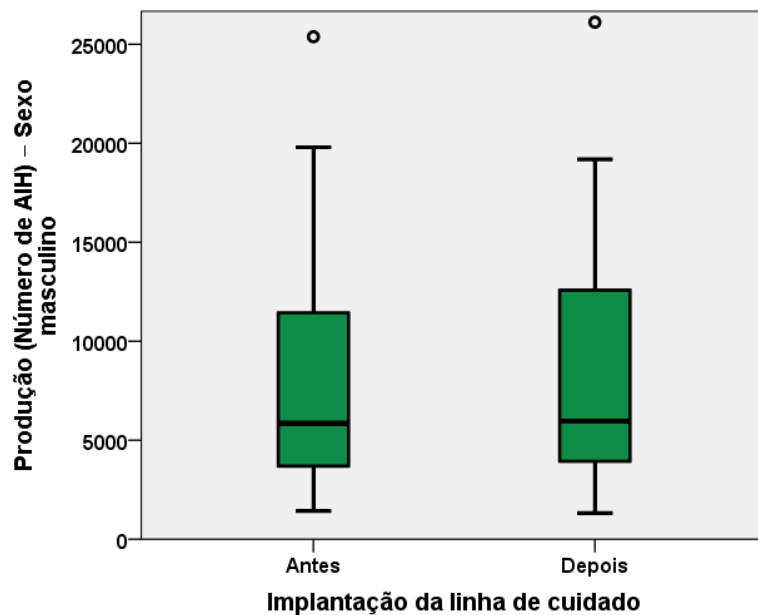


Figura 3 – *Box plot* da produção (número de AIHs) comparando o antes e depois da implantação da Linha de Cuidado no sexo masculino

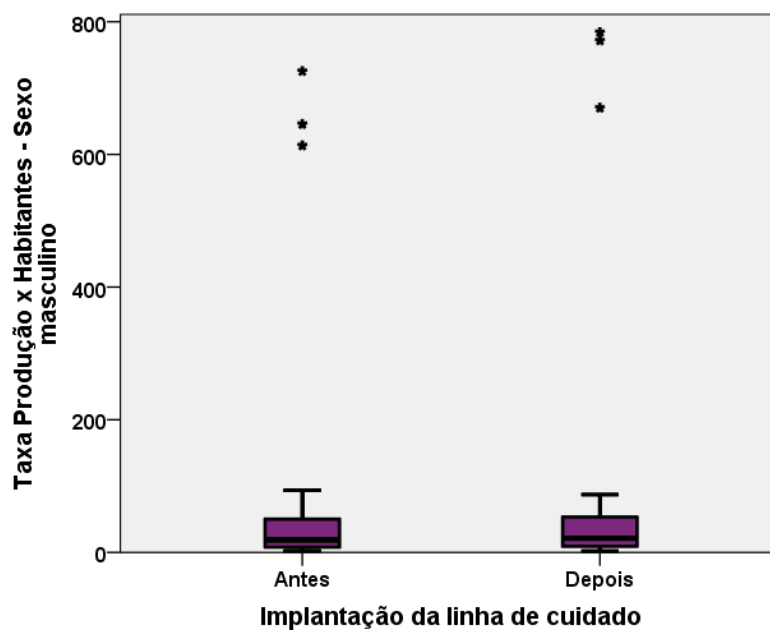


Figura 4 – *Box plot* da produção (número de AIHs) comparando o antes e depois da implantação da Linha de Cuidado no sexo masculino, por população

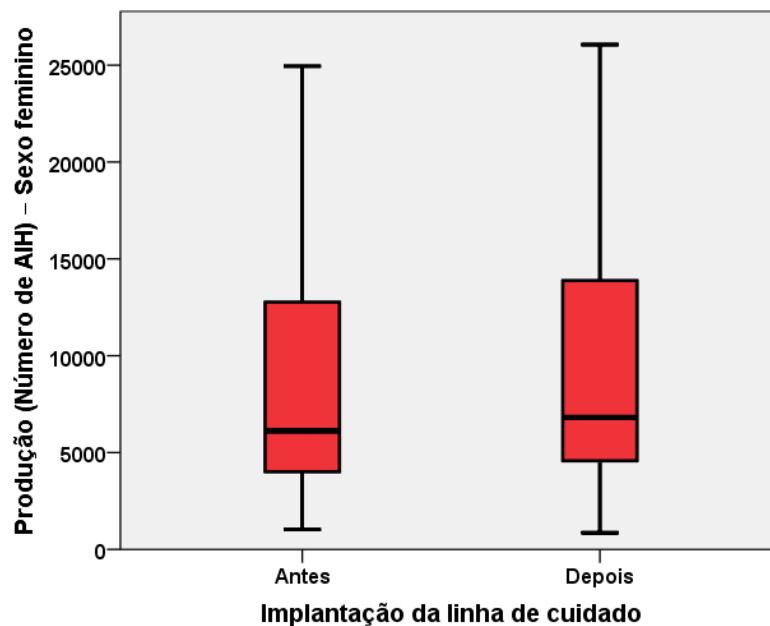


Figura 5 – *Box plot* da produção (número de AIHs) comparando o antes e depois da implantação da Linha de Cuidado no sexo feminino

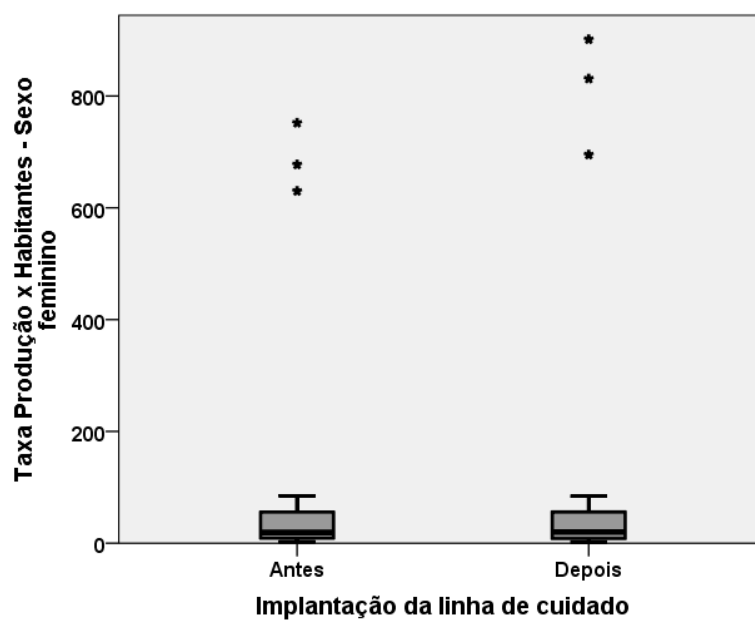


Figura 6 – *Box plot* da produção (número de AIHs) comparando o antes e depois da implantação da Linha de Cuidado no sexo feminino, por população

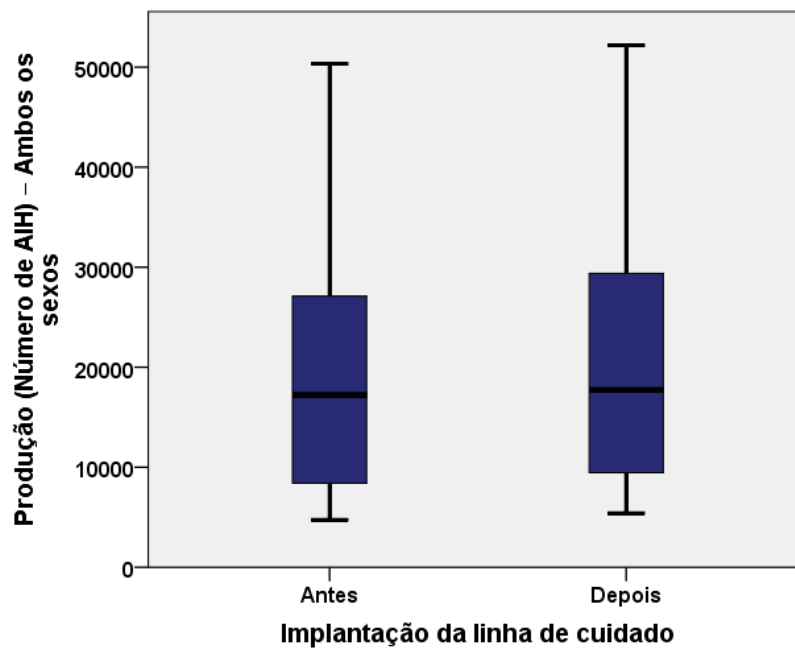


Figura 7 – *Box plot* da produção (número de AIHs) por tipologia da Porta de Entrada Hospitalar (Tipo II) comparando o antes e depois da implantação da Linha de Cuidado em ambos os sexos

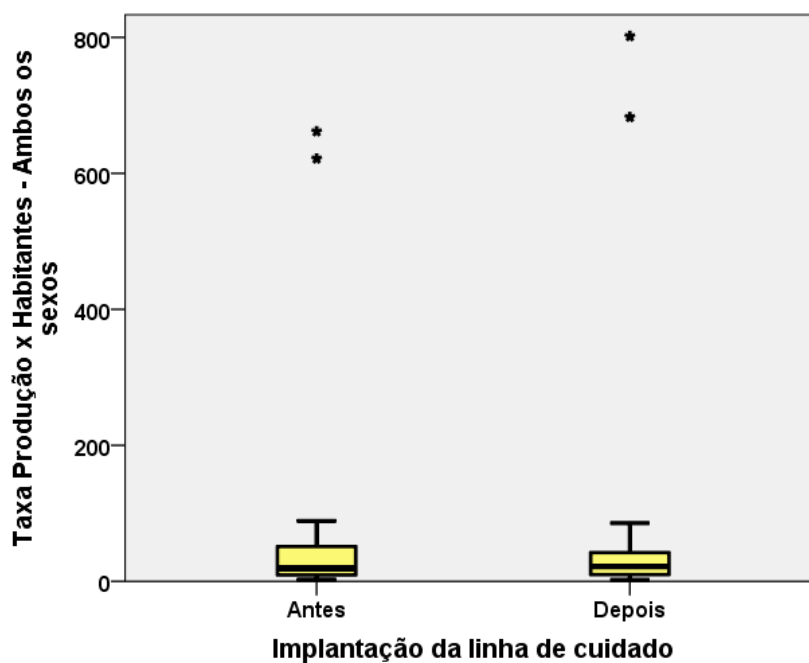


Figura 8 – *Box plot* da produção (número de AIHs) por tipologia da Porta de Entrada Hospitalar (Tipo II) comparando o antes e depois da implantação da Linha de Cuidado em ambos os sexos, por população

