



**MODELO DE AVALIAÇÃO DO COMPONENTE HOSPITALAR DA REDE DE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**



Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC Av. Universitária, 1105 –
Bairro Universitário – C. P. 3167 – 88806-000 – Criciúma – SC. Fone: +55 (48)
3431-2500 – Fax: +55 (48) 3431-2750

Reitora

Luciane Bisognin Ceretta

Vice-Reitor

Daniel Ribeiro Preve

Pró-Reitora de Ensino de Graduação

Indianara Reynaud Toreti Becker

Pró-Reitor de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão

Oscar Rubem Klegues Montedo

Pró-Reitor de Administração e Finanças

Thiago Rocha Fabris



Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

Coordenação

Cristiane Damiani Tomasi

Fabiane Ferraz (adjunta)

Área de concentração

Gestão do cuidado e educação em saúde

Linha de pesquisa

Educação e gestão do trabalho na saúde

Projeto gráfico, diagramação e capa

Claudio Fernandes

Felipe Bortolotto

ELABORAÇÃO

Fabiani Borges Ugioni;

Leticia Monteiro Bettiol;

Gabriella Barbosa Nadas;

Prof^a Dra Angela Maria Blatt Ortiga Bugra;

Prof^a. Dr^a. Cristiane Damiani Tomasi;

Prof Jacks Soratto;

Prof Maria Inês da Rosa;

Prof^a. Dr^a. Lisane Tuon

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

UNESC- Universidade do Extremo Sul Catarinense
MAJ- Matriz de Análise e julgamento
MTL- Modelo teórico lógico
SISREG- Sistema Nacional de Regulação
UTI- Unidade de Terapia Intensiva
CONASS- Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
SADT- Serviços de Análise Diagnóstico e Tratamento
GM- Gabinete do Ministro
MS- Ministério da Saúde
CIT- Comissão Intergestores Tripartite
SAMU- Serviço de atendimento Móvel de Urgência
AVC- Acidente Vascular Cerebral
IAM- Infarto Agudo do Miocárdio
RAS- Rede de Atenção à Saúde
RUE- Rede de Urgência e Emergência
SUS- Sistema Único de Saúde
UPA- Unidade de Pronto Atendimento
SCNES- Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO.....	5
2 INTRODUÇÃO.....	6
3 MODELO DE AVALIAÇÃO.....	10
4 CONSIDERAÇÕES.....	26
5 CONTATOS ÚTEIS.....	27
6 REFERÊNCIA.....	28

APRESENTAÇÃO

Esta Cartilha é fruto de uma Dissertação de Mestrado, desenvolvida pelo Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC).

A construção desta Cartilha, foi através de pesquisa bibliográfica (científica e técnica), observações e reuniões de consenso com a participação de especialistas na área de avaliação e urgência e emergência.

O Objetivo este trabalho foi desenvolver um modelo para avaliação do componente hospitalar da Rede de Urgência e Emergência.

Este modelo poderá ser aplicado em todos os hospitais que são qualificados e compõe da Rede de Urgência de Emergência.

A seguir será apresentado o modelo teórico e um modelo lógico das ações do componente Hospitalar da RUE e uma matriz de análise e julgamento que permite avaliar e emitir um juízo de valor da RUE.

INTRODUÇÃO

A descentralização e a autonomia dos municípios tem sido um dos mais importantes avanços alcançados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), consolidando muitas vezes seus serviços na medida em que avançam em um processo estruturado de gestão, no qual, o uso de protocolos tem sido uma maneira de efetivar essa medida (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

A organização de regiões, de acordo com as identidades territoriais e com adequadas escalas populacionais, é a melhor estratégia para promover a coordenação das políticas sociais em um país federado. E para que se organizem as regiões, é impositiva a constituição de instâncias de poder compartilhado entre os municípios de uma região, o respectivo estado e a União, todos envolvidos no financiamento e na condução das ações governamentais. (TORRES; BELISÁRIO; MELO, 2015)

A partir da Portaria GM/MS n. 4.279/2010 com a criação das redes de atenção em saúde no Brasil com a proposta de integralizar o cuidado ao usuário traz também como objetivos:

- Incremento financeiro
- Aperfeiçoamento dos recursos
- E promoção de uma atenção baseada na necessidade do ser humano (SILVA, 2011).

Nesta Portaria, cinco redes temáticas prioritárias foram pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), no período de junho de 2011 a fevereiro de 2013 destaca-se aqui neste estudo a Rede de Urgência e Emergência (RUE), criada com objetivo de integralizar o atendimento do usuário em todas as suas necessidades e a garantia do direito à saúde.

