

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

**Regulação do acesso à terapia intensiva no Distrito Federal:
um estudo exploratório**

Geisa Cristina Modesto Vilarins

Brasília 2012

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

GEISA CRISTINA MODESTO VILARINS

**REGULAÇÃO DO ACESSO À TERAPIA INTENSIVA NO DISTRITO FEDERAL:
UM ESTUDO EXPLORATÓRIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde na Universidade de Brasília – UnB como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Helena Eri Shimizu

Co-orientadora: Prof^ª. Dra. Maria Margarita Urdaneta Gutierrez

Brasília 2012

GEISA CRISTINA MODESTO VILARINS

REGULAÇÃO DO ACESSO À TERAPIA INTENSIVA NO DISTRITO FEDERAL:
UM ESTUDO EXPLORATÓRIO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde na Universidade de Brasília – UnB como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Aprovado em 09/04/2012.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Helena Eri Shimizu – (Presidente)

Universidade de Brasília

Prof^a. Dra. Maria Célia Delduque

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)

Prof^o. Dr. Antônio José Costa Cardoso

Universidade de Brasília

Prof^a. Dra. Leonor Maria Pacheco Santos – (Suplente)

Universidade de Brasília

Brasília, 09 de abril de 2012.

Dedico aos meus príncipes:

Athos e Thales

AGRADECIMENTOS

Às professoras Helena e Margarita pela paciência, auxílio, críticas, sugestões e acima de tudo pela confiança.

Ao mais que amado Tim, pelo amor e apoio incondicionais.

Ao amigo Clayton Camargos por ter me iniciado no processo de gestão.

Ao querido José Rubens Iglesias pelo exemplo como gestor.

A todos os colegas de trabalho pela compreensão, em especial João Marcelo Barreto e Raquel Passos.

A um grande colaborador, Maurício Ottoni.

Às amigas Juliana, Daniela, Mônica, Luciene e Flávia pelo companheirismo de anos, carinho e força nas horas mais necessárias.

À minha mãe, meu pai e meu irmão pela base familiar.

A Jesus, acima de tudo e de todos, por ser a razão da minha vida.

*“ O caminho dos justos é como a luz da alvorada
que vai brilhando mais e mais até ser dia perfeito.”*

(Prov. 4:18)

RESUMO

A regulação pública no Sistema Único de Saúde (SUS), ao garantir o acesso dos usuários aos serviços públicos, atua sobre a oferta dos mesmos, assume o planejamento das ações e estabelece a adequação desta oferta de acordo com as necessidades identificadas. O estudo tem por objetivo analisar o processo de regulação do acesso à terapia intensiva empregado na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal nos anos 2007 a 2011. Como objetivos específicos, busca descrever o modelo vigente de regulação, propor indicadores que permitam o monitoramento e avaliação de dimensões relacionadas à estrutura, ao processo e ao resultado, e verificar a percepção dos médicos reguladores quanto ao sistema regulatório atual. Trata-se de uma pesquisa quali-quantitativa. Foram recomendados 16 indicadores, entretanto, verificou-se que o sistema informacional utilizado não possibilita uma análise gerencial abrangente sobre o modelo regulatório, sendo necessárias melhorias que possam subsidiar a tomada de decisão no processo gestor da regulação. A parte qualitativa foi baseada em entrevistas com 82,5% dos médicos reguladores da central de regulação. Os dados coletados foram analisados por meio do *software* ALCESTE (*Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte*) que gerou duas classes temáticas na análise do discurso: uma expressa a predominância do processo de judicialização como entrave no processo de regulação, e a outra, refere-se às dificuldades operacionais inerentes à prática regulatória. A regulação do acesso à terapia intensiva apresenta problemas principalmente em relação ao processo de monitoramento e avaliação, além de se deparar com uma forte influência do Poder Judiciário. Contudo, mostra sua potencialidade como um instrumento importante para a execução das ações em saúde, com vistas a subsidiar os processos avaliativo e gestor tão necessários à qualificação do sistema.

Palavras-chave: regulação do acesso; acesso aos serviços públicos de saúde; monitoramento e avaliação; gestão em saúde pública; judicialização.

ABSTRACT

The public regulation in Brazil's Unified Health System (SUS) exists to ensure users' access to public services and does this by acting on its offer and by planning actions in order to match the services offering with the identified needs. This study aims to analyze the process of regulating the access to the intensive care offered by the Federal District's Secretary of State for Health between the years 2007 and 2011. Specifically, this research intends to describe the current model of regulation and the standards through whom the regulation's structure, process and results can be monitored and evaluated. Furthermore, it verifies what is the medical regulators' perception of the current regulatory system. The research was both qualitative and quantitative. At first, 16 indicators were recommended, however, it was found that the information system used does not allow a comprehensive management analysis on the regulatory model, so improvements are needed to support decision making in the management process of regulation. The qualitative part of the research was based on interviews with 82.5% of the medical regulators of the central regulation office. The collected data were analyzed using the software ALCESTE (*Analyse d'um Lexicale pair Contexte Ensemble de Segments de Texte*) that generated two classes in the thematic analysis of discourse: one expresses the predominance of judicial decisions interfering in the regulation process, and another the presence of operational difficulties inherent to the regulatory practice. The regulation of the access to intensive care presents problems especially in relation to its monitoring and evaluation and the strong influence of the Judiciary System. However, it shows its potential as an important instrument for the implementation of health initiatives, supporting the evaluation and management processes that are necessary to its improvement.

Key-words: regulating access, access to public health services, monitoring and evaluation, public health management; Judicial decisions.

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1 - Regulação estatal sobre o setor saúde

Figura 2 - Mapa das regiões administrativas do Distrito Federal

Figura 3 - Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE)

Figura 4 - Plano Diretor de Regionalização do Distrito Federal (Regiões de Saúde)

Figura 5 - Organograma da Diretoria de Regulação da SES/DF

Figura 6 - Estrutura do Complexo Regulador do Distrito Federal

Figura 7 - Fluxograma da Central de Regulação de Internação Hospitalar da SES/DF

Figura 8 - Variação do número de leitos de UTI na rede SES/DF entre os anos 2007 e 2011

Figura 9 - Relação percentual entre rede pública, rede contratada e rede conveniada à SES/DF para leitos de UTI no ano de 2011

Figura 10 - Comparativo entre a quantidade ideal de leitos de UTI e a quantidade existente na rede SES/DF, segundo parâmetros de cobertura do MS no ano de 2011

Figura 11 – Comparação do número de solicitações de internação em UTI nos anos 2007 a 2011

Figura 12 - Proporção de internações em UTI no ano de 2011

Figura 13 - Número de internações em UTI ocorridas sob judicialização pelo número total de internações em UTI autorizadas pela CRIH, segundo o tipo de leito, no ano de 2011

Figura 14 - Proporção de internação em UTI ocorridas fora do fluxo regulatório pelo Número Total de Internações em UTI pela CRIH, segundo o tipo do leito, no ano de 2011

Figura 15 - Comparativo da proporção de óbitos ocorridos na fila de espera da CRIH segundo prioridade nos anos 2007 a 2011

Figura 16 - Dendograma sobre a percepção dos médicos reguladores da CRIH sobre o processo de regulação do acesso

Quadro 1 - Distribuição das Regiões Administrativas segundo as Regiões de Saúde do Distrito Federal

Quadro 2 - Indicadores propostos para o monitoramento e avaliação do processo de regulação do acesso aos leitos de UTI na rede SES/DF

Quadro 3 - Unidades solicitantes de internação em terapia intensiva na rede SES/DF no ano de 2011

Quadro 4 - Unidades executantes de internação em terapia intensiva na rede SES/DF no ano de 2011

Quadro 5 - Categoria de prioridades para a classificação de pacientes gravemente enfermos, conforme PT SES Nº 42/2006

Quadro 6 - Número de leitos de UTI na rede SES/DF, segundo a natureza e o tipo, por ano – 2007 a 2011

Quadro 7 - Leitos de UTI na rede SES/DF segundo a natureza, a unidade executante e o tipo, no mês de novembro/2011

Quadro 8 - Cálculo aplicado de acordo com os parâmetros de cobertura assistencial elencados na Portaria/GM/MS n.º 1.101, de 12/06/2002

Quadro 9 - Número de solicitações de internação em UTI registradas na CRIH da SES/DF segundo o tipo de leito para os anos 2007 a 2011

Quadro 10 - Número de internações em UTI ocorridas sob judicialização em 2011

Quadro 11 - Média de tempo entre a alta médica e a alta administrativa em UTI nos anos 2010 e 2011

Quadro 12 - Nº de Óbitos na fila de espera segundo a prioridade, nos anos 2007 a 2011

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ALCESTE - *Analyse d'un Lexicale pair Contexte Ensemble de Segments de Texte*

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CGGRA - Coordenação Geral de Gestão de Regulação das Redes Assistenciais

CODEPLAN - Companhia de Planejamento do Distrito Federal

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CRIH - Central de Regulação de Internação Hospitalar

DF - Distrito Federal

DIREG - Diretoria de Regulação

DODF - Diário Oficial do Distrito Federal

GTRA - Grupo Técnico de Regulação Assistencial

HBDF - Hospital de Base do Distrito Federal

HRAN - Hospital Regional da Asa Norte

HRAS - Hospital Regional da Asa Sul

HRBz - Hospital Regional de Brazlândia

HRC - Hospital Regional de Ceilândia

HRG - Hospital Regional do Gama

HRGu – Hospital Regional do Guará

HRP - Hospital Regional de Planaltina

HRPa - Hospital Regional do Paranoá

HRS- Hospital Regional de Sobradinho

HRSam - Hospital Regional de Samambaia

HRSM - Hospital Regional de Santa Maria

HRT - Hospital Regional de Taguatinga

HUB - Hospital Universitário de Brasília

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICDF - Instituto de Cardiologia do Distrito Federal

LODF - Lei Orgânica do Distrito Federal

NOAS - Normas Operacionais de Assistência à Saúde

NOB - Norma Operacional Básica

OMS - Organização Mundial da Saúde

PDR - Plano Diretor de Regionalização

PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

PPI - Programação Pactuada e Integrada

PROADESS - Programa de Desenvolvimento de metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde brasileiro.

RA - Região Administrativa

RIDE - Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno

SAS - Subsecretaria de Atenção à Saúde

SES - Secretaria de Estado de Saúde

SISREG - Sistema Informacional de Regulação do Ministério da Saúde

SUPRAC - Subsecretaria de Planejamento, Regulação, Avaliação e Controle

SUS - Sistema Único de Saúde

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	Introdução.....	15
2	Justificativa	22
3	Referencial teórico	
3.1	Conceito de Regulação	23
3.2	Regulação em Saúde.....	25
3.3	Acesso e Acessibilidade.....	30
3.4	Base Legal	31
3.5	Monitoramento e Avaliação de Políticas de Saúde	35
3.6	Caracterização do Sistema de Saúde do Distrito Federal.....	39
3.7	Parâmetros de cobertura assistencial hospitalar.....	48
4	Objetivos	
4.1	Geral	49
4.2	Específicos	49
5	Metodologia	50
6	Resultados	
6.1	Histórico da Implantação da regulação do acesso à assistência no Distrito Federal	56
6.1.1	Regulação do acesso à assistência ambulatorial na SES/DF ...	58
6.1.2	Regulação do acesso à assistência hospitalar na SES/DF	60
6.1.3	Complexo Regulador do Distrito Federal.....	62

6.2	Descrição do sistema de regulação do acesso à terapia intensiva no Distrito Federal	64
6.2.1	Sistema informacional da CRIH.....	75
6.3	Indicadores propostos e Dados Estatísticos da CRIH.....	78
6.4	Análise da percepção dos médicos reguladores da CRIH acerca do processo de regulação do acesso à terapia intensiva na SES/DF.....	121
7	Discussão	139
8	Considerações Finais	152
9	Recomendações	154
10	Referências.....	155
11	Apêndices	166
11.1	Apêndice A - Matriz de Indicadores.....	167
11.2	Apêndice B - Questionário para Entrevistas e TCLE.....	175
12	Anexos	183
12.1	Anexo A - Portaria SES/DF nº. 41, de 30/08/2006	184
12.2	Anexo B - Portaria SES/DF nº. 42, 31/08/2006	188
12.3	Anexo C - Formulário de Solicitação de Internação Hospitalar da SES/DF	196
12.4	Anexo D - Carta de Aprovação do Comitê de Ética	197

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo tem por objetivo analisar a regulação do acesso dos usuários aos serviços de Terapia Intensiva na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) e a utilização deste processo como instrumento de gestão nos anos 2007 a 2011.

Locks (1) ressalta a importância dos processos de gestão nos quais é necessário o conhecimento, a organização, a clareza, a estruturação, a pesquisa e a distribuição da informação como forte instrumento de gerência. Esse instrumento gerencial pressupõe que devam estar definidos protocolos de distribuição e de uso da informação, bem como mecanismos transparentes que assegurem o foco da regulação do acesso na necessidade e demanda do cidadão e não em amarras técnico-burocráticas que possam cercear o acesso aos serviços de saúde, por exemplo.

A busca da equidade no acesso aos serviços de saúde é um objetivo explícito de muitos sistemas de saúde, no entanto depara-se com muitas barreiras. A utilização do processo regulatório que envolva a racionalização da gestão pode se tornar um potente equalizador social do sistema de saúde, com vistas a amortizar a desigualdade relacional corrente no que diz respeito aos entes público e privado, além de atenuar a relação entre a necessidade, demanda e oferta, tornando-a coerente, compatível e sem grandes distorções.

Sob a ótica da demanda, a regulação do acesso busca qualificá-la, ou seja, disponibilizar o serviço de saúde mais adequado ao usuário, em momento oportuno e pautado em critérios de priorização de riscos. Sob o aspecto da oferta, o que se busca é a disponibilização de serviços e recursos assistenciais adequados às necessidades da população com base em critérios epidemiológicos.

Cabe ressaltar que, no Brasil, a Constituição Federal de 1988 (2) garante aos cidadãos o direito de acesso universal e integral aos cuidados de saúde. Consonantemente, Dalari (3) explicita que o direito à saúde, observado como direito individual, privilegia o princípio da igualdade, e defende que as atribuições municipais devam ser fortalecidas para que todos tenham o acesso aos serviços de saúde devidamente ofertados à população. Portanto, é inegável a necessidade de

se repensar a forma de compreensão da regulação em saúde visto que as atribuições do Estado ampliaram-se significativamente com o objetivo de garantir o acesso aos serviços, aludindo-se assim, não só ao direito individual, mas principalmente ao direito coletivo à saúde. Ademais, a descentralização das ações de saúde para estados e municípios determinou a divisão de responsabilidades e atribuições entre os governos federal, estadual e municipal, assim como entre cidadãos, setor público e setor privado. Apesar das controvérsias quanto à autoridade para regular, seja do Estado ou do município, permanece a convicção de que os provedores de serviços devem estar sob regulação, independentemente de serem entes públicos ou privados, uma vez que a ação regulatória otimiza os recursos disponíveis e favorece o devido acesso aos usuários.

Na área da saúde, o Estado é o principal sujeito da regulação, compreendendo três níveis de atuação: a) regulação sobre sistemas de saúde; b) regulação da atenção à saúde e; c) regulação do acesso à assistência ou regulação assistencial (4). Importante ressaltar que a regulação sobre sistemas de saúde contém as ações de regulação da atenção à saúde, que por sua vez contém as ações de regulação do acesso à assistência.

A regulação sobre sistemas de saúde tem como principais funções a definição de normas, monitoramento, fiscalização, controle e avaliação dos serviços de saúde. Essas funções são geralmente exercidas por diferentes órgãos reguladores, em âmbito nacional ou regional, incluindo o Ministério da Saúde (MS) e agências reguladoras.

No final dos anos 1990, por meio da Lei nº 9.782/99 (5), criou-se a primeira agência reguladora social no Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), com vistas a atuar, não em um setor específico da economia, mas em todos os setores relacionados a produtos e serviços que possam afetar a saúde da população brasileira. Mais uma singularidade desta Agência é sua competência tanto na regulação econômica do mercado (definição de preços e monitoramento do mercado) quanto na regulação sanitária (registros de medicamentos, por exemplo).

Outra agência reguladora criada foi a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por meio da Lei nº 9.961/00 (6), com a finalidade de regulamentar os planos privados de saúde. Assim, a Reforma do Estado, instituída

no período, não só definia a regulação como política de Estado, como também estabelecia as responsabilidades estatais para os setores privado e público.

A regulação da atenção à saúde como ferramenta promotora de equidade, acessibilidade e de integralidade tem como objetivo a produção de ações diretas e finais de atenção à saúde, e está direcionada aos prestadores de serviços de saúde públicos e privados. Os principais sujeitos desta regulação são os gestores municipais e, de forma suplementar, os gestores estaduais e o gestor federal (4). Tem como principais funções as ações de contratação, de controle assistencial, de regulação do acesso à assistência, de avaliação da atenção à saúde e de auditoria assistencial.

A regulação assistencial promove a equidade do acesso à saúde, garantindo a integralidade da assistência e permitindo ajustar a oferta assistencial disponível às necessidades imediatas do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e racional.

Uma das estratégias utilizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para promover o acesso com equidade é a organização de centrais de regulação por temas ou áreas assistenciais, quais sejam urgência e emergência, consultas e exames de média e alta complexidade, internações clínicas ou cirúrgicas e em terapia intensiva, transplantes, obstetrícia e neonatal, entre outras (7).

Segundo o MS, as Centrais de Regulação podem constituir-se em um poderoso instrumento de intervenção na realidade sanitária, permitindo às instâncias de gestão (estadual, municipal e federal) regularem o perfil assistencial mais adequado às necessidades de saúde. Com uma concepção flexível, podem permitir sua adequação às peculiaridades municipais respeitando, assim, as especificidades locais, ao mesmo tempo em que subsidia decisões sobre macropolíticas regionais e intersetoriais. Dependendo, ainda, de mais investimentos, trata-se de um instrumento de gestão que aponta, de forma sistematizada, pontos de estrangulamento para a consolidação do acesso às tecnologias de saúde existentes de forma mais equitativa e justa para a população (8).

Destacando-se, por exemplo, no estado do Rio de Janeiro, em 2001, as Centrais de Regulação de Ações em Saúde foram sendo implantadas com o

objetivo de controlar a oferta de serviços de saúde referente à internações e exames de alta e média complexidade, possibilitando um acesso mais ágil e democrático à população. À época, estas Centrais de Regulação permitiam total transparência na distribuição dos serviços de saúde e no fluxo de pacientes, para todos os gestores municipais do Estado do Rio de Janeiro, evidenciando a situação dos leitos da região em termos de ocupação/especialidades, poupando assim o usuário da peregrinação por diferentes municípios e hospitais, na busca de internação. A Secretaria Estadual do Rio de Janeiro previu inclusive que o sistema informacional utilizado pelas Centrais de Regulação, conhecido por SISREG (Sistema Informacional de Regulação), disponibilizasse suas informações em tempo real, via Internet (9).

Outro exemplo de central de regulação do acesso, que vem garantindo a distribuição de vagas em obstetrícia, pode ser encontrado em funcionamento desde outubro de 2002 em cinco municípios do Estado de Alagoas. Antes mesmo de sair do próprio município, a gestante contacta a central de regulação para se certificar do leito existente na maternidade e a central faz a consulta às unidades de saúde, verifica a existência da vaga e autoriza a internação.

No entanto, urge a necessidade que a regulação dos serviços públicos de saúde, aliada à pactuação dos critérios de articulação entre o sistema público e o privado tenham um controle mais rigoroso para preservação dos princípios da equidade.

Apesar dos avanços na forma de operacionalização da regulação assistencial, o processo de regulação em saúde ocorre ainda de forma bastante incipiente, requerendo aprimoramento em diversos aspectos. É importante dotar esse processo de instrumentos que garantam, de acordo com a necessidade de cada caso, a qualidade do atendimento aos pacientes e a alocação eficiente dos recursos médico-hospitalares.

Nota-se assim, que a prestação de serviços na área da saúde apresenta-se como um dos setores mais problemáticos para o exercício da regulação pelo Estado. As falhas de mercado que ocorrem no setor saúde justificam a regulação pelo Estado para alcançar a otimização na alocação e na distribuição dos recursos (10).

Em síntese, a regulação do acesso aos serviços de saúde subsidia o redimensionamento da oferta (diminuição ou expansão), qualifica a utilização dos recursos assistenciais e financeiros e coíbe fluxos paralelos, com base em relações pessoais e outros critérios não científicos ou não-pactuados.

A Política Nacional de Regulação do MS (11) objetiva, precipuamente, promover o acesso dos usuários aos serviços de saúde obedecendo aos princípios, diretrizes e normas técnicas do SUS.

De acordo com Magalhães (12), a regulação assistencial busca, também, privilegiar o acesso dos usuários aos serviços de saúde pautada em consensos técnicos internacionais de priorização de riscos, bem como, adequar a demanda à oferta disponível, reduzir os custos e redirecionar o investimento dos recursos de forma eficiente e eficaz. Ações estas consideradas como forte instrumento de gestão. Entretanto, outras ações realizadas pelo Poder Judiciário influenciam a tomada de decisão no processo gestor, impedindo o correto fluxo regulatório.

Por conseguinte, notam-se decisões judiciais que parecem ferir a inconstitucionalidade, uma vez que afetam os princípios da universalidade e igualdade, privilegiando o acesso de alguns indivíduos ao SUS, em detrimento do real necessitado (13).

Como afirmam Vieira e Zucchi(14), apesar de ser um direito do cidadão exigir a garantia de acesso aos serviços públicos de saúde via sistema judiciário, observa-se que esta prática fragmenta a política pública vigente, desconsiderando os critérios essenciais que a fundamentam, ferindo assim, o princípio da equidade. Portanto, os critérios técnicos precisam ser observados para garantir maior efetividade à política de saúde e eficiência do gasto(13).

A judicialização da política pública, à luz da teoria geral dos sistemas, ocorre quando há uma sobreposição das decisões judiciais à estrutura normativa desenvolvida pelo sistema político (15). De fato, a magistratura brasileira não se omitirá quanto aos casos que lhe são submetidos, independentemente da natureza ou complexidade, o que poderá levá-la a uma exorbitação de suas prerrogativas (16). Isto posto, Delduque (17) recomenda uma reflexão sobre os limites da atuação

judicial e do próprio sistema jurídico, em face da proteção de direitos sociais e seu reflexo nas políticas públicas elaboradas pelo sistema político.

Numa visão socioeconômica, observa-se, por exemplo, que o acesso à justiça para obtenção de medicamentos no Distrito Federal (DF) possui uma forte atuação da Defensoria Pública, demandada principalmente pelas classes média e baixa da população residente. Já no município de São Paulo, a população que mais demanda ao Poder Judiciário é a que habita nas regiões mais abastadas e com melhores condições de renda (18).

Não obstante, o que se pretende alcançar é a aplicação prática do artigo 196 da Constituição Federal, que garante o direito à saúde mediante políticas sociais e econômicas focadas na redução de riscos e agravos com vistas à obediência aos princípios do SUS.

Deste modo, cabe ao SUS e somente a ele a prestação de serviços públicos de saúde (19). Tutelar o acesso aos serviços públicos de saúde é, assim, tutelar todas as ações de promoção, prevenção e recuperação do estado de completo bem estar e não apenas as ações e serviços prestados pelo SUS. Contudo, a escassez de recursos públicos em relação à crescente demanda e os altos custos dos tratamentos em saúde têm exigido cada vez mais, rigor e racionalização na alocação dos recursos financeiros, como também na utilização dos bens e serviços do SUS. A qualificação da gestão do SUS consiste em requisito fundamental para sua consolidação e reafirmação dos princípios ideários que nortearam sua criação, quais sejam, universalidade, equidade, integralidade e participação social.

No Distrito Federal foi institucionalizada a regulação do acesso aos serviços de saúde, por meio de centrais de regulação. Uma delas é a Central de Regulação de Internação Hospitalar (CRIH) que organiza sistematicamente o acesso dos pacientes à terapia intensiva. Com o intuito de se analisar o processo empregado para a implantação e implementação da CRIH, bem como todo o processo de encaminhamento dos pacientes gravemente enfermos à terapia intensiva, algumas questões foram formuladas com vistas a nortear o presente estudo:

1. O fornecimento do acesso à terapia intensiva por meio da CRIH, baseado em critérios de priorização dos pacientes gravemente está empregado de forma adequada?
2. A equidade no acesso à de terapia intensiva tem sido respeitada?
3. Quais fatores contribuem para a admissão de pacientes nas unidades de terapia intensiva fora do fluxo regulatório?
4. Há leitos de UTI suficientes para assistência à saúde da população?
5. Quais os principais motivos que impediram o devido acesso à terapia intensiva?
6. Os dados gerados pelo sistema informacional utilizado no processo de regulação têm sido usados e aplicados na tomada de decisão?
7. Em que medida o Poder Judiciário influencia o acesso dos usuários à terapia intensiva na SES/DF, desconsiderando os protocolos vigentes de regulação da CRIH?

Nesta ótica, demonstrar-se-á que a efetivação do acesso ao SUS, como direito à saúde, exige o compromisso dos Poderes da União e dos prestadores de serviços em observar de forma criteriosa os princípios e políticas do SUS.

2. JUSTIFICATIVA

Existem inúmeros desafios na implementação da regulação pública no SUS e utilizar a regulação do acesso como instrumento de gestão é um deles. A regulação, ao garantir o acesso dos usuários aos serviços públicos de saúde, atua sobre a oferta dos mesmos, assume o planejamento das ações e estabelece a adequação desta oferta de acordo com as necessidades identificadas.

Promove assim, a equidade do acesso, garantindo-se a integralidade da assistência de forma equânime e ordenada, segundo os princípios do SUS.

A relevância deste trabalho de pesquisa pode ser percebida ao se notar o difícil acesso dos usuários aos serviços do SUS, de forma não equânime, realidade esta não só percebida nos serviços públicos da saúde do Distrito Federal, mas em todo o Brasil, quando são noticiados os problemas decorrentes da gestão pública em saúde.

Além disso, associa-se a não aplicabilidade dos conceitos de regulação na prática vigente das políticas públicas em saúde, a despeito de ser um poderoso instrumento de gestão.

Por se tratar de um estudo pioneiro na SES/DF e por vincular diretamente a aplicação da Política Nacional de Regulação à gestão da saúde pública, pretende-se contribuir para que os serviços públicos de saúde se tornem mais acessíveis, de forma universal, equânime e igualitária, levando-se em consideração o nível de complexidade do atendimento, a gravidade da doença e a melhor indicação resolutiva para cada caso, conforme preconiza o processo regulatório assistencial.

Justifica-se assim, o interesse pelo tema proposto devido à recente implantação do processo de regulação do acesso aos serviços de saúde no DF a partir do ano de 2006. Faz-se necessária, então, uma análise sobre a condução dos trabalhos, verificando se a mesma atende às metas previamente traçadas frente aos princípios norteadores do SUS.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Conceito de Regulação

De um modo geral, a regulação pode ser entendida como uma função essencial para a manutenção do equilíbrio de qualquer sistema, seja ele físico ou social. Boyer (7) enfatiza essa questão quando define a regulação como uma conjunção dos mecanismos que viabilizam a reprodução do conjunto do sistema, em função do estado das estruturas econômicas e das formas sociais.

Os estudos na área de regulação têm focado principalmente sua dimensão econômica(20). Sob a ótica da teoria econômica clássica, a regulação poderia ser caracterizada como a intervenção estatal para corrigir “falhas de mercado”, utilizando instrumentos como incentivos financeiros e de comando e controle (21). Tais falhas de mercado ocorrem quando as perfeitas condições de competição, voltadas para a “lei da oferta e da demanda”, não estão plenamente satisfeitas.

Num conceito ampliado, a regulação é vista como um conjunto de ações-meio que dirigem, ajustam, facilitam ou limitam determinados processos para o alcance de resultados que podem estar relacionados à satisfação do consumidor ou ao atendimento das necessidades mais prementes de uma população (4).

A regulação aparece assim como uma maneira de propiciar eficiência econômica e estaria a serviço dela (22). Além disso, a regulação promoveria o bem-estar de consumidores e usuários, ao mesmo tempo em que incentivaria investimentos necessários para o desenvolvimento econômico.

Fiani (20) defende que o processo de regulação é bastante complexo, dependendo do contexto institucional específico e dos agentes que esse contexto admite como participantes. Nesta perspectiva, a regulação é estudada a partir da atuação de grupos de interesse. Nos casos em que a regulação, por exemplo, beneficia a indústria regulada, o processo é denominado como tendo resultado forte. Já em casos em que a regulação surgiria como resposta à ação de diversos e complexos grupos de interesse, e não apenas dos produtores, compreende-se um resultado fraco. Destarte, ideologia, princípios, valores e interesses políticos têm papel importante na análise do processo regulatório.

No Brasil, segundo Ibanhes *et al* (23), a regulação tem como fundamentação a macropolítica de ajuste econômico, de viés neoliberal, a partir da privatização de setores estratégicos.

No âmbito federal e estadual foram criadas agências reguladoras com a meta de se regular os serviços públicos de setores econômicos considerados estratégicos. Neste contexto destacam-se as áreas de energia, telecomunicações, petróleo e gás, vigilância sanitária e saúde suplementar.

A regulação abarcaria, então, tanto o ato de regulamentar/elaborar leis, regras, ou normas, quanto as ações e técnicas que asseguram o cumprimento dessas leis, quais sejam fiscalização, controle, avaliação, auditoria, sanções e premiações (4). Assim compreendida, pode-se dizer que o termo regulação é frequentemente usado quando se refere aos serviços que funcionam sob concessão do Estado para suprir necessidades da população. Todavia, a regulação não é função apenas do Estado, pois ocorre também na sociedade civil e no mercado, por meio da concorrência ou do monopólio.

O conceito de regulação vem ao longo do tempo sendo aprimorado e usado conforme as mudanças políticas, sociais e econômicas (24). Nesse contexto, o Estado pode transferir ações para o setor privado, ou agir em parceria com agentes sociais. Desta feita, transforma-se o antigo Estado centralizador da produção do bem público em um moderno Estado coprodutor, mas ainda na condição de responsável último por sua produção. Sob uma visão geral, a regulação é tratada como a influência deliberada e propriamente dita do Estado, em qualquer área ou setor, que influencie a sociedade.

A ação do Estado em função do interesse público pode ser observada quando a regulação, basicamente, se referir à ação de uma agência pública sobre serviços de valor para a coletividade. Essa ação pressupõe uma autoridade pública formalmente constituída, que centraliza as ações de regulação, atuando por fora das relações comerciais e governamentais (25).

Conforme explana Crozier (26), a regulação pode ser entendida como os meios de que dispõe uma nação para controlar seus sistemas, ou seja, trata-se de mecanismos corretores que mantêm a existência de um sistema.

Na lógica acima, a regulação é que permite ao sistema, através dos seus órgãos reguladores, identificar perturbações, analisar e tratar as informações relativas a um estado de desequilíbrio e transmitir um conjunto de ordens coerentes a um ou vários de seus órgãos executores (27). Pressupõe-se, assim, a existência de um sistema cujo funcionamento seja regulado a partir de regras e parâmetros acordados entre as partes executoras e reguladoras.

A definição de grandes orientações e alvos a serem alcançados no estabelecimento de políticas públicas, além de um sistema de monitorização e de avaliação para a análise dos resultados esperados, são características primordiais de um Estado regulador. Alude-se à ideia, não mais do equilíbrio entre oferta e demanda, e sim à do equilíbrio entre órgãos executores e reguladores, o que resulta em benefícios para todos os usuários do sistema.

3.2 Regulação em Saúde

Como efetivador das políticas públicas em saúde, o Estado utiliza a regulação do acesso aos serviços públicos como um poderoso instrumento de gestão. Todavia, há que se debater a utilização desse instrumento sob a ótica da transição do Estado provedor para o Estado garantidor da produção dos serviços públicos, visto que a regulação, por meio das autoridades governamentais, interfere na prestação desses serviços.

A garantia do acesso da população aos serviços públicos de saúde a uma assistência qualificada, por meio de uma rede organizada de serviços, requer atuação direta do Estado na busca do estabelecimento de regras definidas para atuação dos mercados, o que configura a passagem de um Estado prestador para um Estado regulador, de fato. O atual sistema de saúde brasileiro, concebido em 1988 como sistema nacional de saúde, apresenta uma estrutura moldada na participação tanto do setor público como na do setor privado.

Segundo Nogueira (28), a ideia de que o modelo de análise centrado na regulação econômica parece não se aplicar na área da saúde por meio das duas agências reguladoras, ou seja, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a Agência de Saúde Suplementar (ANS). As funções primordiais destas agências

encontram-se inscritas no campo das políticas sociais. Tal condição obriga que o poder de regulação vinculado à elas observe princípios e diretrizes peculiares, de modo a promover, baseadas na Constituição, a saúde como um direito social de cidadania.

Entretanto, sob um olhar econômico, o processo de regulação poderá inter-relacionar a coordenação de atividades, a alocação de recursos e a administração de conflitos, além de utilizar diferentes técnicas, voltado para a busca de equilíbrio entre oferta, demanda e financiamento, com o objetivo de alcançar a eficiência e a equidade.

Desta forma, a regulação além de se referir aos macroprocessos de regulamentação, também define os mecanismos utilizados na formatação e no direcionamento da assistência à saúde propriamente dita (29).

Registra-se que alguns países têm se preocupado mais enfaticamente com a questão da regulação em saúde. A Bulgária compartilha com muitos outros países da Europa Central e Oriental o desafio de passar de um sistema de saúde de estilo soviético, em que o Estado era o principal financiador e fornecedor de serviços de saúde, para um sistema mais pluralista, com uma variedade de fontes de financiamento, incluindo um sistema de seguro de saúde e um papel mais forte do setor privado. Para isso, a regulação do acesso foi utilizada como instrumento de gestão sobre os prestadores de serviços em saúde para se estabelecer um sistema de financiamento sustentável (30).

Na Inglaterra, a regulação, além de fornecer acesso aos serviços de saúde, pode também ser um instrumento na gestão de reclamações sobre a saúde pública, disponibilizando dados para os serviços de ouvidoria e de assistência social (31). Ademais, no Serviço Nacional Britânico de Saúde, a regulação traz consigo o ônus de prestar as informações para auditoria e fiscalização, bem como respaldar a prestação de contas dos serviços de saúde prestados.

No Brasil, em que pese as melhorias e avanços na área da regulação, o Estado brasileiro ainda apresenta falhas no que tange a responsabilidade social em saúde, visto que tem o poder de impor uma estrutura planejada que possa proteger o interesse público contra a intervenção dos interesses privados.

Os governos – nos três níveis da Federação – deveriam ter autoridade sobre os provedores de serviços – públicos e privados –, regulando suas atividades, de modo a garantir que os cidadãos tenham um atendimento de qualidade, gratuitamente, e que os provedores sejam eficientes, de modo a reduzir os custos de operação do sistema (32).

Ressalta-se ainda a imperfeição de mercado, restringindo os cuidados de saúde aos consumidores com capacidade para pagar e não a todos que dele necessitam (33). Nessa lógica, a função reguladora do Estado é fundamental para harmonizar e articular oferta e procura em situações particulares, não estando em causa o cumprimento das mesmas regras da economia geral. Essa intervenção do Estado na saúde seria a única forma de otimizar a alocação dos escassos recursos disponíveis para a sociedade (10).

Desta feita, a prestação de serviços na área da saúde apresenta-se como um dos setores mais problemáticos para o exercício da regulação pelo Estado. Regular não se resume ao ato de regulamentar, mas, também inclui uma gama de ações que verificam se a produção em saúde se dá conforme as regras estabelecidas (4).

O papel do Estado ao se utilizar da regulação é o de definir os critérios de organização e prestação dos serviços, estabelecendo prioridades, além de elaborar as regras para a atuação dos mercados.

Scriven (34) afirma que a regulação controla não só o cumprimento das leis para a proteção dos indivíduos e das comunidades carentes, como também controla a qualidade dos serviços. Claramente, a regulação tem um papel importante na proteção da população, impedindo fraudes e garantindo padrões mínimos de qualidade dos serviços de saúde (34). Trata-se de um processo pelo qual a atividade do setor público e as forças de mercado são direcionadas para o bem público (35).

O debate mais aprofundado em relação ao conceito, práticas e finalidades da regulação, controle, avaliação e auditoria em saúde iniciou-se a partir de 2001 com as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) 01/2001(36) e 01/2002 (37). Igualmente, o Pacto pela Saúde (38), nas diretrizes do pacto de gestão, aborda a regulação do acesso à assistência como o estabelecimento de meios e ações para a garantia do direito constitucional de acesso universal, integral e

equânime, independente de acordo prévio estabelecido na Programação Pactuada e Integrada (PPI) e/ou da disponibilidade de recursos financeiros. Ele traz a ideia da regulação, do matriciamento e das linhas de cuidado como alternativas para articular gestão do sistema e produção do cuidado.

Na mesma linha de raciocínio, o Ministério da Saúde no ano de 2005, com a anuência do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), define a regulação do acesso como um conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a esses.

Criada por meio da Portaria GM/MS nº 1.559, de 1º/08/2008 (11), a Política Nacional de Regulação do SUS objetiva, precipuamente, promover o acesso equânime, universal e integral dos usuários aos serviços de saúde. Não em uma lógica meramente financeira, a regulação do acesso às ações de atenção à saúde contribui para otimizar a utilização dos serviços, em busca da qualidade da ação, da resposta adequada aos problemas clínicos e da satisfação do usuário, sem que haja para tanto a fragmentação do cuidado.

No Estado de Minas Gerais, a regulação é entendida como um conjunto de regras impositivas de proteção, acompanhada de algum mecanismo, tipicamente uma agência pública, para monitorar e promover a submissão a essas regras, sendo que os mecanismos de elaboração, de monitoramento e controle não precisam ser localizados em uma única instituição. Neste plano, o objetivo pode ser de caráter social ou econômico, e em geral visa a encorajar atividades consideradas úteis (39).

Assim, têm sido criadas centrais de regulação do acesso às áreas assistenciais, a saber: urgência e emergência, consultas e exames de média e alta complexidade, internações clínicas ou cirúrgicas e em terapia intensiva, transplantes, obstetrícia e neonatal, entre outras (40).