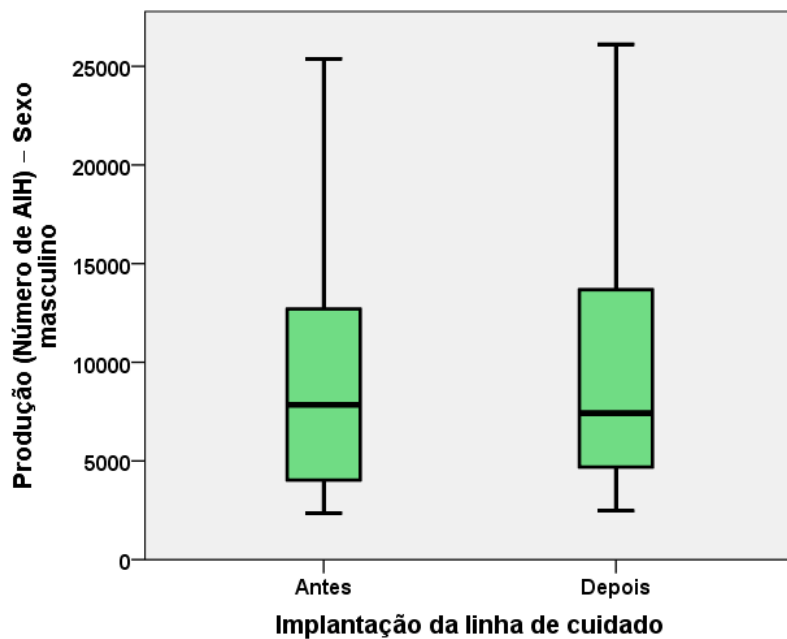


Figura 9 – *Box plot* da produção (número de AIHs) por tipologia da Porta de Entrada Hospitalar (Tipo II) comparando o antes e depois da implantação da Linha de Cuidado no sexo masculino

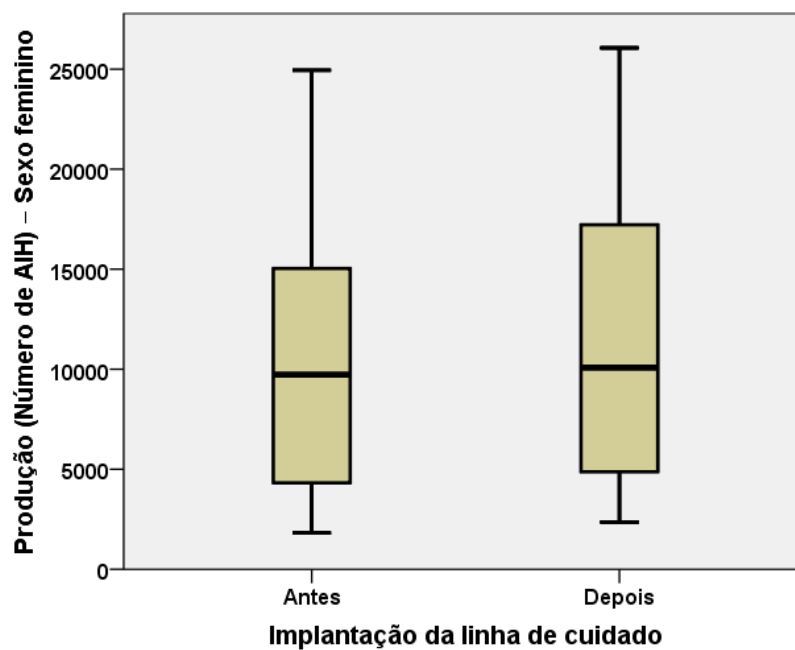


Figura 10 – *Box plot* da produção (número de AIHs) por tipologia da Porta de Entrada Hospitalar (Tipo II) comparando o antes e depois da implantação da Linha de Cuidado no sexo feminino

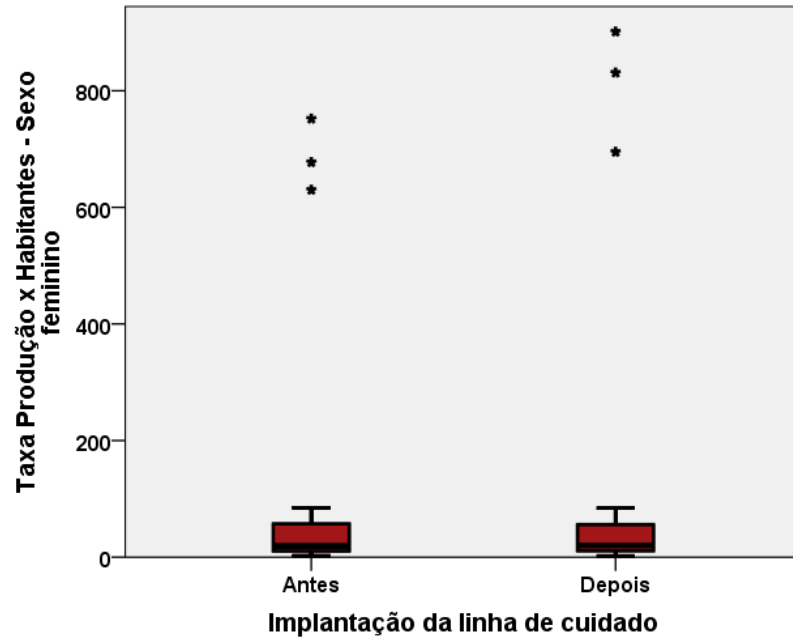


Figura 11 – *Box plot* da produção (número de AIHs) por tipologia da Porta de Entrada Hospitalar (Tipo II) comparando o antes e depois da implantação da Linha de Cuidado no sexo feminino, por população

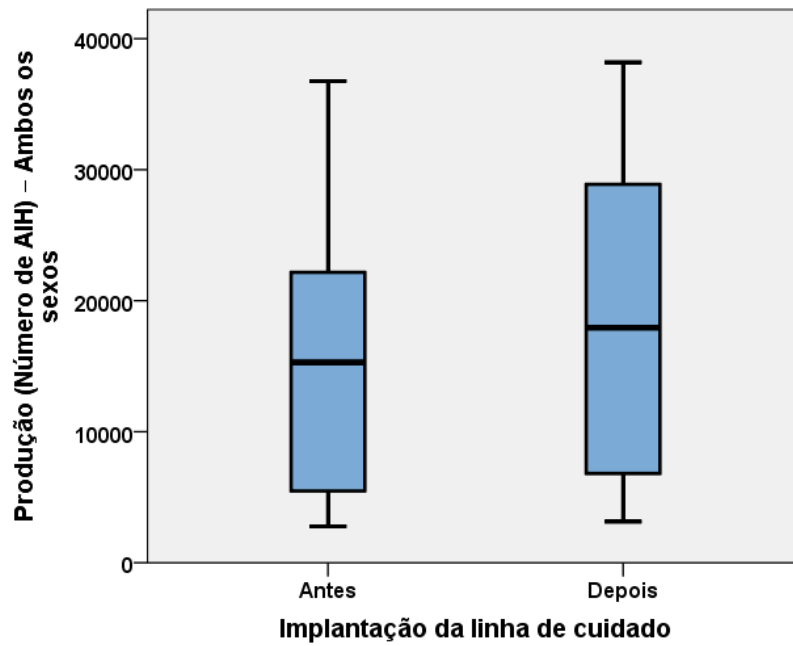


Figura 12 – *Box plot* da produção (número de AIHs) por Linha de Cuidado do Trauma comparando o antes e depois da implantação da Linha de Cuidado em ambos os sexos

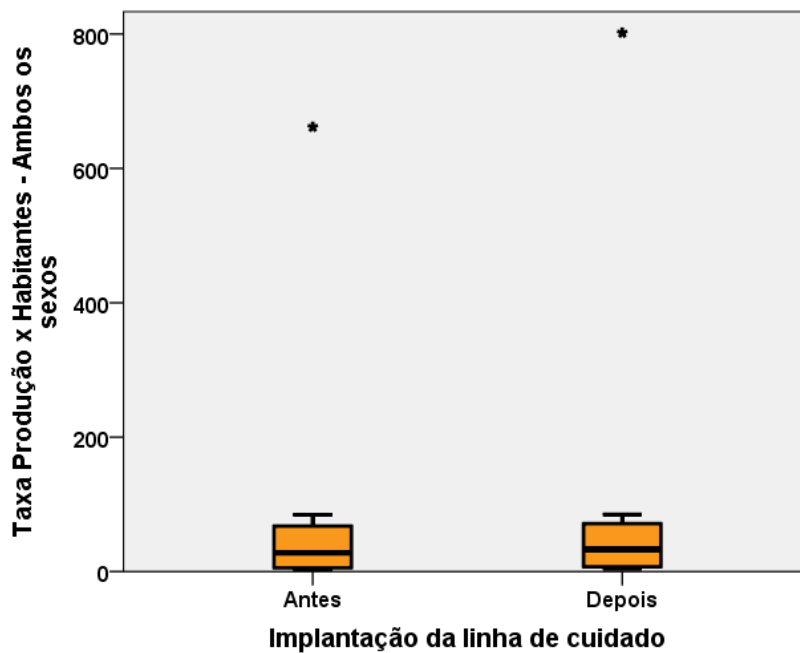


Figura 13 – *Box plot* da produção (número de AIHs) por Linha de Cuidado do Trauma comparando o antes e depois da implantação da Linha de Cuidado em ambos os sexos, por população