Em 2011, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS n. 1.600/2011, reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências e instituiu a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde, revogando a Portaria GM/MS n. 1.863/2003. (BRASIL, 2003, BRASIL 2011a). Conforme esta normativa, cria-se direcionamento para que as Redes de Atenção às amplie o acesso e do acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, utilizando a classificação de risco e intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos, a regionalização do atendimento

às urgências com articulação de toda a rede de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde, a atuação territorial, a partir das necessidades de saúde da população com seus riscos e vulnerabilidades específicas e a regulação articulada entre todos os componentes da Rede de Atenção às Urgências com garantia da equidade e da integralidade (ARAUJO, 2012).

A RUE, como rede complexa e que atende a diferentes condições (clínicas, cirúrgicas, traumatológicas, em saúde mental etc.), é composta por diferentes pontos de atenção, de forma a dar conta das diversas ações necessárias ao atendimento às situações de urgência (BRASIL, 2013a).

A RUE é constituída pelos seguintes componentes:

- Promoção, proteção e vigilância;
 - Atenção Básica;
 - SAMU e Centrais de Regulação;
 - Sala de estabilização;
 - Força Nacional de Saúde do SUS;
 - UPA
 - Conjunto de serviços de urgência 24 horas- hospitalar e domiciliar.
- (ARAUJO, 2012).

A organização da RUE na atenção Hospitalar é detalhada pela Portaria GM/MS nº 2.395, de 11 de outubro de 2011, e tem como um dos objetivos qualificarem as portas de entrada hospitalares de urgência e emergência, que se constituem como 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, 2011b).

O Componente Hospitalar é constituído por:
(BRASIL, 2013a).

- Portas Hospitalares de Urgência
- Enfermarias de retaguarda
- Leitos de cuidados intensivos
- Serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório
- Linhas de cuidados prioritárias

Para Mendes (2010) nas RAS os hospitais devem ter uma prática diferenciada não sendo permitida a fragmentação da saúde, nestas condições, o hospital está inserido junto a outros serviços da rede, de forma integrada, articulada e o apoio, fazendo parte da rede como um todo, respondendo as condições agudas e crônicas da população, atuando com qualidade e densidades tecnológicas.

Essa rede vem complementar e garantir uma assistência baseada no perfil epidemiológico da população, que demonstra segundo ministério da saúde, uma alta morbimortalidade relacionada às violências e aos acidentes de trânsito entre jovens até os 40 anos e, acima desta faixa, uma alta morbimortalidade relacionada às doenças do aparelho circulatório, como o infarto agudo do miocárdio (IAM) e o acidente vascular cerebral (AVC), somando a um acentuado envelhecimento da população devido ao aumento da expectativa de vida e conseqüentemente as complicações de doenças crônicas caracterizado pelo público idoso (BRASIL, 2013b).

Para pertencerem a RUE as portas de entrada hospitalares prioritárias de urgência e emergência deverão se enquadrar nos seguintes critérios:

- Unidades Hospitalares de referência regional;
- Realizar no mínimo 10% dos atendimentos oriundos de outros municípios;
- Contar com, no mínimo, 100 leitos cadastrados no SCNES;
- Possuir habilitação em pelo menos uma das linhas de cuidado: cardiovascular, neurologia/neurocirurgia, traumatologia-ortopedia ou ser referência para o atendimento em pediatria. (BRASIL, 2013b).

Considera-se qualificadas as portas de entrada de hospitalares de urgência e emergência que se enquadrem nos seguintes critérios:

- Adoção de protocolos e acolhimento com classificação de risco, protocolos clínico-assistenciais;
- Articulação com o SAMU UPA e outros serviços da rede de atenção a saúde, garantindo a efetividade do serviço de referência e contra referência;

- Central regional de regulação de urgência como ordenadora do fluxo do serviço;
- Equipe multiprofissional compatível com porta de entrada com equipe de saúde organizada de forma horizontal e com acesso a prontuário eletrônico único de acesso a toda equipe;
- Implantação de mecanismos de gestão da clínica;
- Garantia de retaguarda às urgências atendidas pelos outros pontos de atenção de menor complexidade que compõe a RUE na sua região;
- Garantir a atividade de educação permanente a toda equipe multiprofissional;
- Garantir a continuidade do cuidado pela equipe de atenção básica ou de referência. (BRASIL, 2013b).