Como exemplo de regulação nesse nível de atuação, tem-se o Complexo Regulador do Distrito Federal (CRDF), institucionalizado por meio da Portaria/SES/DF nº 189, de 07/10/2009 (41). O CRDF é responsável por um conjunto de estratégias e ações definidas em um plano de regulação assistencial, para todos os níveis de complexidade, visando à organização efetiva de uma rede

pública articulada hierarquicamente, a partir do planejamento estruturado em bases regionais. Tem a missão de fornecer o acesso devido dos usuários, por meio de centrais de regulação na área ambulatorial, nas especialidades de dermatologia, oftalmologia, radiologia e cardiologia, e na área de internação, com ênfase no acesso aos leitos de terapia intensiva.

Outro exemplo, é a central de regulação no Estado do Ceará, sediada em Fortaleza, voltada para a regulação do acesso à terapia intensiva, com a disponibilização de leitos públicos e privados. Um estudo desenvolvido neste cenário discute a relação entre o público e o privado na prestação dos serviços, além de se abordar o papel do Estado e da sociedade civil na exigência de um controle efetivo sobre a utilização dos serviços oferecidos (42).

Sob o prisma da equidade na assistência à saúde, a regulação é imprescindível e sua finalidade é assegurar que se atinjam os grandes objetivos sociais do sistema de saúde, equilibrando as numerosas falhas de mercado e/ou falhas do governo que caracterizam esse setor (33).

Não obstante, o processo de regulação do acesso à assistência pode constituir-se em um poderoso instrumento de intervenção na realidade sanitária, permitindo às instâncias de gestão estadual, municipal e federal regular o perfil assistencial mais adequado às necessidades de saúde. Torna-se imperativo que o processo regulatório deva ser flexível, para permitir sua adequação às peculiaridades municipais, respeitando as especificidades locais, ao mesmo tempo em que subsidie decisões sobre macropolíticas regionais e intersetoriais (9).

Neste sentido, caracteriza-se como um instrumento de gestão com potência para apontar, de forma sistematizada, os pontos de estrangulamento com vistas à consolidação do acesso às tecnologias de saúde existentes de forma mais equitativa e justa para a população.

3.3 Acesso e Acessibilidade

O acesso ótimo significa o fornecimento do cuidado adequado, no momento e local apropriados (43). Ou seja, o acesso como resultado perfeito da interação entre a oferta e demanda (44).

Desta forma, pode ser definido como a liberdade e a capacidade de obter alguma coisa, ou dela fazer uso. No campo da saúde, o acesso é concebido como o conjunto de circunstâncias, de diversas naturezas, que viabiliza a entrada de cada usuário, ou paciente, na rede de serviços, em seus diferentes níveis de complexidade, bem como em suas diversas modalidades de atendimento. Dito de outra maneira, o acesso está relacionado com as dificuldades e as facilidades em obter tratamento desejado, estando, portanto, intrinsecamente ligado às características da oferta e da disponibilidade de recursos.

O que se discute, portanto, é a possibilidade de obter serviços necessários no momento e no local adequados, em quantidade suficiente e a um custo razoável. Ou seja, a garantia de acesso pressupõe a remoção de obstáculos físicos, financeiros e outros para a utilização dos serviços disponíveis (45).

Nesta acepção está embutida uma subdimensão inerente ao acesso, que se refere à ideia de tempo oportuno (*timeliness*). O tempo oportuno é o período durante o qual a prestação do cuidado – ou da intervenção – se faz mais benéfica e necessária (46).

No senso comum, acesso e acessibilidade são conceitos muitas vezes tratados de forma indistinta, quase como se fossem sinônimos. Apesar da situação ser também verdadeira na literatura acadêmica, alguns autores apontam a necessidade de marcar a diferenciação entre eles.

Travassos (47) cita o conceito de acesso centrado na entrada inicial dos serviços de saúde como o mais abordado, exemplificando para tanto o modelo de Andersen (48). Donabedian (49) trata o acesso como um dos aspectos da oferta de serviços relativo à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população. Já a acessibilidade é tratada como uma das dimensões do acesso e possui uma referência relacionada à distância geográfica, tempo e custo.

Há ainda quem trabalhe com esses conceitos de forma relacional, onde acesso ou acessibilidade diz respeito à relação entre as características do sistema de saúde e aquelas da população que eles servem, ou ainda o grau de ajuste entre as características da população e da oferta (recursos disponíveis) (47).

Para fins de estudo, esta pesquisa adota o conceito elaborado pelo PROADESS (Projeto de Desenvolvimento de metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde brasileiro) (50), no qual acesso é definido como a capacidade do sistema de saúde em prover o cuidado e o serviço necessários, no momento certo e no lugar adequado.

3.4 Base Legal

Na Constituição Federal de 1988 (2) foi estabelecido que os cidadãos têm o direito de acesso universal e integral aos cuidados de saúde. Em consequência, as atribuições do Estado com vistas a garantir este acesso ampliaram-se significativamente. A descentralização das ações de saúde para estados e municípios determinou a divisão de responsabilidades e atribuições entre os níveis de governo federal, estadual e municipal, assim como entre cidadãos, setor público e setor privado.

A Lei 8.080/90, também chamada de Lei Orgânica de Saúde (51), estabelece expressamente, em seu art. 7^o os princípios que regem o SUS, que as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, com ênfase na capacidade de resolução dos serviços

em todos os níveis de assistência; e organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

De todos esses princípios e diretrizes que regem a atenção à saúde no SUS, ganham um enfoque especial os princípios da universalidade, integralidade e da equidade, chamados de princípios ideológicos ou doutrinários, e os princípios da descentralização, regionalização, hierarquização e participação popular, chamados de princípios organizacionais.

Tal Lei não apenas reforçou a atribuição municipal de planejamento e execução dos serviços de saúde, como ampliou a função da União de alocação de recursos e regulação do desempenho das ações municipais e estaduais. (10)

Para tanto, foram criadas as normas operacionais do SUS que são portarias do Ministério da Saúde editadas a partir de 1991, e têm funcionado como potentes instrumentos de regulação do processo de descentralização, conforme tratam dos critérios e dos mecanismos de transferência de responsabilidades, atribuições e recursos da esfera federal para estados e municípios. Ao longo da década de 1990 foram editadas quatro dessas normas - as Normas Operacionais Básicas (NOB) do SUS 01/91 (52), 01/92 (53), 01/93 (54) e 01/96 (55) e mais recentemente, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), já apresentada em duas versões – NOAS/SUS 01/01 (36) e NOAS/SUS 01/02 (37).

No aspecto formal, as Normas Operacionais representam portarias do ministério com a mesma força das demais. Mas, a peculiaridade e a importância dessas normas estão tanto no fato de regularem o próprio processo de descentralização e o papel das esferas governistas, transcendendo o conteúdo da Carta Magna de 1988 e de leis da saúde no desenho institucional do SUS. Além do objeto principal da descentralização da gerência e do financiamento, as Normas Operacionais também regulam marginalmente outros aspectos relevantes da efetivação do SUS, ao tratarem questões como remuneração dos prestadores de serviços, modelo de atenção, sistemas de informações e organização da rede de serviços.

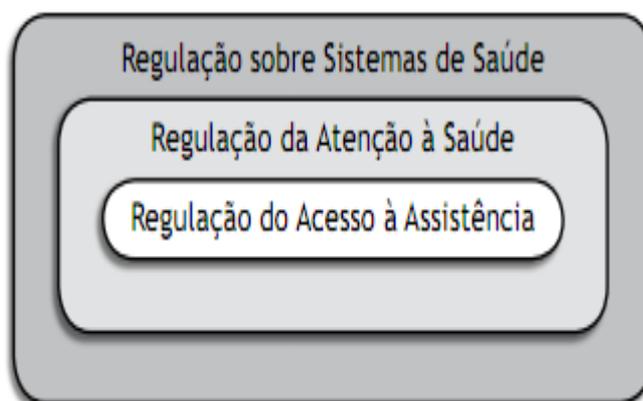
Com a NOB/96, pretendia-se que os municípios se capacitassem para regular as operações de todos os provedores de serviços – fossem eles públicos ou privados, em qualquer nível de complexidade. A NOAS/SUS/01 parece reverter essa

concepção, ampliando a noção da atenção básica pela qual os municípios seriam responsáveis, e reservando à União e aos estados a gestão da média e alta complexidade (56).

Por conseguinte, a NOAS/SUS/01 conceitua regulação como gestão em saúde, enquanto a Portaria SAS/MS nº 423/2002 (57), como “capacidade sistemática em responder às demandas de saúde em seus diversos níveis e etapas do processo de assistência, de forma a integrá-la às necessidades sociais e coletivas”, ou seja, como sinônimo de regulação do acesso à assistência a saúde.

Ainda à luz da NOAS/SUS/01, a regulação do acesso à assistência está voltada para a disponibilização do recurso mais adequado às necessidades do usuário.

Deste modo, a regulação estatal sobre o setor saúde deve aqui ser compreendida como toda a atuação do Estado no setor saúde e seguirá a subdivisão proposta por Schilling *et al* (4): Regulação sobre Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção à Saúde e Regulação do Acesso à Assistência, conforme a Figura 1:



Fonte: Ministério da Saúde

Figura 1 – Regulação estatal sobre o setor saúde

Interessante citar novamente a Portaria/SAS/MS n.º 423/2002(57), ao descrever que “à regulação assistencial cabe promover a equidade do acesso, garantindo a integralidade da assistência e permitindo ajustar a oferta assistencial

disponível às necessidades imediatas do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e racional”.

Como salientam Schilling *et al* (4):

“A regulação do acesso à assistência é mais do que a implantação de computadores, infovias, entre outros, ou de normas e protocolos, pois abarca também relações de gestores com prestadores, de gestores e prestadores com gerentes de unidades de saúde, de gerentes com profissionais e, o mais importante, de usuários e as suas distintas demandas/necessidades com todos. Portanto, como em qualquer trabalho em saúde, a regulação do acesso implica relações políticas, técnicas e de cuidado, consistindo assim em um conjunto de tecnologias (relacionais, saberes, instrumentos, etc.) e ações que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a estes. Estas intermediações podem se configurar de maneiras diversas, a depender dos objetivos postos pela Política de Regulação da Atenção à Saúde”.

A regulação no SUS ganha força após o Pacto de Gestão (38), divulgado pela Portaria/GM/MS n.º 399, de 22/02/2006, que tem como principal finalidade a busca de maior autonomia para os estados e municípios no que tange aos processos normativos do SUS, definindo responsabilidade sanitária de cada esfera de governo, tornando mais claras as atribuições de cada um, contribuindo assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada do SUS.

As diretrizes para gestão do SUS têm ênfase na Descentralização, Regionalização, Financiamento, Programação Pactuada e Integrada (PPI), Regulação, Planejamento, Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, Participação e Controle Social.

Por meio da Portaria/GM/MS n.º 1.559, de 01/08/2008 (11), que institui a Política Nacional de Regulação do SUS, identificou-se nas diretrizes por ela apresentadas, uma forma de se reorganizar a rede de serviços da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), para que o acesso da população aos serviços de saúde seja disponibilizado de forma equânime, oportuna e sistemática, através de Complexos Reguladores.

O Complexo Regulador assistencial ligado ao SUS compreende a concepção que institui ao poder público o desenvolvimento de sua capacidade sistemática em responder às demandas de saúde em seus diferentes níveis e etapas do processo

de assistência, enquanto um instrumento ordenador, orientador e definidor da atenção à saúde, fazendo-o de forma rápida, qualificada e integrada, com base no interesse social e coletivo (58).

É composto por uma ou mais estruturas denominadas Centrais de Regulação, que compreendem toda a ação meio do processo regulatório, isto é, recebem as solicitações de atendimento, processam e agendam.

As Centrais de Regulação atuam em áreas assistenciais interrelacionadas como a assistência pré-hospitalar e inter-hospitalar de urgência, as internações, além das consultas e procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade. São classificadas em centrais de regulação das urgências, central de regulação das internações, central de regulação de consultas e exames e central nacional de regulação da alta complexidade.

Não obstante, a estruturação do Complexo Regulador permite absorver toda a assistência à saúde de média e alta complexidade em uma estrutura de regulação.

3.5 Monitoramento e Avaliação de Políticas de Saúde

O monitoramento e a avaliação de políticas e programas de saúde são instrumentos importantes para o aperfeiçoamento da gestão pública, que visa ao desenvolvimento de ações eficientes e eficazes em face das necessidades da população.

Para que a avaliação das políticas, programas ou ações tenham um impacto social, é preciso um processo avaliativo que possibilite a compreensão de todas as dimensões e explicações das atividades de avaliação, ou seja, é recomendável a utilização de um processo sistemático de análise de atividades e fatos que permita compreender, de forma contextualizada, todas as dimensões e implicações do programa, com vistas a estimular seu aperfeiçoamento (59).

Para a avaliação de desempenho no sistema de saúde brasileiro faz-se necessária a inclusão que parte do pressuposto de que as condições de saúde da população sofrem o impacto de fatores sociais econômicos e ambientais, que podem intervir de forma importante nos resultados do desempenho do sistema de serviços

de saúde, o que caracteriza o modelo de avaliação centrado fundamentalmente no desempenho dos serviços (60).

O monitoramento contínuo e a avaliação servem para medir o grau de cumprimento dos objetivos definidos no desenho das políticas; revisar os aspectos da prática em que foram apropriados para o trabalho desenvolvido e quais poderiam ser melhorados; examinar o marco em que as políticas e/ou programas e/ou ações foram construídas, identificando os fatores favoráveis e facilitadores e os obstáculos (61).

Tanto o processo de monitoramento quanto o de avaliação envolvem a coleta de dados, o processamento e análise da informação. Um planejamento adequado desde o início é fundamental para que a coleta do material atenda às perguntas que se pretende responder. Qualquer monitoramento ou avaliação pressupõe a utilização de algum modelo teórico que explicita como se espera que as ações desenvolvidas alcancem seus objetivos (62, 63).

Desta forma, as organizações de saúde sejam elas públicas ou privadas têm buscado ferramentas que forneçam informações relevantes para um processo de tomada de decisão baseado em evidências e não em intuição (64).

A disponibilidade de informação apoiada em dados válidos e confiáveis é condição essencial para a análise objetiva da situação sanitária, assim como para a tomada de decisões baseadas em evidências e para a programação de ações de saúde (65, 66).

Portanto, os indicadores em saúde têm sido utilizados cada vez mais em processos de monitoramento e avaliação que visam identificar aspectos para a melhoria do desempenho e subsidiar a alocação de recursos. Apesar do uso de indicadores terem se expandido em todas as áreas de aplicação, os conceitos e princípios sobre os quais são fundamentados constituem um processo complexo e de constante reavaliação para a construção de evidências científicas (67).

Em termos gerais, os indicadores são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Vistos em conjunto, devem

refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde.

Assim, os indicadores passam a ser variáveis que medem quantitativamente as variações no comportamento dos critérios de qualidade anteriormente estabelecidos. É a variável que descreve uma realidade (68), devendo para isso ter as características de uma medida válida em termos estatísticos.

Podem ser entendidos como representações quantitativas de resultados, situação ou ocorrências, constituindo-se em poderosa ferramenta gerencial para o monitoramento, a mensuração e avaliação da qualidade e produtividade (69). Ademais, proporcionam informações valiosas, necessárias e mensuráveis para descrever tanto a realidade como as modificações devidas à presença do serviço ou assistência.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), indicadores são marcadores da situação sanitária que demonstram a *performance* de serviços ou a disponibilidade de recursos para permitir a monitorização dos objetivos previamente elaborados.

A qualidade de um indicador depende das propriedades dos componentes utilizados em sua formulação. A seleção do conjunto básico de indicadores – e de seus níveis de desagregação – pode variar em função da disponibilidade de sistemas de informação, fontes de dados, recursos, prioridades e necessidades específicas (70).

No entendimento do Ministério da Saúde (71), para o acompanhamento, avaliação e monitoramento de objetivos e metas alcançadas são utilizados indicadores que reflitam o alcance (ou não) destas metas, que podem significar/representar os processos instalados e/ou produtos obtidos.

A valorização da utilização de indicadores no monitoramento do desempenho dos sistemas de serviços de saúde cresceu de forma significativa nas últimas décadas. A expansão do SUS e do Sistema de Saúde Suplementar, e as formas de gestão adotadas estimularam o uso de indicadores na avaliação do desempenho, qualidade e segurança nos hospitais (72).

Porém, a detecção de indicadores de qualidade não deve procurar apenas uma descrição exaustiva dos serviços hospitalares, mas sim a verificação dos dados mais representativos da realidade existente, cuja análise permita chegar a conclusões confiáveis de forma simples (73).

Vários fatores ou atributos precisam ser considerados na seleção de um indicador:

- *Validade*: até onde um indicador mede com precisão o que pretende medir.
- *Aceitabilidade*: até que ponto o indicador é aceitável para os que estão sendo avaliados e daqueles submetidos à avaliação.
- *Viabilidade*: até que ponto estão disponíveis para coleta dados válidos, consistentes e confiáveis.
- *Confiabilidade*: até que ponto há erro de medição mínima ou as descobertas são reprodutíveis.
- *Sensibilidade à mudança*: até onde um indicador tem a capacidade de detectar mudanças na unidade de medida.
- *Validade previsível*: até onde o indicador tem a capacidade de prever resultados relevantes com precisão.

Donabedian (74) construiu um modelo de avaliação de desempenho dos serviços de saúde classificando seus atributos segundo três grandes categorias, a saber: estrutura, processo e resultado. Entretanto, é necessário traduzir os conceitos e definições gerais, da melhor maneira, em critérios operacionais, parâmetros e indicadores, validados e calibrados pelos atributos citados (75).

Por estrutura, compreendem-se as instalações físicas, os recursos financeiros, os materiais e equipamentos disponíveis, a estrutura administrativa e seu correspondente organograma e, principalmente, os recursos humanos e suas habilitações. Por processo, todas as atividades voltadas aos objetivos da organização, incluindo processos-meio e processos finalísticos.

E por resultado, entendem-se todos os produtos e serviços decorrentes dos processos.

Neste último, o conceito engloba as mudanças no estado de saúde de indivíduos e populações determinadas pela ação dos sistemas de serviços de saúde (60).

A vantagem do modelo proposto por Donabedian permite uma classificação preliminar dos indicadores frente às características dos serviços com as quais está primordialmente relacionado.

Assim, o monitoramento e análise dos processos devem pautar-se na busca da melhoria contínua, ter caráter periódico, sistemático e terem seus resultados sempre divulgados às partes interessadas. Da avaliação, quando necessário, devem resultar propostas de aperfeiçoamento ou de redesenho dos processos, visando melhorar a qualidade no atendimento ofertado ao paciente.

3.6 Caracterização do Sistema de Saúde do Distrito Federal

A organização política e administrativa do Distrito Federal desde a sua criação foi dependente da União. Somente com o advento da promulgação da Constituição de 1988 é que o Distrito Federal alcançou sua independência política podendo seus cidadãos eleger o Governador e os Deputados Distritais.

A Lei Orgânica do Distrito Federal (LODF) (51) foi promulgada em junho de 1993 e sob a égide da Carta Magna, essa lei constitui-se o arcabouço legal que norteia a organização político-administrativa e do desenvolvimento do Distrito Federal.

Por preceito constitucional, o Distrito Federal não pode se organizar em municípios. Conforme Artigo 10, da LODF: “O Distrito Federal organiza-se em Regiões Administrativas (RA), com vistas à descentralização administrativa, à utilização racional de recursos para o desenvolvimento socioeconômico e à melhoria da qualidade de vida”. Ou seja, ao Distrito Federal é facultada apenas a descentralização de serviços.

Em 2010, segundo a Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN) (76), o DF foi dividido em 30 RA's, conforme ilustra a Figura 2, no entanto, os limites físicos ainda não estão legalmente definidos.



RA I	Brasília	RA XI	Cruzeiro	RA XXI	Riacho Fundo II
RA II	Gama	RA XII	Samambaia	RA XXII	Sudoeste/Octogonal
RA III	Taguatinga	RA XIII	Santa Maria	RA XXIII	Varjão
RA IV	Brazlândia	RA XIV	São Sebastião	RA XXIV	Park Way
RA V	Sobradinho	RA XV	Recanto das Emas	RA XXV	SCIA (Estrutural) ¹
RA VI	Planaltina	RA XVI	Lago Sul	RA XXVI	Sobradinho II
RA VII	Paranoá	RA XVII	Riacho Fundo	RA XXVII	Jardim Botânico
RA VIII	Núcleo Bandeirante	RA XVIII	Lago Norte	RA XXVIII	Itapoã
RA IX	Ceilândia	RA XIX	Candangolândia	RA XXIX	SIA ²
RA X	Guará	RA XX	Águas Claras	RA XXX	Vicente Pires

(1) SCIA Setor Complementar de Indústria e Abastecimento - inclui a Vila Estrutural

(2) SIA - Setor de Indústria e Abastecimento

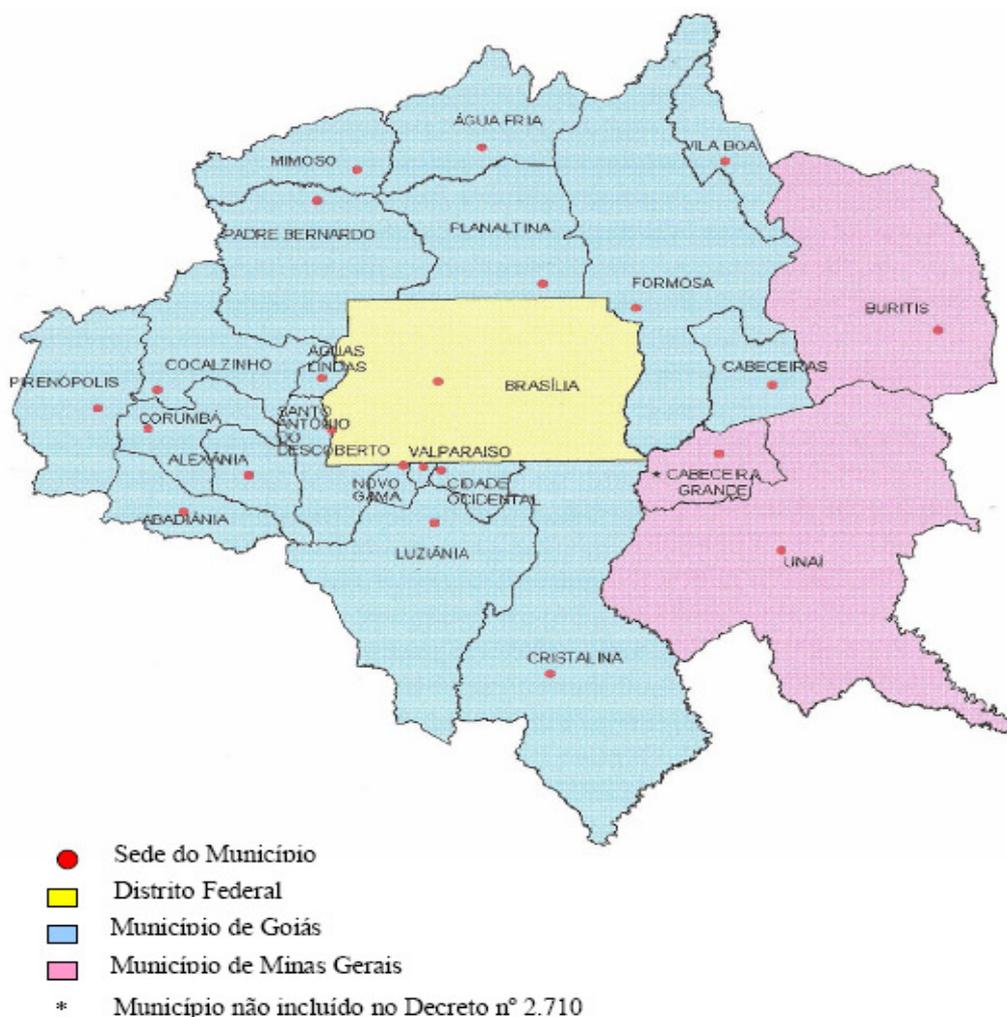
Fonte: Codeplan, 2010

Figura 2 – Mapa das regiões administrativas do Distrito Federal

A região do entorno de Brasília possui características peculiares que refletem diretamente na definição das políticas públicas para o Distrito Federal. A Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE/DF) foi criada por meio da Lei Complementar Nº 94, sancionada pelo Presidente da República em 19/02/1998, regulamentada pelo Decreto 2.710/98 e alterada pelo Decreto 3.445/00, com o objetivo de atenuar os desequilíbrios intra-regionais e de reduzir a pressão sobre os serviços públicos e sobre a economia do DF. Adota como princípio a integração de ações entre a União, Estados e Municípios na solução dos problemas vivenciados pelas populações do chamado “entorno do DF” e suas relações com Brasília, promovendo o fortalecimento da ação pública naquela localidade.

Atualmente a RIDE/DF é composta por 22 municípios, sendo 19 no estado de Goiás (Abadiânia, Águas Lindas de Goiás, Água Fria de Goiás, Alexânia,

Cabeceiras, Cidade Ocidental, Cocalzinho de Goiás, Corumbá de Goiás, Cristalina, Formosa, Luziânia, Mimoso de Goiás, Novo Gama, Padre Bernardo, Pirenópolis, Planaltina de Goiás, Santo Antônio do Descoberto, Valparaíso de Goiás e Vila Boa); e, 3 no estado de Minas Gerais (Unaí, Cabeceira Grande e Buritis), conforme ilustra a Figura 3:



Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

Figura 3 – Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE)

Em 2010, a população do DF alcançou 2.654.059 habitantes e entre os anos de 2000 e 2010, houve um incremento populacional da ordem de 519.014 habitantes, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (77). Em contrapartida, a população da RIDE/DF no mesmo ano alcançou 1.154.033 habitantes, perfazendo um total de 45,0% da população do Distrito Federal.

O percentual de participação de habitantes da RIDE/DF nos serviços públicos do DF geram demandas extras, não programáveis e não pactuadas entre os respectivos gestores, que acabam por competir pelo acesso com os habitantes naturais do DF. Assim, os recursos repassados pelo ente federal são calculados com base na população apenas do DF, mas as ações executadas são destinadas a um público maior e de complexa mensuração. Sendo assim, é necessária a pactuação de ações e serviços dentro dos princípios operacionais do sistema para superar as dificuldades existentes entre o Distrito Federal e seus vizinhos.

Os serviços públicos prestados pelo poder público nos municípios que compõem a RIDE/DF são precários, ou mesmo insuficientes para a sua realidade populacional, conseqüentemente, impõem ao DF o acolhimento da demanda não atendida.

Segundo o relatório “Fluxo de atendimento dos municípios da RIDE para os hospitais do DF – Série histórica 2008 a 2010”, produzido pela SES/DF, em 2010 foram realizados 284.514 atendimentos de pacientes oriundos da RIDE/DF, o que corresponde a 10,1% de todos os atendimentos realizados na rede SES/DF. Destes, 9,8% correspondem aos atendimentos de emergência e 14,8% aos de internação.

Visando atender aos princípios básicos do SUS, o DF foi subdividido em regiões de saúde de modo a garantir a integralidade da assistência e o acesso universal da população aos serviços e ações de saúde de acordo com as necessidades e especificidades, por intermédio da conformação de sistemas de atenção funcionais e resolutivos nos diversos níveis.

O sistema de saúde no DF caracteriza-se pela predominância de estabelecimentos de saúde sob a administração direta da SES/DF e apresenta a seguinte estruturação:

- **Unidades Básicas de Saúde:** 63 centros de saúde; 03 unidades mistas; 17 postos de saúde urbanos e 25 postos de saúde rurais - 90 equipes do Programa Saúde da Família, 49 equipes de Agentes Comunitários de Saúde e 10 equipes de Saúde Bucal.

- **Unidades Hospitalares:** 12 hospitais regionais; 01 hospital terciário; 03 hospitais especializados.
- **Unidades de Apoio:** 01 central de radiologia; 02 laboratórios regionais; 01 centro de orientação médico-psicopedagógica; 04 centros de atenção psicossocial; 01 hemocentro; 01 laboratório central; 21 núcleos de inspeção de saúde; 01 escola com formação superior, técnica e treinamentos; 01 fundação de ensino e pesquisa em ciências da saúde; 01 diretoria de saúde do trabalhador.

Apesar da expressividade deste conjunto de estabelecimentos, quando considerada a capacidade operativa do sistema, o DF apresenta déficits importantes em todos os níveis de complexidade, tendo sob gestão própria cerca de 70% de sua rede de serviços.

Atualmente, a rede de saúde do DF está dividida em sete Regiões de Saúde, e estas subdivididas em quinze Diretorias Regionais de Saúde, conforme preconizado pela NOAS/SUS/02 (37).

O DF definiu os módulos assistenciais conforme as diretrizes da NOAS/SUS/02, porém, considerando suas peculiaridades foram desenhados mais dois níveis de organização territorial acima do módulo assistencial.

Assim, existem as Regiões de Saúde e as Macrorregiões de Saúde, além das Regiões pólos e as Regiões abrangentes. Neste caso, a unidade mínima para fins de qualificação é o módulo assistencial, conforme ilustra o Plano Diretor de Regionalização (PDR) do DF à Figura 4:



Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

Figura 4 – Plano Diretor de Regionalização do Distrito Federal (Regiões de Saúde)

- **Módulo Assistencial:** é o módulo territorial com resolubilidade correspondente ao primeiro nível de referência (laboratório, radiologia simples, ultrassonografia obstétrica, psicologia, fisioterapia, ações de odontologia especializada, leitos hospitalares), contempla ações de saúde coletiva – vigilância sanitária e vigilância epidemiológica básicas. Com área de abrangência mínima a ser definida para cada Unidade de Federação (UF). É o primeiro nível de referência, conforme a NOAS/SUS/02.
- **Região de Saúde:** é a base territorial de planejamento, pode compreender um ou mais módulos assistenciais. Tem o nível de complexidade

imediatamente acima do módulo assistencial. Agrega maior complexidade e resolubilidade (conjunto de serviços de média complexidade e alguns serviços de alta complexidade assistencial, como por exemplo, cardiologia e serviço especializado como saúde mental).

- **Pólo Referência Distrital:** Apresentam maior densidade tecnológica e de pesquisa, oferecendo demais serviços de média complexidade. Tem um conjunto abrangente de serviços de alta complexidade, como por exemplo, terapia renal substitutiva, oncologia e leitos de terapia intensiva. Possui serviços especializados e ações de saúde coletiva – vigilância sanitária e epidemiológica – que exijam uma alta capacidade técnica.

O objetivo do PDR é garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde de acordo com suas necessidades, visando a conformação de sistemas de atenção funcionais e resolutivos nos diversos níveis.

Em 2002, a SES elaborou o PDR em conformidade ao proposto pela NOAS/SUS/02. O plano contemplou uma lógica de planejamento que envolvesse as quinze Diretorias Regionais de Saúde na redefinição de espaços regionais.

Para a elaboração do PDR a equipe técnica da SES/DF optou por manter a divisão territorial já definida na regionalização assistencial existente, fazendo um reagrupamento em seis Regiões de Saúde, a saber: Região Centro Norte, Região Centro Sul, Região Leste, Região Oeste, Região Sul e Região Norte. Tal divisão considerou a capacidade instalada da rede de serviços de saúde, o reconhecimento do perfil social, demográfico e epidemiológico da população, a identificação dos problemas de saúde prioritários, o fluxo de usuários, a situação geográfica e a distância entre as RA's.

Em 2004, ocorreu uma redefinição do PDR/DF, baseado no contingente populacional na Região Oeste, aquisição de unidade hospitalar na RA de Samambaia e fluxos migratórios naturais constatados nas RA's de Recanto das Emas, Candangolândia, Núcleo Bandeirante e Riacho Fundo.

O contexto atual da assistência fica assim distribuído: sete regiões assistenciais (surgindo a Região Sudoeste), onze módulos assistenciais e dois pólos referências distritais.

A elaboração do plano em questão aborda a divisão territorial no DF em três linguagens: Regiões Administrativas, Regionais de Saúde e Região de Saúde, conforme o Quadro 1.

Quadro 1 – Distribuição das Regiões Administrativas segundo as Regiões de Saúde do Distrito Federal

Denominação	Regiões Administrativas (RA's)	Diretorias Regionais de Saúde (DRS)	Regiões de Saúde	
RA I	Brasília (Asa Sul)	DRS Asa Sul	Módulo I	REGIÃO CENTRO SUL
RA XVI	Lago Sul			
RA XVII	Riacho Fundo			
RA XIX	Candangolândia			
RA VIII	Núcleo Bandeirante			
RA X	Guará	DRS Guará	Módulo II	
RA I	Brasília (Asa Norte)	DRS Asa Norte	Módulo I	REGIÃO CENTRO NORTE
RA XVIII	Lago Norte			
RA XI	Cruzeiro			
RA IX	Ceilândia	DRS Ceilândia	Módulo I	REGIÃO OESTE
RA IV	Brazlândia	DRS Brazlândia	Módulo II	
RA III	Taguatinga	DRS Taguatinga	Módulo I	REGIÃO SUDOESTE
RA XII	Samambaia	DRS Samambaia	Módulo II	
RA XV	Recanto das Emas	DRS Recanto das Emas		
RA V	Sobradinho	DRS Sobradinho	Módulo I	REGIAO NORTE
RA VI	Planaltina	DRS Planaltina	Módulo II	
RA VII	Paranoá	DRS Paranoá	Módulo I	REGIAO LESTE
RA XIV	São Sebastião	DRS São Sebastião		
RA II	Gama	DRS Gama	Módulo I	REGIAO SUL
RA XIII	Santa Maria	DRS Santa Maria		

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

O processo de descentralização enfatizou a regionalização e equidade, buscando a organização de sistemas de saúde funcionais que envolvam todos os níveis de atenção, sob a coordenação da SES/DF.

A redistribuição da população foi considerada visando à garantia de cobertura de ações e serviços de saúde, por área geográfica, incluindo recursos físicos, humanos e financeiros, disponíveis e necessários, atendendo ao preceito do SUS da garantia ao acesso e também a distribuição equânime de recursos.

Atualmente, a área de Terapia Intensiva no DF é composta por estruturas vinculadas às unidades hospitalares, constituídas pelos aspectos normativos da Portaria/GM/MS nº 3.432, de 12/08/1998, que estabelece critérios de classificação para as unidades de terapia intensiva (UTI).

Quanto às características, as unidades de terapia intensiva atendem a grupos etários específicos (neonatal, pediátrico e adulto) ou atendem uma demanda determinada (especializada):

- Neonatal – atendem pacientes de 0 a 28 dias;
- Pediátrico – atendem pacientes de 28 dias a 14 ou 18 anos de acordo com as rotinas hospitalares internas;
- Adulto – atendem pacientes maiores de 14 ou 18 anos de acordo com as rotinas hospitalares internas;
- Especializada – voltadas para pacientes atendidos por determinada especialidade ou pertencentes a grupo específico de doenças.

Apesar de existir proposta para alteração desta classificação, há serviços que ainda adotam uma divisão para cuidados intensivos em áreas específicas, mais comuns para as especialidades cardiologia, traumatologia e neurocirurgia.

Desde fevereiro de 2010, houve a normatização de novos parâmetros para o funcionamento das unidades de terapia intensiva – a Resolução-RDC N.º 7, de 24/02/2010. Isso exigirá a adequação tanto relativa a números de servidores e a processos de trabalho e monitoramento de dados epidemiológicos da rede SES/DF.

Hoje, a proposta para a Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico pelo MS, que dispõe sobre a organização e estruturação da atenção ao paciente gravemente enfermo, faz referência somente a três tipos de UTI, a saber: adulto, pediátrica e neonatal. Importante ressaltar que o credenciamento de unidades de terapia intensiva pelo MS só é feito nestas modalidades.

3.7 Parâmetros de cobertura assistencial hospitalar

Os parâmetros de cobertura assistencial do SUS destinam-se a orientar os gestores na melhoria da gestão, oferecendo subsídios para análise das necessidades da população, comparada a rede de oferta de serviços assistenciais.

Na atenção ao paciente gravemente enfermo torna-se imperiosa a exigência de uma conformação de uma rede assistencial organizada, hierarquizada e imbuída de aspectos qualificadores da atenção, em plena consonância com as políticas públicas do setor saúde.

A abordagem ao paciente gravemente enfermo demanda uma perfeita integração entre os diversos elementos constituintes da rede assistencial de saúde, sendo necessário considerar a complexidade e o conjunto de variáveis que interferem no dia a dia de uma unidade de terapia intensiva.

Segundo a OMS, de 7% a 10 % dos leitos totais da rede hospitalar devem ser destinados à terapia intensiva. A parametrização pela OMS segue uma abordagem direcionada para o aspecto apenas em relação ao quantitativo de leitos, não levando em consideração a variável populacional.

A Portaria/GM/MS nº 1.101, de 12/06/2002 (78), estabelece os parâmetros de cobertura hospitalar e estão destinados a estimar as necessidades de atendimento a uma determinada população. Nessa abordagem considera-se além da variável quantitativa de leitos, também a variável populacional. Assim, em relação aos leitos gerais o parâmetro de cobertura assistencial recomendado é de 2,5 a 3 leitos para cada mil habitantes.

Os parâmetros de cobertura assistencial para unidade de terapia intensiva (UTI) preconizado é o equivalente a um limite mínimo de 4% e um limite máximo de 10% do total de leitos gerais necessários. Entretanto, não há recomendação quanto ao parâmetro de cobertura assistencial pela natureza do leito de UTI, ou seja, não há parâmetros definidos especificamente para leitos neonatais, pediátricos ou especializados. Aplica-se, portanto, o parâmetro de cobertura assistencial apenas para leitos adultos.

4. OBJETIVOS

4.1 Geral

Analisar o processo de regulação do acesso à terapia intensiva no Distrito Federal no período de 2007 a 2011.

4.2 Específicos

- 4.2.1 Descrever o processo de implantação da regulação do acesso à assistência à saúde no Distrito Federal a partir de 2004;
- 4.2.2 Descrever o sistema de regulação do acesso à terapia intensiva no Distrito Federal;
- 4.2.3 Propor indicadores para o monitoramento e avaliação de processo e de desempenho da Central de Regulação de Internação Hospitalar (CRIH) da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF);
- 4.2.4 Analisar os dados gerados pelo sistema informacional utilizado pela CRIH, com vistas a calcular os indicadores propostos;
- 4.2.5 Verificar a percepção dos profissionais médicos reguladores que atuam na CRIH e que encaminham os pacientes gravemente enfermos à terapia intensiva, sobre o sistema de regulação.

5. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório do tipo descritivo, com uma abordagem quali-quantitativa. O estudo foi desenvolvido na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), precisamente na Central de Regulação de Internação Hospitalar (CRIH).

O percurso metodológico abrangeu cinco etapas, de acordo com os objetivos específicos, a saber:

5.1 Descrição do processo de implantação da regulação do acesso à assistência à saúde no Distrito Federal a partir de 2004

Esta etapa consistiu em uma pesquisa documental junto à Diretoria de Regulação da SES/DF a qual coordena as atividades do Complexo Regulador do DF. Realizou-se um levantamento da legislação, incluindo portarias, ordens de serviço, bem como relatórios anuais, notas técnicas e planos de ação referentes ao processo regulatório.

5.2 Descrição do sistema de regulação do acesso à terapia intensiva no DF

Da mesma forma que na etapa anterior, a pesquisa documental também foi realizada, com ênfase na implantação e implementação do processo de regulação do acesso à terapia intensiva, iniciado em 2006.

5.3 Proposição de Indicadores para o monitoramento e avaliação de processo e de desempenho da Central de Regulação de Internação Hospitalar – CRIH da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

Esta etapa visou contribuir com uma proposta de indicadores e padrões de qualidade, construídos a partir de critérios explícitos, para auxiliar no monitoramento e avaliação do processo de regulação do acesso à terapia intensiva por meio da CRIH.

Inicialmente, construiu-se um fluxograma da CRIH que inclui todas as etapas do processo de regulação e fez-se uma análise propondo-se indicadores que descrevem cada etapa do processo. Verificou-se também a possibilidade do sistema informacional gerar os dados necessários para a construção dos indicadores. Foram elaboradas fichas de qualificação para cada indicador proposto apontando a sua utilidade e suas possíveis limitações.

Para cada ficha técnica são apresentados: nome do indicador proposto, conceituação, interpretação, usos, limitações, fonte dos dados, método de cálculo, categorias sugeridas para análise, comentários e dados estatísticos. Para facilitar a compreensão também foi elaborada uma matriz com todos os indicadores propostos que permitem uma visualização geral.

Como guia para a proposição dos indicadores, utilizou-se o preconizado pela OPAS (70) que estabelece que a qualidade de um indicador depende das propriedades dos componentes utilizados em sua formulação (frequência de casos, tamanho da população em risco) e da precisão dos sistemas de informação empregados (registro, coleta, transmissão dos dados).

O grau de excelência de um indicador deve ser definido por sua validade e confiabilidade. Em geral, a validade de um indicador é determinada por sua sensibilidade e especificidade. Nessa linha metodológica, os indicadores propostos foram elaborados baseados no funcionamento dos serviços referentes à regulação, de acordo com os objetivos do estudo, visando principalmente fornecer uma análise concisa do sistema de regulação do acesso à terapia intensiva na rede SES/DF. Também foi considerada a ausência de processo sistematizado de monitoramento e avaliação de desempenho para o processo de regulação vigente.

Optou-se pela categorização de indicadores proposta por Donabedian (74), definida em três grandes categorias: estrutura, processo e resultado. Esta abordagem sistêmica permite que se busquem as relações entre a Estrutura/Processo/Resultado, que consiste na "real" avaliação de serviços, sistemas ou programas (79).

O estudo da estrutura analisa, fundamentalmente, as características da capacidade instalada quanto ao quantitativo de leitos de UTI vinculados à rede

SES/DF. A análise de processo descreve as atividades do serviço de regulação do acesso à terapia intensiva. E a avaliação do resultado delinea o alcance dos objetivos previamente traçados, com vistas a analisar se o acesso à terapia intensiva se deu em tempo oportuno.

Destarte, como subsídio ao processo de monitoramento e avaliação do processo de regulação do acesso aos leitos de terapia intensiva na rede SES/DF, por meio da CRIH, foram propostos 16 indicadores, dos quais três são de estrutura, onze de processo e dois de resultado, conforme o quadro a seguir:

Quadro 2 - Indicadores propostos para o monitoramento e avaliação do processo de regulação do acesso aos leitos de UTI na rede SES/DF

INDICADORES DE ESTRUTURA
1. Número de Leitos de UTI públicos, contratados e conveniados vinculados à SES/DF.
2. Número médio de Leitos de UTI públicos, contratados e conveniados vinculados à SES/DF.
3. Número de Leitos de UTI públicos, contratados e conveniados por habitante.*
INDICADORES DE PROCESSO
4. Número de Solicitações de Internação em UTI à CRIH.
5. Média de Solicitações de Internação em UTI à CRIH.
6. Proporção de Solicitações de Internação em UTI com dados clínicos incompletos.
7. Média de tempo para retorno da complementação de dados clínicos na solicitação incompleta de internação em UTI.
8. Número Total de Solicitações de Internação em UTI autorizadas pela CRIH.
9. Proporção de Solicitações autorizadas para a internação em UTI pela CRIH.
10. Proporção de Internações em UTI autorizadas pela CRIH.
11. Proporção de Internações em UTI ocorridas sob judicialização.
12. Proporção de Internações em UTI fora do fluxo regulatório.
13. Tempo Médio de Permanência no leito de UTI.
14. Tempo Médio entre a Alta Médica e a Alta Administrativa em UTI.

INDICADORES DE RESULTADO

- 15. Tempo Médio entre a solicitação de internação e a ocupação do leito de UTI.
- 16. Proporção de Óbitos na fila de espera da CRIH.

* O indicador Número de Leitos de UTI públicos, contratados e conveniados por habitante também é considerado de cobertura.

A matriz de indicadores possibilita uma visão geral de todos os indicadores propostos e está exposta no APÊNDICE A.

5.4 Cálculo dos indicadores propostos por meio da análise dos dados gerados pelo sistema informacional da CRIH

Como uma das etapas da pesquisa de campo, buscou-se no sistema informacional utilizado pela CRIH a possibilidade de cálculo para cada indicador proposto.

5.5 Análise da percepção dos médicos reguladores da CRIH

Esta etapa da pesquisa teve como propósito analisar a percepção dos médicos reguladores sobre o processo regulatório da CRIH. Como critério de inclusão foram escolhidos os médicos reguladores que atuavam na CRIH durante os meses de pesquisa.

Utilizou-se um questionário estruturado (APÊNDICE B) com 34 questões, sendo 28 questões fechadas, divididas em 05 blocos temáticos e 06 questões abertas que foram gravadas em áudio. Os questionários foram realizados na CRIH, mediante agendamento, nos períodos manhã, tarde e noite, que duraram em média 30 minutos. O conteúdo do questionário abarcava cinco blocos, a saber:

- BLOCO I: identificar o perfil pessoal e profissional dos sujeitos da pesquisa;
- BLOCO II: verificar os aspectos relacionados ao domínio cognitivo sobre a regulação do acesso à assistência;

- BLOCO III: verificar dados relacionados à solicitação de internação em terapia intensiva;
- BLOCO IV: verificar os dados relacionados à Central de Regulação de Internação Hospitalar;
- BLOCO V: identificar os dados relacionados à gestão do acesso à terapia intensiva e ao processo regulatório propriamente dito, além dos conflitos vivenciados diuturnamente nos plantões, inclusive do ponto de vista ético.

Ressalta-se que os dados das entrevistas abertas foram analisadas por meio da técnica de análise de conteúdo, utilizando-se o software ALCESTE.

Análise de Conteúdo

A análise qualitativa ganha cada vez mais importância no campo das ciências sociais e passou a considerar novos critérios na relação do pesquisador com seu objeto de pesquisa e na própria produção do conhecimento (80). Para tanto, a transparência metodológica é um fator que contribui para a confiabilidade nesta linha de pesquisa (81).

Os métodos qualitativos produzem explicações contextuais para um pequeno número de casos, com uma ênfase no significado mais que na frequência do fenômeno. Dado o seu caráter de expressão de experiências e vivências, o senso comum é a base dos estudos qualitativos (82).

Além disso, a análise qualitativa é resultado um conjunto de técnicas de análise de comunicação (83) as quais fornecem ao estudo uma maior credibilidade, visto que traduz as condições reais da vivência dos sujeitos como objeto de pesquisa (84).

Após a realização das entrevistas, as mesmas foram gravadas, transcritas e submetidas ao programa informático de análise quantitativa de dados textuais – ALCESTE (*Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte*).

O *software* ALCESTE foi criado na França por Max Reinert em 1990 para utilização no sistema operacional *Windows*, adaptado também para *Macintosh*, e

permite realizar análise de conteúdo por meio de técnicas quali-quantitativas de tratamento de dados textuais, pois se propõe a identificar a informação essencial presente em um texto (85, 86). É um tipo de metodologia que visa descobrir os dados fundamentais de um texto.

Desta maneira, o ALCESTE recorre à análise das coocorrências das palavras contidas nos enunciados que constituem o texto, de forma a organizar e resumir informações consideradas mais relevantes e possui como referência, em sua base metodológica, a abordagem conceitual lógica e dos mundos lexicais (87). Este programa funciona aglutinando frases (trechos do discurso), aparentemente diferentes em seu enunciado, mas próximas em uma relação de significado. (88)

Primeiramente, ocorre uma análise geral do vocabulário enumerando-se as palavras e levando em consideração as raízes após a redução dos termos. Após isto, inicia-se a fase de classificação para identificar as oposições mais importantes entre as palavras e extrair as classes dos enunciados. Nesta fase, é possível identificar as palavras e frases mais significativas que dão importância ao texto, não considerando assim, os artigos, os pronomes e as conjunções.

Assim, com base na análise textual das verbalizações dos entrevistados, há uma organização dos dados possibilitada através de análises estatísticas e matemáticas, que fornece uma classificação hierárquica descendente das palavras e das formas radicais e as relações existentes entre elas, considerando o contexto semântico das mesmas e a frequência em que aparecem no *corpus* (cálculo do χ^2).

As classes identificadas denotam as palavras mais significativas e o indicador do quociente χ^2 (qui-quadrado) mede o grau de relevância das palavras da classe.

Como exigido, a pesquisa atendeu às normas éticas fundamentadas na Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (CEP/FEPECS), vinculado à SES/DF (ANEXO D).

6. RESULTADOS

6.1 Histórico da implantação da regulação do acesso à assistência no Distrito Federal

Descrever-se-á o processo de implantação da regulação do acesso à assistência no Distrito Federal a partir do ano 2004 até o presente momento.

A implantação da regulação do acesso à assistência no DF consagrou-se em uma experiência única no Brasil, por apresentar-se com estrutura diferenciada dos demais estados da federação necessitando a adoção de estratégia particular de implantação para abarcar suas peculiaridades.

Contudo, ao se revisar as bases de informações, buscando subsídios para estudos relacionados ao processo de implantação da regulação do acesso no DF, verificou-se a inexistência de outros elementos publicados além das portarias e/ou normatizações vigentes.

Desta forma, pretende-se descrever como foi a implantação da Regulação Ambulatorial no DF, nas especialidades de dermatologia, oftalmologia, radiologia e cardiologia e da Regulação da Internação Hospitalar no DF, com ênfase no acesso às unidades de terapia intensiva.

A estruturação da regulação do acesso à assistência, no âmbito da saúde pública do DF teve início em 2004, com a formação do Grupo Técnico de Regulação Assistencial (GTRA), legitimado na Portaria/SES/DF nº. 104 de 20/07/2004, publicada no Diário Oficial do DF (DODF) dia 29/07/2004. Este grupo teve a missão de divulgar entre os gestores da rede, os conceitos e diretrizes ministeriais de regulação, além de implantar as primeiras ações regulatórias na SES/DF.

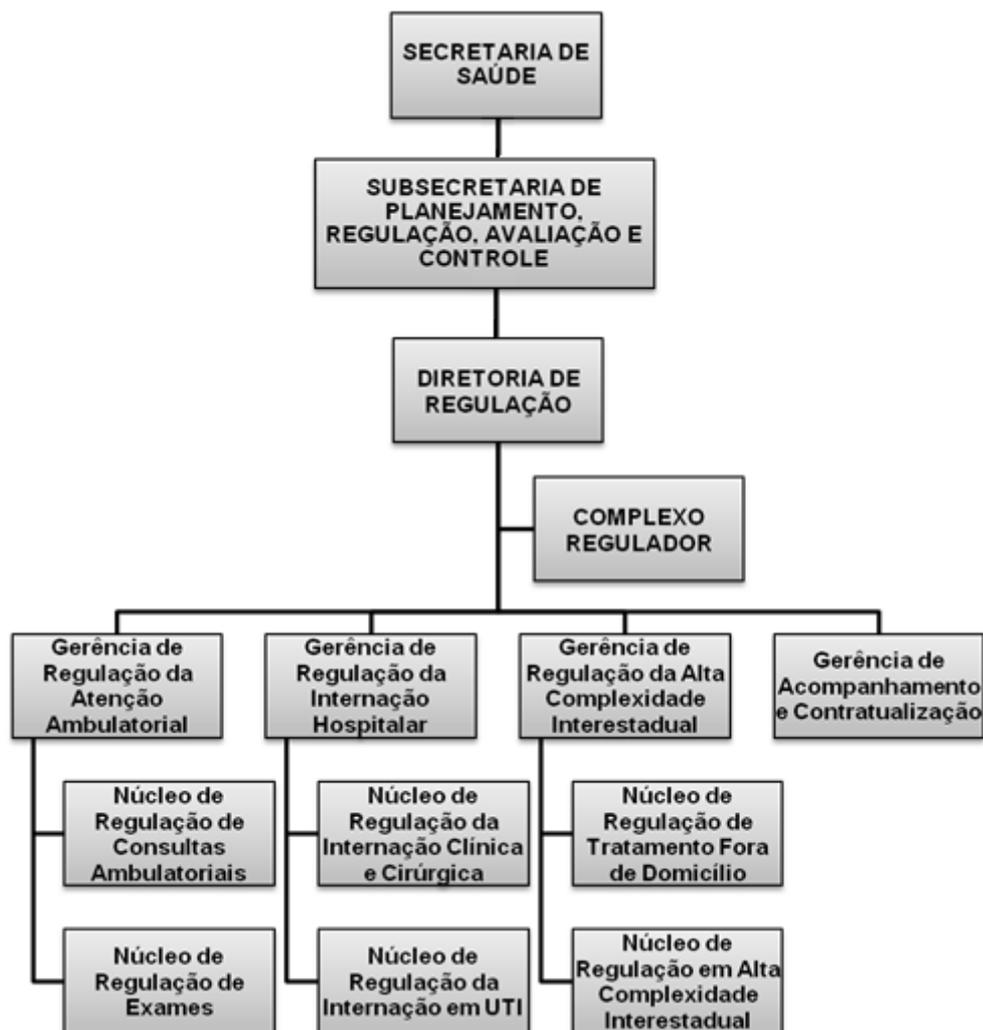
Em 17/02/2005, o GTRA é extinto e a Ordem de Serviço SES Nº. 03, publicada no DODF do dia 21/02/2005, cria a Coordenação Geral de Gestão da Regulação das Redes Assistenciais (CGGRR), à época no âmbito da Subsecretaria de Planejamento e Políticas de Saúde (SUPLAN), que destaca entre suas competências: definir, estruturar, efetivar e dirigir o Complexo Regulador da SES/DF.

Com o intuito de dar suporte à CGGRRRA, foram criadas as Coordenações Regionais de Regulação Assistenciais (CORA), instaladas em cada região de saúde do DF, conforme Ordem de Serviço N^o. 01 de 27/01/05.

A fim de ser inserida no organograma da SES/DF, a CGGRRRA tornou-se Gerência de Regulação dos Serviços de Saúde (GERES), em julho/2006.

Após a reestruturação organizacional da SES/DF, e considerando a relevância da regulação como instrumento de gestão pública, criou-se em julho/07, a Diretoria de Regulação (DIREG), subordinada à Subsecretaria de Programação, Regulação, Avaliação e Controle (SUPRAC). Esta diretoria é responsável pela definição de estratégias de controle da oferta de serviços e do acesso dos usuários à assistência em saúde.

Atualmente, a DIREG segue estruturada com o apoio de quatro gerências, quais sejam Gerência de Acompanhamento e Contratualização, Gerência de Regulação da Atenção Ambulatorial com seus Núcleos de Regulação de Consultas Ambulatoriais e de Regulação de Exames; Gerência de Regulação de Internação Hospitalar, com seus Núcleos da Internação Clínica e Cirúrgica e o de Internação em Terapia Intensiva; e a Gerência de Regulação de Alta Complexidade Interestadual, com seus Núcleos de Tratamento Fora de Domicílio e o de Regulação em Alta Complexidade Interestadual, conforme ilustra a Figura 5.



Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

Figura 5 – Organograma da Diretoria de Regulação da SES/DF

Ressalta-se que o Complexo Regulador, subordinado à DIREG apresenta uma estrutura própria, também vinculada às gerências conforme a área de atuação, e será melhor elucidado no item 6.1.3.

6.1.1 Regulação do acesso à assistência ambulatorial na SES/DF

Em outubro de 2005, após estudo diagnóstico da rede de serviços de saúde, o processo regulatório foi implantado na SES/DF em parceria com o Ministério da Saúde. A ação gerada no sentido de implantar a regulação foi reorganizar e ofertar,

por meio de um sistema informacional, as consultas ambulatoriais. O aplicativo utilizado foi o SISREG II - Sistema de Regulação, disponibilizado pelo DATASUS/MS com o apoio técnico do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle do MS (DRAC/SAS/MS).

Iniciou-se pela especialidade da dermatologia, justificada por ser a área com a maior demanda reprimida registrada no ano de 2005. Cerca de 34.580 pacientes na “fila de espera” aguardavam a oportunidade de marcação de uma consulta em dermatologia geral.

A estratégia de implantação da regulação por especialidade deu-se pela característica da rede de serviços do DF, na qual a oferta pública é detentora de 70% dos serviços de saúde da capital, apresentando-se como grande desafio, neste contexto, a regulação maciça das ações de média e alta complexidade.

Em 12/09/2005, foi publicada a Ordem de Serviço Conjunta Nº. 06 - SUPLAN/SAS/SES/DF, que ratificou os parâmetros acordados com a Coordenação de Dermatologia. A definição dos parâmetros baseou-se na Portaria/ GM/MS nº. 1.101 de 12/06/2002 e no Manual de Definições de Indicadores e Parâmetros aprovado pela Portaria/GAB/SES-DF nº. 63, de 07 de junho de 2003, que previam 04 consultas/hora.

A propósito, o agendamento das consultas de dermatologia obedeciam ao protocolo assistencial previamente pactuado com a Coordenação da especialidade. Após a regulação da dermatologia, o tempo médio para agendar uma consulta *online* em dermatologia passou a ser de apenas cinco dias.

Em fevereiro de 2006, a marcação de consultas e procedimentos ambulatoriais de oftalmologia foi disponibilizada no aplicativo SISREG II, e em maio do mesmo ano, os exames de ressonância magnética também passaram a ser regulados.

Contudo, os especialistas mostraram-se resistentes à nova política de marcação de consultas ditada pela regulação. Assim, após pactuação entre os oftalmologistas e os gestores da SES/DF, com mediação do Conselho Regional de Medicina local, definiu-se o parâmetro de 03 consultas/hora. Desta forma, a

regulação da oftalmologia foi normatizada pela Ordem de Serviço Conjunta Nº. 01, de 16/02/2006.

Em agosto de 2007, a ferramenta informatizada de regulação ambulatorial foi alterada para a nova plataforma disponibilizada pelo Ministério de Saúde, o SISREG III. No mesmo período, iniciou-se a regulação dos exames de radiologia e diagnóstico por imagem da rede SES/DF. Cerca de 60 dias após a implantação, houve retrocesso no processo regulatório com a retirada dos exames de mamografia, ultrassonografia e RX simples em decorrência dos seguintes fatores: complexidade da especialidade, número insuficiente de reguladores e a insuficiente estrutura administrativa, do ainda insipiente Complexo Regulador.

No ano de 2008, houve a expansão dos procedimentos ambulatoriais sob regulação, a saber: Ecocardiograma adulto e pediátrico, Ressonância Magnética Cardíaca, Cateterismo Cardíaco, Angioplastia, Ecocardiografia Transesofágica, Ecocardiografia de Estresse, Ecocardiografia Fetal, Ecodoppler de Carótidas, Holter, MAPA, Tilt Test, Teste de Esforço, Estudo Eletrofisiológico Diagnóstico e Terapêutico, Consultas de Cardiologia adulto e pediátrica.

Atualmente, encontram-se sob regulação no Complexo Regulador, excetuando-se os exames de raios-x simples, toda a oferta pública (própria da rede SES/DF), conveniada ou contratada das especialidades de dermatologia, oftalmologia, radiologia, diagnóstico por imagem e cardiologia.

A Central de Marcação de Consultas e Exames - CMCE funciona no Complexo Regulador, no horário de 07h às 19h. A equipe da CMCE é composta por 06 médicos reguladores e por 08 operadores de *call center*, distribuídos em 02 turnos (manhã e tarde). Entretanto, esta central vincula-se técnica e operacionalmente à Diretoria, por meio da Gerência de Regulação Ambulatorial.

6.1.2 Regulação do acesso à assistência hospitalar na SES/DF

Como parte do processo de consolidação da implantação da regulação do acesso à assistência no DF, criou-se em 1º de setembro de 2006, a Central de Regulação de Internação Hospitalar (CRIH), por meio das Portarias/GAB/SES nº. 41

de 30/08/06 (89)(ANEXO A) e nº. 42 de 31/08/06(90)(ANEXO B) que definem os fluxos operacionais relacionados ao funcionamento da Central, bem como elenca as competências de seus servidores. Tem como função precípua regular os leitos hospitalares dos estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS no DF.

Contudo, teve como objeto inicial e imediato de regulação os leitos de terapia intensiva. Além dos leitos públicos (próprios) da rede SES/DF, a CRIH conta com unidades conveniadas e contratadas de forma a ampliar o acesso nas unidades de terapia intensiva, segundo a natureza (neonatal, pediátrica, adulto, trauma e coronariano).

A necessidade de se organizar os encaminhamentos de pacientes gravemente enfermos à terapia intensiva na SES/DF foi resultado de uma decisão gestora, em consonância com o Ministério Público do DF, como parte de um processo corretivo frente aos escândalos noticiados na mídia à época.

Anteriormente à criação da CRIH, a ocupação dos leitos de UTI acontecia de forma desordenada e as regras para transferência de pacientes gravemente enfermos não estavam padronizadas. Em sua grande maioria, tais leitos eram ocupados mediante influência pessoal junto às unidades de terapia intensiva, dando a este processo características clientelistas. Não havia um controle gestor sobre a ocupação dos leitos em toda a rede SES/DF, o que dificultava as informações quanto à disponibilidade dos mesmos.

Desde então, a CRIH da SES/DF para o pleno exercício de suas competências e desenvolvimento de suas ações, poderá:

I - orientar as diretorias dos hospitais públicos (próprios), conveniados ou contratados da SES/DF à adoção de medidas administrativas e assistenciais necessárias ao funcionamento da rede de assistência ao paciente gravemente enfermo e que necessitem de internação em UTI;

II - remanejar pacientes, de maneira a garantir a melhor alternativa terapêutica assistencial ao paciente gravemente enfermo;

III- redefinir prioridades assistenciais dos serviços de saúde, de maneira a garantir a assistência ao paciente gravemente enfermo e internado em UTI, podendo, se necessário, postergar a execução de procedimentos eletivos.

A CRIH funciona 24 horas ininterruptas em esquema de plantão. Utiliza um aplicativo informacional próprio, desenvolvido por uma empresa contratada para a prestação de serviços de tecnologia da informação junto à SES/DF.

Quanto ao quadro de pessoal, a CRIH possui quatro tipos de equipe, a saber: médicos reguladores, médicos supervisores, enfermeiros controladores e enfermeiros analisadores. Todos são servidores efetivos, regidos pela Lei N° 8.112/90 e não detentores de cargo em comissão.

Todavia, a grande maioria dos servidores da CRIH realizam as atividades laborais sob regime de horas extras, visto que não há na Central quadro próprio de recursos humanos. Contudo, esse fato tem sido gradualmente reduzido, com a nomeação/lotação de novos servidores em regime de horas contratuais.

Conta a CRIH em cada plantão, seja noturno ou diurno, com 02 médicos reguladores e 01 enfermeiro controlador. As atividades de supervisão da internação de pacientes sob regulação em unidades (privadas) contratadas iniciaram-se com três médicos supervisores que realizam visitas clínicas diárias. Atualmente, essa equipe foi ampliada para 05 médicos.

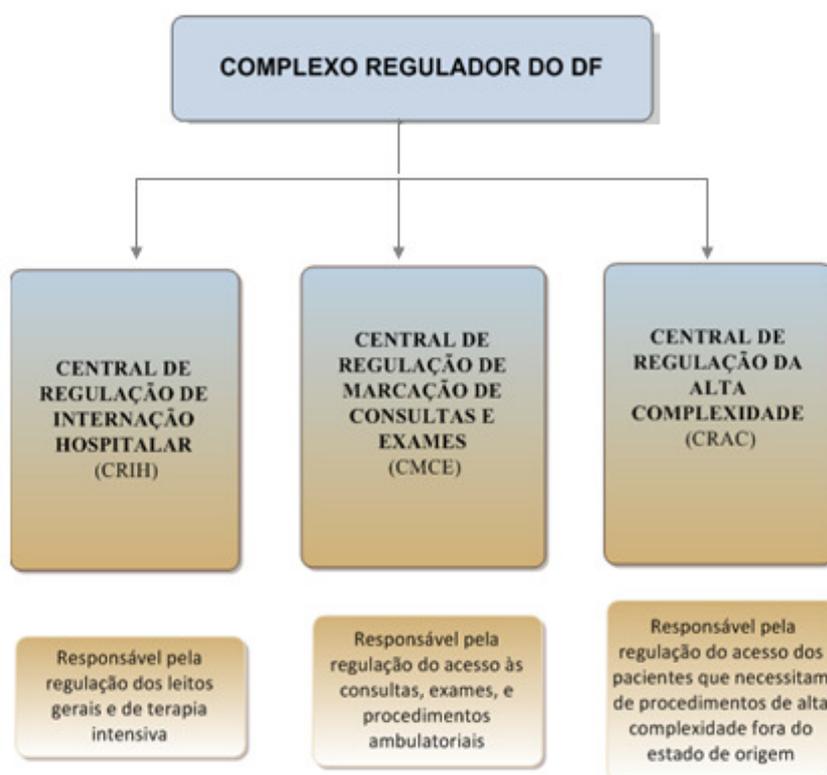
Quanto à análise das custas hospitalares geradas por tais internações, essas são verificadas por uma equipe inicialmente composta por 10 enfermeiros analisadores (auditores) e que hoje conta com 08 profissionais, todos com formação em auditoria de contas hospitalares.

6.1.3 Complexo Regulador do Distrito Federal

O Complexo Regulador do Distrito Federal (CRDF), sediado na SES/DF, é responsável por um conjunto de estratégias e ações definidas em um plano de Regulação Assistencial, para todos os níveis do sistema, visando à organização efetiva de uma rede pública articulada hierarquicamente, com níveis tecnológicos

crecentes de resolução, a partir do planejamento articulado em bases regionais. Este complexo propõe a integração assistencial, como forma de enfrentar a fragmentação da assistência hoje percebida e deve se transformar em observatório privilegiado da situação de saúde no território do Distrito Federal.

Apesar das atividades de cunho regulatório terem sido iniciadas em 2006 pela central de regulação de marcação de consultas e exames, o CRDF somente foi institucionalizado em 2009, por meio da Portaria/SES/DF n° 189, de 07/10/2009 (41). Está subordinado à Diretoria de Regulação da SES/DF e abrange as seguintes centrais (Figura 6):



Fonte: Diretoria de Regulação da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

Figura 6 – Estrutura do Complexo Regulador do Distrito Federal

- Central de Regulação de Internação Hospitalar (CRIH): responsável pela regulação dos leitos hospitalares dos estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS.

- Central de Regulação de Marcação de Consultas e Exames (CMCE): responsável pela regulação do acesso dos pacientes às consultas especializadas, exames e serviços de apoio diagnose e terapia (SADT), bem como aos demais procedimentos ambulatoriais.
- Central de Regulação da Alta Complexidade (CRAC): responsável pela regulação do acesso de pacientes que necessitam de procedimentos de alta complexidade fora do seu Estado de origem nas especialidades de cardiologia, oncologia, neurocirurgia, epilepsia e traumatologia-ortopedia, de acordo com a Portaria SAS/MS N° 39 de 06/02/2007.

6.2 Descrição do sistema de regulação do acesso à terapia intensiva no Distrito Federal

A CRIH é a responsável pelo encaminhamento de pacientes gravemente enfermos aos leitos de terapia intensiva em toda a rede SES/DF. Funciona ininterruptamente durante 24 horas, todos os dias da semana. Não possui quadro próprio de servidores, porém, todos os profissionais que compõem a equipe são servidores da SES/DF, visto que não há, no âmbito da SES/DF, a carreira de profissional na área de regulação em saúde.

O escopo de servidores que presta serviço na CRIH abrange aproximadamente 40 Médicos Reguladores e 20 Enfermeiros Controladores, que trabalham em regime de horas extras e em escala de plantão (manhã, tarde e noite). A cada plantão, tem-se uma equipe com 02 Médicos Reguladores e 01 Enfermeiro Controlador.

Além disso, a CRIH conta com uma equipe de Supervisão composta atualmente por 05 Médicos Supervisores e uma equipe de Análise de Contas Hospitalares composta por 09 Enfermeiros Analisadores. Estas duas equipes trabalham de segunda a sexta, em períodos de quatro horas diárias.

Seguem as funções principais de cada grupo que compõe as equipes da CRIH:

- Médicos Reguladores: são responsáveis pela análise e autorização das solicitações de internação em terapia intensiva de toda a rede SES/DF.
- Enfermeiros Controladores: atuam no monitoramento da ocupação diária dos leitos de UTI (públicos, contratados e conveniados), verificando as altas, internações e possíveis bloqueios de leitos nos períodos manhã, tarde e noite. Realizam a busca ativa por leitos disponíveis de acordo com o perfil de cada caso solicitado, adequando-os ao quadro clínico do paciente. São responsáveis pela interlocução junto aos órgãos externos como a Defensoria Pública do Distrito Federal, Procuradoria Geral do Distrito Federal e Varas de Fazenda Pública do Distrito Federal em relação aos dados do sistema informacional referentes às solicitações de internação em UTI. Também são responsáveis pelo rastreamento de leitos de terapia intensiva em unidades privadas para cumprimento de decisões judiciais, quando da indisponibilidade na rede pública, contratada e conveniada. Realizam ainda o encaminhamento de solicitações de visitas à equipe de supervisão médica da CRIH, baseados em protocolos estabelecidos. São também intermediadores junto à Central de Marcação de Consultas e Exames (CMCE) da Diretoria de Regulação para a marcação/realização dos exames de alta complexidade dos pacientes internados em terapia intensiva que foram encaminhados sob regulação.
- Médicos Supervisores: são responsáveis por visitas diárias aos pacientes gravemente enfermos que foram encaminhados, sob regulação, aos leitos de terapia intensiva das unidades contratadas pela SES/DF. Estas visitas, conforme rotina e escala de trabalho, ocorrem em períodos de 4 horas/diárias, de segunda a sexta-feira. Realizam ainda a autorização ou não de procedimentos e/ou medicamentos de alto custo quando solicitados pelos médicos das unidades contratadas. Além disso, também efetuam visitas junto às unidades particulares que eventualmente solicitam à CRIH a

remoção de pacientes gravemente enfermos internados em terapia intensiva para um leito de UTI público. Neste caso, a visita deve ocorrer em até 24 horas úteis após a solicitação junto à CRIH, ficando o médico supervisor responsável por endossar ou não o pedido de remoção.

- Enfermeiros Analisadores: são responsáveis pela auditoria das contas hospitalares relativas aos pacientes internados sob regulação das unidades contratadas de terapia intensiva. Conforme rotina e escala de trabalho, esta equipe realiza as atividades laborais em períodos de 4 horas diárias, de segunda a sexta-feira. Este serviço tem colaborado na redução de despesas geradas pelas internações sob regulação, tendo em média uma glosa de 20% nas contas hospitalares das unidades contratadas, valor que desonera os cofres públicos, implicando na racionalização de recursos.

Para que os médicos reguladores e os enfermeiros controladores possam atuar na CRIH, devem receber capacitação profissional específica que engloba a parte teórica sobre o processo regulatório e também treinamento no sistema informacional. Esta etapa tem uma duração média de 4h por servidor, seguida de monitoramento e avaliação do desempenho destas funções. Em relação aos médicos supervisores, além da capacitação no sistema informacional, são também orientados quanto ao fluxo de trabalho a ser seguido, já que desenvolvem atividades externas à CRIH. Para os enfermeiros analisadores, não há capacitação no sistema informacional, uma vez que as atividades desenvolvidas são exclusivas quanto à análise das contas hospitalares.

Como anteriormente explicitado, a CRIH é a unidade responsável pela análise da solicitação, autorização da internação, encaminhamento e monitoramento dos pacientes gravemente enfermos aos leitos de UTI dos hospitais públicos, contratados e conveniados.

Para fins da pesquisa, foi elaborado o fluxograma (Figura 7) considerando as possíveis alternativas inerentes ao processo de regulação do acesso à terapia intensiva.

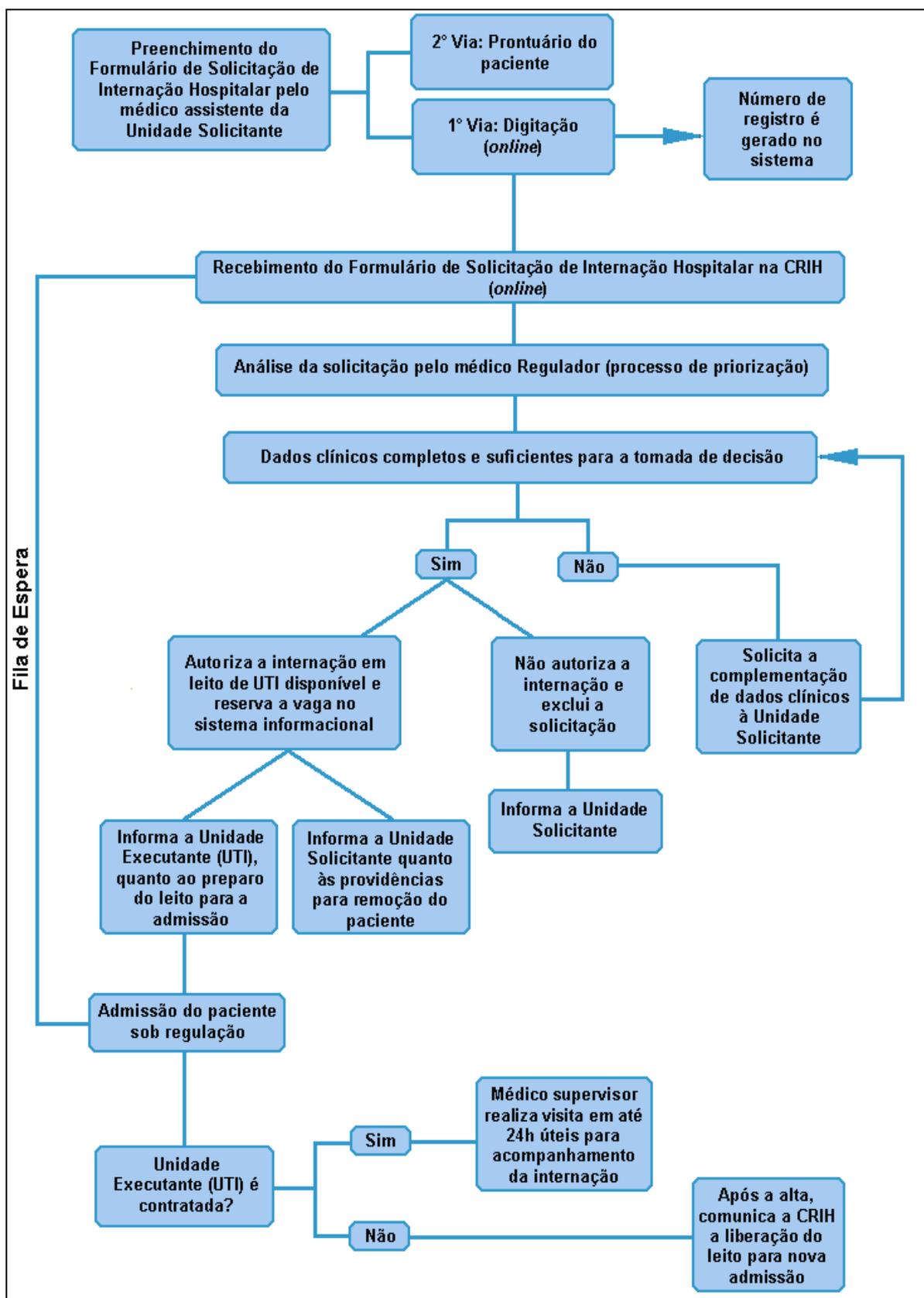


Figura 7 – Fluxograma da Central de Regulação de Internação Hospitalar da SES/DF

O funcionamento da CRIH baseia-se no cadastro *online* de solicitações de internação em terapia intensiva pelos médicos assistentes das unidades solicitantes, seguidos da avaliação pelos médicos reguladores da central para o encaminhamento dos pacientes gravemente enfermos aos leitos disponíveis de UTI.

De acordo com a Portaria SES/DF N° 41, de 30/08/2006 (89) (ANEXO A), entende-se por *Unidade Solicitante* os estabelecimentos assistenciais de saúde vinculados ao SUS responsáveis por qualquer solicitação de internação em leitos hospitalares.