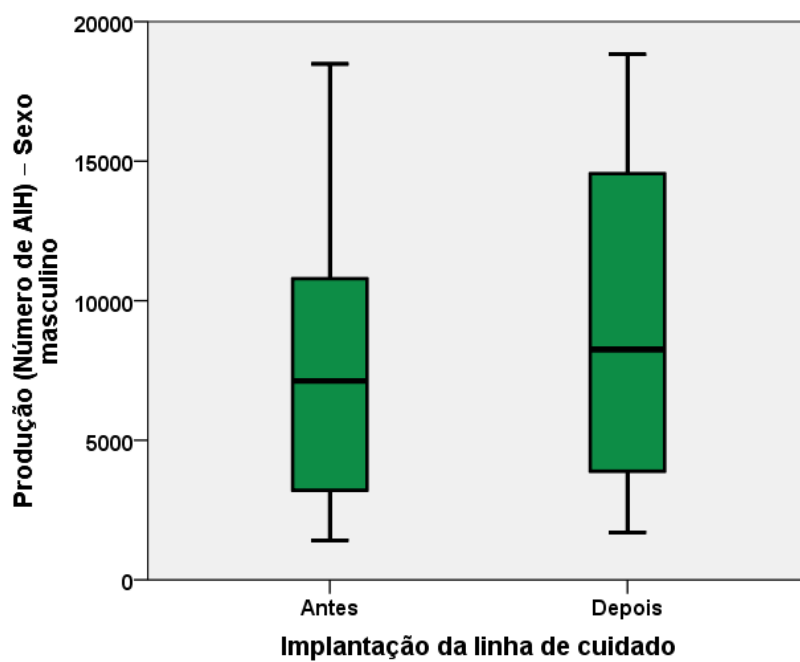


Figura 14 – *Box plot* da produção (número de AIHs) por Linha de Cuidado do Trauma comparando o antes e depois da implantação da Linha de Cuidado no sexo masculino

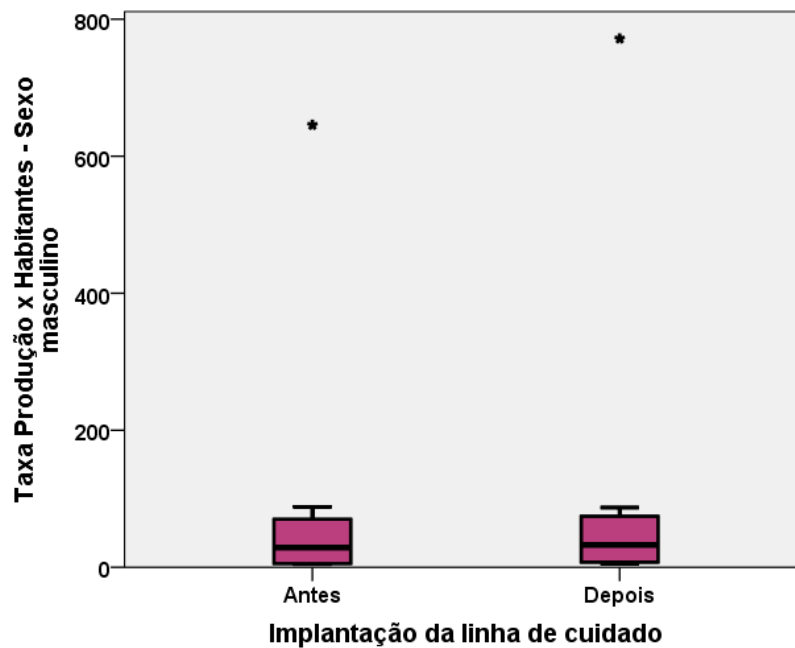


Figura 15 – *Box plot* da produção (número de AIHs) por Linha de Cuidado do Trauma comparando o antes e depois da implantação da Linha de Cuidado no sexo masculino, por população

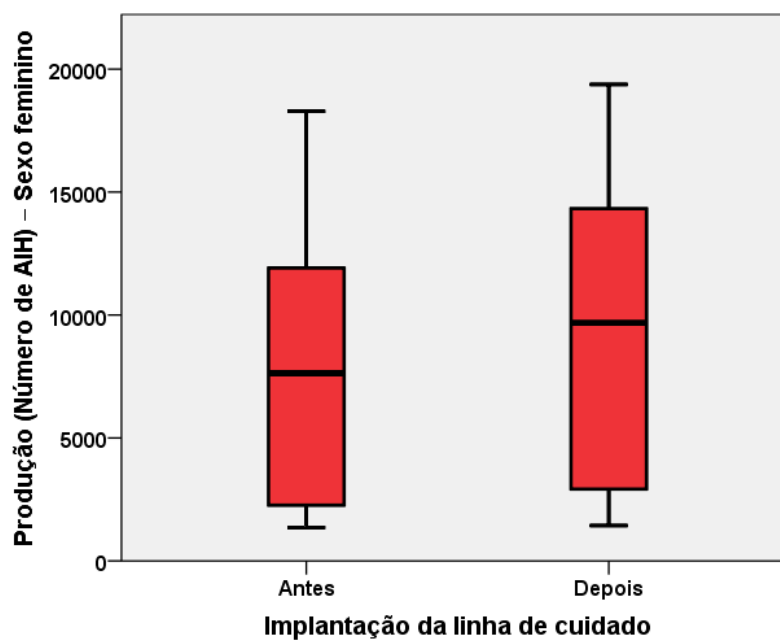


Figura 16 – *Box plot* da produção (número de AIHs) por Linha de Cuidado do Trauma comparando o antes e depois da implantação da Linha de Cuidado no sexo feminino

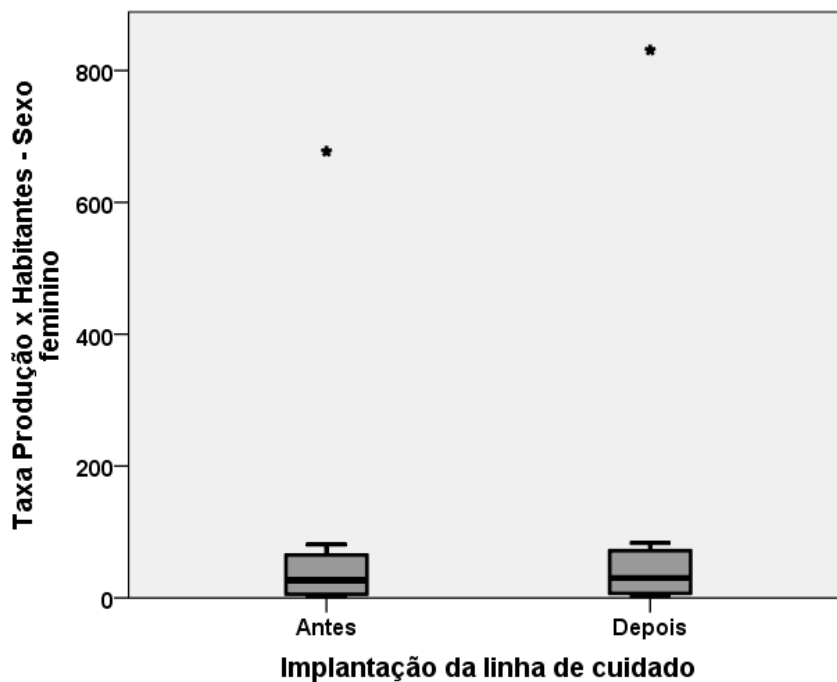


Figura 17 – *Box plot* da produção (número de AIHs) por Linha de Cuidado do Trauma comparando o antes e depois da implantação da Linha de Cuidado no sexo feminino, por população

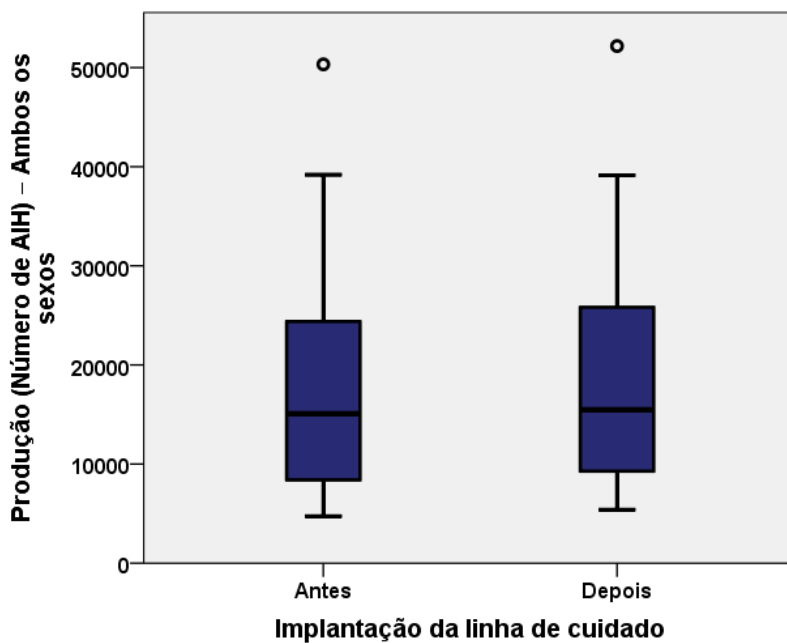


Figura 18 – *Box plot* da produção (número de AIHs) por Linha de Cuidado do AVC comparando o antes e depois da implantação da Linha de Cuidado em ambos os sexos