Fica previsto a cada portaria aprovada, o incentivo financeiro a todos as linhas de cuidados que seguirem as especificações citadas. Sabe-se que se torna fundamental um instrumento de avaliação que auxilie os gestores aferir a efetividade de intervenções e o uso eficiente dos recursos disponíveis, bem como satisfazer o conjunto da população usuária do sistema.

Neste sentido esta cartilha apresenta um modelo para avaliação do componente Hospitalar da Rede de Urgência e Emergência.

MODELO DE AVALIAÇÃO

Figura 01- Modelo Teórico-Lógico



Fonte: Produção da autora

O Modelo Teórico Lógico (MTL) é construído para permitir que se visualize a relação do que a intervenção propõe com os efeitos esperados, de modo que sirva como base para pesquisa avaliativa, e que traga reflexões sobre a proposta apontada no final da pesquisa.

Quadro 01- Modelo Lógico do Componente Hospitalar da Urgência/ Dimensão Hospitalar

	SUBDIMENSÃO	RECURSOS	ATIVIDADE	PRODUTOS	RESULTADO INTERMEDIÁRIO	RESULTADO FINAL
DIMENSÃO HOSPITALAR	Porta de Entrada	Protocolo assistencial Equipe especializada Recursos financeiros Equipamentos	Atendimento da demanda espontânea e referenciada Classificação de risco Uso de protocolo na assistência	Aplicação do protocolo de classificação de risco Atendimento ininterrupto 24h	Organizar porta de entrada Melhorar acesso dos usuários Diminuição mortalidade	Diminuir o tempo resposta, ampliação do Acesso ao componente Hospitalar dentro da RUE com Atendimento ininterrupto ao conjunto de demanda necessário com atendimento humanizado e integralizado a todos os usuários da rede.
	Retaguarda especializada	Recursos materiais Equipe especializada Equipamento Densidade tecnológica Protocolos Assistenciais Normas e rotinas	Uso de protocolo na assistência Assistência baseada em evidência Registro da Assistência prestada	Segurança do paciente Projeto terapêutico Prontuário compartilhado	Atendimento super especializada do mobimortalidade	
	Retaguarda externa	Sistema de informação da regulação Recursos humanos (Equipe Multiprofissional) Recursos Financeiros	Tratamento individualizado Transporte Equipe multiprofissional	Reabilitação Disponibilidade de transporte	Diminuir ocupação dos hospitais especializados Facilitar o Vínculo familiar Reabilitação para alta hospitalar	

Fonte: Produção da autora

Nesta figura apresenta modelo lógico da Dimensão Hospitalar e com as subdimensões: Porta de Entrada, Retaguarda Especializada, Retaguarda Externa, com base nos seus objetivos: a) Recursos b) atividades c) produtos c) resultados intermediários d) resultados finais do componente.

Quadro 02- Modelo Lógico do componente Hospitalar/ Dimensão Gestão

	SUBDIMENSÃO	RECURSOS	ATIVIDADE	PRODUTOS	RESULTADO INTERMEDIÁRIO	RESULTADO FINAL
DIMENSÃO DE GESTÃO	Regulação	Sistema de informação Recursos humanos capacitados Logística (área física e tecnologia) Recursos financeiros	Regulação de leitos Agilidade do serviço de transferência	Ordenadora da RUE Gestão de leitos	Otimização de leitos Diminuição de custos Melhoria do acesso	Diminuir o tempo resposta, ampliação do Acesso ao componente Hospitalar dentro da RUE com Atendimento ininterrupto ao conjunto de demanda necessário com atendimento humanizado e integralizado a todos os usuários da rede.
	Educação Permanente	Recurso financeiro Recursos humanos Recursos materiais Apoio da gestão	Desenvolvimento das capacitações/ treinamentos	Programa/ setor de educação permanente Padronização de rotinas e fluxos Implantação de protocolos	Padronização do atendimento Aperfeiçoamento, qualificação e desenvolvimento da equipe e aumento da segurança do paciente	
	Protocolos assistenciais	Recurso financeiro Recursos humanos Recursos materiais	Utilização dos protocolos assistenciais e linhas de cuidado nos atendimento	Padronização do atendimento segurança no atendimento Gestão do cuidado	Diminuição da mortalidade Eficiência da assistência Qualificação no atendimento	

Fonte: Produção da autora

Nesta figura apresenta modelo lógico da Dimensão Gestão e suas subdimensões: Regulação, Educação Permanente, Protocolos Assistenciais com seus objetivos: a) Recursos b) atividades c) produtos c) resultados intermediários d) resultados finais do componente, em função do seu objetivo e produto que estão representados no quadro 01 e no quadro 02.