Quanto à rede de Unidades Solicitantes da SES/DF, compõe-se por 12 hospitais públicos, 01 hospital conveniado e 01 contratado, conforme ilustra o quadro abaixo:

Quadro 3 - Unidades solicitantes de internação em terapia intensiva na rede SES/DF no ano de 2011

Unidade Solicitante	Vínculo com a SES/DF
Hospital de Base do Distrito Federal - HBDF	Público
Hospital Regional da Asa Norte - HRAN	
Hospital Regional da Asa Sul - HRAS	
Hospital Regional de Brazlândia - HRBz	
Hospital Regional de Ceilândia - HRC	
Hospital Regional do Guará - HRGu	
Hospital Regional do Gama - HRG	
Hospital Regional do Paranoá - HRPa	
Hospital Regional de Planaltina - HRP	
Hospital Regional de Samambaia - HRSam	
Hospital Regional de Santa Maria - HRSM	
Hospital Regional de Sobradinho - HRS	
Hospital Regional de Taguatinga - HRT	
Hospital Universitário de Brasília - HUB	
Instituto de Cardiologia do DF - ICDF	Contratado

Fonte: Diretoria de Regulação da SES/DF.

Já por *Unidade Executante*, compreendem-se os estabelecimentos assistenciais de saúde vinculados ao SUS responsáveis pela disponibilização dos leitos hospitalares.

O Quadro 4 explana as unidades executantes da rede SES/DF que disponibilizaram leitos de terapia intensiva no ano de 2011.

Quadro 4 - Unidades executantes de internação em terapia intensiva na rede SES/DF no ano de 2011

UNIDADE EXECUTANTE	VÍNCULO COM A SES/DF
Hospital de Base do Distrito Federal - HBDF	Público
Hospital Regional da Asa Norte - HRAN	
Hospital Regional da Asa Sul - HRAS	
Hospital Regional de Ceilândia - HRC	
Hospital Regional de Samambaia - HRSam	
Hospital Regional de Santa Maria - HRSM	
Hospital Regional de Sobradinho - HRS	
Hospital Regional de Taguatinga - HRT	
Hospital Regional do Gama - HRG	
Hospital Regional do Paranoá - HRPa	
Hospital Universitário de Brasília - HUB	Conveniado
Instituto de Cardiologia do DF - ICDF	Contratado
Hospital do Lago Sul	
Hospital Maria Auxiliadora	
Hospital Ortopédico e Medicina Especializada - HOME	
Hospital Santa Marta	
Hospital São Francisco	
Hospital São Mateus	
Instituto de Terapia Intensiva - ITI	

Fonte: Diretoria de Regulação da SES/DF.

Os médicos das unidades solicitantes da SES/DF que prestam assistência ao identificarem os pacientes gravemente enfermos e que necessitam de terapia intensiva, preenchem o Formulário de Solicitação de Internação Hospitalar (ANEXO C) em duas vias, sendo uma para arquivamento em prontuário e a outra para a digitação no sistema informacional da CRIH.

A inserção da solicitação no sistema pode ser efetuada pelo próprio médico solicitante, ou pelo chefe de equipe (servidor com responsabilidade gestora do plantão), ou pelo Núcleo de Internações e Altas (NIA), setor responsável pelo controle das internações e altas de cada hospital da SES/DF. Todos os servidores

cadastrados estão habilitados a utilizarem o sistema mediante *login* (número da matrícula e senha individual). Aqueles servidores que ainda não possuem cadastro podem utilizar um *login* genérico, pois o processo de informatização da rede SES/DF está em expansão. A cada solicitação de internação inserida no sistema, gera-se um número de registro para controle e estatística.

Todas as solicitações de internação em UTI, efetuadas com êxito, são visualizadas imediatamente (*online*) pelos médicos reguladores da CRIH e para a organização dos pedidos, estas solicitações são organizadas eletronicamente em uma fila cronológica (mapa ou fila de espera), de acordo com os horários de inserção no sistema pelas unidades solicitantes.

Entretanto, essa organização em forma de fila não altera a avaliação dos médicos reguladores, uma vez que os mesmos utilizam o parâmetro da gravidade clínica como principal norteador dos encaminhamentos.

Além das normas da SES/DF que regulamentam a atuação da equipe da CRIH, prevista na Portaria SES Nº 41, de 30/08/2006 (89)(ANEXO A), também estão disponíveis os protocolos operacionais e clínicos, e as diretrizes terapêuticas. Tais itens estão elencados na Portaria SES Nº 42, de 31/08/2006 (90)(ANEXO B), que define o perfil clínico do paciente para admissão nas unidades de terapia intensiva. Os protocolos clínicos são diretrizes técnicas, elaboradas de acordo com recentes e seguros consensos científicos. Já os protocolos operacionais estabelecem as rotinas e fluxos das demandas de UTI e as atividades que cada profissional deve realizar rotineiramente.

Destarte, os médicos reguladores dão início ao processo regulatório propriamente dito ao estabelecerem a prioridade de atendimento para cada caso registrado.

Durante a análise dos dados constantes nas solicitações de internação em UTI, os médicos reguladores priorizam os pacientes gravemente enfermos que consiste em classificá-los de acordo com o quadro clínico apresentado na solicitação pelo médico assistente da unidade solicitante. O Quadro 5 descreve os critérios e parâmetros classificados em três categorias que instruem os médicos reguladores durante o processo de priorização.

Quadro 5 – Categoria de prioridades para a classificação de pacientes gravemente enfermos, conforme PT SES Nº 42/2006

PRIORIDADE 01	Pacientes criticamente enfermos, em coma ou não, e instáveis que necessitam de cuidados de Terapia Intensiva e monitoração que não pode ser provida fora do ambiente de UTI. Usualmente, esses tratamentos incluem suporte ventilatório, drogas vasoativas contínuas, etc. Nesses pacientes, não há limites em se iniciar ou introduzir terapêutica necessária. Exemplos destes doentes incluem choque ou pacientes com instabilidade hemodinâmica, pacientes em insuficiência respiratória aguda necessitando de suporte ventilatório, inclusive neonatal; prematuro abaixo de 1500g na primeira semana de vida.
PRIORIDADE 02	Pacientes que necessitam de monitoração intensiva e podem potencialmente necessitar intervenção imediata. Não existe limite terapêutico geralmente estipulado para estes pacientes. Exemplos incluem pacientes com condições co-mórbidas crônicas (como as terapias renais substitutivas) que desenvolvem doenças agudas graves clínicas ou cirúrgicas; prematuros acima de 30 semanas, nas primeiras horas de vida, em uso de suporte respiratório, tipo CPAP nasal, que fizeram uso do surfactante pulmonar e estão compensados clínica e laboratorialmente; desconforto respiratório decorrente de pneumotórax não hipertensivo.
PRIORIDADE 03	Pacientes criticamente enfermos, mas que têm uma probabilidade reduzida de sobrevida pela doença de base ou natureza de sua doença aguda. Esses pacientes podem necessitar de tratamento intensivo para aliviar uma doença aguda, mas limites ou esforços terapêuticos podem ser estabelecidos como não intubação ou reanimação cardiopulmonar. Exemplos incluem pacientes com neoplasias metastáticas complicadas por infecção, tamponamento ou obstrução de via aérea; prematuros extremos – abaixo de 25 semanas e/ou peso abaixo de 500g; mal formações incompatíveis com a vida; hemorragia intra/peri/ventricular de grande extensão.

Para as solicitações de internações que não são claras quanto à descrição do quadro clínico do paciente, os médicos reguladores requerem das unidades solicitantes, ou via sistema ou via telefônica, a complementação das informações necessárias para o processo de priorização do atendimento. Nos casos em que os

médicos reguladores constatarem a não necessidade de terapia intensiva, as solicitações são retiradas da fila por não apresentarem consistência de dados.

Após a análise, discussão e priorização dos casos pelos médicos reguladores, os pacientes gravemente enfermos são direcionados no sistema informacional aos leitos de terapia intensiva, mediante a disponibilidade rastreada pelos enfermeiros controladores, obedecida à natureza do leito (neonatal, pediátrico, adulto, trauma ou coronariano) e ao perfil de complexidade assistencial que cada unidade executante apresenta, como por exemplo, suporte/assistência dialítica.

Ficam as unidades solicitantes, após informadas sobre o destino dos pacientes, responsáveis pelo acionamento do Serviço Móvel de Atendimento às Urgências (SAMU) para efetuar a remoção dos pacientes regulados até às unidades executantes.

Até este momento, eletronicamente, é permitida somente a visualização da fila de espera por órgãos externos ligados ao Poder Judiciário mediante a parceria estabelecida com a SES/DF com o intuito de se evitar a judicialização. Ou seja, defensores, juízes e procuradores acompanham nominalmente os pacientes inseridos no sistema informacional que aguardam ou que estejam direcionados um leito de terapia intensiva. Este grupo, porém, não tem acesso às demais funcionalidades do sistema e também não visualiza o consolidado de leitos ocupados, disponíveis ou bloqueados.

Posteriormente à admissão física nos leitos de terapia intensiva, os pacientes também são admitidos eletronicamente (virtualmente) em cada unidade no sistema, o que ocasiona a saída do mesmo da fila de espera. Essa movimentação deve ser feita pela própria unidade executante, porém nem todas utilizam o sistema como rotina, ficando o enfermeiro controlador da CRIH responsável por monitorar e até mesmo atualizar tal movimentação.

Ressalta-se que entre a inserção da solicitação de internação na fila de espera da CRIH, análise do pedido pelo médico regulador, processo de priorização e a ocupação do leito de UTI, podem ocorrer óbitos devido à gravidade clínica dos pacientes. Isto é, alguns pacientes não chegam a ocupar o leito de UTI pois acabam falecendo na própria unidade solicitante, ou até mesmo durante a remoção.

Como determinação do processo regulatório, as unidades executantes somente poderão admitir os pacientes gravemente enfermos de forma regulada, ou seja, encaminhados pela CRIH. No entanto, há casos em que essas unidades podem admitir pacientes sem que haja o encaminhamento pela central, pois algumas delas possuem leitos sob gestão própria ou local, previamente acordados com a gestão da regulação. Como exemplo, tem-se alguns leitos destinados à especialidade neonatal, que por se tratar de uma área com características peculiares e inerentes a essa fase da vida, apresenta na maioria das vezes, contraindicação da remoção inter-hospitalar, devendo o neonato permanecer na mesma unidade do nascimento, desde que haja o suporte terapêutico adequado.

Outro exemplo, são as unidades executantes que realizam procedimentos cirúrgicos de alta complexidade e que pactuam alguns dos seus leitos de terapia intensiva para o pós-operatório de pacientes.

Geralmente, o quantitativo reservado de leitos de terapia intensiva, após a pactuação, não ultrapassa 10% do total de leitos da unidade.

Contudo, há casos em que algumas unidades executantes, geralmente as públicas, admitem pacientes sem que os mesmos sejam avaliados e encaminhados pela CRIH, caracterizando internações fora do fluxo regulatório. Estas internações ocorrem em leitos sob gestão da regulação e não em leitos sob gestão local. Tratam-se de internações desautorizadas pela CRIH, sendo as unidades executantes obrigadas a justificar os motivos que as levaram a desconsiderar o processo regulatório.

Caso a internação se dê em unidade executante contratada pela SES/DF, a equipe de supervisão realizará visitas diárias junto ao paciente com o intuito de acompanhar a terapêutica empregada, bem como autorizar medicamentos de alto custo e/ou procedimentos de alta complexidade considerados necessários à terapia intensiva.

Finalizando o processo regulatório, após as altas médica e administrativa dos pacientes, as unidades executantes liberam os leitos eletronicamente e informam à CRIH sobre a disponibilidade dos mesmos, mas para aquelas que não utilizam o sistema informacional em sua rotina, os leitos seguem monitorados pelo enfermeiro controlador.

Entende-se por alta médica ou clínica, a delimitação do momento em que o profissional médico define que paciente internado apresenta condições clínicas para ser transferido para uma unidade de menor complexidade assistencial ou até mesmo para o domicílio.

Já a alta administrativa é o procedimento que é iniciado a partir da alta médica (clínica), formalizada por escrito pelo médico, apenas quando terminados todos os procedimentos prescritos para o paciente, na condição de internado. É útil, principalmente, para efeito de cálculo da conta hospitalar.

Com a finalidade de auditoria, fiscalização e controle junto às unidades contratadas, todas as faturas hospitalares geradas pelas internações sob regulação são auditadas, pós-alta administrativa, por uma equipe de enfermeiros analisadores, de forma a coibir práticas abusivas na cobrança dos serviços prestados conforme previstos em contratos com a SES/DF. A análise é realizada de forma criteriosa, com base nas tabelas e acordos firmados no ato da contratação. Contudo, as atividades de auditoria de contas têm sido realizadas somente nas unidades contratadas, não se estendendo às unidades públicas e conveniadas.

Destaca-se que, os pacientes encaminhados sob regulação para as unidades de terapia intensiva da rede contratada e que recebem alta administrativa para retornarem para a rede pública da SES/DF são monitorados diariamente tanto pelo enfermeiro controlador quanto pela gestão da CRIH. O primeiro atua como um interlocutor junto às unidades possuidoras de leitos gerais na SES/DF para que recebam o paciente. Não necessariamente o paciente retorna ao hospital que originou a solicitação de internação em UTI, este pode ser encaminhado para qualquer unidade pública que apresente a complexidade assistencial necessária à continuação terapêutica desde que haja a disponibilidade do leito geral.

Ademais, a gestão da CRIH encaminha documentos oficiais às diretorias dos hospitais regionais enfatizando a necessidade da remoção dos pacientes em tempo oportuno, visando o princípio da economicidade, visto que a permanência de pacientes com alta médica em unidade de terapia intensiva aguardando a transferência para leitos gerais onera a despesa hospitalar na rede contratada. Esclarece-se ainda que os contratos firmados entre a rede privada e a SES/DF para

a prestação de serviços em terapia intensiva não cobre despesas com a internação em leitos gerais e nem despesas relacionadas ao transporte de pacientes.

Todo o fluxo de retorno dos pacientes egressos das unidades de terapia intensiva está regulamentado na Portaria SES/DF N° 187, de 18/11/2010 (91).

Ainda em relação às unidades contratadas, ressalta-se que desde a criação da CRIH, o processo de contratação de serviços de terapia intensiva obedeceu ao regime de licitações e contratos, conforme a Lei N° 8.666, de 21/06/1983 (92).

Sem precedentes na realidade sanitária do Distrito Federal, a contratação de serviços de terapia intensiva, imbuída do caráter regulatório que lhe foi outorgado, tornou-se um marco na saúde pública da capital do país.

Não obstante, a primeira convocação por meio de edital de licitação para tais serviços deu-se deserta, uma vez que os valores oferecidos pela diária de UTI, medicamentos/materiais e honorários profissionais baseados na tabela SUS não foram atrativos à iniciativa privada. Somente após acordos e pactuações sobre os valores a serem ofertados, acima da tabela SUS, é que ocorreram as primeiras contratações.

Atualmente vigoram os contratos regidos pelo Edital de Credenciamento SES/GDF N° 5/2009, direcionado a pessoas jurídicas para prestação de serviços de terapia intensiva em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Pediátrica e Adulto, em caráter complementar junto ao SUS/DF, conforme as especificações próprias. Os valores regidos nos contratos têm como parâmetro a Resolução 29/2005 do Conselho de Saúde do Distrito Federal e Portaria nº. 3.126, de 26/12/2009. Enfatiza-se que o valor da diária de UTI previsto no referido edital está em torno de R\$ 500,00 (quinhentos reais).

6.2.1 Sistema Informacional da CRIH

Como parte integrante e essencial do processo de regulação foi desenvolvido o Módulo de Regulação do Sistema Integrado em Saúde (SIS), conduzido segundo as regras pactuadas entre a regulação e a gestão dos serviços. Para tanto, foi mantida a lógica do modelo evolutivo do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) já utilizado na rede SES/DF.

A comunicação entre os usuários e o sistema foi implementada utilizando uma tecnologia web baseado em um banco de dados *CACHE* orientado a objeto com um servidor central (93) e seus respectivos espelhamentos localizado em um departamento central, responsável pela gestão da informação de toda a rede SES/DF.

O módulo desenvolvido para a regulação do acesso ao serviços públicos de saúde é capacitado para gerenciar, disponibilizar e desativar o acesso a diversas áreas em saúde, como por exemplo, gestão de escalas, agendamento de consultas e exames, faturamento SUS ou privado, controle farmacêutico, radiologia com possibilidade de utilizar o protocolo *DICOM* (Digital Imaging and Communications in Medicine) para tratamento de imagens, pronto-socorro, internação, PEP, gestão de leitos, atenção primária (Programa Saúde da Família), *SOAP* (Simple Object Access Protocol), solicitação, coleta, processamento, logística e resultado de exames laboratoriais, integração com sistemas legados e do Ministério da Saúde entre outros acessos.

O protótipo inicial foi elaborado segundo o trabalho de um grupo técnico de regulação assistencial formado por enfermeiras e médicos junto a equipe de desenvolvimento do sistema com a finalidade de otimizar o acesso aos leitos de terapia intensiva na SES/DF.

Durante todo o processo de desenvolvimento, necessidades técnicas foram avaliadas, sugeridas e incorporadas ao módulo de regulação. Seções de avaliação e de desenvolvimento foram conduzidas interativamente, até a homologação do protótipo e a criação da versão final. Com a implantação do PEP em toda a rede hospitalar a disponibilização do acesso ao sistema para solicitação e execução de uma internação em leitos de UTI difere de outras implantações tradicionais dedicada a apenas ao módulo de regulação. O acesso ao sistema não se dá somente para as atividades de regulação, mas de todos os outros processos clínicos e hospitalares como admissão de um paciente, acompanhamento no PEP, prescrições, alta e etc.

Como ferramenta gerencial, o módulo de regulação disponibiliza relatórios quantitativos de solicitações e internações, altas e óbitos, além do histórico de todas as regulações realizadas. Com a grande quantidade de informações armazenadas

no banco de dados surgem diversas possibilidades de cruzamento destes dados para o gerenciamento dos processos (94).

Além disso, o módulo conta com a redundância na segurança dos dados. O sistema deve contar com um armazenamento de *log* para trilhas de auditoria por usuário e paciente, controle de acesso ao sistema utilizando perfis de segurança, tempo de inatividade, utilização de bloqueios de *proxy* para acessos de entidades não autorizadas, identificação de usuários do sistema e do BD (Banco de Dados) por meio de autenticação com caracteres mistos possibilitando trocas mensais, possibilidade de assinatura eletrônica, utilização do certificado digital ICP-BRASIL e cópias diárias de segurança ao banco de dados (BD) com verificação da integridade.

Com essas funcionalidades o sistema mostrou elevada disponibilidade, confiabilidade e integridade de informação, e a supervisão permanente dos desenvolvedores garantiu a continuidade dos processos da regulação, mesmo com o grande volume de solicitações diárias junto à CRIH.

A comunicação entre as unidades solicitantes e a CRIH, naquelas que utilizam o prontuário eletrônico da rede SES/DF, torna-se independente do atendimento telefônico, embora esta via de comunicação tenha sido mantida como alternativa para casos de falha do sistema.

Já para as unidades solicitantes (15%) que ainda não dispõem do prontuário eletrônico, faz-se uso do contato telefônico com a CRIH para que nenhuma informação clínica passe despercebida pelos médicos reguladores.

Em relação às unidades executantes, o contato é feito pela CRIH junto aos plantonistas médicos ou enfermeiros para a transmissão das informações clínicas, mediante protocolos de regulação, e consequente registro no sistema.

Todas as solicitações são concentradas em uma fila de espera ordenada por data/hora de solicitação e acessada pelo regulador que se encontra em uma unidade de regulação. O médico regulador avalia a solicitação e prioriza a internação do paciente. O profissional controlador gerencia os leitos disponíveis na rede por meio de uma tela que informa a situação atual de cada unidade e disponibiliza ao regulador conforme a necessidade.

O médico regulador possui uma visão completa da situação de sua fila de espera por meio de uma tela chamada “Área de trabalho do regulador” que informa o telefone mais próximo do paciente, a unidade solicitante, prioridade, nome do paciente, tipo de UTI solicitada, idade, dados da solicitação, resumo clínico e unidade encaminhada.

Destarte, uma vez realizada a solicitação de internação em UTI, mediante o preenchimento do formulário *online*, todos os dados incluídos até a disponibilização da vaga e desocupação do leito são digitados e salvos no sistema, gerando um banco de dados que permite o monitoramento de todo o fluxo regulatório e seus resultados.

6.3 Indicadores Propostos e Dados Estatísticos da CRIH

Apresentar-se-ão os indicadores propostos para monitoramento e avaliação do processo de regulação do acesso à terapia intensiva. Após cada ficha de qualificação são apresentados os resultados do cálculo de cada indicador utilizado.

Parte-se assim, do pressuposto de que o sistema informacional vigente forneça os dados necessários para os cálculos dos indicadores.

Ao final do estudo, apresenta-se ainda uma matriz de indicadores, a qual permite uma visualização resumida de todos os indicadores listados.

6.3.1 Número de Leitos de UTI públicos, contratados e conveniados vinculados à SES/DF.

Conceituação
Número absoluto de leitos de UTI vinculados à SES/DF sejam públicos, contratados ou conveniados, no período considerado.
Interpretação
Expressa o quantitativo geral de leitos de UTI vinculados à SES/DF em um determinado período de tempo.
Usos
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dimensionar a oferta de leitos de UTI vinculados à SES/DF.

- Instrumentalizar a gestão com dados que permitam dimensionar a oferta de leitos e adequá-la de acordo com a identificação das necessidades (demanda) da população, em tempo oportuno.
- Analisar a variação temporal da oferta de leitos de UTI por dia, por semana, por mês, semestre ou por ano.

Limitações

- A informação quanto à alteração da oferta de leitos de UTI é dada pela Subsecretaria de Atenção à Saúde (SAS/SES/DF).
- Não considera o quantitativo de leitos bloqueados temporariamente. Portanto, não expressa necessariamente o número de leitos disponíveis.
- Inexistência de padrões ou parâmetros que definam o quantitativo ideal de leitos de UTI segundo a natureza do leito.
- Submissão às regras administrativas vigentes quanto à contratação de leitos na iniciativa privada.
- Desatualização do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES.

Fonte

- Sistema Informacional da Central de Regulação de Internação Hospitalar – CRIH da SES/DF.
- Relatórios de monitoramento da Diretoria de Regulação (DIREG).

Método de Cálculo

Nº de Leitos de UTI públicos, contratados e conveniados, no período considerado

Categorias Sugeridas para Análise

- Esfera administrativa (natureza da UTI): pública, privada (inclusive universitário e filantrópico)
- Tipo de leito: neonatal, pediátrico, adulto, coronariano, trauma (neurocirúrgico).
- Unidade Executante: todos os hospitais vinculados à SES/DF que possuam leitos de UTI.
- Período considerado: dia, semana, mês ou ano.

Comentários

- Trata-se de um indicador de estrutura.

- Em relação à periodicidade de monitoramento deste indicador é importante ressaltar que difere nas unidades contratadas, pois os leitos de UTI geralmente não sofrem alteração em seu quantitativo durante a vigência do contrato, por volta de 12 meses. Já em relação aos leitos públicos e/ou conveniados, essa alteração pode ser dada a qualquer momento a depender da disponibilidade de recursos para abertura de novos leitos, ficando a critério do gestor.
- Recomenda-se o monitoramento semanal ou até mesmo diário para identificar os leitos de UTI bloqueados temporariamente pelas unidades executantes.
- Para o cálculo anual do quantitativo de leitos, recomenda-se o cálculo da média de leitos de UTI, conforme o indicador proposto no item 5.2.2.

Dados do Sistema Informacional da CRIH e Comentários:

Para o cálculo deste indicador, foram utilizadas diferentes fontes de dados, pois o sistema informacional não armazena o quantitativo de leitos para fins de pesquisa por período, somente apresenta o quantitativo em tempo real. Assim, para o ano de 2011, foi considerado o quantitativo de leitos apresentado pelo sistema informacional no momento da pesquisa no mês de novembro, e para os demais anos foram utilizados arquivos da Diretoria de Regulação que resguardavam tais quantitativos.

O Quadro 6 demonstra o quantitativo de leitos de UTI nos anos de 2007 a 2011 segundo a natureza e o tipo dos leitos. Observa-se um aumento de 19,5% comparando-se o quantitativo de leitos de UTI existentes na rede SES/DF entre o ano de 2007 e o ano de 2011. Percebe-se, entretanto, que o aumento se apresenta mais na rede pública.

Quadro 6 - Número de leitos de UTI na rede SES/DF, segundo a natureza e o tipo, por ano – 2007 a 2011

LEITOS DE UTI		ANOS				
		2007	2008	2009	2010	2011
SES (PÚBLICOS)	Adulto - Geral	69	62	80	93	129
	Adulto - Coronária	8	2	2	2	3
	Adulto - Trauma	8	8	8	8	8
	Neonatal	79	45	43	52	54
	Pediátrica	26	25	27	41	42
Subtotal Leitos Públicos		190	142	160	196	236
CONTRATADOS	Adulto - Geral	35	46	40	85	49
	Adulto - Coronária	0	0	6	8	11
	Adulto - Trauma	0	0	0	0	0
	Neonatal	10	11	10	23	10
	Pediátrica	6	10	7	9	5
Subtotal Leitos Contratados		51	67	63	125	75
CONVENIADOS	Adulto - Geral	8	6	6	4	4
	Adulto - Coronária	0	0	0	0	0
	Adulto - Trauma	0	0	0	0	0
	Neonatal	4	4	4	4	4
	Pediátrica	0	0	0	0	0
Subtotal Leitos Conveniados		12	10	10	8	8
NÃO- REGULADOS*	Adulto - Geral	0	7	6	12	14
	Adulto - Coronária	0	6	6	6	5
	Adulto - Trauma	0	0	0	0	0
	Neonatal	0	0	1	2	1
	Pediátrica	0	1	2	1	1
Subtotal Leitos Não-Regulados*		0	14	15	21	21
Subtotal Adulto - Geral		112	121	132	194	196
Subtotal Adulto - Coronária		8	8	14	16	19
Subtotal Adulto - Trauma		8	8	8	8	8
Subtotal Neonatal		93	60	58	81	69
Subtotal Pediátrica		32	36	36	51	48
TOTAL DE LEITOS DE UTI		253	233	248	350	340

*Leitos Não-Regulados: são aqueles que estão sob gestão local da própria unidade, geralmente destinados aos casos cirúrgicos eletivos, após pactuação.

**Fonte: DIREG/SUPRAC/SES/DF.

A Figura 8 ratifica as informações e permite visualizar a variação quantitativa dos leitos de UTI no mesmo período.

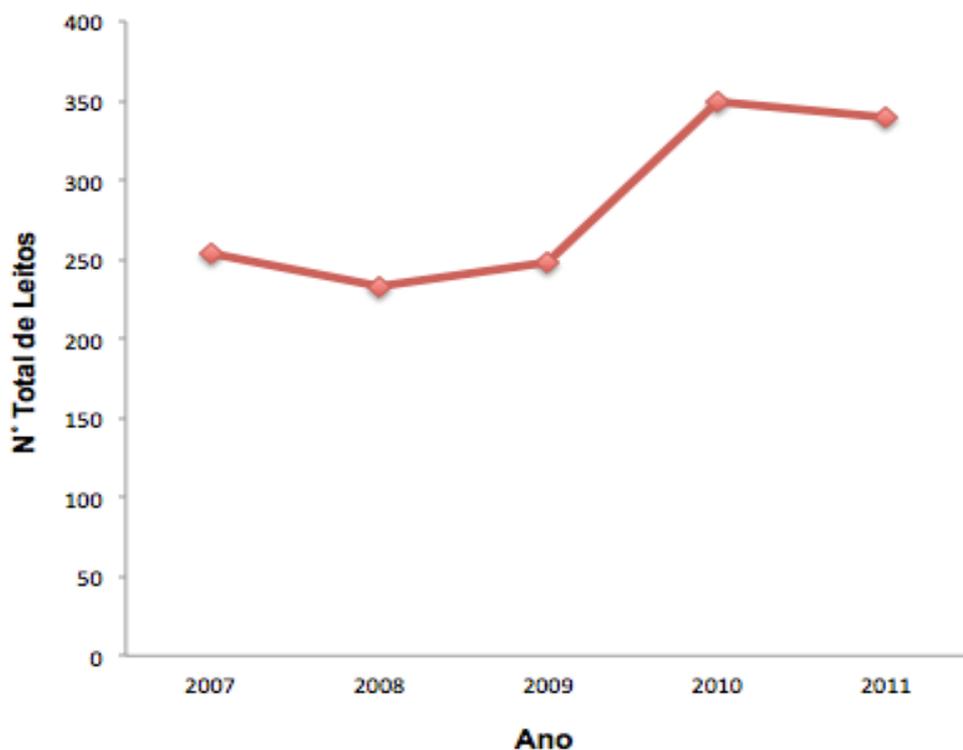


Figura 8 - Variação do número de leitos de UTI sob regulação na rede SES/DF entre os anos 2007 e 2011

Nota-se um decréscimo no total de leitos de UTI entre os anos 2010 e 2011, o que pode ser comprovado pela redução de 40% no total dos leitos contratados.

Já o Quadro 7 explana a capacidade instalada da rede SES/DF, no ano de 2011, bem como suas devidas particularidades. Os dados apresentados se referem ao mapeamento realizado no mês de novembro de 2011. Não foram considerados leitos bloqueados de UTI e sim o potencial dos leitos existentes em cada unidade de saúde pertencente à rede SES/DF.

Observa-se que o HRSM apresenta em geral o maior número de leitos UTI (32%), seguido do HRAS (20%) e HBDF (16%). Em relação ao tipo de leito, o HRSM também lidera com 31% dos leitos para UTI adulto, seguido do HBDF com 6%. Vale ressaltar que o HRSM apesar de ter o maior número de leitos, não há cobertura assistencial para áreas neurocirúrgicas ou outra de maior complexidade, sendo estas referenciadas para o HBDF, único da rede SES/DF a prestar este tipo de atendimento.

Quadro 7 – Leitos de UTI na rede SES/DF segundo a natureza, a unidade executante e o tipo, no mês de novembro/2011

Natureza da UTI	Unidade Executante	Tipo de Leito UTI					Subtotal	%	Total	%
		ADULTO	PEDIATRICO	NEONATAL	CORONARIO	TRAUMA				
Rede Própria	HBDF	12	10	2	8	8	40	16%	255	75%
	HRAN	10	0	0	0	0	10	4%		
	HRAS	6	16	29	0	0	51	20%		
	HRC	6	0	8	0	0	14	5%		
	HRG	10	0	0	0	0	10	4%		
	HRPa	10	0	0	0	0	10	4%		
	HRS	8	0	0	0	0	8	3%		
	HRSam	10	0	0	0	0	10	4%		
	HRSM	61	11	10	0	0	82	32%		
	HRT	8	6	6	0	0	20	8%		
	Subtotal	141	43	55	8	8	255	100%		
Rede Contratada	HOME	7	0	0	0	0	7	10%	75	22%
	ICDF	0	5	0	11	0	16	21%		
	ITI	3	0	0	0	0	3	4%		
	Lago Sul	10	0	0	0	0	10	13%		
	M ^a Auxiliadora	7	0	0	0	0	7	9%		
	Santa Marta	10	0	6	0	0	16	21%		
	São Francisco	4	0	4	0	0	8	11%		
	São Mateus	8	0	0	0	0	8	11%		
	Subtotal	49	5	10	11		75	100%		
	Rede Conveniada	HUB	6	0	4	0	0	10		
Subtotal		6	0	4	0	0	10	100%		
TOTAL GERAL		196	48	69	19	8	340		100%	

*Fonte: DIREG/SUPRAC/SES/DF, em novembro de 2011. ** Legenda: HBDF – Hospital de Base do Distrito Federal; HRAN – Hospital Regional da Asa Norte; HRAS – Hospital Regional da Asa Sul; HRC – Hospital Regional de Ceilândia; HRG – Hospital Regional do Gama; HRPa – Hospital Regional do Paranoá; HRS – Hospital Regional de Sobradinho; HRSam – Hospital Regional de Samambaia; HRSM – Hospital Regional de Santa Maria; HRT – Hospital Regional de Taguatinga; HOME – Hospital Ortopédico e Medicina Especializada; ICDF – Instituto do Coração do Distrito Federal; ITI – Instituto de Terapia Intensiva; HUB – Hospital Universitário de Brasília.

Para a UTI pediátrica e neonatal, o HRAS lidera com 33% e 69%, respectivamente. E para a UTI trauma e coronariana, somente o HBDF apresenta este perfil assistencial.

A Figura 9 ilustra a relação percentual de leitos de terapia intensiva vinculados à rede SES/DF, no mesmo período, no que se refere à natureza da UTI.

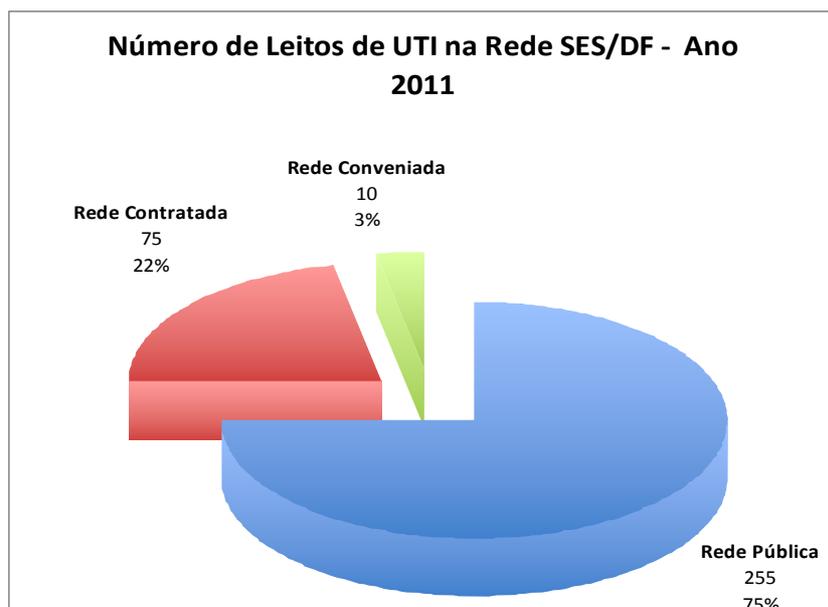


Figura 9 – Relação percentual entre rede pública, rede contratada e rede conveniada à SES/DF para leitos de UTI no ano de 2011

6.3.2 Número Médio de Leitos de UTI públicos, contratados e conveniados vinculados à SES/DF.

Conceituação

Número médio de leitos de UTI vinculados à SES/DF sejam públicos, contratados ou conveniados, no período considerado.

Interpretação

Expressa o quantitativo médio de leitos de UTI vinculados à SES/DF em um determinado período de tempo.

Usos

- Dimensionar a oferta de leitos de UTI vinculados à SES/DF.
- Instrumentalizar a gestão com dados que permitam dimensionar a oferta de leitos e adequá-la de acordo com a identificação das necessidades (demanda) da população, em tempo oportuno.
- Analisar a variação temporal da oferta de leitos de UTI por dia, por semana, por mês, semestre ou por ano.

Limitações

- A informação quanto à alteração da oferta de leitos de UTI é dada pela

Subsecretaria de Atenção à Saúde (SAS/SES/DF).

- Não considera o quantitativo de leitos bloqueados temporariamente.
- Inexistência de padrões ou parâmetros que definam o quantitativo ideal de leitos de UTI segundo o tipo de leito.
- Submissão às regras administrativas vigentes quanto à contratação de leitos na iniciativa privada.
- Desatualização do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Fonte

- Sistema Informacional da Central de Regulação de Internação Hospitalar (CRIH da SES/DF).
- Relatórios de monitoramento da Diretoria de Regulação (DIREG).

Método de Cálculo

$$\frac{\Sigma \text{N}^\circ \text{ de leitos públicos, contratados e conveniados}}{\text{Período (dias, semanas, meses ou anos)}}$$

Categorias Sugeridas para Análise

- Esfera administrativa (natureza da UTI): pública, privada (inclusive universitário e filantrópico)
- Tipo de leito: neonatal, pediátrico, adulto, coronariano, trauma (neurocirúrgico).
- Unidade Executante: todos os hospitais vinculados à SES/DF que possuam leitos de UTI.
- Período considerado: dia, semana, mês ou ano.

Comentários

- Trata-se de um indicador de estrutura.
- Em relação ao prazo de acompanhamento deste indicador, importante ressaltar que difere nas unidades contratadas, pois os leitos de UTI geralmente não sofrem alteração em seu quantitativo durante a vigência do contrato, por volta de 12 meses. Já em relação aos leitos públicos e/ou conveniados, essa alteração pode ser dada a qualquer momento a depender da disponibilidade de recursos para abertura de novos leitos, ficando a critério do gestor.

Dados do Sistema Informacional da CRIH e Comentários:

O sistema informacional utilizado pela CRIH não está programado para fornecer o número médio de leitos de UTI em determinado período, somente fornece o número de leitos de UTI em tempo real para cada unidade executante.

6.3.3 Número de Leitos de UTI públicos, contratados e conveniados por habitante

Conceituação
Número de leitos de UTI vinculados à SES/DF sejam públicos, contratados ou conveniados, por mil habitantes residentes no ano considerado.
Interpretação
Mede a relação entre a oferta de leitos de UTI públicos, contratados e conveniados vinculados ao SUS e a população residente na mesma área geográfica no ano considerado.
Usos
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dimensionar a oferta de leitos de UTI vinculados à SES/DF, baseada na população residente no DF (cobertura). ▪ Analisar variações temporais e locais da oferta de leitos de UTI vinculados ao SUS. ▪ Instrumentalizar a gestão com dados que permitam dimensionar a oferta de leitos e adequá-la de acordo com a identificação das necessidades (demanda) da população, em tempo oportuno.
Limitações
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Não inclui os leitos de UTI privados sem vínculo com o SUS. ▪ Inexistência de padrões ou parâmetros que definam o quantitativo ideal de leitos de UTI segundo o tipo do leito (neonatal, pediátrico, adulto, coronariano e trauma) por habitante (cobertura). ▪ Submissão às regras administrativas vigentes quanto à contratação de leitos na iniciativa privada. ▪ Desatualização do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

- Inclui a demanda hospitalar por parte de pessoas não residentes no DF, o que altera a relação de proporcionalidade dos leitos disponíveis para a população residente.
- Os dados populacionais do DF não estão desagregados por região administrativa.

Fonte

- Sistema Informacional da Central de Regulação de Internação Hospitalar (CRIH) da SES/DF.
- Relatórios de monitoramento da Diretoria de Regulação (DIREG).
- Censo Demográfico de 2010 (IBGE).