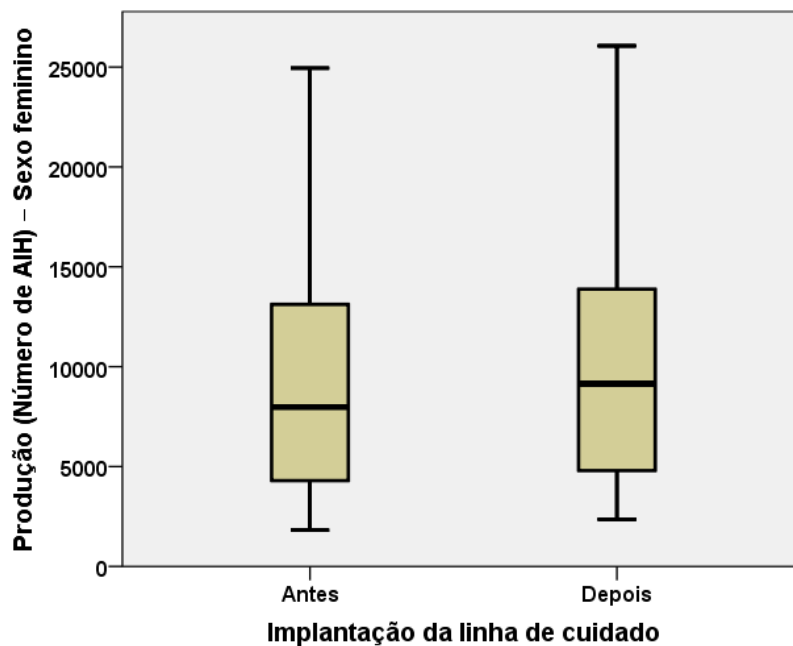


Figura 19 – *Box plot* da produção (número de AIHs) por Linha de Cuidado do AVC comparando o antes e depois da implantação da Linha de Cuidado no sexo feminino

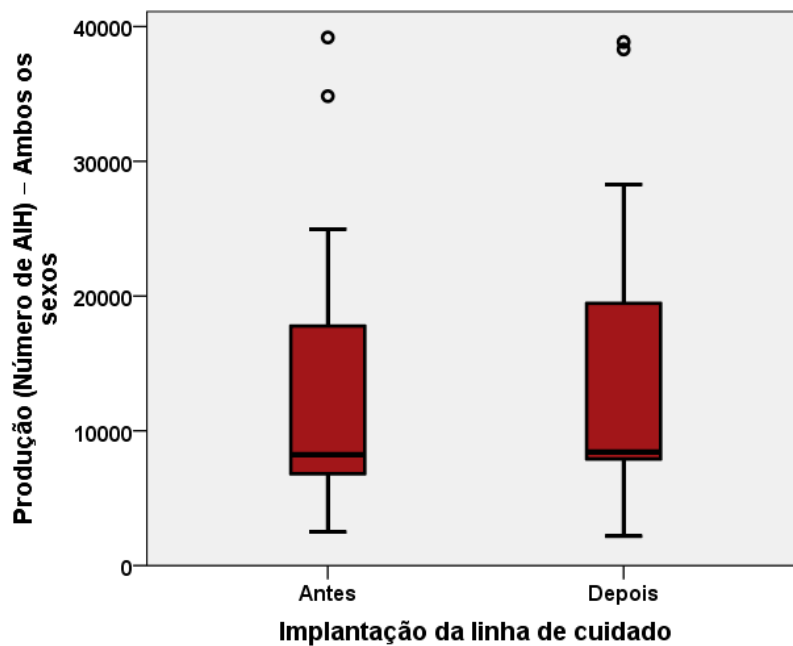


Figura 20 – *Box plot* da produção (número de AIHs) por Linha de Cuidado do IAM comparando o antes e depois da implantação da Linha de Cuidado em ambos os sexos

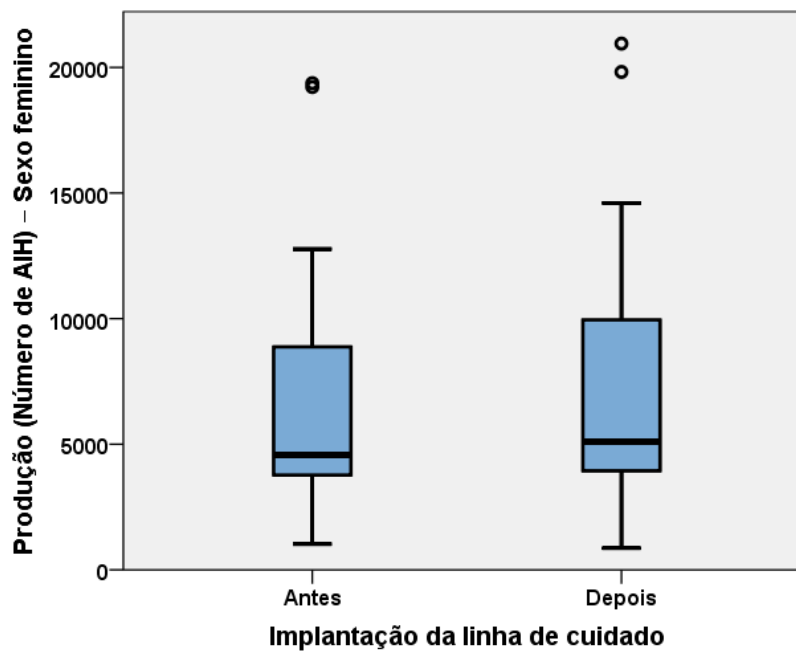


Figura 21 – *Box plot* da produção (número de AIHs) por Linha de Cuidado do IAM comparando o antes e depois da implantação da Linha de Cuidado no sexo feminino

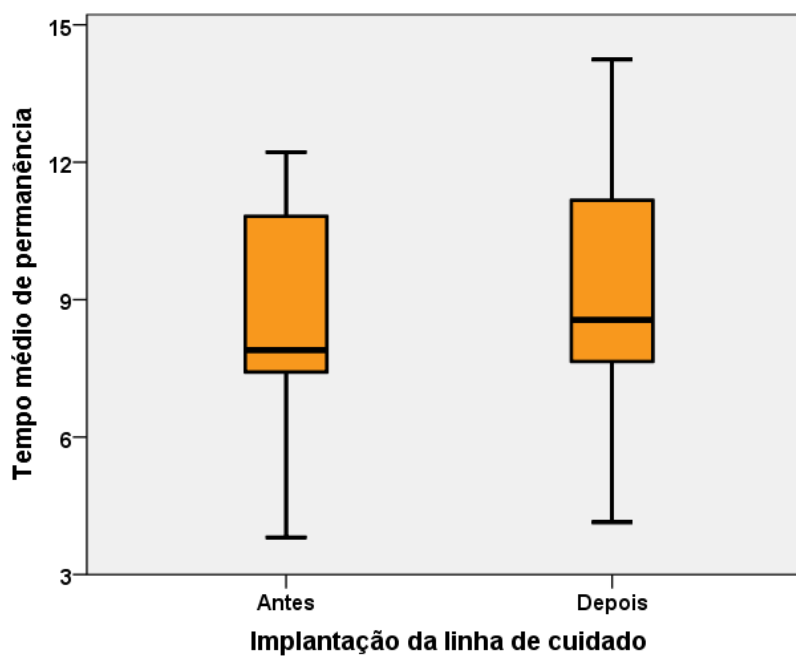


Figura 22 – *Box plot* do tempo médio de permanência por macrorregião (Nordeste) comparando o antes e depois da implantação da Linha de Cuidado

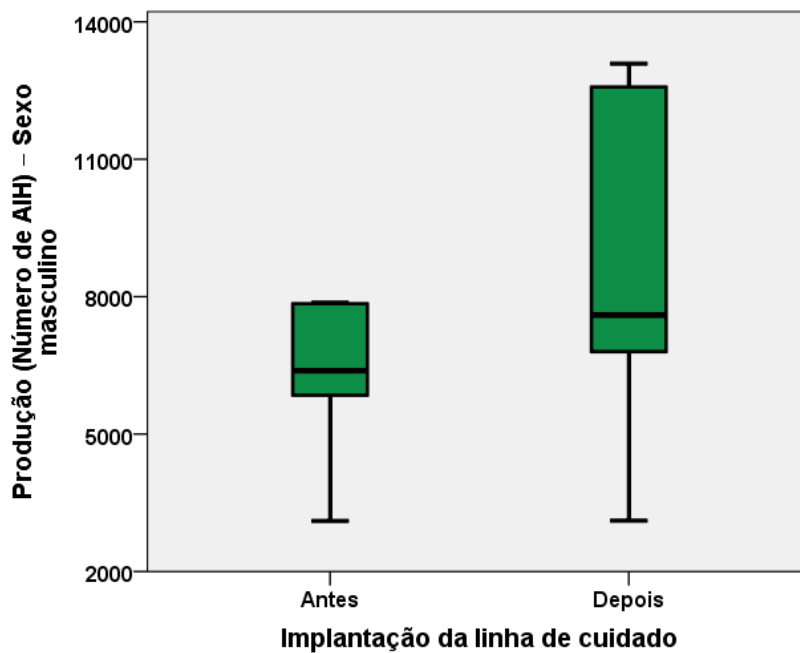


Figura 23 – *Box plot* da produção (número de AIHs) por macrorregião (Centro-Oeste) comparando o antes e depois da implantação da Linha de Cuidado no sexo masculino

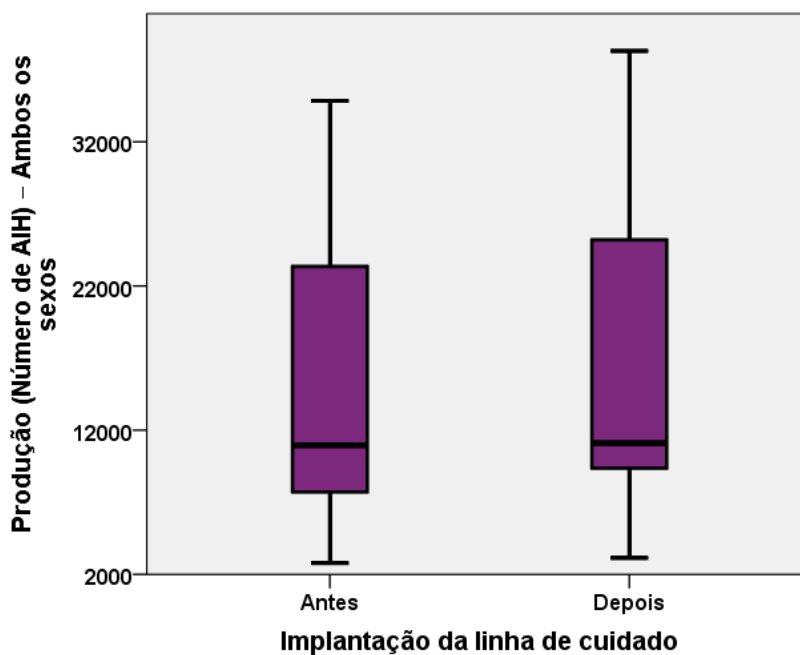


Figura 24 – *Box plot* da produção (número de AIHs) por macrorregião (Sul) comparando o antes e depois da implantação da Linha de Cuidado em ambos os sexos