Quadro 03- Síntese de Matriz de Análise e Julgamento do Componente Hospitalar da RUE/ Dimensão Hospitalar

Matriz de Análise Dimensão Hospitalar: Portaria GM/MS nº2. 395, de 11 de outubro de 2011 é iniciado a ampliação e qualificação de todo o componente hospitalar como portas de entrada hospitalares de urgência, enfermarias clínicas de retaguarda, retaguarda de longa permanência, leitos de terapia intensiva, organização das linhas de cuidado, criando-se critérios para conformidade das mesmas nas quais se destacam nesta matriz.

INDICADOR	MEDIDAS	FORMAS DE CALCULO	PARÂMETROS	FONTES
Leitos de UTI qualificados	1- Percentual de leitos qualificados cadastrados no SCNES compatível com o mesmo apresentado pela instituição	Total de leitos de UTI qualificados cadastrados no scnes / total de leitos UTI disponível ao SUS x 100	Até 80% dos leitos de UTI (quando com porta de entrada para Urgência) e 70%(sem porta de entrada para urgência)= bom/ percentual > permitido pela portaria = ruim	CNES
	2-Taxa de ocupação mensal dos leitos Habilitados	Total de leitos qualificados disponíveis na regulação/ total de leitos ocupadosx100 (ver se a disponibilidade obedece a portaria)	Taxa ocupação ≥ 90% dos leitos qualificados = Bom, < 90 % = ruim	Entrevista

Fonte: Produção da autora

Nesta matriz de avaliação é composta pelos Leitos de UTI Qualificados, com as suas respectivos, medidas, forma de medir, parâmetros e fonte de obtenção dos dados.

Quadro 04- Síntese de Matriz de Análise e Julgamento do Componente Hospitalar da RUE/ Dimensão Hospitalar

Matriz de Análise Dimensão Hospitalar: Portaria GM/MS nº2. 395, de 11 de outubro de 2011 é iniciado a ampliação e qualificação de todo o componente hospitalar como portas de entrada hospitalares de urgência, enfermarias clínicas de retaguarda, retaguarda de longa permanência, leitos de terapia intensiva, organização das linhas de cuidado, criando-se critérios para conformidade das mesmas nas quais se destacam nesta matriz.

INDICADOR	MEDIDAS	FORMAS DE CALCULO	PARAMETROS	FONTES
Existência/ de Núcleos de Acesso e qualidade hospitalar	Existência de Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar/ resposta dicotômica	Existência de atas da reunião do núcleo	Existente – bom/inexistência = ruim	Avaliação das atas de encontro do núcleo.
INDICADOR	MEDIDAS	FORMAS DE CALCULO	PARAMETROS	FONTES
Atendimento de porta aberta no pronto socorro do hospital	Acesso do usuário no pronto socorro hospitalar/ resposta dicotômica	Demanda espontânea e referenciada no acesso dos usuários pronto atendimento	Se mantiver porta aberta nas 24 horas = bom. Se atender somente emergência referenciada-Ruim	Entrevista

Fonte: Produção da autora

O quadro 04 mostra a matriz de análise e julgamento do componente hospitalar da RUE/Dimensão Hospitalar, com seus indicadores, medidas, formas de cálculo, parâmetros e fontes.

Quadro 05- Síntese de Matriz de Análise e Julgamento do Componente Hospitalar da RUE/ Dimensão Hospitalar

Matriz de Análise Dimensão Hospitalar: Portaria GM/MS nº2. 395, de 11 de outubro de 2011 é iniciado a ampliação e qualificação de todo o componente hospitalar como portas de entrada hospitalares de urgência, enfermarias clínicas de retaguarda, retaguarda de longa permanência, leitos de terapia intensiva, organização das linhas de cuidado, criando-se critérios para conformidade das mesmas nas quais se destacam nesta matriz.

INDICADOR	MEDIDAS	FORMAS DE CALCULO	PARAMETROS	FONTE
Referência Regional	Percentual de internação na modalidade de emergência não pertencente ao município sede da unidade hospitalar	Total de internação dos demais municípios / total de x 100.	Acima de 10% das internações hospitalares serem proveniente de outros municípios - Bom. Inferior a 10%-ruim.	Indicador sistema de internação (sistema de gestão local)
INDICADOR	MEDIDAS	FORMAS DE CALCULO	PARAMETROS	FONTE
Leitos para retaguarda Externa	Percentual de ocupação dos leitos de retaguarda encaminhados pela regulação	Total de leitos de retaguarda ocupados/ total de leitos disponíveis pela regulação x 100	≥ 85=bom ≤85= ruim	Entrevista

Fonte: Produção da autora

A matriz de avaliação final foi composta pelas dimensões Hospitalar e de Gestão, com 06 subdimensões e oito indicadores descritas nos quadros 05 e 06 com as suas respectivas medidas, forma de medir, parâmetros e fonte de obtenção dos dados.