Método de Cálculo

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ médio anual de leitos de UTI vinculados à SES}}{\text{População total residente no ano considerado}} \times 1.000$$

Categorias Sugeridas para Análise

- Esfera administrativa (natureza da UTI): pública, privada (inclusive universitário e filantrópico)
- Tipo de leito: neonatal, pediátrico, adulto, coronariano, trauma (neurocirúrgico).
- Unidades Executantes: todos os hospitais vinculados à SES que possuam leito de UTI.
- Período considerado: ano.

Comentários

- Trata-se de um indicador de estrutura/cobertura.
- Segundo a OMS, de 7% a 10 % dos leitos totais da rede hospitalar devem ser destinados à terapia intensiva. A parametrização pela OMS segue uma abordagem direcionada para o aspecto apenas em relação ao quantitativo de leitos, não levando em consideração a variável populacional e nem a natureza do leito.
- A Portaria GM/MS Nº 1.101, de 12/06/2002, estabelece os parâmetros de cobertura hospitalar e estão destinados a estimar as necessidades de atendimento a uma determinada população. Nessa abordagem considera-se

além da variável quantitativa de leitos, também a variável populacional. Assim, em relação aos leitos gerais o parâmetro de cobertura assistencial recomendado é de 2,5 a 3 leitos para cada mil habitantes. Os parâmetros de cobertura assistencial para UTI preconizado é o equivalente a um limite mínimo de 4% e um limite máximo de 10% do total de leitos gerais necessários. Porém, ainda não há referência quanto ao quantitativo adequado em relação à natureza do leito, ou seja, neonatal, pediátrico, adulto, coronariano e trauma (neurocirúrgico).

Dados do Sistema Informacional da CRIH e Comentários:

Segundo dados do IBGE, em 2010, a população aproximada do DF é 2.500.000 habitantes e a do Entorno (RIDE) de aproximadamente 1.200.000 habitantes, totalizando cerca de 3.700.000 habitantes. Para essa população, aplicando o parâmetro de cobertura assistencial (2,5 a 3 leitos gerais para cada mil habitantes), a necessidade de leitos gerais estaria entre 9.250 a 11.100 leitos, conforme demonstra o Quadro 8. Já, em relação aos leitos de terapia intensiva, a necessidade estaria entre 370 (4% - banda inferior) a 1.110 leitos (10% - banda superior).

Quadro 8 - Cálculo aplicado de acordo com os parâmetros de cobertura assistencial elencados na Portaria/GM/MS n.º 1.101, de 12/06/2002

Local	População* (Valores aproximados)	Leitos Gerais Necessários (2,5 a 3 leitos/1.000 hab)		Leitos de UTI Adulto Necessários (4% a 10% do total de leitos gerais)			
		2,5	3	4% do	4% do	10% do	10% do
		Valor A	Valor B	Valor A	Valor B	Valor A	Valor B
DF	2.500.000	6.250	7.500	250	300	625	750
DF e Entorno	3.700.000	9.250	11.100	370	444	925	1.110

*Fonte: Censo Demográfico 2010 - IBGE

No ano de 2011, a rede SES/DF disponibilizou à população do DF e Entorno (RIDE) 340 leitos de UTI (públicos, contratados e conveniados). A população residente no DF estimada para o mesmo ano, segundo Censo IBGE 2010, foi de

2.500.000 habitantes. O número de leitos de UTI disponibilizados corresponde a 0,1 leito de UTI para cada mil habitantes. Valor este sem alteração significativa quando calculado para os anos 2006 a 2009.

Para se compreender o cálculo da cobertura assistencial em terapia intensiva, é necessário antes a elucidação quanto à cobertura assistencial indicada para leitos gerais.

A SES/DF, segundo relatório anual de 2011, disponibilizou um total de 4.338 leitos gerais. Entretanto, o quantitativo ideal, considerando a cobertura recomendada pelo MS (2,5 a 3 leitos gerais para cada mil habitantes), seria entre 6.250 (banda inferior) e 7.500 (banda superior) leitos gerais necessários para atender apenas à população do DF, cerca de 1,7 leitos gerais/ mil hab. Assim, pelo parâmetro da banda inferior, observa-se uma deficiência de 1.912 leitos gerais, ou seja, um déficit de 30,6%.

Considerando a aplicação dos mesmos parâmetros para a população do DF somada à população do Entorno (RIDE), o que totaliza aproximadamente 3.700.000 habitantes, cerca de 1,2 leitos gerais/ mil habitantes, nota-se que a defasagem de leitos gerais sobe para 4.912, ou seja, um déficit de 53,2%.

De acordo com os parâmetros indicados na Portaria GM/MS N° 1.101/2002 para a cobertura assistencial em terapia intensiva adulto (4% a 10% do total de leitos gerais), considerando apenas a população do DF, a necessidade mínima para leitos de UTI seria de 250 leitos (4% de cobertura) e a máxima de 625 leitos (10% de cobertura). Para se ter uma análise comparativa foi calculado também um valor intermediário de cobertura em 7%, correspondendo a 437 leitos de UTI.

Ao considerar a população do DF somada à população do Entorno (RIDE), estes valores aumentam consideravelmente, sendo a necessidade mínima (4% de cobertura) de 370 leitos, a intermediária (7% de cobertura) de 647 leitos e a máxima (10% de cobertura) de 925 leitos de UTI.

A Figura 10 demonstra a relação entre a quantidade ideal de leitos de UTI e a existente no ano de 2011 na rede SES/DF, considerando os valores de parametrização elencados na PT GM/MS N° 1.101/2002. Dois cenários foram considerados: o primeiro com os cálculos referentes apenas à população do DF; o

segundo, incorporando o contingente populacional do Entorno (RIDE), uma vez que inexistem leitos habilitados em UTI naquela região. Para ambos cenários foram calculados os valores máximo de cobertura (10%), intermediário (7%) e mínimo (4%).

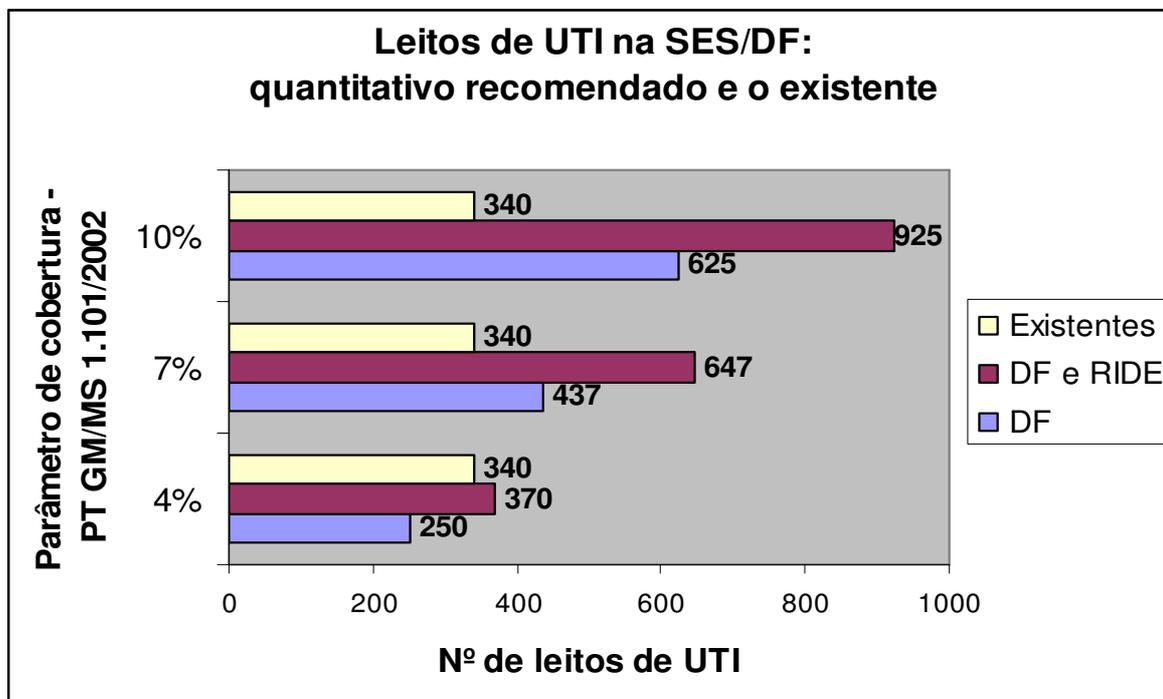


Figura 10 – Comparativo entre a quantidade ideal de leitos de UTI e a quantidade existente na rede SES/DF, segundo parâmetros de cobertura do MS no ano de 2011

Para os valores máximos (10%), evidenciou-se um déficit de 585 leitos de UTI (63,3%) e para os valores intermediários (7%), este déficit diminui para 307 leitos de UTI (47,5%).

6.3.4 Número de Solicitações de Internação em UTI à CRIH

Conceituação

Número absoluto de solicitações de internação em UTI realizadas junto à CRIH no período considerado.

Interpretação

Expressa o quantitativo geral de solicitações de internações em UTI inseridas no sistema informacional da CRIH em determinado período.

Usos

- Dimensionar a demanda de pacientes gravemente enfermos que necessitam de terapia intensiva e que permanecem internados nas diversas unidades hospitalares à espera do leito de UTI.
- Induzir a adequação da oferta de leitos de terapia intensiva à demanda identificada.
- Analisar as variações locais e temporais no número de solicitações.
- Instrumentalizar a gestão com dados confiáveis para uma adequada alocação de recursos em tempo oportuno.

Limitações

- Inclui as solicitações que são realizadas pelas unidades hospitalares não vinculados à SES/DF, de acordo com protocolos de fluxo de trabalho vigentes da CRIH.
- Sujeito à variação de transmissão e distribuição do sinal de internet, visto que o sistema informacional utilizado pela CRIH é *online*.
- Inclui as solicitações que não preenchem os critérios de admissão em terapia intensiva apontados na Portaria SES N° 42, de 31/08/2006.
- Inclui as solicitações incompletas quanto à observação e cumprimento da Portaria SES N° 42, de 31/08/2006, referente aos critérios de admissão em terapia intensiva.
- Não identifica a Unidade de Federação – UF de residência dos pacientes oriundos de outros estados e municípios, entre eles os que compõem a Região Integrada de Desenvolvimento do Entorno (RIDE/DF).

Fonte

Sistema Informacional da Central de Regulação de Internação Hospitalar – CRIH da SES/DF.

Método de Cálculo

N° de Solicitações de Internação em UTI à CRIH no período considerado

Categorias Sugeridas para Análise

- Unidade Solicitante: todos os hospitais públicos da SES/DF, Hospital Universitário de Brasília – HUB e o Instituto de Cardiologia do DF – ICDF.

- Tipo de leito: neonatal, pediátrico, adulto, coronariano e trauma (neurocirúrgico).
- Sexo: masculino e feminino.
- Período considerado: dia, semana, mês e ano.
- Classificação Internacional de Doenças – CID 10.

Comentários

- Trata-se de um indicador de processo.
- Este indicador permite o monitoramento em tempo real (*online*) do quantitativo de solicitações de internações em UTI inseridas no sistema informacional da CRIH.

Dados do Sistema Informacional da CRIH e Comentários:

O Quadro 9 demonstra o número absoluto de solicitações de internações em terapia intensiva registrado pelo sistema informacional da CRIH nos anos 2007 a 2011.

Observa-se um aumento progressivo de solicitações de internação em UTI entre os anos 2007 e 2011.

Chama a atenção os números elevados de solicitações registrados pela própria CRIH.

Em todos os anos, nota-se que houve uma subnotificação de dados em relação às solicitações para a UTI trauma em todas as unidades solicitantes, exceto o HBDF. Entretanto, em 2011, o HBDF também subnotificou os dados, registrando-se apenas 9 casos.

Quadro 9 – Número de solicitações de internação em UTI registradas na CRIH da SES/DF segundo o tipo de leito para os anos 2007 a 2011

TIPO DE UTI	UNIDADE SOLICITANTE - ANO 2007																TOTAL
	CRIH	HBDF	HRAN	HRAS	HRBz	HRC	HRG	HRGu	HRP	HRPa	HRS	HRSam	HRSM	HRT	HUB	Outros	
ADULTO	875	787	429	87	43	327	553	44	182	199	362	248	0	429	405	6	4976
TRAUMA	24	243	0	0	2	3	3	0	2	1	2	2	0	4	0	0	286
CORONÁRIA	67	217	8	3	9	6	13	0	2	2	6	3	0	16	3	0	355
PEDIÁTRICA	295	338	35	207	13	61	57	4	39	22	23	46	0	65	54	0	1259
NEONATAL	664	2	17	730	12	204	71	1	58	9	24	50	0	335	18	0	2195
SUBTOTAL	1925	1587	489	1027	79	601	697	49	283	233	417	349	0	849	480	6	9071
TIPO DE UTI	UNIDADE SOLICITANTE - ANO 2008																TOTAL
	CRIH	HBDF	HRAN	HRAS	HRBz	HRC	HRG	HRGu	HRP	HRPa	HRS	HRSam	HRSM	HRT	HUB	Outros	
ADULTO	365	861	461	95	46	306	1167	95	163	206	428	296	0	502	423	5	5419
TRAUMA	30	298	0	0	0	1	1	0	3	6	1	1	0	6	0	0	347
CORONÁRIA	50	176	4	0	4	1	13	0	2	3	9	3	0	24	3	1	293
PEDIÁTRICA	148	352	36	291	14	57	90	14	63	36	31	67	0	68	55	5	1327
NEONATAL	639	2	36	790	20	320	137	0	44	23	16	74	0	219	89	0	2409
SUBTOTAL	1232	1689	537	1176	84	685	1408	109	275	274	485	441	0	819	570	11	9795
TIPO DE UTI	UNIDADE SOLICITANTE - ANO 2009																TOTAL
	CRIH	HBDF	HRAN	HRAS	HRBz	HRC	HRG	HRGu	HRP	HRPa	HRS	HRSam	HRSM	HRT	HUB	Outros	
ADULTO	789	1379	579	54	132	314	1082	80	217	15	474	245	71	703	343	0	6477
TRAUMA	16	368	0	0	0	3	5	0	6	0	5	1	1	9	0	0	414
CORONÁRIA	93	190	11	0	11	4	34	1	6	0	34	2	0	59	1	2	448
PEDIÁTRICA	189	340	49	257	22	68	77	10	78	2	53	48	5	85	35	3	1321
NEONATAL	827	6	66	565	49	215	134	1	47	4	27	64	0	139	43	1	2188
SUBTOTAL	1914	2283	705	876	214	604	1332	92	354	21	593	360	77	995	422	6	10848
TIPO DE UTI	UNIDADE SOLICITANTE - ANO 2010																TOTAL
	CRIH	HBDF	HRAN	HRAS	HRBz	HRC	HRG	HRGu	HRP	HRPa	HRS	HRSam	HRSM	HRT	HUB	Outros	
ADULTO	1963	1556	746	71	180	427	5	143	214	51	118	217	1228	743	278	88	8028
TRAUMA	27	297	1	0	1	2	0	1	3	0	0	5	0	13	0	0	350
CORONÁRIA	135	103	33	0	6	6	0	5	1	1	23	7	36	81	13	5	455
PEDIÁTRICA	294	378	40	366	47	79	1	12	95	11	12	34	158	81	42	17	1667
NEONATAL	975	4	82	414	59	185	6	0	71	11	14	25	269	148	4	31	2298
SUBTOTAL	3394	2338	902	851	293	699	12	161	384	74	167	288	1691	1066	337	141	12798
TIPO DE UTI	UNIDADE SOLICITANTE - ANO 2011																TOTAL
	CRIH	HBDF	HRAN	HRAS	HRBz	HRC	HRG	HRGu	HRP	HRPa	HRS	HRSam	HRSM	HRT	HUB	Outros	
ADULTO	600	2258	717	104	218	336	814	140	293	137	474	553	998	746	286	159	8833
TRAUMA	16	9	0	0	0	4	4	1	2	18	1	3	2	0	0	0	60
CORONÁRIA	21	21	34	3	20	1	50	7	1	4	47	5	89	0	16	13	332
PEDIÁTRICA	91	399	48	540	35	86	49	30	66	19	61	64	321	0	47	32	1888
NEONATAL	255	4	65	1052	65	273	115	5	45	63	33	134	211	237	5	9	2571
SUBTOTAL	983	2691	864	1699	338	700	1032	183	407	241	616	759	1621	983	354	213	13684
TOTAL	9448	10588	3497	5629	1008	3289	4481	594	1703	843	2278	2197	3389	4712	2163	377	56196

* Unidade não existente no período

FONTE: Diretoria de Regulação da SES/DF

Legenda: CRIH – Central de Regulação de Internação Hospitalar; HBDF – Hospital de Base do Distrito Federal; HRAN – Hospital Regional da Asa Norte; HRBz – Hospital Regional de Brazlândia; HRC – Hospital Regional de Ceilândia; HRG – Hospital Regional do Gama; HRGu – Hospital Regional do Guarã; HRP – Hospital Regional de Planaltina; HRPa – Hospital Regional do Paranoá; HRS – Hospital Regional de Sobradinho; HRSam – Hospital Regional de Samambaia; HRSM – Hospital Regional de Santa Maria; HRT – Hospital Regional de Taguatinga; HUB – Hospital Universitário de Brasília.

A subnotificação parece persistir ao analisar o ano de 2010 quando as unidades HRG, HRPa, HRS e HRSam apresentaram números inferiores no total de solicitações quando comparado aos demais anos. As unidades HRPa e HRSM também apresentaram dados semelhantes em relação ao ano de 2009.

No geral, as solicitações registradas pela própria CRIH apresentaram uma oscilação no período considerado, variando mais entre os anos 2010 e 2011.

A Figura 11 demonstra um comparativo do número absoluto anual de solicitações de internação em UTI, por meio da CRIH, nos anos 2007 a 2011. Nota-se um crescimento de aproximadamente 34% no ano de 2011 em relação ao 2007. Portanto, observa-se uma média anual de 11.239 solicitações.

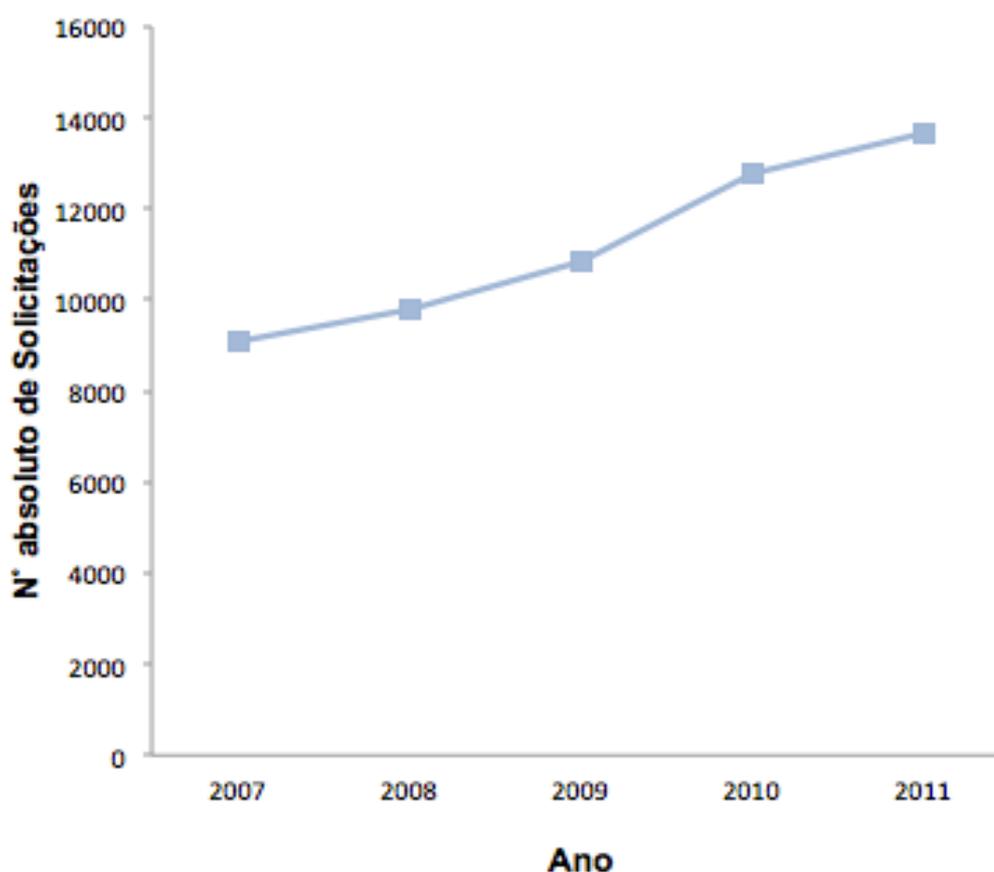


Figura 11 – Comparação do número de solicitações de internação em UTI nos anos 2007 a 2011

6.3.5 Média de Solicitações de Internação em UTI à CRIH

Conceituação
Média de solicitações de internação em UTI realizadas junto à CRIH no período considerado.
Interpretação
Expressa a média diária, semanal, mensal e anual de solicitações de internações em UTI realizadas junto à CRIH.
Usos
<ul style="list-style-type: none">▪ Dimensionar a demanda de pacientes gravemente enfermos que necessitam de terapia intensiva e que permanecem internados nas diversas unidades hospitalares à espera do leito de UTI.▪ Analisar variações locais e temporais do número médio de solicitações de internação em UTI.▪ Induzir a adequação da oferta de leitos de terapia intensiva à demanda identificada.▪ Instrumentalizar a gestão com dados confiáveis para a uma adequada alocação de recursos em tempo oportuno.
Limitações
<ul style="list-style-type: none">▪ Inclui as solicitações que são realizadas pelas unidades hospitalares não vinculados à SES/DF, de acordo com protocolos de fluxo de trabalho vigentes da CRIH.▪ Sujeito à variação de transmissão e distribuição do sinal de internet, visto que o sistema informacional utilizado pela CRIH é <i>online</i>.▪ Inclui as solicitações que não preenchem os critérios de admissão em terapia intensiva apontados na Portaria SES N° 42, de 31/08/2006.▪ Inclui as solicitações incompletas quanto à observação e cumprimento da Portaria SES N° 42, de 31/08/2006, referente aos critérios de admissão em terapia intensiva.▪ Não identifica a Unidade de Federação (UF) de residência dos pacientes oriundos de outros estados e municípios, entre eles os que compõem a Região Integrada de Desenvolvimento do Entorno (RIDE/DF).
Fonte
Sistema informacional da Central de Regulação de Internação Hospitalar (CRIH) da

SES/DF.
Método de Cálculo
$\frac{\Sigma \text{ N}^\circ \text{ de solicitações de internação em UTI à CRIH no período considerado}}{\text{Período (dia, semana, mês ou ano)}}$
Categorias Sugeridas para Análise
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unidade Solicitante: todos os hospitais públicos da SES/DF, Hospital Universitário de Brasília (HUB) e o Instituto de Cardiologia do DF (ICDF). ▪ Tipo de leito: neonatal, pediátrica, adulto, coronariano e trauma. ▪ Sexo: masculino e feminino. ▪ Período considerado: dia, semana, mês e ano. ▪ Classificação Internacional de Doenças – CID 10.
Comentários
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trata-se de um indicador de processo. ▪ Este indicador permite o monitoramento em tempo real (<i>online</i>) do quantitativo médio de solicitações de internações em UTI inseridas no sistema informacional da CRIH, por dia, semana, mês ou ano. Permite ao gestor ajustar condutas para a melhoria do processo regulatório. ▪ O sistema informacional utilizado pela CRIH fornece relatório estatístico em relação ao número total de solicitações de internação em UTI no período considerado. Entretanto, não está programado para calcular a média, conforme proposto neste indicador, sendo a mesma calculada manualmente pela equipe técnica da Diretoria de Regulação.

Dados do Sistema Informacional da CRIH e Comentários:

No ano de 2011, foram registradas 13.684 solicitações de internação em UTI pela CRIH, o que gera uma média de 1.140 solicitações por mês, 263 solicitações por semana e uma média diária de 37 solicitações.

No ano de 2010, foram registradas 12.798 solicitações de internação em UTI pela CRIH, que dá uma média de 1.066 solicitações por mês, 246 solicitações por semana ou 35 solicitações por dia.

6.3.6 Proporção de Solicitações de Internação em UTI com dados clínicos incompletos

Conceituação
Número de solicitações de internação em UTI realizadas junto à CRIH que apresentam dados clínicos incompletos em relação ao número total de solicitações em um determinado período.
Interpretação
Expressa a proporção de solicitações de internações em UTI realizadas junto à CRIH com dados clínicos incompletos, impedindo assim o processo de priorização da gravidade e conseqüente atraso no encaminhamento dos pacientes aos leitos.
Usos
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dimensionar a proporção de solicitações de internação em UTI inadequadamente encaminhadas à CRIH; ▪ Induzir a correta inserção de solicitação de internação em UTI por parte das unidades solicitantes. ▪ Induzir a adequação da oferta de leitos de terapia intensiva à demanda identificada. ▪ Instrumentalizar a gestão com dados confiáveis para a uma adequada alocação de recursos em tempo oportuno.
Limitações
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Influenciado pelo nível de experiência e conhecimento dos médicos solicitantes e dos médicos reguladores quanto aos critérios para a priorização do encaminhamento à terapia intensiva de acordo com o orientado na Portaria SES/DF N° 42, de 31/08/2006. ▪ Dimensiona parte da demanda de pacientes gravemente enfermos e que segundo as unidades solicitantes necessitam de terapia intensiva. ▪ Inclui as solicitações que são realizadas pelas unidades hospitalares não vinculados à SES/DF, de acordo com protocolos de fluxo de trabalho vigentes da CRIH. ▪ Sujeito à variação de transmissão e distribuição do sinal de internet, visto que o sistema informacional utilizado pela CRIH é <i>online</i>. ▪ Não identifica a Unidade de Federação – UF de residência dos pacientes oriundos de outros estados e municípios, entre eles os que compõem a

Região Integrada de Desenvolvimento do Entorno (RIDE/DF).	
Fonte	
Sistema informacional da Central de Regulação de Internação Hospitalar (CRIH) da SES/DF.	
Método de Cálculo	
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Solicitações de Internação em UTI com dados clínicos incompletos}}{\text{N}^\circ \text{ Total de Solicitações de Internação em UTI}} \times 100$	x 100 no período considerado
Categorias Sugeridas para Análise	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unidade Solicitante: todos os hospitais públicos da SES/DF, Hospital Universitário de Brasília (HUB) e o Instituto de Cardiologia do DF (ICDF). ▪ Tipo de leito: neonatal, pediátrica, adulto, coronariano e trauma. ▪ Sexo: masculino e feminino. ▪ Período considerado: dia, semana, mês e ano. ▪ Classificação Internacional de Doenças – CID 10. 	
Comentários	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trata-se de um indicador de processo. ▪ As solicitações que não apresentam dados clínicos mínimos e necessários reflete no atraso do processo de priorização da gravidade pelos médicos reguladores. ▪ Influencia o indicador Tempo Médio de Permanência na Fila. 	

Dados do Sistema Informacional da CRIH e Comentários:

O sistema informacional utilizado pela CRIH não está programado para fornecer dados que permitam construir o indicador e inexistem relatórios gerenciais extraídos do sistema informacional utilizado pela gestão da CRIH que permita o seu monitoramento e avaliação.

6.3.7 Média de tempo para retorno da complementação de dados clínicos na solicitação incompleta de internação em UTI.

Conceituação
Tempo médio registrado para que a unidade solicitante retorne a solicitação de internação em UTI para a CRIH com a complementação dos dados clínicos, em determinado período.
Interpretação
Média de tempo (em minutos, horas) registrado para que a unidade solicitante retorne a solicitação de internação em UTI para a CRIH com a complementação dos dados clínicos necessários ao processo de priorização de gravidade pelos médicos reguladores, em determinado período.
Usos
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar o tempo despendido pelas unidades solicitantes em complementar a solicitação de internação em UTI junto à CRIH. ▪ Reflete o nível de conhecimento dos servidores médicos solicitantes de internação em UTI quanto à observação e cumprimento da Portaria SES/DF N° 42, de 31/08/2006, referente aos critérios de admissão em terapia intensiva. ▪ Instrumentalizar a gestão com dados confiáveis para a uma adequada alocação de recursos em tempo oportuno.
Limitações
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Não inclui as solicitações de internação em leitos eletivos (reserva técnica) de UTI destinados aos procedimentos e/ou cirurgias de alta complexidade de alguns hospitais da rede SES/DF.
Fonte
Sistema informacional da Central de Regulação de Internação Hospitalar (CRIH) da SES/DF.
Método de Cálculo
Intervalo de tempo (minutos, horas) entre a solicitação de complementação de dados clínicos pela CRIH e o retorno das informações pelas unidades solicitantes
Categorias Sugeridas para Análise
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unidade Solicitante: todos os hospitais públicos da SES/DF, Hospital Universitário de Brasília (HUB) e o Instituto de Cardiologia do DF (ICDF).

- Tipo de leito: neonatal, pediátrica, adulto, coronariano e trauma.
- Período considerado: dia, semana, mês e ano.

Comentários

- Trata-se de um indicador de processo.
- As solicitações que não apresentam dados clínicos mínimos e necessários reflete no atraso do processo de priorização da gravidade pelos médicos reguladores.
- Influencia o indicador Tempo Médio de Permanência na Fila.

Dados do Sistema Informacional da CRIH e Comentários:

O sistema informacional utilizado pela CRIH não está programado para fornecer dados que permitam construir o indicador e inexistem relatórios gerenciais extraídos do sistema informacional utilizado pela gestão da CRIH que permita o seu monitoramento e avaliação.

6.3.8 Número Total de Solicitações de Internação em UTI autorizadas pela CRIH.

Conceituação

Número absoluto de solicitações em UTI autorizadas pela CRIH para internação no período considerado.

Interpretação

Expressa o quantitativo geral de solicitações em UTI que foram autorizadas pela CRIH para o encaminhamento aos leitos.

Usos

- Dimensionar a demanda de pacientes gravemente enfermos que cumprem os critérios de priorização para serem internados nas diversas unidades de terapia intensiva da rede SES/DF.
- Induzir a adequação da oferta de leitos de terapia intensiva, segundo a demanda parcial identificada, conforme a natureza do leito e perfil clínico dos pacientes.
- Instrumentalizar a gestão com dados confiáveis para a uma adequada

alocação de recursos em tempo oportuno.

Limitações

- Inclui as solicitações de internação em UTI incompletas que foram complementadas pelas unidades solicitantes.
- Não inclui as solicitações de internação em leitos eletivos (reserva técnica) de UTI destinados aos procedimentos e/ou cirurgias de alta complexidade de alguns hospitais da rede SES/DF.
- Inclui as solicitações que são realizadas pelas unidades hospitalares não vinculados à SES/DF, de acordo com protocolos de fluxo de trabalho vigentes da CRIH.
- Não identifica a Unidade de Federação – UF de residência dos pacientes oriundos de outros estados e municípios, entre eles os que compõem a Região Integrada de Desenvolvimento do Entorno (RIDE/DF).

Fonte

Sistema informacional da Central de Regulação de Internação Hospitalar (CRIH) da SES/DF.

Método de Cálculo

Nº absoluto de solicitações em UTI autorizadas pela CRIH no período considerado

Categorias Sugeridas para Análise

- Unidade Solicitante: todos os hospitais públicos da SES/DF, Hospital Universitário de Brasília (HUB) e o Instituto de Cardiologia do DF (ICDF).
- Tipo de leito: neonatal, pediátrica, adulto, coronariano e trauma.
- Período considerado: dia, semana, mês e ano.

Comentários

- Trata-se de um indicador de processo.
- Não há relatórios gerenciais extraídos do sistema informacional utilizado pela gestão da CRIH que permita o monitoramento e avaliação dessas solicitações.

Dados do Sistema Informacional da CRIH e Comentários:

O sistema informacional utilizado pela CRIH não está programado para fornecer dados que permitam construir o indicador e inexistem relatórios gerenciais extraídos do sistema informacional utilizado pela gestão da CRIH que permita o seu monitoramento e avaliação.

6.3.9 Proporção de Solicitações autorizadas para a internação em UTI pela CRIH.

Conceituação
Número de solicitações de internação em UTI autorizadas pela CRIH pelo número total de solicitações, no período considerado.
Interpretação
Expressa proporção de solicitações em UTI que foram autorizadas pela CRIH em relação ao número total de solicitações, no período considerado.
Usos
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dimensionar a proporção de solicitações que preenchiam os critérios de priorização. ▪ Induzir a adequação da oferta de leitos de terapia intensiva, segundo a demanda parcial identificada, conforme a natureza do leito e perfil clínico dos pacientes. ▪ Instrumentalizar a gestão com dados confiáveis para a uma adequada alocação de recursos em tempo oportuno.
Limitações
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Não inclui as solicitações de internação incompletas nas quais não houve retorno com a complementação dos dados. ▪ Não inclui as solicitações de internação em leitos eletivos (reserva técnica) de UTI destinados aos procedimentos e/ou cirurgias de alta complexidade de alguns hospitais da rede SES/DF. ▪ Inclui as solicitações que são realizadas pelas unidades hospitalares não vinculados à SES/DF, de acordo com protocolos de fluxo de trabalho vigentes da CRIH. ▪ Inclui as solicitações de internação que foram judicializadas, mesmo não

preenchendo os critérios de priorização.

- Não identifica a Unidade de Federação – UF de residência dos pacientes oriundos de outros estados e municípios, entre eles os que compõem a Região Integrada de Desenvolvimento do Entorno (RIDE/DF).

Fonte

Sistema informacional da Central de Regulação de Internação Hospitalar (CRIH) da SES/DF.

Método de Cálculo

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Solicitações de Internação em UTI autorizadas pela CRIH}}{\text{N}^\circ \text{ Total de Solicitações de Internação em UTI}} \times 100 \text{ no período considerado}$$

Categorias Sugeridas para Análise

- Unidade Solicitante: todos os hospitais públicos da SES/DF, Hospital Universitário de Brasília (HUB) e o Instituto de Cardiologia do DF (ICDF).
- Tipo de leito: neonatal, pediátrica, adulto, coronariano e trauma.
- Período considerado: dia, semana, mês e ano.

Comentários

- Trata-se de um indicador de processo.
- Mesmo que o paciente preencha os critérios de priorização só ocupara o leito quando houver a disponibilidade do mesmo nas unidades executantes.
- A judicialização das solicitações de internação em UTI tem ocorrido com frequência, o que descaracteriza o processo de priorização da gravidade clínica efetuado pelos médicos reguladores.

Dados do Sistema Informacional da CRIH e Comentários:

O sistema informacional utilizado pela CRIH não está programado para fornecer dados que permitam construir o indicador e inexistem relatórios gerenciais extraídos do sistema informacional utilizado pela gestão da CRIH que permita o seu monitoramento e avaliação.

6.3.10 Proporção de Internações em UTI autorizadas pela CRIH.

Conceituação

Número de internações em UTI em relação ao Número de Solicitações de internação em UTI autorizadas pela CRIH, no período considerado.

Interpretação

Expressa a proporção de internações em UTI nos leitos públicos, contratados e conveniados vinculados à SES/DF, segundo o quantitativo de solicitações autorizadas pela CRIH.

Usos

- Dimensionar a demanda parcial de pacientes gravemente enfermos internados nas diversas unidades de terapia intensiva da rede SES/DF.
- Induzir a adequação da oferta de leitos de terapia intensiva, segundo a demanda identificada, conforme a natureza do leito e perfil clínico dos pacientes.
- Instrumentalizar a gestão com dados confiáveis para a uma adequada alocação de recursos em tempo oportuno.

Limitações

- Não inclui as internações em leitos eletivos (reserva técnica) destinados aos procedimentos e/ou cirurgias de alta complexidade de alguns hospitais da rede SES/DF.
- Inclui as solicitações de internação que foram judicializadas, mesmo não preenchendo os critérios de priorização.
- Não identifica a Unidade de Federação (UF) de residência dos pacientes oriundos de outros estados e municípios, entre eles os que compõem a Rede Integrada de Desenvolvimento do Entorno (RIDE/DF).

Fonte

Sistema informacional da Central de Regulação de Internação Hospitalar (CRIH) da SES/DF.

Método de Cálculo

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Internações em UTI}}{\text{N}^\circ \text{ Total de Solicitações de Internação em UTI autorizadas pela CRIH}} \times 100 \text{ no período considerado}$$

Categorias Sugeridas para Análise

- Tipo de leito: neonatal, pediátrica, adulto, coronariano e trauma.
- Período considerado: dia, semana, mês e ano.
- Unidade executante: todas as unidades de terapia intensiva dos hospitais públicos da SES/DF e todos os leitos de UTI contratados e conveniados à SES/DF.
- Unidade Solicitante: todos os hospitais públicos da SES/DF, Hospital Universitário de Brasília (HUB) e o Instituto de Cardiologia do DF (ICDF).

Comentários

- Trata-se de um indicador de processo.
- A judicialização das solicitações de internação em UTI tem ocorrido com frequência, o que descaracteriza o processo de priorização da gravidade clínica efetuado pelos médicos reguladores.
- Mesmo que o paciente preencha os critérios de priorização só ocupará o leito quando houver a disponibilidade do mesmo nas unidades executantes.

Dados do Sistema Informacional da CRIH e Comentários:

O sistema informacional utilizado pela CRIH não está programado para o cálculo deste indicador, pois fornece apenas a informação em relação ao quantitativo total de solicitações, não separando as solicitações autorizadas das não autorizadas.

Assim, para elucidar o indicador proposto, foi considerado o total de solicitações de internação em UTI, de forma geral, englobando as solicitações autorizadas e as não autorizadas.

No ano de 2011 foram registradas no sistema informacional utilizado pela CRIH 13.684 solicitações de internação em UTI, derivando 8.009 internações, das quais 4.250 ocorreram em UTI adulto, 636 em UTI coronariana, 244 em UTI trauma, 1.174 em UTI pediátrica e 1.705 em UTI neonatal, nas diversas unidades executantes da rede SES/DF.

Das 8.833 solicitações de internação registradas para a UTI adulto, foram realizadas 4.250 (48%) internações nas diversas unidades executantes que possuem este tipo de leito. Para a UTI coronariana, registraram-se 332 solicitações,

internando-se 636 (191%). Da mesma forma, para a UTI trauma, foram armazenadas apenas 60 solicitações e realizadas 244 (406%) internações. Já para as unidades pediátrica e neonatal foram internadas 62% e 66% respectivamente das solicitações.