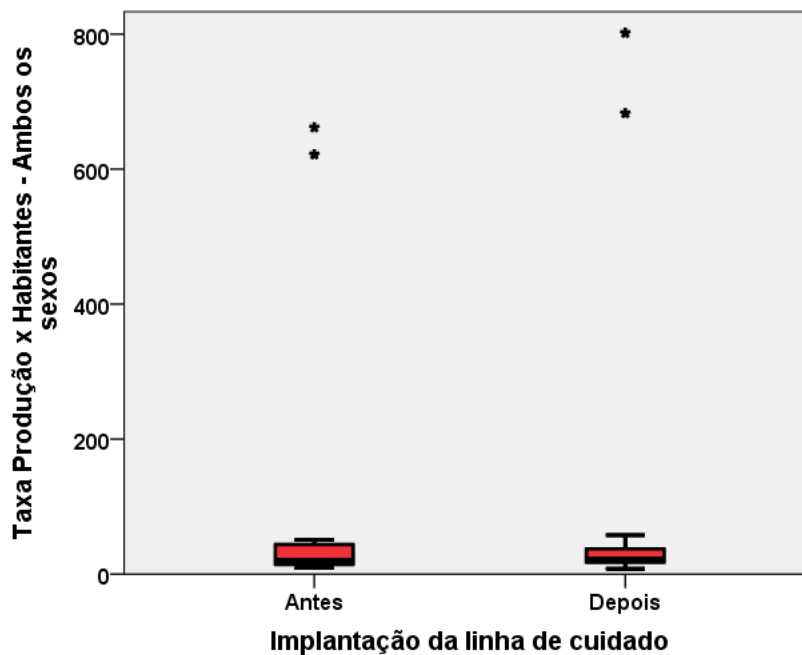


Figura 25 – *Box plot* da produção (número de AIHs) por macrorregião (Sul) comparando o antes e depois da implantação da Linha de Cuidado em ambos os sexos, por população

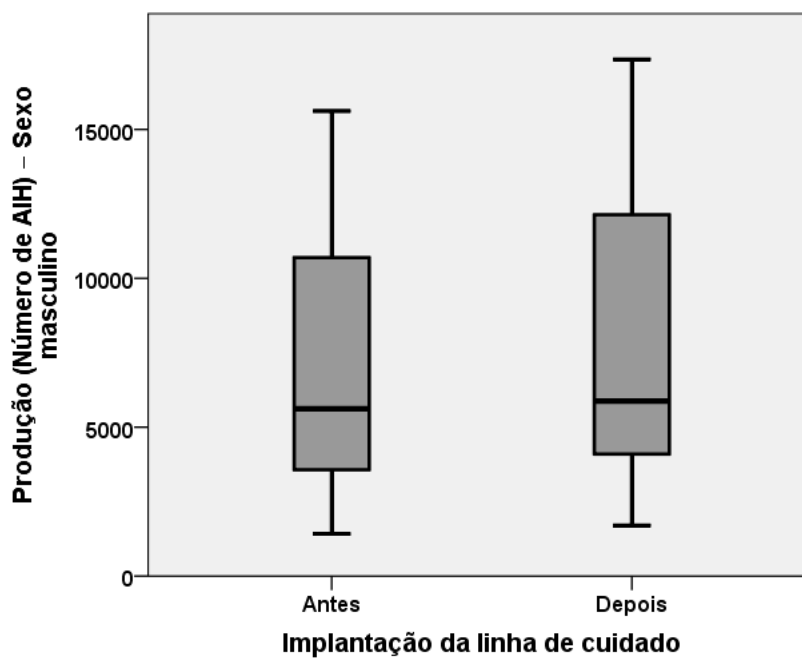


Figura 26 – *Box plot* da produção (número de AIHs) por macrorregião (Sul) comparando o antes e depois da implantação da Linha de Cuidado no sexo masculino

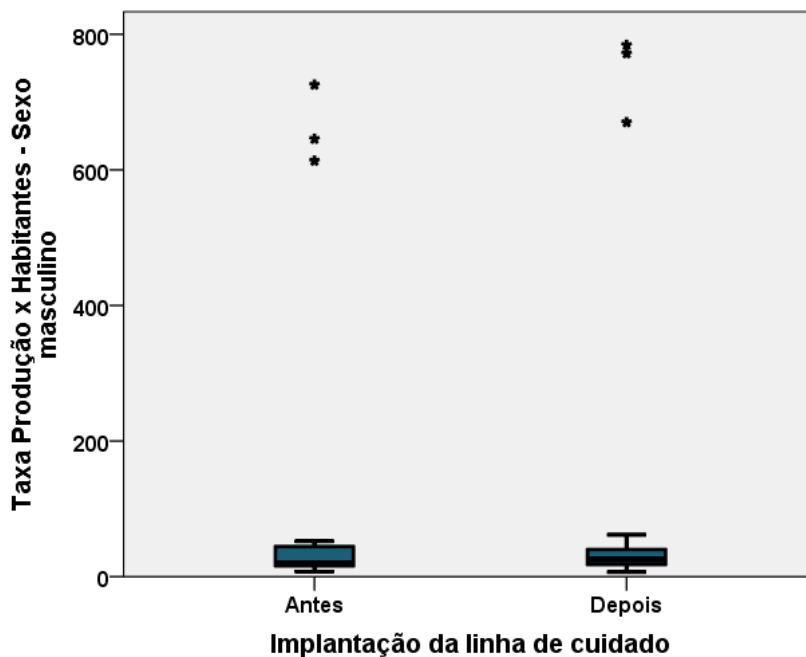


Figura 27 – *Box plot* da produção (número de AIHs) por macrorregião (Sul) comparando o antes e depois da implantação da Linha de Cuidado no sexo masculino, por população

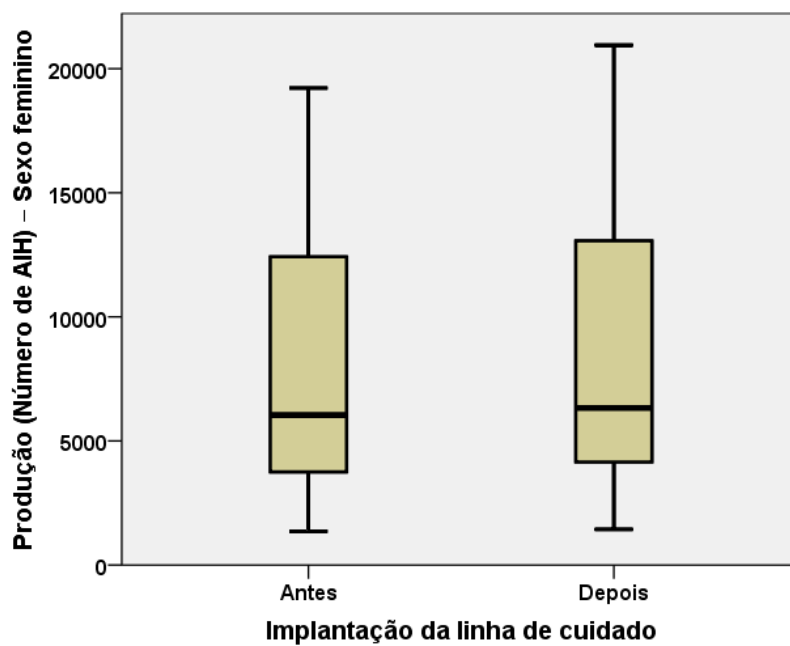


Figura 28 – *Box plot* da produção (número de AIHs) por macrorregião (Sul) comparando o antes e depois da implantação da Linha de Cuidado no sexo feminino

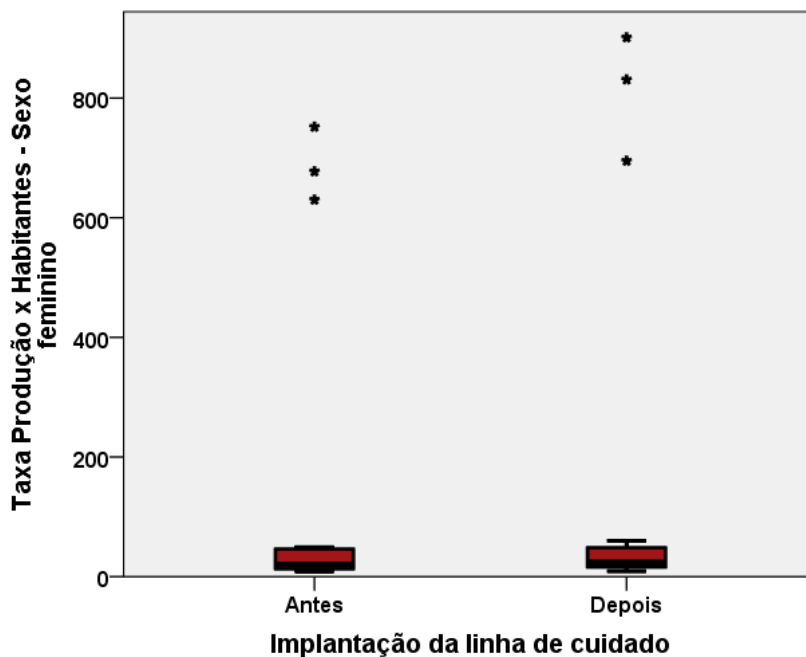


Figura 29 – *Box plot* da produção (número de AIHs) por macrorregião (Sul) comparando o antes e depois da implantação da Linha de Cuidado no sexo feminino, por população