Quadro 06- Síntese de Matriz de Análise e Julgamento do Componente Hospitalar da RUE/ Dimensão Hospitalar

<p>Matriz de Análise Dimensão Hospitalar: Portaria GM/MS nº2. 395, de 11 de outubro de 2011 é iniciado a ampliação e qualificação de todo o componente hospitalar como portas de entrada hospitalares de urgência, enfermarias clínicas de retaguarda, retaguarda de longa permanência, leitos de terapia intensiva, organização das linhas de cuidado, criando-se critérios para conformidade das mesmas nas quais se destacam nesta matriz.</p>			
<p>Média permanência para internação de retaguarda clínica</p>	<p>Soma do número de dias de internação dos leitos de retaguarda clínica/ número de pacientes internados nos leitos de retaguarda clínica</p>	<p>≤ 10 dias= bom >10 dias= ruim</p>	<p>Indicador sistema de internação (sistema de gestão local)</p>
<p>Média permanência para internação de retaguarda longa permanência</p>	<p>Soma do número de dias de internação dos leitos de retaguarda longa permanência/ número de pacientes internados nos leitos de retaguarda longa permanência</p>	<p>≤ 30 dias= bom > 31 dias= ruim</p>	<p>Indicador sistema de internação (sistema de gestão local)</p>

Fonte: Produção da autora

A presente matriz apresenta a média de permanência para a internação de retaguarda clínica e a de retaguarda de longa permanência.

Quadro 07- Síntese de Matriz de Análise e Julgamento do componente Hospitalar da RUE/ Dimensão de Gestão.

Matriz de Análise Dimensão de Gestão (ações conjuntas no espaço hospitalar destinado a prover uma atenção à saúde, mecanismos que visa à qualificação do cuidado, eficiência de leitos, reorganização dos fluxos processuais e funcionamento da equipe de referência para responsabilização e acompanhamento dos casos)

SUB-DIMENSÃO	INDICADOR	MEDIDAS	FORMA DO CALCULO	PARAMÊTROS	FONTE
REGULAÇÃO	Contra referência e regulação de leitos pelo estado	Existência de Fluxo dos serviços de contra referência/ Resposta dicotômica	Verificar existência do fluxo de contra referência	SIM= bom / NÃO= ruim	Entrevista
		Existência de Negativa de articulação dos leitos da Rede de Urgência	Registros na central de regulação	Não existência de negativa para os leitos da RUE = bom Existência de negativa= ruim	Entrevista

Fonte: Produção da autora

Neste quadro tem as sub dimensões: Regulação; Indicador; Medidas; Forma de Cálculo, Parâmetros e Fonte.

Quadro 08- Síntese de Matriz de Análise e Julgamento do componente Hospitalar da RUE/ Dimensão de Gestão.

Matriz de Análise Dimensão de Gestão (ações conjuntas no espaço hospitalar destinado a prover uma atenção à saúde, mecanismos que visa à qualificação do cuidado, eficiência de leitos, reorganização dos fluxos processuais e funcionamento da equipe de referência para responsabilização e acompanhamento dos casos)					
SUB-DIMENSÃO	INDICADOR	MEDIDA	FORMA DE MEDIR	PARÂMETROS	FONTE
EDUCAÇÃO PERMANENTE	Qualificação Profissional	Número de atividades de educação permanente para as profissionais da porta de entrada/acolhimento no último ano	Número de treinamento de Educação permanente aos Profissionais (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, técnico de enfermagem) no ano	Pelo menos um curso por categoria profissional último ano= bom / Existência de capacitação apenas para uma categoria ou mais sem abranger a todos profissional= regular / inexistência de capacitações =ruim	Registro de capacitação

Fonte: Produção da autora

Nesta matriz apresenta a Educação Permanente e suas sub dimensões: indicador, medida, forma de medir, parâmetros e fonte.

Figura 02- Síntese de Matriz de Análise e Julgamento do componente Hospitalar da RUE/ Dimensão de Gestão.