A Figura 12 demonstra a relação percentual entre o número de internações em UTI e o número de solicitações em UTI realizadas por meio do processo regulatório vigente. Ao todo, cerca de 59% das solicitações de internação foram atendidas.

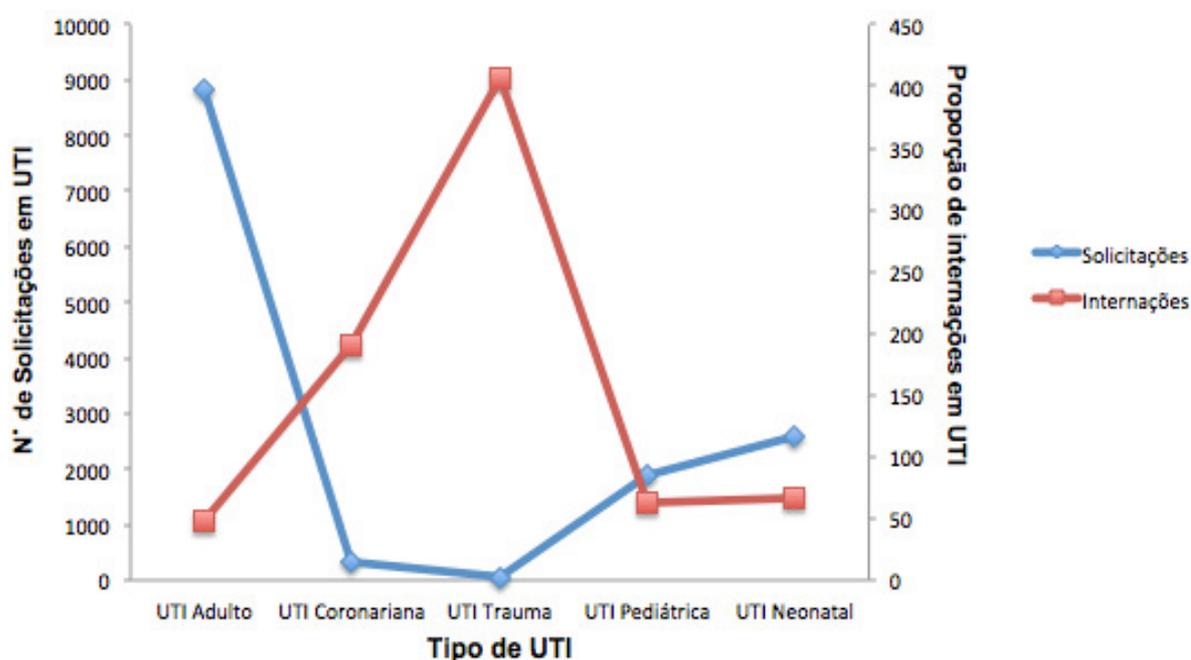


Figura 12 – Proporção de internações em UTI no ano de 2011

6.3.11 Proporção de Internações em UTI ocorridas sob judicialização.

Conceituação

Número de internações em UTI ocorridas sob judicialização em relação ao Número Total de internações em UTI autorizadas pela CRIH, no período considerado.

Interpretação

Expressa a proporção de internações em UTI nos leitos públicos, contratados e conveniados vinculados à SES/DF, ocorridas mediante o processo de judicialização

em relação às internações em UTI autorizadas pela CRIH em um determinado período de tempo.

Usos

- Identificar o quantitativo de internações ocorridas sob judicialização.
- Instrumentalizar a gestão com dados confiáveis para a uma adequada alocação de recursos em tempo oportuno.

Limitações

- Inclui as solicitações que não preenchem os critérios de priorização, mas que foram submetidas à judicialização.
- Não inclui as internações em leitos eletivos (reserva técnica) destinados aos procedimentos e/ou cirurgias de alta complexidade de alguns hospitais da rede SES/DF.
- Não identifica a Unidade de Federação (UF) de residência dos pacientes oriundos de outros estados e municípios, entre eles os que compõem a Região Integrada de Desenvolvimento do Entorno (RIDE/DF).

Fonte

Sistema informacional da Central de Regulação de Internação Hospitalar (CRIH) da SES/DF.

Método de Cálculo

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Internações em UTI sob judicialização}}{\text{N}^\circ \text{ Total de Internações em UTI autorizadas pela CRIH}} \times 100 \text{ no período considerado}$$

Categorias Sugeridas para Análise

- Tipo de leito: neonatal, pediátrica, adulto, coronariano e trauma.
- Prioridade: 1, 2 ou 3.
- Período considerado: dia, semana, mês e ano.
- Unidade executante: todas as unidades de terapia intensiva dos hospitais públicos da SES/DF e todos os leitos de UTI contratados e conveniados à SES/DF.

Comentários

- Trata-se de um indicador de processo.
- A judicialização das solicitações de internação em UTI descaracteriza o processo de priorização da gravidade clínica efetuado pelos médicos reguladores.
- Mesmo que o paciente não preencha os critérios de priorização e esteja com a judicialização vigendo, só ocupara o leito quando houver a disponibilidade do mesmo nas unidades executantes.

Dados do Sistema Informacional da CRIH e Comentários:

O sistema informacional utilizado pela CRIH não está programado para o cálculo deste indicador, apenas disponibiliza o total de internações ocorridas no período considerado e o total de internações ocorridas mediante determinação judicial.

Assim, no ano de 2011 foram registradas pela CRIH 8.009 internações em UTI, das quais 11,7% ocorreram sob judicialização. A relação entre o número total de internações em UTI e o número de internações que aconteceram mediante decisão judicial pode ser observada no Quadro 10 , conforme o tipo do leito.

Quadro 10 – Número de internações em UTI ocorridas sob judicialização em 2011

Tipo de UTI	Total de Internações	Total de Mandados Judiciais
UTI Adulto	4250	622
UTI Coronariana	636	35
UTI Trauma	244	120
UTI Pediátrica	1174	81
UTI Neonatal	1705	84
Total	8009	942

Observa-se um cumprimento de mandados judiciais em 15% das internações em UTI adulto, 5% em UTI coronariana, 7% em UTI pediátrica e 5% em UTI neonatal, conforme ilustra a Figura 13.

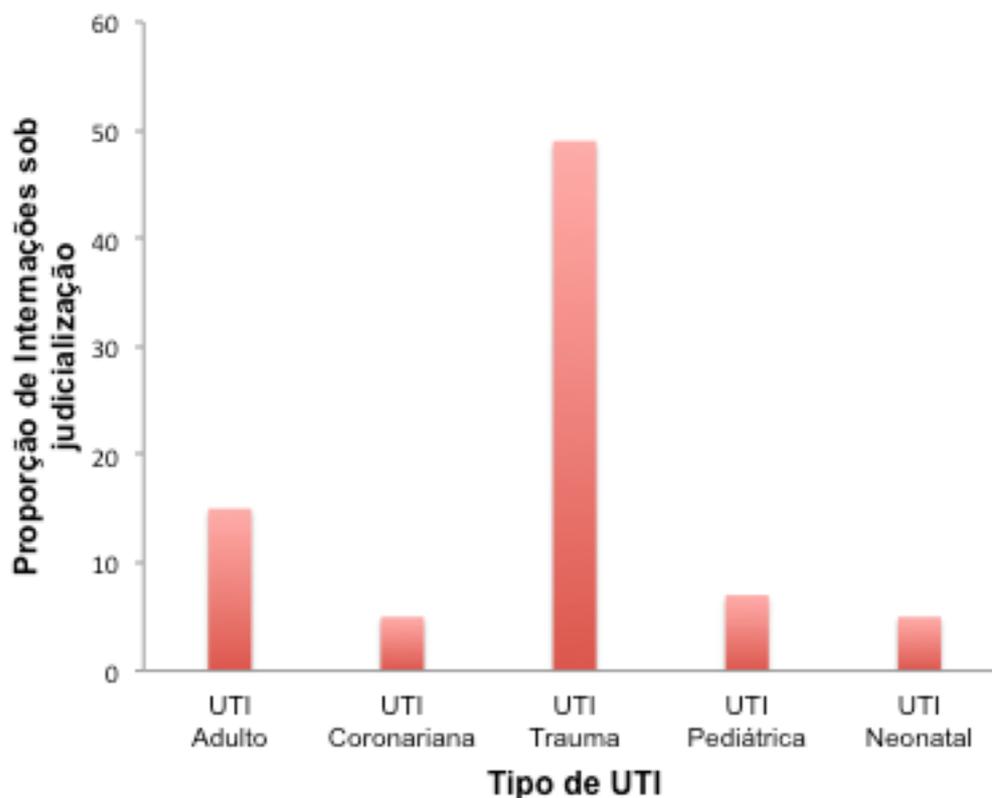


Figura 13 - Número de internações em UTI ocorridas sob judicialização pelo número total de internações em UTI autorizadas pela CRIH, segundo o tipo de leito, no ano de 2011

Destaca-se o cumprimento de mandados judiciais em UTI trauma, correspondente a 49% das internações.

6.3.12 Proporção de internações em UTI fora do fluxo regulatório.

Conceituação

Número de internações em UTI ocorridas fora do fluxo regulatório em relação ao Número Total de internações em UTI no período considerado.

Interpretação

Expressa a proporção de internações em UTI fora do fluxo regulatório nos leitos públicos, contratados e conveniados vinculados à SES/DF em relação às internações em UTI autorizadas pela CRIH.

Usos
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Capturar a demanda de pacientes gravemente enfermos internados nas diversas unidades de terapia intensiva da rede SES/DF encaminhados assistematicamente. ▪ Identificar as unidades executantes que mais realizam internações fora do fluxo regulatório. ▪ Induzir a adequação da oferta de leitos de terapia intensiva, segundo a demanda identificada, conforme a natureza do leito e perfil clínico dos pacientes. ▪ Instrumentalizar a gestão com dados confiáveis para a uma adequada alocação de recursos em tempo oportuno.
Limitações
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Não inclui as internações em leitos eletivos ou de reserva técnica (neonatal) destinados aos procedimentos e/ou cirurgias de alta complexidade de alguns hospitais da rede SES/DF. ▪ Não identifica a Unidade de Federação (UF) de residência dos pacientes oriundos de outros estados e municípios, entre eles os que compõem a Região Integrada de Desenvolvimento do Entorno (RIDE/DF).
Fonte
Sistema informacional da Central de Regulação de Internação Hospitalar (CRIH) da SES/DF.
Método de Cálculo
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Internações em UTI fora do fluxo regulatório}}{\text{N}^\circ \text{ Total de Internações em UTI}} \times 100 \text{ no período considerado}$
Categorias Sugeridas para Análise
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tipo de leito: neonatal, pediátrica, adulto, coronariano e trauma. ▪ Período considerado: dia, semana, mês e ano. ▪ Unidade executante: todas as unidades de terapia intensiva dos hospitais públicos da SES/DF e todos os leitos de UTI contratados e conveniados à SES/DF.
Comentários
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trata-se de um indicador de processo.

- Conforme pactuação entre as gestões de algumas unidades executantes e a gestão da regulação, alguns leitos de UTI poderão ser destinados como reserva técnica, ou seja, estarão sob gestão da própria unidade. As áreas que mais demandam tal pactuação são: neonatal e cirurgias de alta complexidade.

Dados do Sistema Informacional da CRIH e Comentários:

No ano de 2011 foram registradas pela CRIH 8.009 internações em UTI, das quais 10,5% ocorreram fora do fluxo regulatório (Figura 14), 2,5% a mais quando comparado com o ano 2010. Em relação aos anos anteriores, não houve disponibilização de dados pelo sistema informacional utilizado pela CRIH, o que inviabiliza um estudo comparativo.

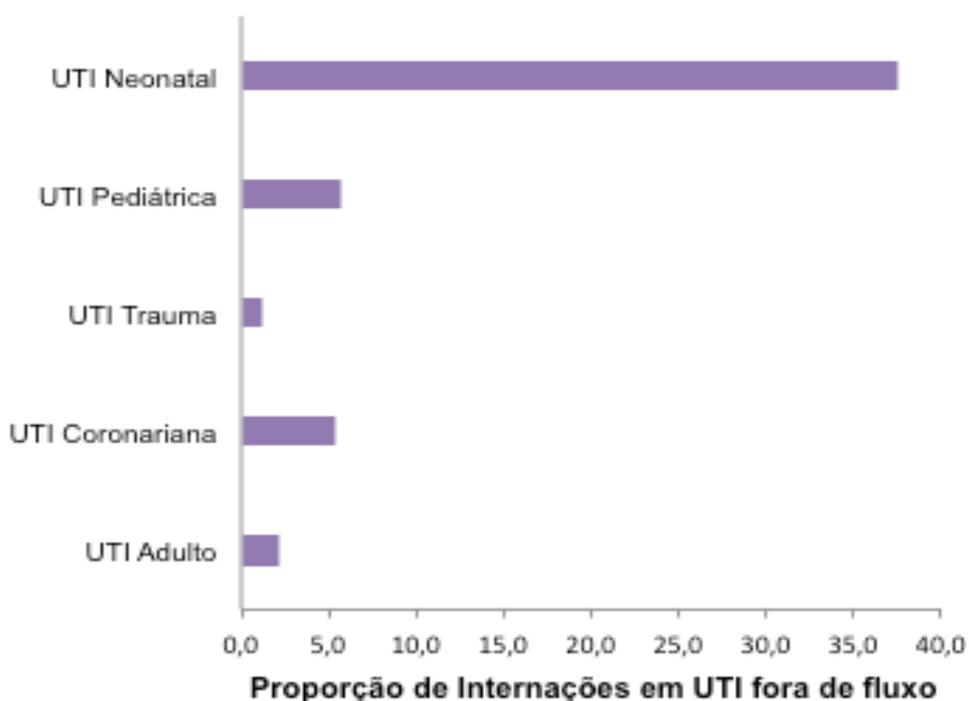


Figura 14 – Número de internações em UTI ocorridas fora do fluxo regulatório pelo Número Total de Internações em UTI pela CRIH, segundo o tipo do leito, no ano de 2011

Nota-se uma discrepância na proporção de internações ocorridas em UTI fora do fluxo regulatório na área neonatal. Das 1.705 internações ocorridas sob regulação no ano de 2011, 640 (37,5%) foram realizadas sob esta característica.

Nas unidades pediátrica e coronariana foram registradas cerca de 5% para cada uma, seguidas de 2% para a adulto e 1,2% para trauma.

6.3.13 Tempo Médio entre a solicitação de internação e a ocupação do leito de UTI.

Conceituação
Tempo médio registrado entre a solicitação de internação em UTI à CRIH e a ocupação do leito propriamente dita.
Interpretação
Expressa o intervalo de tempo entre o registro da solicitação de internação em UTI e a internação propriamente dita ocorrida nos leitos públicos, contratados e conveniados vinculados à SES/DF, autorizadas pela CRIH.
Usos
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dimensionar o tempo real entre uma solicitação de internação em UTI e a ocupação do leito por pacientes gravemente enfermos internados nas diversas unidades de terapia intensiva da rede SES/DF. Entre menor tempo, mais oportuna a resposta. ▪ Reflete o tempo despendido pelos médicos reguladores em autorizar a solicitação, o tempo despendido pelos enfermeiros controladores em disponibilizar o leito e o tempo da remoção da unidade solicitante a unidade executante e efetiva ocupação do leito (internação). ▪ Instrumentalizar a gestão com dados confiáveis para a uma adequada alocação de recursos em tempo oportuno.
Limitações
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Não inclui as internações em leitos eletivos (reserva técnica) destinados aos procedimentos e/ou cirurgias de alta complexidade de alguns hospitais da rede SES/DF. ▪ Inclui as solicitações que não preenchem os critérios de priorização, mas que foram submetidas à judicialização.

- Inclui o nível de conhecimento e comprometimento dos médicos reguladores quanto à observação e cumprimento da Portaria SES/DF N° 42, de 31/08/2006, referente aos critérios de admissão em terapia intensiva.
- Inclui o registro no sistema informacional da movimentação virtual do paciente da fila de espera para o leito de UTI pela unidade executante, e quando da impossibilidade da mesma, pelo enfermeiro controlador da CRIH.
- Sujeito à variação de transmissão e distribuição do sinal de internet, visto que o sistema informacional utilizado pela CRIH é *online*.
- Inclui o tempo despendido na remoção de pacientes gravemente enfermos desde a unidade solicitante até à unidade executante.
- Mesmo que o paciente preencha os critérios de priorização, só ocupará o leito quando houver a disponibilidade do mesmo nas unidades executantes.
- Não identifica a Unidade de Federação – UF de residência dos pacientes oriundos de outros estados e municípios, entre eles os que compõem a Região Integrada de Desenvolvimento do Entorno (RIDE/DF).

Fonte

Sistema informacional da Central de Regulação de Internação Hospitalar (CRIH) da SES/DF.

Método de Cálculo

Tempo Médio entre a solicitação de internação em UTI e a ocupação do leito, no período considerado.

Categorias Sugeridas para Análise

- Tipo de leito: neonatal, pediátrica, adulto, coronariano e trauma.
- Período considerado: dia, semana, mês e ano.
- Unidade solicitante: todos os hospitais públicos da SES/DF, Hospital Universitário de Brasília (HUB) e o Instituto de Cardiologia do DF (ICDF).
- Unidade executante: todas as unidades de terapia intensiva dos hospitais públicos da SES/DF e todos os leitos de UTI contratados e conveniados à SES/DF.

Comentários

- Trata-se de indicador de resultado.
- Não há uma uniformidade sobre qual o tempo ideal entre uma solicitação de

internação em UTI e uma internação em UTI propriamente dita. Preconiza-se o mais breve possível, após a identificação da necessidade de terapia intensiva.

Dados do Sistema Informacional da CRIH e Comentários:

O sistema informacional utilizado pela CRIH não está programado para fornecer dados que permitam construir o indicador e inexistem relatórios gerenciais extraídos do sistema informacional utilizado pela gestão da CRIH que permita o seu monitoramento e avaliação.

6.3.14 Tempo Médio de Permanência no leito de UTI.

Conceituação
Tempo médio de permanência no leito de UTI no período considerado.
Interpretação
Expressa a média de tempo de internação em que o paciente gravemente enfermo permanece na UTI, independentemente do desfecho (melhora ou óbito).
Usos
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dimensionar o tempo médio de internação em UTI dos pacientes gravemente enfermos encaminhados pela CRIH. ▪ Instrumentalizar a gestão com dados confiáveis para a uma adequada alocação de recursos em tempo oportuno.
Limitações
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Não inclui as internações em leitos eletivos (reserva técnica) destinados aos procedimentos e/ou cirurgias de alta complexidade de alguns hospitais da rede SES/DF, uma vez que a regulação não gerencia estes leitos. ▪ Não identifica a Unidade de Federação (UF) de residência dos pacientes oriundos de outros estados e municípios, entre eles os que compõem a Rede Integrada de Desenvolvimento do Entorno (RIDE/DF). ▪ Este indicador está diretamente relacionado com a movimentação virtual do paciente no sistema informacional que deve ser feita pelas unidades executantes. Porém nem todas utilizam o sistema como rotina, ficando o

enfermeiro controlador da CRIH responsável por monitorar e até mesmo atualizar tal movimentação.
Fonte
Sistema informacional da Central de Regulação de Internação Hospitalar (CRIH) da SES/DF.
Método de Cálculo
Tempo Médio de Permanência no leito de UTI, no período considerado.
Categorias Sugeridas para Análise
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tipo de leito: neonatal, pediátrica, adulto, coronariano e trauma. ▪ Período considerado: dia, semana, mês e ano. ▪ Unidade executante: todas as unidades de terapia intensiva dos hospitais públicos da SES/DF e todos os leitos de UTI contratados e conveniados à SES/DF.
Comentários
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trata-se de um indicador de processo. ▪ Durante a internação o leito permanece ocupado até que seja liberado por alta (melhora ou óbito). Assim, o tempo de permanência vai variar segundo a natureza da ocupação e da disponibilidade de leitos gerais.

Dados do Sistema Informacional da CRIH e Comentários:

O sistema informacional utilizado pela CRIH não está programado para fornecer dados que permitam construir o indicador. Os relatórios gerenciais extraídos do sistema informacional utilizado pela gestão da CRIH não foram elaborados de modo a permitir o monitoramento e avaliação do fator tempo de permanência no leito de UTI sem duplicação de dados.

6.3.15 Tempo Médio entre a alta médica e a alta administrativa em UTI

Conceituação
Tempo médio registrado de permanência no leito de UTI entre a alta médica e a alta administrativa, no período considerado.

Interpretação

Expressa o intervalo de tempo entre o registro da alta médica no sistema informacional da CRIH e a alta administrativa.

Usos

- Dimensionar o tempo em que o paciente recebe a alta médica da UTI, mas aguarda a alta administrativa da unidade para um leito geral do próprio hospital ou para outro estabelecimento de saúde.
- Avaliar o tempo de permanência e o número de diárias de internação em UTI após a alta médica.
- Avaliar fluxo de referência e de contra-referência para as internações na rede SES/DF.
- Instrumentalizar a gestão com dados confiáveis para a uma adequada alocação de recursos em tempo oportuno.

Limitações

- Não inclui as internações em leitos eletivos (reserva técnica) destinados aos procedimentos e/ou cirurgias de alta complexidade de alguns hospitais da rede SES/DF, uma vez que a regulação não gerencia estes leitos.
- Não identifica a Unidade de Federação (UF) de residência dos pacientes oriundos de outros estados e municípios, entre eles os que compõem a Rede Integrada de Desenvolvimento do Entorno (RIDE/DF).
- Este indicador está diretamente relacionado com a movimentação virtual do paciente no sistema informacional que deve ser feita pelas unidades executantes.
- Durante a internação o leito permanece ocupado até que seja liberado por alta (melhora ou óbito). Assim, o tempo de permanência vai variar segundo a natureza da ocupação e da disponibilidade de leitos gerais.

Fonte

Sistema informacional da Central de Regulação de Internação Hospitalar (CRIH) da SES/DF.

Método de Cálculo

Tempo médio entre a alta médica e a alta administrativa, no período considerado.

Categorias Sugeridas para Análise

- Tipo de leito: neonatal, pediátrica, adulto, coronariano e trauma.
- Período considerado: dia, semana, mês e ano.
- Unidade executante: todas as unidades de terapia intensiva dos hospitais públicos da SES/DF e todos os leitos de UTI contratados e conveniados à SES/DF.

Comentários

- Trata-se de um indicador de processo.
- Finalizando o processo regulatório, após as altas médica e administrativa dos pacientes, as unidades executantes liberam os leitos eletronicamente e informam à CRIH sobre a disponibilidade, mas para aquelas que não utilizam o sistema informacional em sua rotina, os leitos seguem monitorados pelo enfermeiro controlador.
- Está diretamente relacionado à cobrança realizada nas faturas hospitalares das unidades contratadas e conveniadas, pois quanto mais dias o paciente permanecer internado na UTI mesmo estando de alta médica aguardando a remoção para a rede pública, maiores serão os valores cobrados junto à SES/DF.

Dados do Sistema Informacional da CRIH e Comentários:

Apesar do sistema informacional não estar programado para o cálculo deste indicador, a gestão da CRIH efetua diariamente o acompanhamento dos pacientes que se encontram de alta médica nas unidades de terapia intensiva vinculadas à SES/DF, de forma manual. O sistema permite apenas a visualização dos pacientes que se encontram sinalizados com a alta médica nas diversas unidades de terapia intensiva em tempo real, ficando a cargo da gestão a elaboração de relatórios técnicos que permitam o monitoramento e avaliação deste indicador.

O Quadro 11 demonstra o comparativo da média de diárias após alta médica entre os anos 2010 e 2011.

Quadro 11 - Média de tempo entre a alta médica e a alta administrativa em UTI nos anos 2010 e 2011

Dias de permanência no leito de UTI após dada alta médica à espera de leito em enfermaria na rede SES/DF							
2011				2010			
Mês	Total de Pacientes	Nº de Diárias	Média de Dias de Internação	Mês	Total de Pacientes	Nº de Diárias	Média de Dias de Internação
Janeiro	47	189	4,0	Janeiro	27	103	3,8
Fevereiro	63	310	4,9	Fevereiro	40	219	5,5
Março	67	170	2,5	Março	55	303	5,5
Abril	73	135	1,8	Abril	52	334	6,4
Maio	69	149	2,2	Maio	72	324	4,5
Junho	86	244	2,8	Junho	66	422	6,4
Julho	82	174	2,1	Julho	59	240	4,1
Agosto	79	214	2,7	Agosto	49	193	3,9
Setembro	79	217	2,7	Setembro	41	193	4,7
Outubro	57	181	3,2	Outubro	34	144	4,2
Novembro	66	200	3,0	Novembro	46	243	5,3
Dezembro	64	137	2,1	Dezembro	41	168	4,1
TOTAL	832	2320	2,8	TOTAL	582	2886	5,0

Em 2011 foi observada uma média 2,8 dias em que os pacientes permaneciam internados nas unidades de terapia intensiva após dada a alta médica e à espera de um leito geral nos hospitais públicos da rede SES/DF, quando se dá a alta administrativa.

Registra-se uma redução à metade quando comparada ao ano de 2010.

6.3.16 Proporção de Óbitos na fila de espera da CRIH

Conceituação
Número absoluto de óbitos ocorridos na fila de espera da CRIH segundo a prioridade.
Interpretação
Expressa o quantitativo de óbitos ocorridos na fila de espera, ou seja, óbitos que ocorrem entre a solicitação de internação em UTI junto à CRIH e a ocupação do leito, de acordo com a prioridade da gravidade clínica estabelecida pelos médicos reguladores.

Usos
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dimensionar o quantitativo de óbitos ocorridos, segundo a prioridade da gravidade clínica na fila de espera da CRIH. ▪ Instrumentalizar a gestão com dados confiáveis para a uma adequada alocação de recursos em tempo oportuno.
Limitações
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inclui as solicitações que são realizadas pelas unidades hospitalares não vinculados à SES/DF, de acordo com protocolos de fluxo de trabalho vigentes da CRIH. ▪ Inclui as solicitações que não preenchem os critérios de priorização, mas que foram submetidas à judicialização. ▪ Não inclui as solicitações de internação em leitos eletivos (reserva técnica) de UTI destinados aos procedimentos e/ou cirurgias de alta complexidade de alguns hospitais da rede SES/DF. ▪ Não identifica a Unidade de Federação (UF) de residência dos pacientes oriundos de outros estados e municípios, entre eles os que compõem a Região Integrada de Desenvolvimento do Entorno (RIDE/DF).
Fonte
Sistema informacional da Central de Regulação de Internação Hospitalar (CRIH) da SES/DF.
Método de Cálculo
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Óbitos ocorridos na fila de espera da CRIH}}{\text{segundo a prioridade}} \times 100 \text{ no período considerado}$
Nº Total de Solicitações de Internação em UTI
Categorias Sugeridas para Análise
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Período considerado: dia, semana, mês e ano. ▪ Prioridade: 1, 2, 3. ▪ Tipo de leito: neonatal, pediátrica, adulto, coronariano e trauma.
Comentários
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trata-se de um indicador de resultado.

Dados do Sistema Informacional da CRIH e Comentários:

O Quadro 12 indica, em números absolutos, os óbitos ocorridos na fila de espera da CRIH entre os anos 2007 e 2011, de acordo com o número de solicitações de internações em UTI registradas no sistema informacional utilizado pela CRIH.

Quadro 12 – Nº de Óbitos na fila de espera segundo a prioridade, nos anos 2007 a 2011

ANO	Total de Óbitos	Prioridade 1	Prioridade 2	Prioridade 3	Prioridade a esclarecer*	Total de Solicitações	% Óbitos
2007	257	134	53	33	37	9071	2,8
2008	615	362	92	77	84	9795	6,3
2009	794	369	157	124	144	10848	7,3
2010	883	390	198	154	141	12798	6,9
2011	1034	341	220	205	268	13684	7,6
TOTAL	3583	1596	720	593	674	56196	6,3

* São casos que permanecem na fila de espera, porém não apresentam dados clínicos suficientes para a priorização pelo médico regulador.

No ano de 2011 houve um aumento de 4,8% na proporção de óbitos quando comparado ao ano de 2007, quando houve o menor valor registrado. Tem-se uma média de 2,8 óbitos por dia.

Percebe-se ainda, que o aumento do número de óbitos está diretamente relacionado ao aumento do número de solicitações de internação em UTI.

A Figura 15 demonstra um comparativo da proporção de óbitos segundo a prioridade nos anos 2007 a 2011.

Observa-se em todos os anos uma maior proporção de óbitos ocorridos na prioridade 1, prioridade caracterizada como de maior gravidade clínica, com possibilidade terapêutica. Há também uma expressividade numérica em relação aos óbitos ocorridos sem que a prioridade ainda tivesse sido estabelecida.

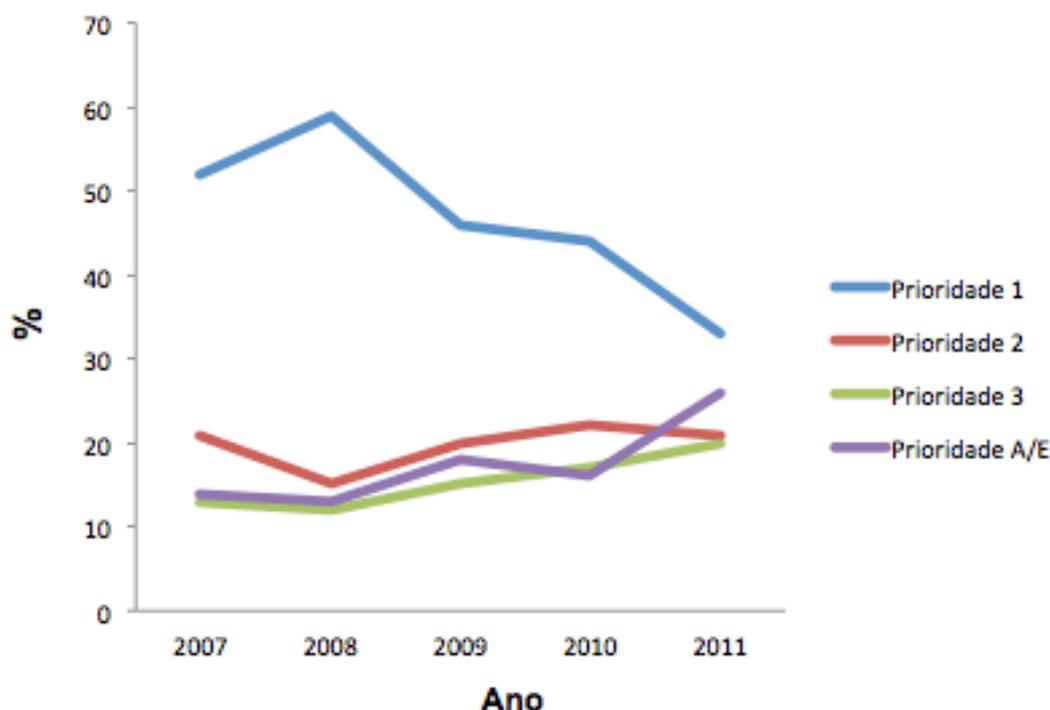


Figura 15 – Comparativo da proporção de óbitos ocorridos na fila de espera da CRIH segundo prioridade nos anos 2007 a 2011

Durante o período analisado, a prioridade 1 apresenta uma média de proporção em torno de 47% de óbitos, seguidos de 20% a prioridade 2, 15% a prioridade 3 e 17% a prioridade a esclarecer.

6.4 Análise da percepção dos médicos reguladores da CRIH acerca do processo de regulação do acesso à terapia intensiva na SES/DF

Nesta parte da pesquisa, a população alvo foi o conjunto de médicos que atuam como reguladores junto à CRIH. Todos estes profissionais são servidores efetivos da SES/DF e a grande maioria, 92%, trabalha em regime de horas extras, visto que a CRIH não dispõe de quadro próprio de pessoal. Prestam serviço de acordo com a escala mensal elaborada pela Diretoria de Regulação, nos períodos manhã, tarde ou noite.

Bloco I – Perfil sócio-demográfico dos médicos reguladores da CRIH

Do total de 40, foram entrevistados 33 (83%) médicos reguladores que compõem o banco de pessoas da CRIH, sendo 70% do sexo feminino e 30% do sexo masculino, com a média de idade de 41 anos. A média de tempo de trabalho na SES/DF é de 10 anos e na função de regulador, a média é de 02 anos e 09 meses.

Foram identificadas as seguintes especialidades médicas: pediatra (43%), clínico-médico (21%), ginecologista-obstetra (9%), cirurgião-geral (6%), intensivista pediátrico (3%), anesthesiologista (3%), sanitaria (3%), ortopedista (3%), hematologista (3%), neurologista (3%) e médico da família (3%).

São profissionais que exercem a função de médico regulador paralelamente à função médica na qual estão vinculados à SES/DF. Assim, 24% exercem função administrativa, exclusivamente, e os demais (76%) atuam nas diversas unidades assistenciais da rede SES/DF. Vale lembrar que no âmbito da SES/DF todos os servidores são regidos pela Lei 8.112/1990, lei dos servidores públicos civis do DF, e ainda não há a carreira de profissional em regulação na área da saúde.

Bloco II – Percepção dos médicos reguladores da CRIH em relação à regulação do acesso aos serviços de saúde

Para atuarem na CRIH, 91% dos entrevistados receberam treinamento específico. Os outros 9%, que não receberam treinamento, foram orientados pelos próprios colegas do plantão quanto às funções a serem exercidas como médico regulador.

Referente aos parâmetros e critérios para admissão de pacientes em terapia intensiva elencados na Portaria SES/DF N° 42, de 31/08/2006, 94% afirmaram o conhecimento e a aplicação durante a prática regulatória e 6% relataram que conhecem, porém nem sempre aplicam. Além disso, 64% afirmaram que a CRIH tem regulado devidamente os pacientes aos leitos de terapia intensiva da rede SES/DF e 97% estão de acordo com tais critérios e parâmetros. Entretanto, 39% relataram que

esses critérios não são suficientes para a tomada de decisão na priorização dos casos.

Do total entrevistado, 91% informaram que a oferta de leitos de terapia intensiva não atende à demanda atual registrada na fila de espera da CRIH.

Bloco III – Percepção dos médicos reguladores da CRIH em relação ao processo de solicitação de Internação em UTI

Fundamentado na experiência dos reguladores, o tempo médio decorrido entre a solicitação de internação hospitalar em terapia intensiva à CRIH e a admissão na UTI dos pacientes gravemente enfermos é de 23h. Contudo, o tempo ideal percebido pelos entrevistados seria de 6h.

Quanto aos motivos que podem afetar a devida regulação de pacientes gravemente enfermos à terapia intensiva em relação ao tempo de atendimento à solicitação, 97% afirmaram que a falta de comunicação com a unidade solicitante é o fator principal, seguidos de 94% dos que informaram a indisponibilidade de leitos para o perfil clínico/cirúrgico. A falta ou acesso limitado de dados clínicos para a priorização dos casos foi indicada em 85% dos entrevistados, e 79% pelo tempo de remoção realizado por meio do SAMU.

No item que aborda a necessidade de fornecimento de relatórios médicos pelas unidades solicitantes para órgãos judiciais com a finalidade de judicializar o caso, 64% julgaram este procedimento desnecessário quando o paciente já está inserido na fila da CRIH.

Para a internação de um paciente sem possibilidade de cura em terapia intensiva, 58% afirmaram que não concordam com a indicação, 21% indicariam apenas se houvesse a judicialização do caso em questão, ou seja, para cumprir a determinação judicial; 15% informaram que indicariam quando não houvessem condições de atendimento ou manutenção do quadro clínico do paciente na unidade solicitante. Não houve nenhuma resposta em relação à indicação da internação mediante a solicitação dos familiares.

Ao serem questionados sobre a atuação como médico solicitante, 73% informaram que realizam atividades de cunho assistencial nas diversas unidades da SES/DF e solicitam terapia intensiva quando necessário. Dentro deste escopo, 61% confirmaram que a CRIH prioriza a solicitação de internação em terapia intensiva de forma adequada quando eles estão atuando como médicos solicitantes.

Bloco IV – Percepção dos médicos reguladores em relação à Central de Regulação de Internação Hospitalar

A comunicação da CRIH com as unidades solicitantes foi avaliada como insatisfatória por 9% dos médicos reguladores entrevistados, pouco satisfatória por 64% e satisfatória por apenas 27% .

Entre os principais motivos elencados, lidera a falha de comunicação (via telefônica) em 61% dos casos, seguida de 58% da não utilização ou atualização do sistema informacional pelas unidades solicitantes. O despreparo dos servidores solicitantes também foi citado por 39% dos entrevistados e 27% elegeram falhas do sistema informacional utilizado.

Quanto aos fatores que influenciam a tomada de decisão para a concessão de leito de UTI, 94% disseram que são os pacientes gravemente enfermos, seguidos de 55% os mandados judiciais, 48% o tempo de espera na fila da CRIH e 45% citaram a idade e a influência pessoal como fatores importantes para o encaminhamento.

No trabalho em equipe da CRIH, 91% consideraram a disponibilização/atualização de leitos pelo profissional enfermeiro controlador como realizada em tempo oportuno.

Bloco V – Percepção dos médicos reguladores da CRIH em relação à gestão do acesso à terapia intensiva

Quanto à gestão local de leitos de terapia intensiva, 58% disseram que os hospitais regionais não deveriam gerenciar seus próprios leitos de UTI e 42%

divergem desta opinião. Destes, 30% afirmam que os hospitais deveriam gerenciar entre 10% a 30% dos seus próprios leitos de UTI.

A totalidade da amostra acredita que a regulação do acesso aos leitos de terapia intensiva na SES/DF, por meio da CRIH, pode ser considerada um instrumento de gestão. Também considera que houve melhoria do acesso aos leitos de terapia intensiva após a criação da CRIH.