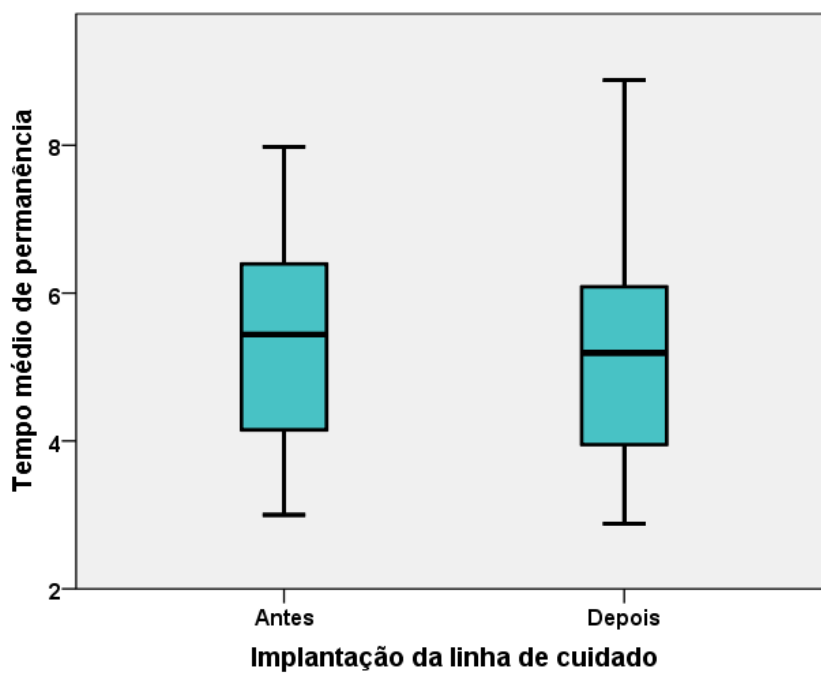


Figura 30 – *Box plot* do tempo médio de permanência por macrorregião (Sul) comparando o antes e depois da implantação da Linha de Cuidado

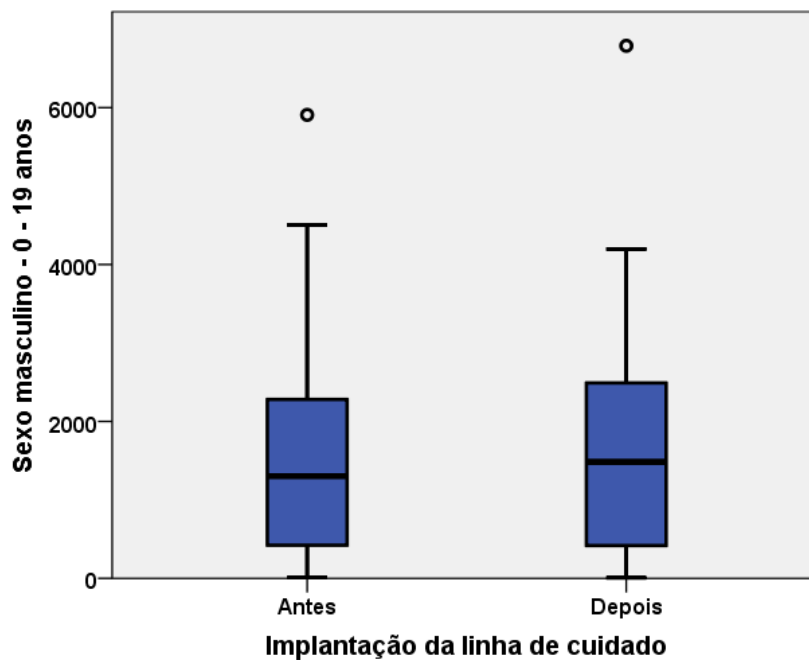


Figura 31 – *Box plot* da produção (número de AIHs) por faixa etária (0 a 19 anos) comparando o antes e depois da implantação da Linha de Cuidado no sexo masculino

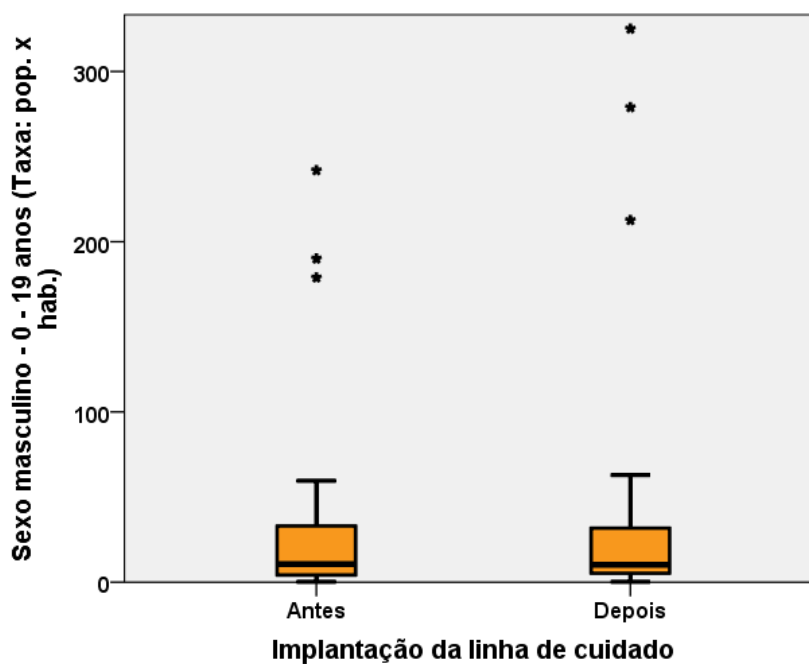


Figura 32 – *Box plot* da produção (número de AIHs) por faixa etária (0 a 19 anos) comparando o antes e depois da implantação da Linha de Cuidado no sexo masculino, por população

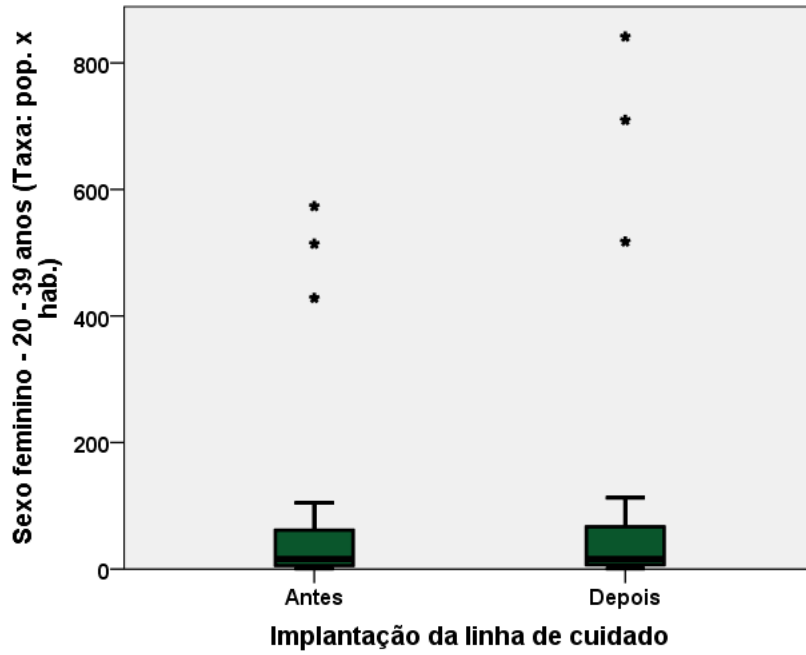


Figura 33 – *Box plot* da produção (número de AIHs) por faixa etária (20 a 39 anos) comparando o antes e depois da implantação da Linha de Cuidado no sexo feminino, por população

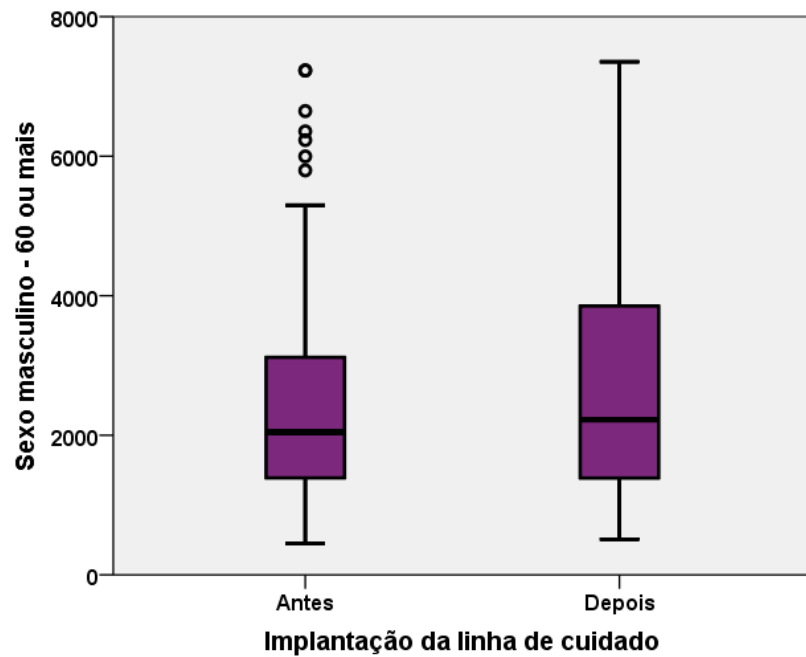


Figura 34 – *Box plot* da produção (número de AIHs) por faixa etária (> 60 anos) comparando o antes e depois da implantação da Linha de Cuidado no sexo masculino