Matriz de Análise Dimensão de Gestão (ações conjuntas no espaço hospitalar destinado a prover uma atenção à saúde, mecanismos que visa à qualificação do cuidado, eficiência de leitos, reorganização dos fluxos processuais e funcionamento da equipe de referência para responsabilização e acompanhamento dos casos)

PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS



Implantação dos Protocolos Assistenciais preconizados pelo Ministério: cardiovascular e/ou neurologia/neurocirurgia e/ou pediatria e/ou traumato-ortopedia.



Verificar quais protocolos estão implantados.



Todos os protocolos implantados conforme plano de ação= bom / Somente dois protocolos implantados= regular / Somente um ou nenhum= ruim



Plano de ação regional Entrevista

Fonte: Produção da autora.

Quadro 09- Rationales dos Indicadores da Subdimensão Hospitalar da MAJ do componente Hospitalar da RUE.

RATIONALE DE INDICADORES DE DIMENSÃO HOSPITALAR	
Leitos de uti qualificado	Os leitos de UTI dos hospitais definidos no Plano de ação regional podem ser qualificados com custeio diferenciado conforme Portaria GM/MSnº2395 /2011 e devem ser pactuados na CIR e na CIB e ficar disponível a regulação regional e ou estadual, devendo ter sua taxa de ocupação média mensal em 90% . Os Hospitais com porta de entrada de Urgência podem qualificar até 80% dos seus leitos de UTI, e as instituições sem porta de entrada de urgência podem qualificar até 70% dos seus leitos, de acordo com os critérios estabelecidos. (BRASIL, 2011c)
Existência/de núcleos de acesso e qualidade hospitalar	A Atuação profissional e gestora visando o aprimoramento da qualidade da atenção prestada ao usuário, por meio do desenvolvimento de ações contínuas, que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde, com monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços por meio de indicadores que investiguem a efetividade e a resolutividade dos serviços (SANTOS et al., 2015);Partindo desta premissa e garantir a qualidade da gestão das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência e dos leitos de retaguarda, as instituições hospitalares devem ocorrer por meio dos Núcleos de Acesso e Qualidade Hospitalar, sendo que o serviço seja regulado integralmente pela central de Regulação, ter sua taxa de ocupação média mensal em 90% e ser submetido a auditoria do gestor local.(BRASIL,2011c)
Existência de acolhimento com classificação de risco na porta de entrada (pronto socorro hospitalar)	A classificação de risco constitui o acolhimento humanizado inicial, avaliado pela complexidade do agravo a saúde, organizando o acesso e promovendo uma escuta qualificada dos usuários. A transferência do cuidado desde a admissão até o acolhimento, avaliando e valorizando as suas queixas priorizando os atendimentos por complexidade em tempo pré-determinado proporcionando maior resolutividade e resposta médica imediata para os casos mais graves, com risco de vida iminente (LOPES, 2011).
Atendimento de porta aberta no pronto socorro	No Brasil, parte expressiva da população busca consultas nos prontos-socorros dos hospitais, apesar da ampliação da oferta de serviços de atenção básica desde 1990. Assim, os hospitais ainda são importante porta de entrada para a assistência médica, ademais, o sentido de urgência para o paciente pode não ser o mesmo para profissionais de saúde (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011). O horário de Funcionamento do Hospital continuo interrompido para atender de forma adequada a população de porta aberta na emergência, Nas urgências e emergências o tempo oportuno é um quesito fundamental para salvar vidas. Assim, o georreferenciamento de serviços, a definição de grades de referência, entre elas a ampliação de novos serviços em locais onde prevalecem vazios assistenciais, configuram-se como grandes desafios na implementação da rede (BRASIL, 2011c).

Fonte: Produção da autora – Rationale de Indicadores de Dimensão Hospitalar: Leito de UTI Qualificados; Existência de Núcleos de Acesso e Qualidade Hospitalar; Existência de acolhimento com classificação de risco na Porta de Entrada, Atendimento de porta Aberta no Pronto Socorro.

Quadro 10- Rationales dos Indicadores da Subdimensão Hospitalar da MAJ do componente Hospitalar da RUE.