Todos os discursos dos 33 entrevistados foram analisados qualitativamente. As questões constantes do questionário aplicado como roteiro das entrevistas foram as seguintes:

- a. O que o Sr.(a) entende por regulação do acesso?
- b. Na sua opinião, quais os fatores facilitadores ou dificultadores no fornecimento da informação quanto à disponibilidade do leito de UTI?
- c. Como o Sr.(a) avalia a função de médico regulador da CRIH?
- d. Do ponto de vista ético, como o Sr.(a) se sente em relação à tomada de decisão ao dar a prioridade e encaminhar os pacientes à terapia intensiva diante de casos judicializados?
- e. Como autoridade sanitária, como o Sr.(a) avalia a receptividade junto às unidades executantes para a discussão dos casos?
- f. Na sua opinião, o que poderia ser melhorado no processo regulatório em relação aos encaminhamentos dos pacientes gravemente enfermos para atender toda a demanda existente?

A análise de conteúdo foi processada pelo *software* ALGESTE o qual definiu duas classes que representam as ideias sobre o processo de regulação do acesso à terapia intensiva.

Na análise do *corpus*, 70% das palavras e formas reduzidas apresentam forte associação com a interferência do judiciário no processo de priorização dos pacientes pelos médicos reguladores da CRIH, constituindo a Classe N° 1.

Os demais 30% relacionam-se a processos de trabalho voltados para aspectos facilitadores e dificultadores na prática do sistema regulatório que envolve os médicos reguladores, os enfermeiros controladores, as unidades solicitantes e as unidades executantes, constituindo assim, a Classe N° 2.

A Figura 16 evidencia a classificação hierárquica descendente do texto emitido pelos sujeitos que possuem maior qui-quadrado (χ^2), ou seja, maior associação estatística, representando assim, o conteúdo presente na classe.

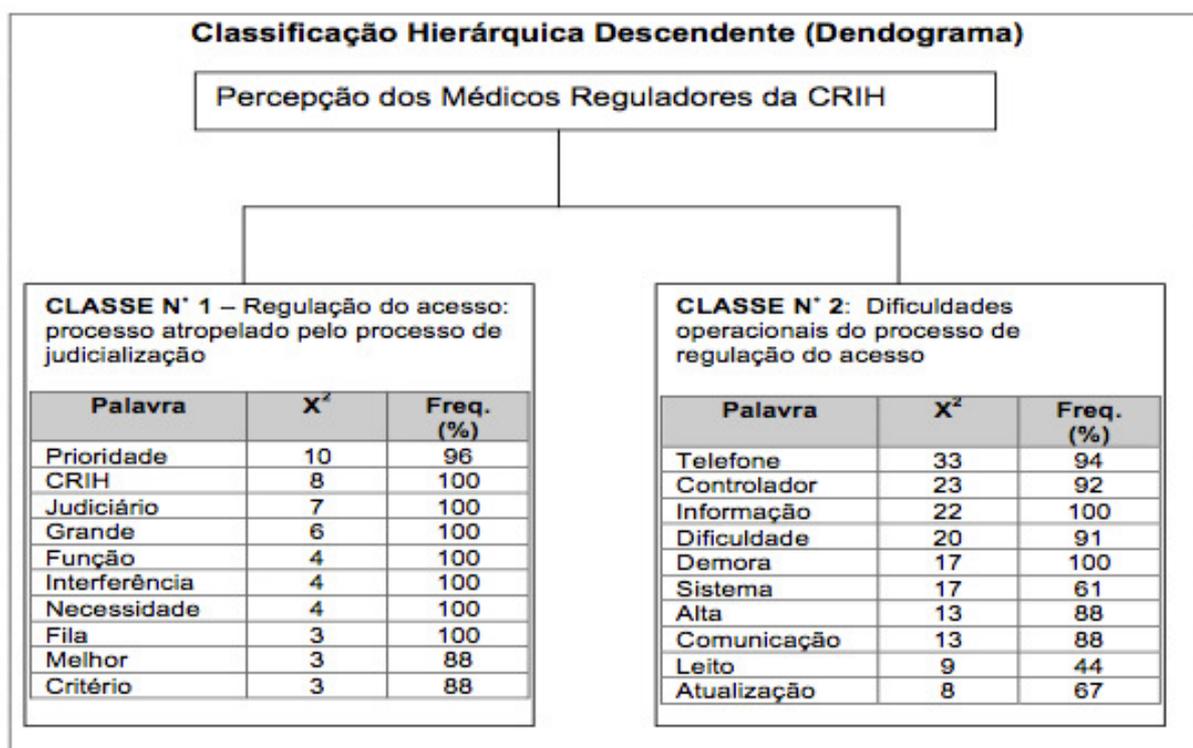


Figura 16 – Dendograma sobre a percepção dos médicos reguladores da CRIH sobre o processo de regulação do acesso

Na Classe N° 1, as palavras prioridade, CRIH, judiciário, grande, função e interferência revelam o predomínio da percepção dos médicos reguladores em relação à influência do processo de judicialização na prática regulatória. Já as palavras classificadas, fila, melhor, critério, se referem à necessidade de cumprimento dos critérios de priorização pela CRIH a fim de ordenar o processo de regulação.

Observa-se na grande maioria dos discursos que há um desapontamento por parte dos entrevistados quando ocorre a influência do Poder Judiciário determinando as internações em UTI. Tais determinações não consideram os critérios de prioridade utilizados pelos reguladores para o encaminhamento de pacientes gravemente enfermos.

O discurso abaixo ilustra tipicamente o sentimento demonstrado pelos médicos reguladores diante de tal influência.

(...) se o caso judicializado é prioritário, não há grande conflito. Mas se o caso judicializado é de prioridade baixa ou se mesmo não tem indicação de internação, há uma certa tristeza. (Regulador N° 32)

Apesar dos entrevistados terem uma percepção da importância quanto à função desenvolvida como médicos reguladores, sentem-se “atropelados” quando a interferência da judicialização na atividade regulatória ignora os parâmetros estabelecidos para o direcionamento dos pacientes à terapia intensiva.

(...)sinto-me massacrada na maioria das vezes, porque o paciente judicializado não está na verdade obedecendo aos critérios de priorização. (Regulador N° 24)

(...) me sinto desconfortável e com minha autonomia abalada, quando a vaga é dada a um paciente com menos chance, porém judicializado, em detrimento de outro com maior indicação. (Regulador N° 14)

Além de não considerar os critérios de priorização para o encaminhamento de pacientes, a judicialização é vista, na percepção dos entrevistados, como um método que defrauda o processo regulatório. A fila de espera da CRIH é uma forma de organizar a demanda, sendo dada a ela uma avaliação criteriosa pelos médicos reguladores que define quem será encaminhado primeiro à terapia intensiva.

Neste processo de tomada de decisão a presença da judicialização, ao entremear o processo regulatório, descaracteriza a posição de entrada da solicitação de internação em UTI “furando a fila”, o que gera um sentimento de inutilidade da função de médico regulador da CRIH.

(...) A judicialização burla o sistema da CRIH, me sinto inútil quando tenho que regular um paciente menos grave para um leito, só porque ele tem mandado judicial em curso. (Regulador N° 31)

Ademais, o processo de judicialização ao interferir no processo regulatório, determina o encaminhamento de pacientes que não se enquadram nos critérios para a admissão em terapia intensiva, impedindo que outros com melhor possibilidade terapêutica sejam beneficiados. Quando isto ocorre, gera, na percepção dos entrevistados, sentimentos de opressão e injustiça quando confrontados com determinações judiciais.

(...) Me sinto coagida a ceder para quem às vezes não terá chance de sobreviver em detrimento a outro que teria a possibilidade. A pressão que a defensoria faz aos médicos reguladores é absurda. Diante dos pacientes que tem a mesma prioridade é injusto ceder a vaga baseando-se em ser ou não judicializado, e em relação aos pacientes com prioridades diferentes, obedeço ao critério de que o que mais necessita irá ocupar o leito. (Regulador N° 21)

Há uma forte tendência, por parte dos entrevistados, de se relacionar o conceito de regulação com os princípios do SUS. Contudo, surge mais uma vez o Poder Judiciário e órgãos afins interferindo na escolha devida dos pacientes para a ocupação do leito de terapia intensiva, impedindo assim que tais princípios sejam, de fato, cumpridos.

(...) a prioridade é quem determina quem ocupa o leito...tenho sentimentos de frustração por saber que pacientes que necessitam mais do leito estão sendo preteridos em função da interferência do judiciário. (Regulador N° 7)

(...) é uma forma de se aproximar do ideal os princípios do SUS: universalidade, regionalização e hierarquização e, principalmente, equidade. Mas, eu acredito que muitos médicos se sentem pressionados pelo Poder Judiciário e acabam priorizando pacientes com mandado judicial. (Regulador N° 9)

Na questão ético-profissional, a percepção dos entrevistados reflete a exigência de domínio técnico e imparcialidade para a atuação como médicos

reguladores. Estes quesitos são fundamentais no processo de priorização dos pacientes gravemente enfermos, gerando tranquilidade por parte dos entrevistados quando os mesmos conseguem, de fato, encaminhar os pacientes dentro do que é preconizado pelo processo regulatório.

(...) é uma função que exige conhecimento clínico e imparcialidade no momento da regulação. Me sinto tranquilo de ter direcionado o paciente com maior prioridade dentro das suas características para o leito que estiver disponível e com o melhor suporte assistencial para o caso. (Regulador N° 4)

Outrossim, a percepção do papel regulador é destacado como uma autoridade, um gerenciador de leitos do sistema de saúde que implica na capacidade de avaliar, priorizar e convencer os atores envolvidos no processo regulatório.

(...) o médico regulador é a autoridade sanitária na função de classificador de risco do paciente. (Regulador N° 24)

Os atores envolvidos no processo regulatório da CRIH são responsáveis pela execução da política de regulação do acesso aos serviços de saúde. Do ponto de vista profissional, a percepção dos médicos reguladores, na totalidade da amostra, demonstra consciência da importância quanto ao trabalho que desenvolvem:

(...) de suma importância, pois ele é o responsável pela avaliação, priorização e poder de convencimento nos casos em que a unidade não quer liberar o leito ou não quer aceitar receber alguns pacientes. (Regulador N° 21)

Todavia, a legitimidade do papel de regulador tem sido questionada pelos médicos intensivistas que se encontram na ponta do sistema. Comumente, este papel é questionado, sobretudo quanto aos saberes técnicos necessários para a discussão dos casos.

(...) muitos intensivistas ainda questionam o papel do regulador, questionam tanto sua autoridade quanto seu conhecimento. (Regulador N° 6)

Quanto ao conceito de regulação do acesso, observa-se uma homogeneidade de conteúdo. A grande maioria dos entrevistados considera a equidade como o princípio de maior relevância para o acesso à assistência à saúde. É o acesso sendo dado a quem mais precisa.

(...) sempre tento ocupar o leito de UTI conforme prioridade clínica. (Regulador N° 30)

(...) é uma forma de dar acesso igualitário aos pacientes, de acordo com suas necessidades, ao serviço de saúde, sem influências externas. (Regulador N° 32)

Além disso, a percepção da regulação do acesso é focada prioritariamente no equilíbrio da relação oferta – demanda, especialmente para priorizar a atenção aos pacientes gravemente enfermos.

(...) é uma forma de organizar a demanda de forma a obter a melhor utilização possível da oferta com garantia de acesso com base em critérios de gravidade. (Regulador N° 3)

(...)entendo a regulação como uma adequação das vagas ofertadas às necessidades dos usuários de forma a priorizar os casos mais urgentes, bem como à capacidade dos serviços que ofertam as vagas. (Regulador N° 25)

(...) é uma estratégia que permite equilibrar oferta e demanda, ou ao menos qualifica a demanda para que o acesso seja priorizado aos que mais necessitam. (Regulador N° 6)

Novamente nos relatos entrevistados é percebida a influência do judiciário como forma de desestabilizar a relação oferta-demanda que fundamenta o processo regulatório.

(...) ocorre uma forte pressão do judiciário para internação de pacientes fora dos critérios estabelecidos... às vezes temos muitos pacientes com a mesma prioridade e escassez de vagas (Regulador N° 25)

A Classe N° 2 trata, predominantemente, das barreiras operacionais do sistema de regulação do acesso vivenciadas no cotidiano pelos médicos

reguladores. As palavras selecionadas: telefone, controlador, informação, dificuldade, demora e sistema demonstram que o processo de regulação, para funcionar adequadamente, depende da agilidade das pessoas que estão na ponta do sistema. Todavia, as palavras selecionadas: alta, comunicação, leito e atualização demonstram que há dificuldades, sobretudo, porque não ocorre a atualização em das informações no tempo adequado.

A função precípua das unidades executantes é o de fornecer à CRIH a informação real e em tempo adequado de que os leitos de UTI estão disponíveis para novas admissões e para que haja agilidade na ocupação dos mesmos, mediante a demanda de pacientes existente.

Assim, utilizam o sistema informacional para informar as altas por melhora ou por óbito ou se há algum bloqueio temporário dos leitos. Para as unidades que não utilizam o sistema, o enfermeiro controlador da CRIH checa as informações acerca dos leitos por telefone. Já para as unidades solicitantes, o sistema é utilizado para se atualizar o quadro clínico dos pacientes e quando não o utilizam, o médico regulador as contacta para a discussão telefônica dos casos.

Na percepção dos entrevistados, o uso do mecanismo informacional colabora para o desenvolvimento das atividades operacionais da CRIH, facilitando a comunicação entre todos os atores envolvidos no processo de regulação. Em contrapartida, ao se depararem com a necessidade de contato telefônico, seja nas unidades executantes seja nas solicitantes, encontram obstáculos para a fluidez do processo regulatório.

(...) como facilitadores a atualização do sistema online com dados de alta, óbito e disponibilidade do leito de UTI e como dificultadores o sistema não atualizado, telefones das UTI's que não atendem ou não possibilitam contato com o médico ou enfermeiro, atendentes ou secretários nos hospitais particulares que divergem das informações dos intensivistas. (Regulador N° 30)

A dificuldade de comunicação com as unidades solicitantes e executantes é tida na maioria dos relatos, como um fator inibidor da continuidade do processo regulatório, afetando diretamente os indicadores de resultado propostos no presente estudo que analisam a questão do acesso em tempo oportuno.

(...) o solicitante não quer ou se encontra impossibilitado de fornecer informações). (Regulador N° 25)

(...) as unidades executantes não atendem o telefone. (Regulador N° 9)

(...) dificuldade de comunicação, demora da higienização e liberação do leito em algumas unidades. (Regulador N° 16)

Importante destacar que outra característica percebida nos discursos é a realização das atividades de cunho regulatório baseadas na influência pessoal, caracterizando o acesso informal como fator preponderante dentro do processo regulatório. Nota-se que, quando os atores envolvidos se conhecem, a comunicação é facilitada, o que denota um aspecto de favoritismo frente às demandas inerentes às ações de regulação.

(...) quando o enfermeiro controlador trabalha ou já trabalhou na UTI ou tem conhecidos lá, a comunicação flui com facilidade...a dificuldade de acesso à unidade, como não atender o telefone, por exemplo, é o que mais acontece. (Regulador N° 7)

Ainda em relação à influência pessoal e ao favoritismo para o acesso aos leitos de UTI, há uma percepção por parte dos entrevistados que estes critérios auxiliam na disponibilização dos leitos, remetendo-se à forma tradicional de prover o acesso à terapia intensiva. Observa-se uma tendência para fazer com que o acesso informal seja caracterizado como de melhor e mais fácil alcance em detrimento do acesso formal.

(...) a presteza do controlador e a boa vontade de quem quer ceder o leito facilitam o acesso. (Regulador N° 32)

Por outro lado, a resistência por parte de alguns profissionais das unidades executantes em informar a disponibilização dos leitos de UTI corrobora para que não seja dado o acesso no tempo devido.

(...) a maior dificuldade é a de contato com as unidades em geral. Os servidores da UTI às vezes demoram ou colocam dificuldades para a liberação dos leitos. (Regulador N° 31)

Quanto à disponibilização das informações referentes à atualização da ocupação dos leitos de UTI, há uma percepção de que o trabalho em equipe da CRIH favorece o seguimento do processo regulatório, principalmente em relação à atuação dos enfermeiros controladores. Estes profissionais são responsáveis por ter o controle da oferta de leitos de todas as unidades executantes, bem como o domínio das altas por melhora ou óbito, bloqueios temporários, manutenção, etc.

(...) os controladores checam todas as unidades, atualizam as altas, tem uma ação pró-ativa; sem eles a central não funcionaria. (Regulador N° 8)

O papel do profissional enfermeiro controlador é valorizado pelos médicos reguladores que reconhecem a importância de suas funções no processo regulatório.

(...) o nosso trabalho não seria bem desempenhado se não tivesse a figura do profissional controlador que realmente controla e informa a oferta de leitos em todo o tempo. (Regulador N° 18)

Além disso, o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros controladores é percebido como fundamental e complementar ao desenvolvimento das atividades de regulação junto aos médicos reguladores.

(...) há um excelente nível de atuação dos controladores, tanto na busca de leitos quanto na interatividade com o regulador. Já realizei plantões em que era a única reguladora e fui muito bem assessorada pela controladora que ao identificar um paciente com perfil para o leito prontamente colocava a sua visão. (Regulador N° 23)

Outro ponto observado na percepção dos entrevistados é em relação ao sistema informacional utilizado pela CRIH. Tanto pela questão da atualização de dados pelas unidades solicitantes e executantes, quanto pelos problemas técnicos enfrentados no dia a dia da prática regulatória.

A utilização do sistema pelas unidades solicitantes resume-se à inserção do solicitação de internação em UTI e atualização constante do quadro clínico dos pacientes, o que reflete diretamente na CRIH, onde os médicos reguladores, apoiados em tais informações, podem decidir sobre os encaminhamentos. Enquanto

que as unidades executantes devem informar no sistema sobre a disponibilidade dos leitos.

Contudo, na percepção dos entrevistados a lentidão do sistema apresentada em alguns períodos de trabalho, além da suspensão temporária da interface podem comprometer o desempenho das atividades de regulação, impedindo que a informação seja efetivada.

Ressalta-se que a demora no processamento dos dados pelo sistema informacional influencia diretamente os indicadores de resultado propostos neste estudo.

(...) temos problemas técnicos com o sistema que é lento e que fica "fora do ar". (Regulador N° 5)

Em uma análise conjunta, observam-se entre as duas classes uma interligação de percepções relacionadas ao conceito do processo gestor da regulação.

Na percepção dos entrevistados, a regulação surge como um instrumento de gestão na aplicação de critérios para a obtenção do acesso, porém depara-se com a falta de leitos, acarretando o não cumprimento dos princípios básicos do SUS. Além disso, registra-se uma percepção que os médicos reguladores têm uma noção de que o quantitativo de leitos de UTI devem estar baseados em parâmetros populacionais.

(...) a oferta de leitos de UTI não atende a proporção de crescimento da população e o seu envelhecimento. (Regulador N° 23)

(...) há poucas vagas de UTI para todas as especialidades em relação ao número de habitantes do DF. (Regulador N° 19)

Há de se destacar a percepção referente não só à insuficiência de leitos de UTI na rede SES/DF de uma forma geral, mas principalmente nas áreas neonatal e neurocirúrgica, além de outras extremamente necessárias ao suporte terapêutico.

(...) a demanda supera a oferta principalmente em casos pediátricos, neurocirúrgicos e neonatais. (Regulador N° 7)

(...) faltam vagas para os perfis neurocirúrgico e neonatal, e também para o suporte de hemodiálise. (Regulador N° 9)

Quanto à gestão do acesso e conforme a política regulatória vigente para o gerenciamento dos leitos de UTI, a percepção da maioria dos entrevistados é que concordam sobre a linha conceitual de que todos os leitos de UTI devem estar sob regulação. Trazem nos discursos uma noção de regressão na forma de ocupação dos leitos quando feita pelos próprios hospitais regionais associada à manipulação dos mesmos, impedindo um acesso de forma equânime, se não houvesse a regulação.

(...) seria um retrocesso deixar os hospitais gerenciarem alguns leitos de UTI, ainda mais agora em que todos os hospitais estão sendo informatizados...votaríamos a ter pacientes que nunca chegariam as UTI's. (Regulador N° 8)

(...) a regulação evita o risco de manipulação dos leitos e o favorecimento pessoal, além de conhecer a demanda das outras unidades da rede. (Regulador N° 5)

(...) não haveria equidade de acesso. (Regulador N° 10)

De fato, a percepção registrada nos discursos dos médicos reguladores denota a importância de tal processo. Alguns profissionais atribuem características de posse às unidades de terapia intensiva e as consideram como se fossem seus donos. Contudo, a regulação rompe este paradigma ao reger com imparcialidade a ocupação dos leitos. O discurso abaixo tipifica a ideia atual de que como seria o acesso aos leitos de UTI se não houvesse a regulação.

(...) porque seria voltar no tempo, antes os leitos de UTI eram considerados pequenos feudos. (Regulador N° 31)

O encaminhamento de pacientes gravemente enfermos baseado em protocolos clínicos e operacionais e na disponibilidade de leitos de UTI norteia o processo regulatório. Na percepção dos entrevistados, surge novamente o fator de influência pessoal, agora associado também ao fator político, como possíveis catalisadores para o acesso aos leitos se a gestão fosse feita pelos hospitais regionais.

(...) haveria privilégios dos pacientes da regional em detrimento dos outros e provavelmente direcionamento por influência pessoal ou política em vez dos critérios clínicos e técnicos. (Regulador N° 30)

Quanto ao processo de gestão local de UTI por parte dos hospitais regionais, alguns leitos de UTI podem ser destinados para o pós-operatório de procedimentos eletivos de alta complexidade. Há uma clara percepção quanto à desaprovação deste processo por parte da maioria dos entrevistados, pois diminui o quantitativo de leitos a ser oferecido para toda a rede SES/DF, em benefício apenas de uma unidade.

(...) alguns dos leitos disponíveis são oferecidos para cirurgias eletivas, o que muitas vezes são utilizados como reservas de leitos para uma unidade específica, diminuindo a oferta para a regulação. (Regulador N° 4)

Entretanto, também é observada a percepção que demonstra o contrário acerca do relato anterior, considerando como positivos alguns aspectos relacionados à modalidade de gestão local dos leitos.

(...) a gestão local evitaria a remoção de muitos pacientes para outros hospitais. (Regulador N° 19)

Notadamente, a comunicação entre todos os profissionais envolvidos no processo regulatório é um fator de extrema importância e na percepção dos entrevistados ela pode ser melhorada se parte dos leitos estivessem sob a gestão local dos hospitais regionais.

Além disso, na percepção dos entrevistados, o processo de remoção dos pacientes retarda o tempo de internação em UTI e com a gestão local isto não aconteceria, uma vez que os pacientes estariam no próprio hospital.

Também, acreditam que nessa modalidade de gestão o retorno dos pacientes egressos de UTI para os leitos gerais seria otimizado, pois as dificuldades encontradas no atual processo não existiriam.

(...) facilitaria a comunicação entre o médico assistente e o plantonista da UTI...o transporte não necessitaria do SAMU, fato que atrasa muito e por vezes o tempo para realização do transporte é

maior que o de conseguir um leito. E ainda, após a alta, não necessitaria entrar em contato com a unidade de origem e até brigar com chefe de equipe para buscar o paciente, como acontece rotineiramente. (Regulador N° 21)

A racionalização dos recursos foi outro ponto identificado na percepção dos entrevistados. A percepção captada é de que a regulação proporciona transparência na aplicação de recursos físicos e financeiros, pois utiliza instrumentos de controle, monitoramento e avaliação dos serviços prestados, além de subsidiar o gestor com as informações em tempo oportuno.

(...) os gastos com a UTI se tornam mais transparentes, além de se gerar dados para direcionar melhor os recursos financeiros, humanos e os equipamentos. (Regulador N° 8)

(...) porque fornece ao gestor as informações em tempo real para a tomada de decisão. (Regulador N° 17)

A melhoria do acesso aos leitos de UTI após a criação da CRIH também ganhou ênfase nos discursos apresentados, reiterando os fatores que levavam à dificuldade de acesso antes da central.

(...) antes da CRIH, só se conseguia vaga em UTI baseado em influência, ou em listas próprias de cada hospital. Com a CRIH passou-se a ter controle centralizado das vagas e avaliação da indicação, evitando-se, inclusive, direcionar pacientes sem indicação para a internação em UTI. (Regulador N° 32)

Outros fatores, como a remoção de pacientes e problemas com os recursos tecnológicos foram observados na percepção dos médicos reguladores como dificuldades para a aplicação dos critérios e parâmetros na admissão e alta em terapia intensiva.

(...) o transporte e recursos tecnológicos às vezes interferem significativamente no ordenamento de encaminhamento dos pacientes. (Regulador N° 22)

No que se refere à percepção do processo de solicitação de internação em UTI, há uma congruência para a exclusão de pedidos que não atendam aos critérios determinados na legislação pertinente à regulação para o encaminhamento de pacientes gravemente enfermos.

(...) porque muitos pedidos de UTI são injustificados, não preenchendo critérios de internação estabelecidos. (Regulador N° 26)

(...) considero que alguns casos com prioridade 3 deveriam ser reavaliados em relação à admissão em UTI. (Regulador N° 9)

De forma complementar, há uma percepção quanto ao perfil do paciente que deve constar na fila de espera da CRIH, baseado no quadro clínico apresentado nas solicitações de internação. São sugeridas inclusive outras unidades que possam atender os pacientes que não se enquadram nos critérios de admissão em terapia intensiva.

(...) entendo que alguns nem deveriam estar na fila, e sim em unidade semi-intensiva ou de cuidados paliativos. (Regulador N° 9)

Retoma-se, por fim, à percepção dos entrevistados quanto ao processo de judicialização como característica marcante na maioria dos discursos registrados, condicionando o desempenho do papel regulador à presença maciça da pressão judicial no processo regulatório.

(...) eu regularia melhor se não houvesse a interferência externa excessiva, notadamente do judiciário e do Ministério Público. (Regulador N° 14)

7. DISCUSSÃO

Em vista do caráter recente do processo de regulação do acesso à terapia intensiva no contexto nacional, alguns pontos percebidos no estudo merecem destaque para uma análise mais criteriosa com vistas a atender às finalidades primordiais do sistema de regulação do acesso à Terapia Intensiva.

No ano de 2011, a rede SES/DF disponibilizou à população do DF e Entorno (RIDE) 340 leitos de UTI (públicos, contratados e conveniados), o que corresponde a 0,1 leito de UTI/ mil hab no DF, número que permanece abaixo da cobertura mínima recomendada.

Entretanto, para os valores mínimos (4%), considerando apenas a população do DF, nota-se que houve o alcance de cobertura assistencial. O acesso à terapia intensiva na rede SES/DF é universal, não podendo ser negado atendimento a pacientes de outros estados. Desta forma, ao considerar a população do DF e a do Entorno (RIDE) observa-se um pequeno déficit de apenas 30 leitos (cerca de 9%).

Desta maneira, constata-se de fato, que há uma insuficiência de leitos de UTI para a população residente no DF, de acordo com a variável populacional. Ao considerar também a população do Entorno (RIDE), esta incapacidade de leitos aumenta ainda mais, tendo um déficit de 8% (banda inferior) a 172% (banda superior), a depender do parâmetro empregado.

Ademais, os dados populacionais fornecidos pelo IBGE no último censo demográfico não estão desagregados por região administrativa, o que desfavorece uma análise real do quantitativo de leitos de UTI adequado para cada região de saúde do DF.

A SES/DF, dentro de sua política de incentivo ao desenvolvimento da atenção especializada oferecida à população do DF e Entorno, tem desenvolvido esforços no sentido de reestruturar toda a linha de cuidados críticos/intensivos, de forma a qualificar a atual assistência prestada pela rede do SUS DF tentando superar, assim, as dificuldades e os desafios existentes.

A situação enfrentada pela rede pública do DF, com relação aos cuidados intensivos, além de complexa, traz desafios inadiáveis para a construção de políticas

de saúde. Ampliar não só o quantitativo de leitos de UTI, mas também o potencial de resolução destas unidades tem demandado grandes esforços por parte dos profissionais, coordenadores das áreas, técnicos de planejamento e gestores de saúde da SES/DF.

Em relação ao número médio e absoluto de leitos de UTI, há uma precariedade no sistema de informações utilizado pela CRIH, uma vez que o mesmo não armazena o quantitativo de leitos de UTI para fins de pesquisa por período, somente fornece a informação no momento real da pesquisa para cada unidade executante, fato prejudicial ao processo de monitoramento dos leitos. Também não há uma totalização de leitos de UTI de acordo com a natureza e/ou o tipo. Desta forma, fica a gestão da CRIH, ou seja, a Diretoria de Regulação – DIREG, responsável pela contagem manual do referido quantitativo para cada unidade executante visualizada no sistema, registrando os dados encontrados em relatórios/planilhas de monitoramento.

Recomenda-se um maior empenho no aprimoramento da ferramenta informacional utilizada para que se forneça o quantitativo de leitos de UTI no período determinado. Além disso, também deveria ser informado o quantitativo de bloqueios, da disponibilidade e da ocupação dos leitos em cada unidade executante, considerando a natureza e o tipo, somando-se tudo ao final.

Outro ponto a se considerar no número de leitos de UTI é quanto à atualização da oferta. Há uma parceria entre as Subsecretarias - SAS e SUPRAC, esta última abrange a DIREG. Assim, a informação de alteração do quantitativo de leitos a ser ofertado, variando proporcionalmente às necessidades identificadas para o provimento de acesso para a população do DF e Entorno, é de responsabilidade da SAS, mas a demanda quanto à atualização dos leitos no sistema informacional para que, de fato, possam estar sob regulação, é da SUPRAC.

Porém, nem sempre há uma instantaneidade nos dois procedimentos, o que por vezes ocasiona atraso na disponibilização da oferta e conseqüente limitação do processo regulatório. Além disso, para que as alterações possam constar em base de produção, há um protocolo de atendimento para cada solicitação de novas demandas junto aos desenvolvedores do sistema, o que atrasa ainda mais o processo.

Em relação a quantitativo de leitos públicos e conveniados ao SUS, que estão sob regulação, há uma variação diária, visto que problemas locais como falha de equipamentos (manutenção), vazamentos na estrutura física e falta de pessoal e material indispensável ao funcionamento da unidade podem determinar o bloqueio temporário de leitos.

Já na rede contratada, o quantitativo geralmente não se altera, pois o mesmo foi definido por instrumento de contrato. Entretanto, a disponibilização do leito para a SES/DF só é efetuada sob demanda, ou seja, a Secretaria não paga a reserva do leito caso o mesmo não seja ocupado.

No ano de 2011, houve uma redução de 10 leitos em relação ao ano de 2010, fato este justificado pela não renovação de contratos com algumas unidades privadas, diminuindo assim, o quantitativo de leitos a ser disponibilizado para a população.

Contudo, questiona-se o pequeno aumento correspondente a 25% no quantitativo de leitos de UTI entre os anos 2007 e 2011, não levando em consideração os parâmetros de cobertura assistencial preconizados.

Como visto nos indicadores Número de Leitos de UTI públicos, contratados e conveniados vinculados à SES/DF, Número médio de Leitos de UTI públicos, contratados e conveniados vinculados à SES/DF e Número de Leitos de UTI públicos, contratados e conveniados por habitante, comprova-se, de fato, uma insuficiência de leitos de UTI relatada pelos médicos reguladores baseado na prática diária do processo regulatório.

Quanto ao número de solicitações de internação em UTI à CRIH, observa-se que houve um aumento constante de solicitações entre os anos de 2007 a 2010, fato que pode ser devido à adesão das unidades solicitantes ao processo regulatório.

Apesar de ter ocorrido um aumento de 28% no quantitativo geral de leitos de UTI entre os mesmos anos citados, o que se percebe é que tal acréscimo não acompanha a proporção do aumento geral de solicitações, que no mesmo período apresentou uma oscilação de 30%.

Outro dado a se considerar é que há um número de solicitações relevantemente registrado pela própria CRIH. Segundo os desenvolvedores informacionais, isso se dá pela falha do sistema em computar as solicitações de determinadas unidades que não preenchem determinados campos durante o processo de inserção da solicitação.

Algumas unidades solicitantes como o HRG e o HRPa apresentam valores bem menores de solicitação quando comparados às outras, mesmo se tratando de unidades de referência. Segundo os especialistas em tecnologia da informação estas solicitações podem estar incluídas no quantitativo específico da central. Percebe-se, no entanto, uma diminuição dos valores computados no ano 2011, o que possivelmente indica correção parcial da falha detectada.

Da mesma forma que no quantitativo de leitos, a consolidação dos dados das solicitações de UTI fica comprometida, pois o sistema informacional utilizado pela CRIH somente disponibiliza, de forma geral, relatório que informa o número total de solicitações de internação no período considerado. Não há relatório extraído do sistema que consolide o total de solicitações por unidade executante, tipo de leito e prioridade, sendo o mesmo elaborado manualmente pela equipe técnica da Diretoria de Regulação. Além disso, as variáveis sexo e CID-10, sugeridas como categorias de análise, também não podem ser extraídas do sistema, o que impede uma apreciação mais aprofundada.

Contudo, nota-se uma estabilidade de solicitações nos dois últimos anos, provavelmente pela consolidação do processo de regulação e também pela adesão das unidades solicitantes, aliadas ao processo crescente de informatização em vigor na rede SES/DF.

Percebe-se, no entanto, uma subnotificação de dados para algumas unidades de terapia intensiva, principalmente relacionada às solicitações de internação em UTI trauma. Não obstante, fica a dúvida para identificar de fato se realmente não ocorrem tais solicitações ou se o sistema não armazenou os dados.

Quanto à proporção de internações em UTI autorizadas pela CRIH, observa-se que no ano de 2011, do total de solicitações em UTI Adulto, 48% dos pacientes foram internados nos leitos de UTI públicos, contratados ou conveniados à rede

SES/DF. Os outros 52% não foram encaminhados pelos seguintes motivos: 1) melhora clínica; 2) exclusão de solicitações sem a devida indicação de terapia intensiva; 3) óbito na fila de espera. Tais motivos justificam a retirada da solicitação de internação da fila de espera por um leito de UTI.

A proporção de internações em UTI coronariana e trauma apresenta números consideráveis em relação às respectivas solicitações. Ao aplicar o cálculo, percebem-se os valores de 191% e 406%, respectivamente, o que pode ser explicado pelo redirecionamento dado pelos médicos reguladores diante da análise dos casos, ou seja, pela conversão dos pedidos de internação registrados como UTI adulto e internados, de fato, como UTI coronariana e trauma, conforme protocolo vigente para tais encaminhamentos.

Para as UTI's pediátrica e neonatal, a proporção de internações fica em torno de 66%, apesar de se ter uma escassez de leitos principalmente na área neonatal.

E talvez seja a escassez ou insuficiência de leitos de UTI que levam os cidadãos a recorrerem aos órgãos judiciais. Por ser a saúde um direito de todos e dever do Estado, conforme preconiza a Constituição Federal de 1988 (2), é permitido aos cidadãos apelarem aos órgãos competentes a garantia de tal direito.

Nada obstante, a observação do direito à igualdade, fundamento dos direitos sociais e um dos princípios ideários do SUS, consiste em requisito basilar para a reafirmação dos fundamentos do Estado Democrático de Direito Brasileiro (95).

No campo específico da política de saúde, a judicialização tem se traduzido como a garantia de acesso a bens e serviços por intermédio do recurso a ações judiciais (96).

O processo de judicialização ao interferir no processo regulatório descaracteriza toda uma política baseada nos princípios do SUS, o que privilegia aqueles que possuem acesso qualificado à Justiça, seja por conhecerem seus direitos, seja por poderem arcar com os custos do processo judicial, em detrimento de tantos outros menos dotados. A articulação e o esclarecimento dos familiares de pacientes gravemente enfermos também são fatores que predispõem o fenômeno da judicialização do acesso à saúde. (97)

Desta forma, um dos principais motivos observados que alteram o fluxo da regulação de seguir o curso normal do processo é a ação do Poder Judiciário e órgãos afins. A interferência e influência do Poder Judiciário são notórias em todos os discursos analisados dos médicos reguladores entrevistados, conforme demonstram os dados gerados na Classe N° 1.

Por conseguinte, na ocorrência da judicialização o caso passa a concorrer ao leito de UTI de forma desigual quando comparado aos que não possuem determinação judicial para a internação, ferindo os princípios básicos do SUS, precisamente a equidade e a igualdade.

Todavia, o direito à saúde privilegia a igualdade (3), porém as ações judiciais para a obtenção do acesso à terapia intensiva não se relacionam diretamente aos princípios da equidade e ao princípio da integralidade, uma vez que não levam em consideração a questão de se dar acesso a quem mais precisa.

Ademais, a judicialização ao interferir nas práticas regulatórias vigentes, impede que os médicos reguladores priorizem os pacientes gravemente enfermos, acarretando sentimentos de anulação da função de regulador.

Ao desconsiderar os critérios de priorização e ao determinar a internação de pacientes nas unidades de terapia intensiva, o processo de judicialização faz com que a fila de espera da CRIH não seja acatada, defraudando assim o processo regulatório.

Igualmente, o processo de judicialização pode impedir que a terapia intensiva cumpra o seu papel diante de encaminhamentos de pacientes que não se beneficiam da mesma, em detrimento de outros que teriam maior probabilidade de cura.

Apesar de considerar que o processo de judicialização “atropela o processo de regulação do acesso, isto pode ser também interpretado como uma reação à insuficiência de leitos de UTI disponibilizados à população, de modo a garantir a integralidade da assistência (97).

Na prática diária do processo regulatório vigente, são observadas inúmeras determinações judiciais que impõem a internação em terapia intensiva.

A proporção de internações em UTI ocorridas sob judicialização, de forma geral, apresenta-se baixa, apenas 11,7%. Entretanto, chama a atenção o número elevado de internações que ocorreram sob judicialização em UTI Trauma, correspondendo a 49% do total de internações. O pequeno quantitativo de leitos de UTI nesta área, apenas oito, pode ser o indutor da ocorrência frequente de mandados judiciais.

Assim sendo, as determinações judiciais, em sua grande maioria, desconsideram a fila de espera da CRIH e não levam em consideração os critérios e parâmetros elencados na Portaria SES N° 42/2006 e acabam sobrepujando algumas solicitações em detrimento de outras, configurando-se assim, uma espécie de “Robin Hood às avessas”. O tipo de prioridade (1, 2 ou 3) dada nos casos judicializados poderia comprovar tal teoria, mas a indisponibilidade de relatório gerencial pelo sistema informacional utilizado pela CRIH dificulta o sugerido estudo.