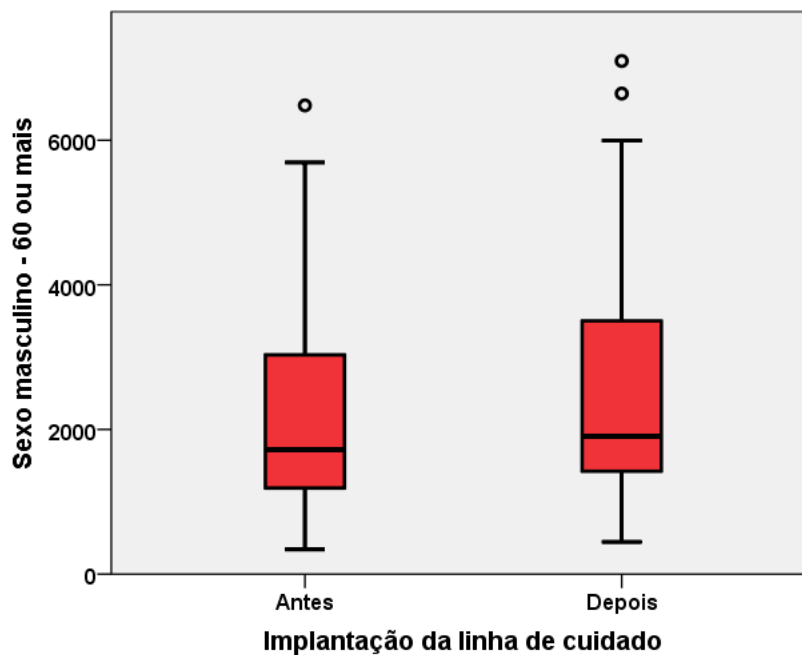


Figura 35 – *Box plot* da produção (número de AIHs) por faixa etária (> 60 anos) comparando o antes e depois da implantação da Linha de Cuidado no sexo feminino

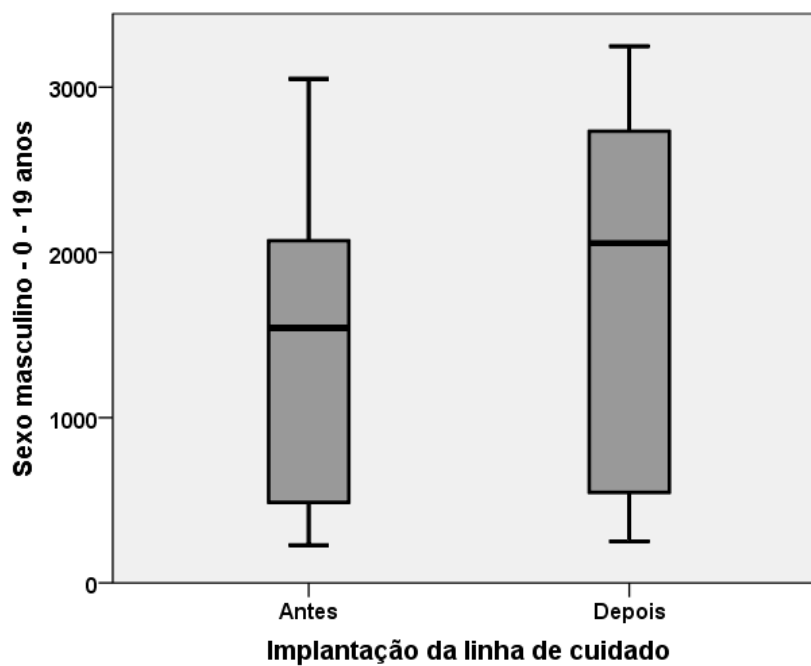


Figura 36 – *Box plot* da produção (número de AIHs) por faixa etária (0 a 19 anos) comparando o antes e depois da implantação da Linha de Cuidado do Trauma no sexo masculino

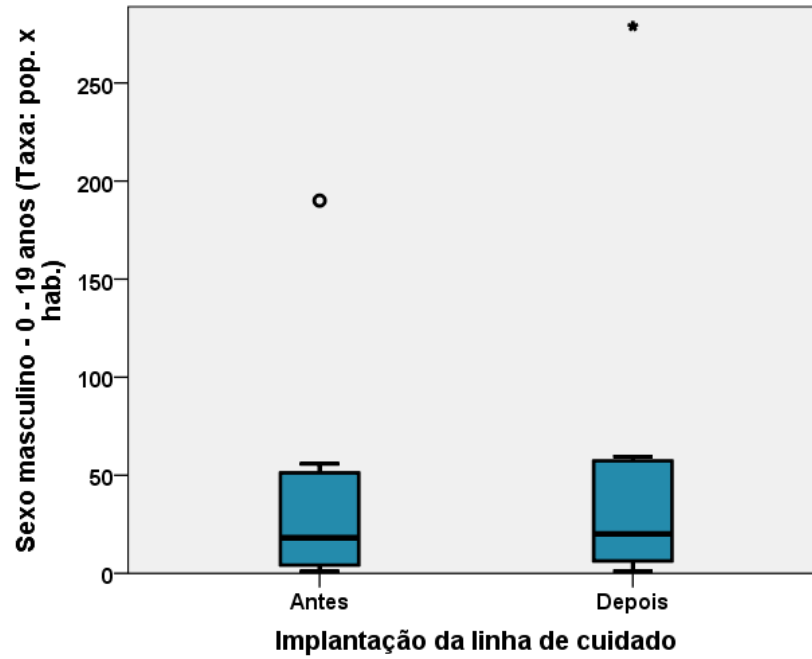


Figura 37 – *Box plot* da produção (número de AIHs) por faixa etária (0 a 19 anos) comparando o antes e depois da implantação da Linha de Cuidado do Trauma no sexo masculino, por população

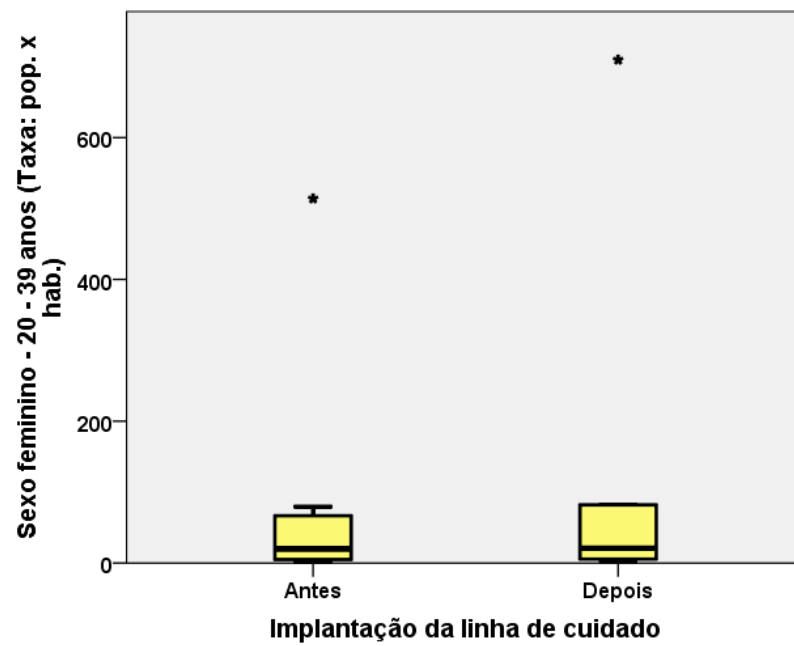


Figura 38 – *Box plot* da produção (número de AIHs) por faixa etária (20 a 39 anos) comparando o antes e depois da implantação da Linha de Cuidado do Trauma no sexo feminino, por população

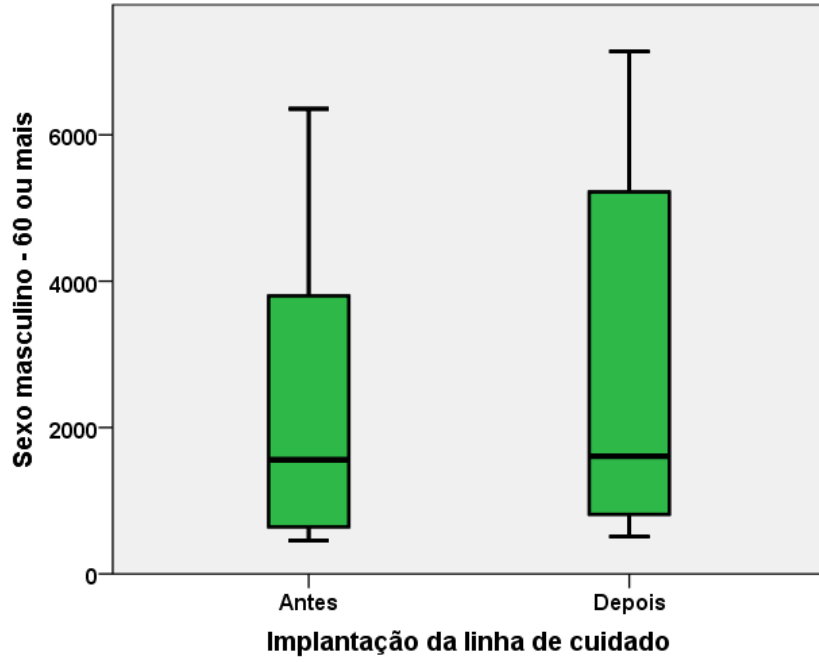


Figura 39 – *Box plot* da produção (número de AIHs) por faixa etária (> 60 anos) comparando o antes e depois da implantação da Linha de Cuidado do Trauma no sexo masculino

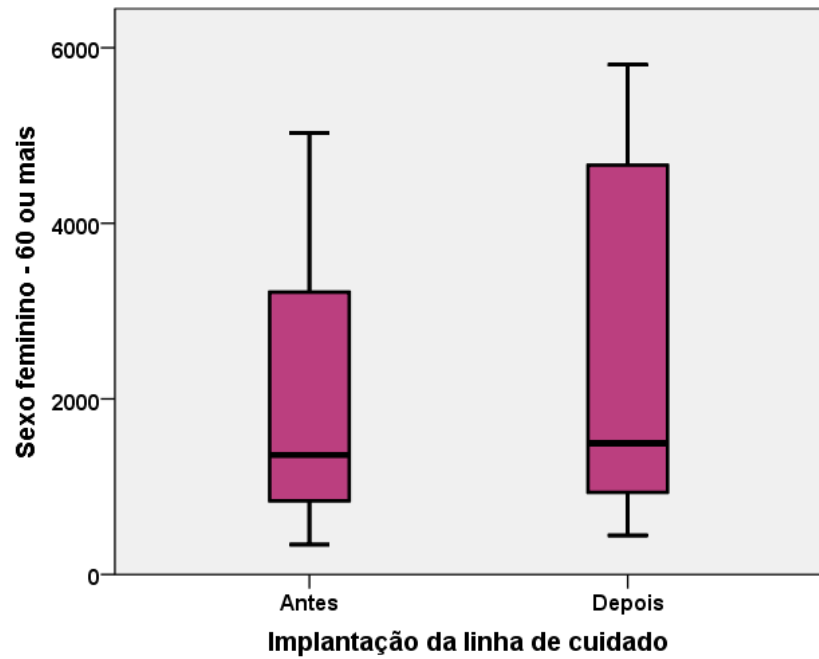


Figura 40 – *Box plot* da produção (número de AIHs) por faixa etária (> 60 anos) comparando o antes e depois da implantação da Linha de Cuidado do Trauma no sexo feminino