RATIONALE DE INDICADORES DE DIMENSÃO HOSPITALAR	
Referência regional	As Regiões de Saúde são instituídas pelo Estado, em articulação com os Municípios, respeitadas as diretrizes gerais pactuadas na Comissão de Planejamento de novos serviços em locais onde prevalecem vazios assistenciais, configuram-se como grandes desafios na implementação da rede (BRASIL, 2011c). O Intergestores Tripartite (CIT). Para ser instituída, uma Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de: atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, e vigilância em saúde (SANTOS et al., 2015). Na referência Regional, abrange-se o território de atendimento do hospital e se está de acordo com a região habilitada, realizando no mínimo 10% dos atendimentos oriundos de outros municípios, conforme registro do Sistema de Informação hospitalar (BRASIL, 2011C).
Leitos para retaguarda externa	Possui leitos cadastrados no CNES de retaguarda clínica disponíveis para rede de atenção às urgências, devem ser reguladas integralmente pelas centrais de regulação e manter uma taxa de ocupação mínima de 85% e média de permanência de 10 dias de internação para Enfermarias clínicas e preferencialmente até 30 dias para permanência para internação de longa permanência (BRASIL, 2011C).

Fonte: Produção da autora

Continuação do quadro 09, sobre os Indicadores de Dimensão Hospitalar: Referência Regional; Leitos para retaguarda Externa.

Quadro 11- Rationales da Subdimensão de Gestão da Matriz de Análise e Julgamento do componente Hospitalar da RUE.

RATIONALE DE SUB-DIMENSÕES HOSPITALAR	
Retaguarda especializada	Fica sobre a responsabilidade da regulação a transferência dos pacientes inicialmente atendidos e estabilizados nas unidades consideradas como portas de entrada da Rede de Urgência e Emergência para Leitos de Retaguarda da Rede de Urgência e Emergência que incluem leitos clínicos, leitos de unidade de terapia intensiva, leitos de longa permanência, leitos de unidade coronariana e leitos de acidente vascular cerebral (SANTOS et al., 2015). Aqui especificamente considera-se por retaguarda especializada de leitos de UTI adulto, infantil, neonatal e de unidade Coronariana aprovados no plano de ação regional e que estão disponíveis na regulação para a RUE e/ou outra Rede de Atenção e para isso recebem recursos financeiros diferenciados por estarem qualificados. (BRASIL, 2011C).
Porta de entrada urgência	Os hospitais contemplados como porta de entrada prioritária da urgência devem cumprir os requisitos exigidos de realizar acolhimento com classificação de risco, atender 24 horas por dia durante 7 dias na semana, dar acesso aos municípios da região de saúde e possui no mínimo 100 leitos cadastrados no SCNES. (BRASIL, 2011C).
Retaguarda externa	Em cada região de saúde os Leitos de Retaguarda serão identificados nas unidades hospitalares, para utilização exclusiva da central de regulação inter-hospitalar de urgências e emergências, conforme distribuição das grades de referência e pactuação nos planos de ação regional, partes integrantes da Rede de Atenção de Urgência.

Fonte: Produção da autora - Rationale de Sub-dimensões Hospitalar: Retaguarda Especializada; Porta de Entrada Urgência; Retaguarda Externa.

Quadro 12- Rationales dos indicadores da Subdimensão de gestão da Matriz de Análise e Julgamento da RUE.

RATIONALE DE SUB-DIMENSÕES DE GESTÃO	
Regulação	A regulação assistencial, na qual se insere a regulação de internação em UTI, tem sido apresentada como uma proposta que visa contribuir para a concretização dos princípios de acesso equitativo e atenção integral no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, bem como alcançar ganhos de eficiência (CONASS, 2007) A central de regulação precisa fazer a logística da RUE e coordenar os fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência. Responsável pela regulação do acesso e transferência dos pacientes inicialmente atendidos e estabilizados nas unidades consideradas como portas de entrada da Rede de Urgência e Emergência para Leitos de Retaguarda da Rede de Urgência e Emergência que incluem leitos clínicos, leitos de unidade de terapia intensiva, leitos de longa permanência, leitos de unidade coronariana e leitos de acidente vascular cerebral (SANTOS, 2015)
Educação permanente	Orientadas pelas necessidades de formação e de desenvolvimento e pelos princípios e diretrizes do SUS. A educação permanente faz parte do pressuposto da aprendizagem significativa (que promove e produz sentidos) vê propõe que a transformação das práticas profissionais deva estar baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços (ALVES, 2015). O gestor local deve prover momentos de educação permanente para todos os profissionais envolvidos na RUE.
Protocolos assistenciais	Os protocolos, tanto o clínico quanto o organizacional, de alguma forma, interferem na qualidade do serviço, gerando ações de gestão e de atenção que padronizam o cuidado, além de sua importância na complementação de outras abordagens e estratégias que permitam mensurar resultados, por meio de indicadores de desempenho (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009). As portarias que instituíram este protocolos para o aperfeiçoamento e organização dos processos para um atendimento qualificado e humanizado para o usuário do SUS de acordo com as linhas prioritárias: linha de cuidado do trauma, Portaria GM/MS nº 2.994/GM/MS, de 13 de dezembro de 2011 que aprovou a Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio, Portaria GM/MS nº. 665, de 12 de abril de 2012 que aprovou a Linha de Cuidados em AVC e a Portaria GM/MS nº 1.365, de 8 de julho de 2013

Fonte: Produção da autora

Fundamentação das subdimensões de Gestão: Regulação; Educação Permanente e Protocolos Assistenciais.