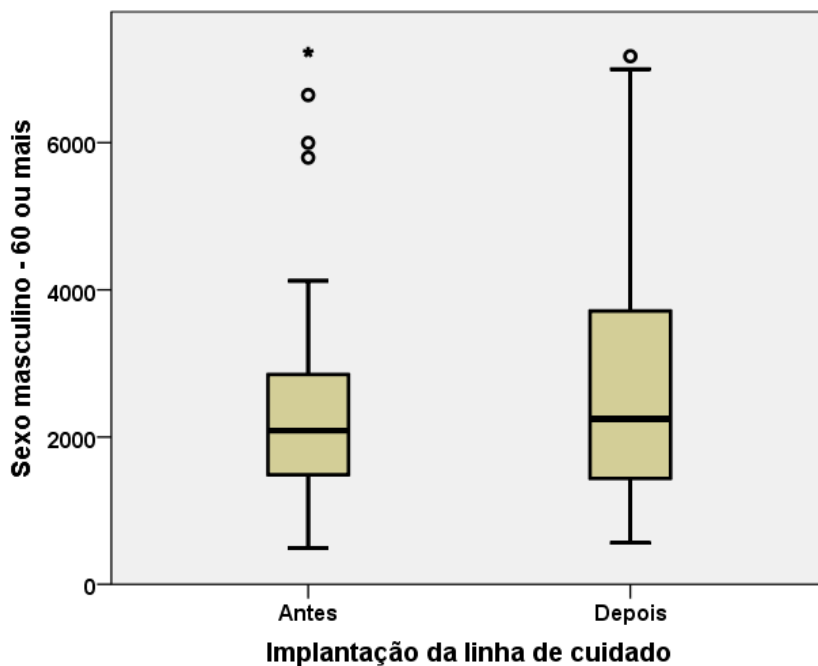


Figura 41 – *Box plot* da produção (número de AIHs) por faixa etária (> 60 anos) comparando o antes e depois da implantação da Linha de Cuidado do AVC no sexo masculino

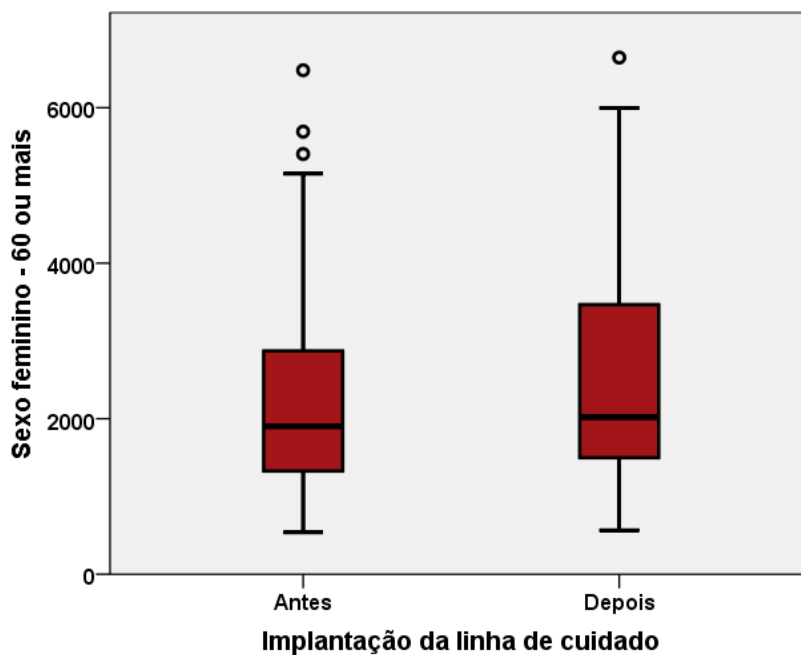


Figura 42 – *Box plot* da produção (número de AIHs) por faixa etária (> 60 anos) comparando o antes e depois da implantação da Linha de Cuidado do AVC no sexo feminino

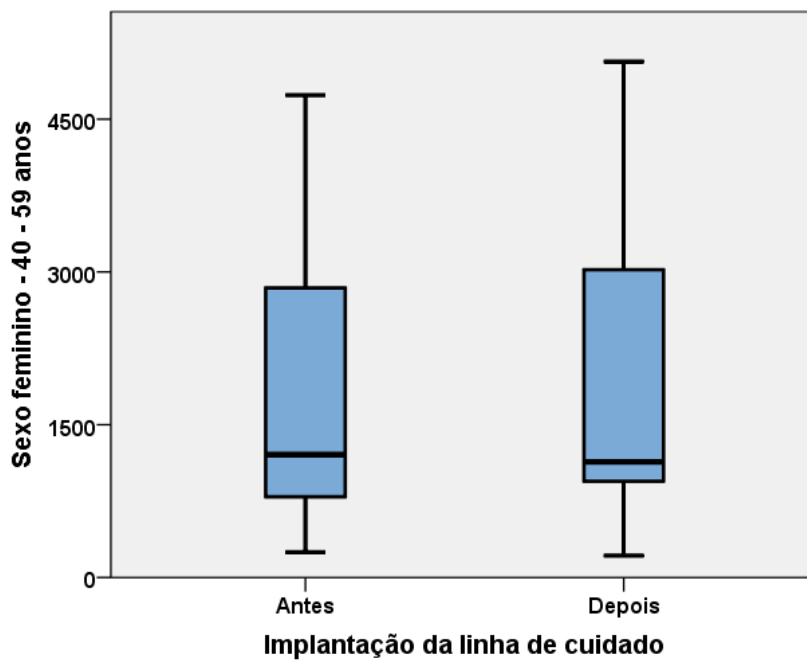


Figura 43 – Box plot da produção (número de AIHs) por faixa etária (40 a 59 anos) comparando o antes e depois da implantação da Linha de Cuidado IAM no sexo feminino

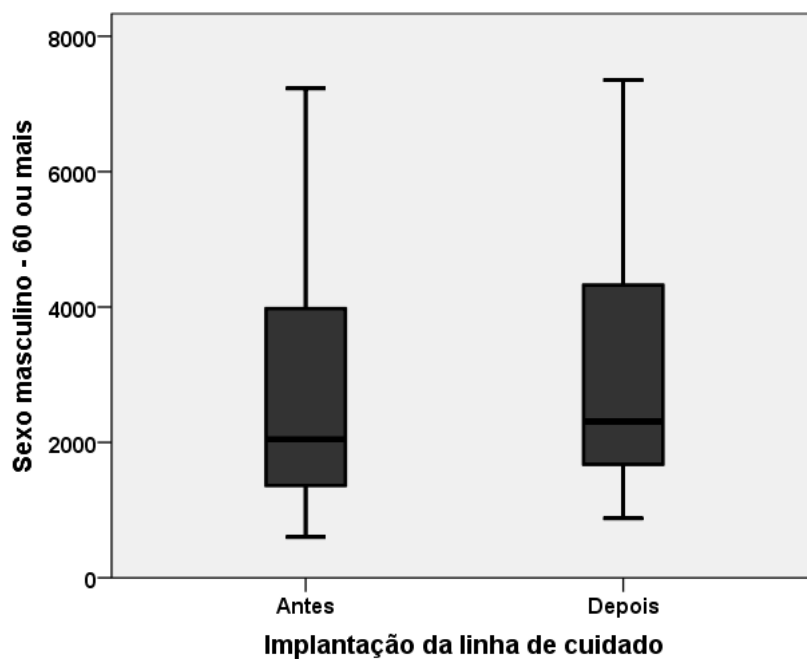


Figura 44 – Box plot da produção (número de AIHs) por faixa etária (> 60 anos) comparando o antes e depois da implantação da Linha de Cuidado IAM no sexo masculino

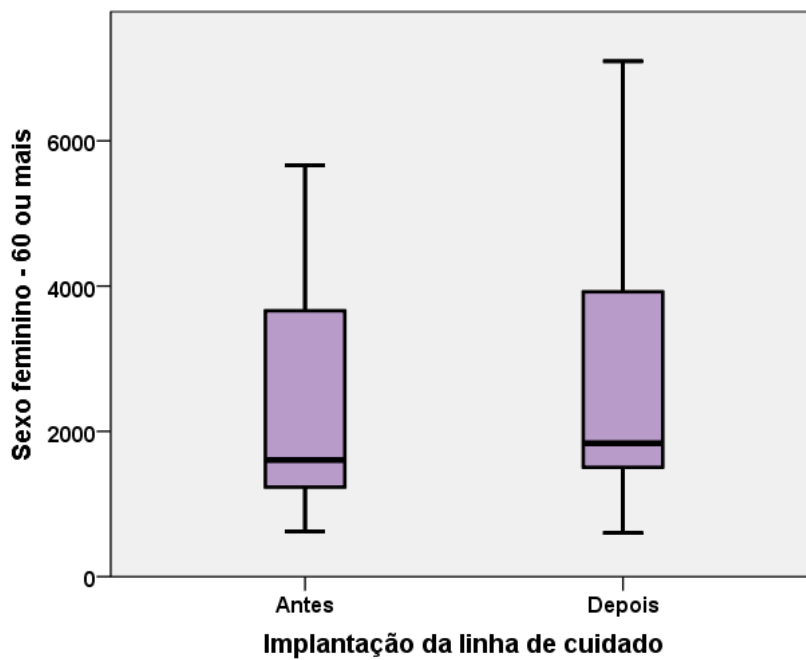


Figura 45 – *Box plot* da produção (número de AIHs) por faixa etária (> 60 anos) comparando o antes e depois da implantação da Linha de Cuidado IAM no sexo feminino