Quadro 13- Síntese dos indicadores e medidas da Matriz de Análise e Julgamento do componente Hospitalar da RUE por dimensão e subdimensão

Dimensão	Subdimensão	Indicadores	Medidas
Hospitalar	Porta entrada	2	3
	Retaguarda Especializada	2	2
	Retaguarda Externa	1	2
	03	5	8
Gestão	Regulação	1	2
	Educação permanente	1	1
	Protocolo Assistencial	1	1
	03	3	4
Total	06	08	12

Fonte: Produção da autora

A MAJ baseou-se no MTL mantendo duas dimensões e seis subdimensões desagregadas em cinco indicadores e oito medidas para a dimensão Hospitalar, e três indicadores e quatro medidas para a dimensão da Gestão.

CONSIDERAÇÕES

Após a coleta, os dados deverão ser sistematizados e analisados em planilha Excel, seguindo a ordenação da matriz avaliativa.

Na emissão de julgamento o modelo permite a avaliação do componente hospitalar da RUE segundo dimensão, subdimensão e indicadores separadamente. Todos os elementos avaliativos serão considerados com o mesmo grau de importância.

Em cada indicador, subdimensão dimensão, foram utilizadas as designações Bom, Regulares e Ruins, para a emissão de juízos de valor, sustentados em parâmetros estabelecidos para cada indicador. Tais parâmetros se basearam em aspectos normativos estabelecidos legalmente e na revisão de literatura.

As variáveis referem-se a aspectos gerais da dimensão hospitalar e gestão do componente hospitalar da RUE, onde a resposta avaliativa expressa ausência ou presença do item avaliado, o resultado de todas estas respostas possuía a associação de que a existência correspondia a Bom e a ausência Ruim.

Para cada subdimensão foi definido como padrão para a emissão do juízo de valor Bom quando mais que 50% dos indicadores forem classificados como bom; e nenhum ruim. Foi emitido juízo de valor Ruim quando mais que 50% dos indicadores foram classificados como ruim e nenhum bom. Foi classificado regular quando maior ou igual a 50% dos indicadores regulares. A avaliação das dimensões seguiu os mesmos critérios.

CONTATOS ÚTEIS

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC

www.unesc.net

Fone: (48) 3431 2500

MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

Email: ppgscol@unesc.net Fone: (48) 3431 2609

NÚCLEO DE SAÚDE COLETIVA

Email: nucleosaudecoletiva@unesc.net Fone: (48) 3431.2676

REFERÊNCIAS

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P. D.; CAMPOS, K. F. C. Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

TORRES, S. F. de S.; BELISÁRIO, S. A.; MELO, E. M.. A Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião Norte de Minas Gerais: um estudo de caso. Saúde e Sociedade, v. 24, n. 1, p.361-373, mar. 2015.

SILVA, S. F. D. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, p. 2753-2762, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.864, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências. Diário Oficial da União 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 08 jul. 2011a.

ARAUJO, D. E. A rede de atenção às urgências no sistema único de saúde: uma análise por coordenadoria regional de saúde do estado do rio grande do sul. 2012. 130 f. Monografia (Especialização) - Curso de Saúde Pública, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1366, 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). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro Portaria 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). Brasília – DF, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2994, 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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2011c.

SANTOS, H. F. C. et al. Redes de atenção à saúde: rede de urgência e emergência–RUE. 2015.

LOPES, J. B. Enfermeiro na classificação de risco em serviços de emergência: revisão integrativa. 2011. 36 p. TCC (Graduação em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

MACHADO, C. V.; SALVADOR, F. G. F.; O'DWYER, G. Mobile emergency care service: analysis of Brazilian policy. Revista de Saúde Pública, v. 45, n. 3, p. 519-528, 2011.

CNNS. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. A atenção primária e as redes de atenção à saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015.

ALVES, M. L. F. et al. Reference and counter reference network for emergency care assistance in a municipality in the countryside of Minas Gerais - Brazil. Revista Médica de Minas Gerais, v. 25, n. 4, p.469-475, 2015.