De fato, o “atropelamento” do processo regulatório pelo processo da judicialização, reflete-se diretamente nas questões de acesso e acessibilidade com uma conseqüente redução da oferta, limitando-a para poucos.

O acesso passa a ser considerado como um dos elementos dos sistemas de saúde que se refere à entrada no serviço de saúde e à continuidade do tratamento (48) e a acessibilidade refere-se às características da oferta de serviços para que se dê o acesso (98).

O objetivo final do processo regulatório em estudo é dar o acesso à terapia intensiva para quem mais necessita, em tempo oportuno. Matumoto (99) apresenta o acesso aos serviços como uma primeira etapa a ser vencida pelo usuário quando parte em busca da satisfação de uma necessidade de saúde. Destarte, os indicadores de resultado Tempo Médio entre a solicitação de internação e a ocupação do leito de UTI e a Proporção de Óbitos na fila de espera da CRIH podem demonstrar isso, porém diante da indisponibilidade de dados gerados pelo sistema informacional da CRIH a análise fica comprometida.

Vários aspectos podem influenciar negativamente os indicadores de resultado, como por exemplo: 1) agilidade no processo de priorização pelos médicos reguladores; 2) dificuldade de contato com as unidades solicitantes pelos médicos

reguladores para elucidação dos casos e conseqüente continuação do processo de priorização; 3) desatualização do sistema por parte das unidades executantes, sem que haja medidas corretivas; 4) dificuldade de contato nas unidades executantes pelos enfermeiros controladores quando da inoperância do sistema informacional; 5) tempo de remoção dos pacientes entre as unidades solicitantes e as unidades executantes.

Infelizmente, muitos dos pacientes gravemente enfermos registrados no sistema informacional da CRIH e que aguardam um leito de UTI na fila acabam falecendo durante a espera por tal leito. No ano de 2011, foram registrados 1034 óbitos, o que corresponde a 7,7% do total de solicitações de internações registradas na CRIH no mesmo período. Nota-se um acréscimo quando comparado aos outros anos, proporcionalmente ao acréscimo do número de solicitações.

Para o indicador Tempo Médio entre a Alta Médica e a Alta Administrativa em UTI, observa-se que não haveria necessidade deste indicador se prontamente fosse providenciada a remoção do paciente que está de alta médica na UTI para um leito geral dos hospitais regionais. Neste processo de trabalho, também inexistente no sistema informacional um relatório que reúna as informações sobre o quantitativo de pacientes que se encontram nesta situação.

Assim, urge a necessidade de monitoramento e controle sobre a questão com a finalidade de coibir práticas abusivas em relação à cobrança desnecessária de diárias de UTI devido à indisponibilidade de um leito geral para o retorno dos pacientes.

Especificamente, quanto ao indicador Proporção de Óbitos na fila de espera da CRIH, observa-se uma ocorrência maior de óbitos com prioridade 1, justificada pela maior gravidade clínica que denota tal prioridade. Nota-se porém, uma quantidade expressiva de óbitos ocorridos antes mesmo que fosse dada a prioridade pelos médicos reguladores (Prioridade a esclarecer), seja por falta de dados clínicos ou até mesmo pela falta de contato com a unidade solicitante.

A percepção do conceito de regulação do acesso, de acordo com o preconizado pela Política Nacional de Regulação (11), numa visão geral, encontra uma uniformidade entre os médicos reguladores entrevistados. Não apenas em uma

lógica de se regular a oferta de serviços de saúde e a demanda por estes, a política objetiva também o fortalecimento e qualificação da rede assistencial, visando uma rede de cuidados integrais e equitativos.

Nesta linha de raciocínio, o saber regulatório ecoa entre os profissionais de regulação como uma forma de prover o acesso a quem mais precisa. O que remete ao conceito no qual a regulação do acesso, fundamentada nas diretrizes do SUS de universalidade, integralidade e equidade da atenção, se caracteriza como um modo de viabilizar o acesso do usuário aos serviços de saúde de forma a adequar à complexidade aos níveis tecnológicos exigidos para uma resposta humana, oportuna, ordenada, eficiente e eficaz (4).

Entretanto, mesmo cientes dos conceitos, critérios e parâmetros que norteiam a prática regulatória, os médicos reguladores acabam se defrontando com dificuldades para a devida priorização dos pacientes gravemente enfermos e o consequente encaminhamento aos leitos de terapia intensiva, conforme dados constantes da Classe N° 2.

Indubitavelmente, uma das dificuldades para o alcance da assistência à saúde nos serviços públicos é a insuficiência de serviços disponibilizados à população.

Desta forma, tem-se na regulação um meio de se garantir o acesso à saúde a todos os brasileiros, adequando a relação entre a oferta e a demanda dos serviços de saúde, primando pela obtenção de um acesso equânime, integral e com qualidade (3). Cumprindo-se, deste modo, o propósito de ajustar a oferta disponível no SUS às necessidades do cidadão, de forma justa e racional(100, 101).

Ao que parece, esta concepção pressupõe especialmente uma regulação pelo lado da oferta, mas também pode compreender mecanismos de regulação da demanda, pela adoção de critérios quanto à prioridade de atendimento e à organização de fluxos de pacientes.

Nesta ótica, a pactuação entre gestores no processo regulatório pode ser efetivada para a reserva de leitos de UTI, otimizando a oferta e organizando a demanda, principalmente em unidades que apresentam necessidades específicas, como por exemplo, aquelas relacionadas à autonomia em cirurgias eletivas de alta

complexidade. Para tanto, deve-se resguardar o monitoramento e o controle de maneira que se permita a análise de dados de ocupação de leitos.

Na prática vigente, observa-se que a gestão local de leitos de UTI por alguns dos hospitais regionais da SES/DF é realizada de uma forma independente do processo regulatório, sem nenhuma troca de informações sobre a ocupação dos leitos ou fornecimento de dados ao sistema informacional, o que desfavorece o monitoramento real.

Ademais, a relação entre os atores pertencentes ao processo de regulação, a saber profissionais solicitantes, médicos reguladores, enfermeiros controladores e profissionais executantes carece de melhoria no que se refere ao processo de comunicação *per si*.

É notória a debilidade na comunicação, principalmente quando a mesma se faz necessária junto aos profissionais solicitantes para atualização do quadro clínico dos pacientes inseridos na CRIH e junto às unidades executantes para verificar a disponibilidade do leito e para discutir os casos.

Todavia, há de repensar a prática regulatória vigente e os mecanismos utilizados, no sentido de se estabelecer parcerias entre todos os atores envolvidos, principalmente entre as unidades solicitantes e as executantes, de modo a ter uma agregação integral ao processo. Por vezes, foi observado um jogo de “empurra-empurra” quanto à responsabilização das informações consideradas imprescindíveis para o sequenciamento dos processos de trabalho, sem que tenha havido uma intervenção gestora para a correção dos fatos.

As falhas de comunicação detectadas podem indicar uma resistência à mudança, além de despreparo e descompromisso das unidades solicitantes e executantes.

A resistência à mudança foi uma das principais barreiras enfrentadas durante a transição do processo de disponibilização dos leitos de UTI na rede SES/DF e esta resistência ainda persiste em boa parte das unidades que compõem o processo regulatório.

Com esse olhar, apesar de serem profissionais que atuam como médicos reguladores, alguns ainda permanecem com uma herança histórica, de caráter feudal, com atributos de práticas clientelistas e medicocêntricas, indicando assim o gerenciamento de leitos de UTI pelos hospitais regionais, descaracterizando o processo de regulação. Isto se traduz numa falta de visão do gerenciamento em rede para a prestação de serviços.

Desta forma, há uma persistência, inclusive entre os médicos reguladores, de uma resistência à mudança diante dos paradigmas empregados na regulação.

Talvez o despreparo ou desconhecimento, por parte de alguns profissionais tanto nas unidades solicitantes quanto nas executantes e até mesmo dos médicos reguladores, seja o fator desagregador principal. A correção para isso está focada na sensibilização e capacitação de todos os servidores envolvidos no processo.

Este conjunto de elementos pode revelar problemas na acessibilidade organizacional aos serviços (102), comprometendo a continuidade e a resolubilidade das ações de regulação e sua finalidade que no caso em análise, é o encaminhamento de pacientes gravemente enfermos à terapia intensiva em tempo oportuno, afetando diretamente os indicadores de resultado.

Outro ponto que chama a atenção é a questão da informalidade em detrimento da formalidade no processo regulatório. Apesar do mesmo estar imbuído de características imparciais, nota-se uma tendência à informalidade por parte dos médicos reguladores para o desenvolvimento das funções que lhe são inerentes.

Há uma potencial disposição em se desenvolver as atividades regulatórias com base em aspectos informais diante das várias dificuldades operacionais que o processo regulatório atual demonstra. Contudo, o funcionamento do processo formal de regulação, ainda que com inúmeras barreiras, deve imperar sob pena da quebra dos princípios fundamentais e norteadores para o alcance da assistência à saúde.

Por mais que se fortaleça o processo regulatório, persiste uma inclinação, ainda que mínima, em se manter vigente o acesso aos leitos de UTI com base em influência pessoal, descumprindo assim o princípio da igualdade. Há de se enfatizar que o processo regulatório deve ser livre de favoritismo seja ele qual for.

É preocupante a tendência, ainda que pequena, dentro do processo regulatório vigente à volta à prática antiga para o encaminhamento dos pacientes gravemente enfermos, na qual a ocupação dos leitos de UTI é dada segundo a influência pessoal. Na prática regulatória isto não deveria existir. O compromisso de se assumir características imparciais no processo deve imperar enquanto profissional de regulação, proporcionando assim um acesso realmente devido a quem mais precisa.

Somadas a todas essas questões, as dificuldades permanentemente relatadas referentes ao sistema informacional utilizado pela CRIH carecem de maior atenção. A utilização de um sistema informacional de regulação deve ser compatível e estar em consonância com a Política Nacional de Informação em Saúde e com os instrumentos preconizados pelo MS, além de permitir todos os tipos de consultas a relatórios possíveis e necessários(4).

No entanto, como crítica relevante, a não disponibilização de dados pelo sistema impede o monitoramento e avaliação dos seguintes indicadores:

- Proporção de Solicitações de Internação em UTI com dados clínicos incompletos;
- Média de Tempo para retorno da complementação de dados clínicos na solicitação incompleta de internação em UTI;
- Número Total de Solicitações de Internação em UTI autorizadas pela CRIH;
- Proporção de Solicitações autorizadas para a internação em UTI pela CRIH;
- Proporção de Internações em UTI fora do fluxo regulatório;
- Tempo Médio entre a solicitação de internação e a ocupação do leito de UTI;
- Tempo de Permanência no leito de UTI;
- Tempo Médio entre a Alta Médica e a Alta Administrativa em UTI;
- Proporção de Óbitos ocorridos na Fila de Espera da CRIH.

Desta forma, a indisponibilidade de dados para os cálculos dos indicadores propostos constitui uma importante limitação do estudo. Há de ressaltar ainda, a questão da duplicação de dados pelo sistema informacional ao se fazer a pesquisa dos itens necessários para o cálculo dos indicadores. Para se ter a segurança da informação, a pesquisa foi feita em três tentativas e em períodos de tempo diferentes, questionando-se assim, a confiabilidade dos dados armazenados.

Outra questão levantada é que a estatística referente aos casos judicializados, casos fora do fluxo regulatório e óbitos dependem da manipulação humana para serem gerados, o que compromete a captação da informação em sua totalidade. Ou seja, se não houver a informação de forma ativa no sistema, os dados não serão computados, levando-os a uma subnotificação.

Em que pese a melhoria da gestão do acesso à terapia intensiva discute-se a permanência da relação contratual entre a SES/DF e a empresa prestadora dos serviços de tecnologia da informação que mantém vigente o sistema informacional da CRIH há cinco anos, sem que hajam melhorias efetivas, uma vez que, de forma geral, não são gerados dados que subsidiem os gestores na processo de monitoramento, avaliação e na tomada de decisão.

Cabe aos gestores do SUS, promover o desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, mediante a indução, geração, aplicação do conhecimento e incorporação de tecnologias, objetivando a compreensão e a resolução de problemas de saúde, com ênfase para a qualidade e eficiência das ações e serviços de saúde no SUS (103).

Na prática, o que se percebe em relação ao sistema informacional utilizado pela CRIH, é que não há uma programação ou formatação do mesmo para atender às diretrizes supracitadas, impedindo assim que uma análise gerencial seja realizada com vistas a lapidar o processo regulatório.

Por fim, não há dúvidas que o processo de regulação do acesso à terapia intensiva na SES/DF veio para quebrar uma hegemonia centrada no modelo medicocêntrico associado a uma incapacidade de articulação em rede. A CRIH surgiu como um processo de resolução de problemas, fomentado por diretrizes do SUS, dando características inovadoras ao modelo de gestão (97).

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como limitação do estudo, a indisponibilização de dados no sistema informacional utilizado pela CRIH que permitam o monitoramento e a avaliação da regulação do acesso à terapia intensiva não possibilita uma leitura mais fidedigna acerca dos indicadores de estrutura, processo e resultado.

Em que pese o contexto da relação oferta de leitos de terapia intensiva e a demanda de pacientes gravemente enfermos para ocupá-los, a insuficiência de tais leitos aparece no presente estudo de forma imperativa e unânime, implicando na limitação do acesso. Evidencia-se, de fato, que há uma carência de leitos de terapia intensiva independente de sua natureza, contudo são nas áreas neonatal e neurocirúrgica (trauma) que apresentam maior escassez. Urge a necessidade de um olhar gestor para tal questão uma vez que regular a inópia dessa oferta não qualifica o acesso e não promove a aplicação de uma atenção à saúde equânime e justa à população que necessita desses serviços.

Como uma crítica ao processo gestor da regulação, a ausência de critérios mínimos de monitoramento e avaliação desde a criação da CRIH dificulta uma análise do processo regulatório com vistas a qualificar as ações desenvolvidas. Desta forma, fica a gestão desnordeada e sem amparo técnico para trilhar caminhos que busquem o alcance das melhorias contínuas e necessárias fundamentadas nos objetivos doutrinários do SUS.

Ao observar a judicialização do acesso à terapia intensiva, esbarra-se diante de uma situação complicada em que o direito ao contraditório anula-se frente a tal fato, reduzindo-se assim, o direito à saúde à internação nos leitos de terapia intensiva sem considerar o caráter fundamental da assistência à saúde e sem se basear em critérios e parâmetros definidos por profissionais específicos da área.

Ademais, o processo de judicialização diminui por vezes a oferta de leitos que estão sob regulação, principalmente na área neurocirúrgica, onde se tem apenas oito leitos na rede SES/DF para toda a população do DF, sem considerar a do Entorno (RIDE). Questiona-se o que sobra afinal para se regular?

O acesso à migalha fica então caracterizado como uma mínima oferta diante de uma enorme demanda, sem direito à equidade. Busca-se, assim, na

judicialização a esperança de um atendimento, porém sem qualificação para a atenção à saúde.

Nesta perspectiva, a atuação do Poder Judiciário ocorre de forma individualizada, havendo tratamento diferenciado e privilegiado sobre os demais pacientes, o que é incompatível com princípios básicos do SUS, confrontando-os diretamente.

A intervenção do Poder Judiciário na questão do fornecimento do acesso, sem observância às normas que o disciplinam, compromete o esforço da regulação dentro do SUS.

O Poder Judiciário não pode ser menos do que deve ser, deixando de tutelar direitos fundamentais que podem ser promovidos com a sua atuação. De outra parte, não deve querer ser mais do que pode ser, presumindo demais de si mesmo e, a pretexto de promover os direitos fundamentais de uns, em detrimento a direitos da mesma natureza de outros tantos.

Por se tratar de uma questão complexa e embora haja aproximação entre a SES/DF e o Poder Judiciário, outros estudos serão necessários para a elucidação do tema.

Não obstante, a regulação do acesso aos leitos de terapia intensiva na SES/DF, por meio da CRIH, assume um caráter de instrumento de gestão na saúde pública, com a finalidade de racionalizar os recursos disponíveis e equalizar o acesso, mesmo diante da escassez de leitos.

Nesta lógica, aplicação do processo de regulação mostra sua potencialidade como um instrumento importante na gestão para a execução dessas ações, garantindo o acesso, a acessibilidade, a equidade e, por conseguinte, a integralidade da atenção à saúde, além de subsidiar o processo avaliativo e gestor tão necessários à qualificação do sistema de saúde.

9. RECOMENDAÇÕES

No intuito de se prover o acesso devido à terapia intensiva de forma equânime, de acordo com a base doutrinária do SUS, a disponibilização de leitos em um quantitativo adequado conforme parâmetros de cobertura preconizados, deve ser uma prioridade gestora. Acredita-se que a ampliação do número de leitos de UTI, principalmente nas áreas neonatal, coronariana e trauma, poderá diminuir o número de decisões judiciais, uma vez que estas acabam ocorrendo na tentativa de se atender a uma demanda expressiva.

Assim, uma das possibilidades para o aumento da oferta de leitos de UTI na rede SES/DF, seria a prática de supervisão médica que deveria ser estendida a todas unidades executantes com a finalidade de se otimizar a ocupação dos leitos, e conseqüentemente, racionalizando-se os recursos disponíveis.

Outra forma de ampliar a disponibilização de leitos seria a criação de unidades de cuidados intermediários em toda a rede SES/DF, as quais que se destinam a prestar uma assistência qualificada, porém em um grau menor de complexidade que as unidades de terapia intensiva.

Semelhantemente, o fortalecimento de unidades de cuidado domiciliar (*Home Care*) merece uma atenção diferenciada e prioritária das autoridades competentes, com vistas a se poupar a ocupação de leitos de terapia intensiva. Se tais unidades fossem criadas e/ou fortalecidas haveria uma maior oferta de leitos de UTI disponíveis para a população.

Outro ponto a ser considerado, é a questão da flexibilização do sistema informacional na geração dos dados necessários para a construção dos indicadores de maneira que permita uma análise gerencial consistente e que sirva de base na tomada de decisão no processo gestor.

Ademais, sugere-se para a validação dos indicadores propostos a realização de oficinas com especialistas da área de modo a identificar lacunas e aparar possíveis arestas no processo de regulação do acesso à assistência empregado nos estados e municípios que vivenciam tal prática na disponibilização de serviços à população.

10. REFERÊNCIAS

- (1) Locks MTR. Central de marcação de consultas da grande Florianópolis: um estudo de caso. Florianópolis. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública] – Universidade Federal de Santa Catarina: 2002.
- (2) Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
- (3) Dallari SG. O direito à saúde. Rev de Saúde Pública. 1988; 22(1): 57-63.
- (4) Schilling CM, Reis AT, Moraes JC (orgs.). A política regulação do Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2006.116 p. (OPAS. Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde).
- (5) BRASIL. Lei nº. 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. [acesso em 15 de agosto de 2011]. Disponível em: <http://www4.planalto.gov.br/legislacao/legislacao-1/leis-ordinarias/legislacao-1/leis-ordinarias/1999#content>
- (6) BRASIL. Lei nº. 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. [acesso em 15 de agosto de 2011]. Disponível em: <http://www4.planalto.gov.br/legislacao/legislacao-1/leis-ordinarias/legislacao-1/leis-ordinarias/1999#content>
- (7) Boyer R. A teoria da regulação: uma análise crítica. São Paulo: Nobel; 1990.
- (8) Nunes R, Rego G, Nunes C. Regulating Healthcare: the portuguese experience. 5th International Conference on Priorities in Health Care, 2004. [acesso em 15 de agosto de 2011]. Disponível em: <http://www.healthcarepriorities.org/4-10.html>
- (9) Cavalcante MTL. Cartão Nacional de Saúde e Central de Regulação de Ações de Saúde: tendências nas tecnologias de Informação em Saúde. Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública] – Fundação Oswaldo Cruz; 2003.
- (10)Castro JD. Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais. Sociologias. 2002; 4(7): 122-135.

(11) Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº. 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde. [acesso em 22 de agosto de 2011]. Disponível em:

< <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/GM/GM-1559.htm>>

(12) Magalhães Junior HM. Regulação assistencial: a busca de novas ferramentas no SUS para enfrentar o desafio de garantir a assistência com equidade. Belo Horizonte: Prefeitura municipal; 2002 (Pensar BH – política social).

(13) Vieira FS. Ações judiciais e direito à saúde: reflexão sobre a observância aos princípios do SUS. Rev de Saúde Pública. 2008; 42(2):365-9.

(14) Vieira FS, Zucchi P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. Rev de Saúde Pública. 2007; 41(2): 214-22.

(15) Campilongo CF. Política, sistema jurídico e decisão judicial. São Paulo: Saraiva, 2006.

(16) Faria JE. O sistema brasileiro de Justiça: experiência recente e futuros desafios. Rev de Est Avançados. 2004; 51 (18): 103-125.

(17) Delduque MC, Marques SB, Romero LC. A saúde precisa de juízes epidemiologistas! Saúde em Debate. 2009; 33(81): 80-7.

(18) Delduque MC, Marques SB. A Judicialização da política de assistência farmacêutica no Distrito Federal: diálogos entre a política e o direito. Rev Tempus - Actas de Saúde Coletiva. 2011; 5(4): 97-106.

(19) Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria Executiva, Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 44p.

(20) Fiani R. Afinal, a quais interesses serve a regulação? Economia e Sociedade. 2004; 13:81-105.

(21) Santos FP, Merhy EE. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão. Interface (Botucatu). 2006;10(19). 25-41.

- (22) Salgado LH. Agências regulatórias na experiência brasileira: um panorama do atual desenho institucional. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2003.
- (23) Ibanhes LC et al. Governança e regulação em saúde: desafios para a gestão na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2007;23(3):575-584.
- (24) Barbieri AR, Hortale VA. Relações entre regulação e controle na reforma administrativa e suas implicações no sistema de saúde brasileiro. Rev. Adm. Pública 2002; 36(2):181-194.
- (25) Walshe K. Regulating healthcare: a prescription for improvement? Philadelphia (USA): Open University Press; 2003.
- (26) Crozier M. Estado modesto, Estado moderno: estratégia para uma outra mudança. Brasília: FUNCEP;1989.
- (27) Barroso J. O estado, a educação e a regulação das políticas públicas. Educ.Soc. Campinas. 2005; 26(92): 725-751.
- (28) Nogueira RP. As agências reguladoras da saúde e os direitos sociais. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2002. p. 101-5. (Boletim de Políticas Sociais)
- (29) Andreazzi MFS. Mercado de Saúde Suplementar: amplitudes e limites na arena da regulação. In: Montone J; Werneck A. (Org.) Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2004. p.121-46.
- (30) Rechel B, Blackburn CM, Spencer NJ. Regulatory barriers to equity in a health system in transition: a qualitative study in Bulgaria. BMC Health Serv Res. 2011; 11: 219.
- (31) Holmes-Bonney K. Managing complaints in health and social care. Nurs Manag (Harrow). 2010; 17(2):10.

(32) Arretche M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Ciênc. saúde coletiva*. 2003; 8(2): 331-345.

(33) Farias SF et al. A regulação no setor público de saúde no Brasil: os (des) caminhos da assistência médico-hospitalar. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011; 16 Suppl 1: S1043-53.

(34) Scriven E. The future of regulation and governance. *JRSH*. 2007;127(2): 72-77.

(35) Jewel T, Wilkinson J. Health and social care regulation in Wales: an integrated system of political, corporate and professional governance for improving public health. *JRSH*. 2008; 128(6): 306-12.

(36) Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº. 95, de 26 de janeiro de 2001. Amplia as responsabilidades dos municípios na atenção básica, definindo o processo de regionalização da assistência, criando mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e atualizando os critérios de habilitação de estados e municípios (NOAS 01/01). [acesso em 22 de agosto de 2011]. Disponível em:

< <http://siops.datasus.gov.br/legislacao.php?esc=4#LS>>

(37) Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº. 373, de 27 de fevereiro de 2002. Atualiza as prerrogativas emanadas pela NOAS 01/01, que tem seus efeitos cessados a partir da publicação da NOAS 01/2002 (NOAS 01/02). [acesso em 22 de agosto de 2011]. Disponível em:

< <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOAS%2001%20de%202002.pdf>>

(38) Ministério da Saúde (Brasil), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. (Pactos pela Saúde)

(39) Menicucci TMG. Regulação da Assistência à Saúde: o caso de Minas Gerais. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro; 2005.152p.

(40) Evangelista PA, Barreto SM, Guerra HL. Central de Regulação de leitos do SUS em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: avaliação de seu papel pelo estudo das

internações por doenças isquêmicas do coração. Cad. de Saúde Pública. 2008; 24(4): 767-776.

(41) Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (Brasil). Portaria nº. 189, de 07 de outubro de 2009. Implanta no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal o Complexo Regulador do Distrito Federal (CRDF), que será responsável pela regulação dos serviços de saúde da SES/DF vinculados ao SUS, sejam estes próprios, contratados ou conveniados. Diário Oficial do Distrito Federal 8 out 2009; Seção I.

(42) Cavalcante CS, Oliveira LC. Regulação assistencial: estratégia de publicização do acesso a leitos de terapia intensiva em Fortaleza, Ceará. Saúde em Debate. 2011; 35 (89): 321-330.

(43) Rogers A, Flowers J, Pencheon D. Improving access needs a whole systems approach: and will be important in averting crises in the millennium winter. BMJ. 1999; 319: 866-7.

(44) Thiede M, McIntyre D. Information, communication and equitable access to health care: a conceptual note. Cad de saúde pública. 2008; 24(5): 1168-1173.

(45) Vuori H. A qualidade de saúde. Divulg Saúde Debate 1991; (3):17-25.

(46) Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (USA). The Measurement Mandate – on the Road Performance Improvement in Health Care. Chicago IL: Department of Publications; 1993. 53p.

(47) Travassos CM, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad. Saúde Pública. 2004; 20 Suppl 2: S190-8.

(48) Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? J Health Soc Behav. 1995; 36: 1-10.

(49) Donabedian A. Aspects of medical care administration. Boston: Harvard University Press; 1973.

(50) Fundação Oswaldo Cruz (Brasil). PROADESS – Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro: indicadores para monitoramento – Relatório Final. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2011.

(51) Ministério da Saúde (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. [acesso em 18 de agosto de 2011]. Disponível em:

< <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>

(52) Ministério da Saúde (Brasil). Resolução nº. 258, de 07 de janeiro de 1991. Aprova a Norma Operacional Básica (NOB 01/91) que trata da nova política de financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS para 1991. [acesso em 22 de agosto de 2011]. Disponível em:

<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20258_07_01_1991.pdf>

(53) Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº. 234, de 07 de fevereiro de 1992. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde para 1992 (NOB 01/92). [acesso em 22 de agosto de 2011]. Disponível em:

< http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20234_07_02_1992.pdf>

(54) Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº. 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS para 1993 (NOB 01/93). [acesso em 22 de agosto de 2011]. Disponível em:

< http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20545_20_05_1993.pdf>

(55) Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº. 2.203, de 05 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde para 1996 (NOB 01/96). [acesso em 22 de agosto de 2011]. Disponível em:

< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html>

(56) Branco MAF. Informação em saúde como elemento estratégico para a gestão. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2001. (Gestão Municipal de Saúde: textos básicos)

(57) Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº. 423, de 09 de julho de 2002. Aprova o detalhamento das atribuições básicas inerentes a cada nível do Governo no controle, regulação e avaliação da Assistência à Saúde no SUS. [acesso em 22 de

agosto de 2011]. Disponível em: < <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/sas/7143-423?format=pdf>>

(58) Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

(59) Belloni I, Magalhães H, Sousa LC. Metodologias de avaliação em políticas públicas. São Paulo: Cortez; 2000. 75 vol.

(60) Viacava F, Almeida CM, Caetano R et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. Ciênc saúde coletiva. 2004; 9(3):711-24.

(61) Martins MCF, Bógus CM. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. Saude soc. 2004; 13 (3): 44-57.

(62) Hartz ZM. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico-metodológicas e políticas institucionais. Ciênc saúde coletiva. 1999; 4(2);341-53.

(63) Hartz ZM. Explorando novos caminhos na pesquisa avaliativa das ações de saúde. In: Hartz ZM. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000.

(64) Soárez PC, Padovan JL, Ciconelli RM. Indicadores de saúde no Brasil: um processo em construção. RAS. 2005; 7(27).

(65) Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Monitoring and Evaluation Fundamentals – An introduction to indicators. Suíça, 2010. [acesso em 24 de novembro de 2011]. Disponível em:

<http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2010/8_2-Intro-to-IndicatorsFMEF.pdf>

(66) Pencheon D, Institute for Innovation and Improvement (NHS). The good indicators guide: understanding how to use and choose indicators. UK, 2008. [acesso em 24 de novembro de 2011]. Disponível em:

<<http://www.apho.org.uk/resource/item.aspx?RID=44584>>

- (67) Adamchak S et al. A Guide to Monitoring and Evaluating Adolescent Reproductive Health Programs. Washington (DC): PAHO/WHO; 1999.
- (68) Saraceno B, Levav I. La Evaluacion de Serviços de Salud Mental em la Comunidad. In: temas de Salude mental em la Comunidad. Washington (DC): OPS/PALTEX.1992; 19: 56-77.
- (69) Duarte IG, Ferreira DP. Uso de indicadores na gestão de um centro cirúrgico. Rev Adm Saúde. 2006; 8(31): 63-70.
- (70) Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA) (Brasil). Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Brasília: Opas, 2008. 349p
- (71) Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. Guia metodológico de avaliação e definição de indicadores: doenças crônicas não transmissíveis e Rede Carmen. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. [acesso em 28 de janeiro de 2011]. Disponível em: <http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/guia_rede_carmen.pdf>
- (72) Schout D, Novaes HMD. Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. Ciênc. saúde coletiva. 2007; 2(4): 935-944.
- (73) Novaes HM, Paganini JM. Garantia de qualidade: acreditação hospitalar para a América Latina e o Caribe. Washington (DC): OPAS; 1992. p. 133-45.
- (74) Donabedian A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. QRB Quality Review Bulletin. 1992; 18: (11): 356-360.
- (75) Donabedian A. Monitoring: the eyes and ears of healthcare. Health Progress. 1988; 69(9): 38-43.
- (76) Companhia de Planejamento do Distrito Federal (Distrito Federal). Síntese de Informações Socioeconômicas. Brasília: Codeplan, 2010. 89 p.
- (77) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brasil). Censo Demográfico 2010. [acesso em 23 de julho de 2011]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultados_dou/DF2010.pdf>

(78) Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº. 1.101, de 12 de junho de 2002. Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. [acesso em 20 de abril de 2011]. Disponível em:

<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria%20GM%201101%2002.pdf>>

(79) Tanaka OY, Melo C. Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente - um modo de fazer. São Paulo: Edusp; 2001.

(80) Moreira ASP (org.), Camargo BV, Jesuíno JC, Nóbrega SM. Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais. João Pessoa: UFPB/Editora Universitária; 2005. 603p.

(81) Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB et al. Amostragem em pesquisas qualitativas proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. Cad. Saúde Pública. 2011; 27 (2); 389-394.

(82) Minayo MCS. Análise Qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Rio de Janeiro: Fundação Osvaldo Cruz; 2011.

(83) Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa (PT): Edições 70; 1988. 226 p.

(84) Moreira ASP, Camargo BV, Jesuíno JC et al. Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais. João Pessoa: Ed. Universitária; 2005. 603p.

(85) Gomes AMT, Oliveira DC. A representação social da autonomia profissional do enfermeiro na Saúde Pública. Rev Bras Enferm. 2005; 58(4); 393-8.

(86) Gomes AMT, Oliveira DC. A auto e heteroimagem profissional do enfermeiro em saúde pública: um estudo de representações. Rev Latino-am Enfermagem. 2005; 13(6); 1011-8.

(87) Catão MFFM. Excluídos sociais em espaços de reclusão: as representações sociais na construção do projeto de vida. São Paulo. Tese [Doutorado] - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 2001.

(88) Campos PHF, Soares CB. Representação da sobrecarga familiar e adesão aos serviços alternativos em saúde mental. Psicol Rev. 2005; 11(18); 219-237.

(89) Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (Brasil). Portaria nº. 41, de 30 de agosto de 2006. Criar, no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, a Central de Regulação de Internação Hospitalar da SES/DF(CRIH). [acesso em 20 de abril de 2011]. Disponível em:

<http://www.saude.df.gov.br/005/00502001.asp?ttCD_CHAVE=10637>

(90) Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (Brasil). Portaria nº. 42, de 31 de agosto de 2006. Aprovar as Diretrizes e Critérios para admissão e alta em Unidades de Terapia Intensiva na SES/DF. [acesso em 20 de abril de 2011]. Disponível em:

<http://www.saude.df.gov.br/005/00502001.asp?ttCD_CHAVE=10637>

(91) Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (Brasil). Portaria nº. 187, de 18 de novembro de 2010. Determinar que todas as unidades executantes de terapia intensiva deverão utilizar o sistema informacional de regulação, disponibilizado pela SES/DF, para registrar a alta administrativa dos pacientes internados nas unidades de terapia intensiva adulto, pediátrico e neonatal. Diário Oficial do Distrito Federal 22 nov 2010; Seção I.

(92) BRASIL. Lei nº. 8.666, de 21 de junho de 1993. Institui normas para licitações e contratos da Administração Pública. [acesso em 18 de agosto de 2011]. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8666cons.htm>

(93) Minzberg H, Ahlstrand B, Lampel J. Safári de Estratégia: um roteiro pela selva do planejamento estratégico. Porto Alegre: Bookman; 2000. 299p.

(94) Slack N, Chambers S, Johnston R. Administração da produção. 2ª ed. São Paulo: Atlas; 2002.

(95) Arretche M. Estado Federativo e Políticas Sociais: determinantes da descentralização. Rio de Janeiro: Revan; 2000.

(96) Chieffi AL, Barata RB. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. Cad. de Saúde Pública 2009;25(8):1839-49.

(97) Lima DH. Inovação na regulação de internação em UTI no DF. Brasília. Dissertação [Mestrado Acadêmico] – Universidade de Brasília: 2011.

(98) Starfield B. Acessibilidade e primeiro contato: a “porta”. In: Starfield B, organizador. Atenção primária – equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/ Ministério da Saúde; 2002. p.207-45.

(99) Matumoto S, 1988. O Acolhimento: Um Estudo Sobre seus Componentes e sua Produção em uma Unidade da Rede Básica de Serviços de Saúde. Ribeirão Preto. Dissertação [Mestrado] – Universidade de São Paulo: 1998.

(100) Ministério da Saúde (Brasil), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

(101) Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Ações Básicas de Saúde, Coordenação de Assistência Médica e Hospitalar. Conceitos e Definições em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1977.

(102) Fekete MC. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: Santana JP et al, organizadores. Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 1995. p.177-84.

(103) Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) (Brasil). Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS; 2003. 248 p.

11. APÊNDICES

11.1 APÊNDICE A - Matriz de Indicadores

11.2 APÊNDICE B - Questionário para Entrevistas e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

APÊNDICE A – MATRIZ DE INDICADORES

NOME DO INDICADOR	CONCEITUAÇÃO	FONTES	MÉTODO DE CÁLCULO	CATEGORIAS
<p>1. Número de Leitos de UTI públicos, contratados e conveniados vinculados à SES/DF.</p> <p>(indicador de estrutura)</p>	<p>Número absoluto de leitos de UTI vinculados à SES/DF sejam públicos, contratados ou conveniados, no período considerado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistema Informacional da Central de Regulação de Internação Hospitalar (CRIH) da SES/DF. ▪ Relatórios de monitoramento da Diretoria de Regulação (DIREG) 	<p style="text-align: center;">N° de leitos de UTI públicos, contratados e conveniados</p> <p style="text-align: center;">(no período considerado)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Esfera administrativa (natureza da UTI): pública, privada (inclusive universitário e filantrópico) ▪ Tipo de leito: neonatal, pediátrico, adulto, coronariano, trauma (neurocirúrgico). ▪ Unidade Executante: todos os hospitais vinculados à SES/DF que possuam leitos de UTI. <p>Período considerado: dia, semana, mês ou ano.</p>
<p>2. Número Médio de Leitos de UTI públicos, contratados e conveniados vinculados à SES/DF.</p> <p>(indicador de estrutura)</p>	<p>Número médio de leitos de UTI vinculados à SES/DF sejam públicos, contratados ou conveniados, no período considerado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistema Informacional da Central de Regulação de Internação Hospitalar (CRIH) da SES/DF. ▪ Relatórios de monitoramento da Diretoria de Regulação (DIREG) 	<p style="text-align: center;">$\frac{\Sigma \text{N}^\circ \text{ de leitos públicos, contratados e conveniados}}{\text{Período}}$</p> <p style="text-align: center;">(dias, semanas, meses ou anos)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Esfera administrativa (natureza da UTI): pública, privada (inclusive universitário e filantrópico) ▪ Tipo de leito: neonatal, pediátrico, adulto, coronariano, trauma (neurocirúrgico). ▪ Unidade Executante: todos os hospitais vinculados à SES/DF que possuam leitos de UTI. <p>Período considerado: dia, semana, mês ou ano.</p>

APÊNDICE A – MATRIZ DE INDICADORES

NOME DO INDICADOR	CONCEITUAÇÃO	FONTES	MÉTODO DE CÁLCULO	CATEGORIAS
<p>3. Número de Leitos de UTI públicos, contratados e conveniados por habitante</p>	<p>Número de leitos de UTI vinculados à SES/DF sejam públicos, contratados ou conveniados, por mil habitantes residentes no ano considerado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistema Informacional da Central de Regulação de Internação Hospitalar (CRIH) da SES/DF. ▪ Relatórios de monitoramento da Diretoria de Regulação (DIREG) ▪ Censo Demográfico de 2010 – IBGE. 	$\frac{\text{N}^\circ \text{ médio anual de leitos de UTI vinculados à SES}}{\text{População total residente no ano considerado}} \times 1.000$	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Esfera administrativa (natureza da UTI): pública, privada (inclusive universitário e filantrópico) ▪ Tipo de leito: neonatal, pediátrico, adulto, coronariano, trauma (neurocirúrgico). ▪ Unidades Executantes: todos os hospitais vinculados à SES que possuam leito de UTI. ▪ Período considerado: ano.
<p>4. Número de Solicitações de Internação em UTI à CRIH (indicador de estrutura)</p>	<p>Número absoluto de solicitações de internação em UTI realizadas junto à CRIH no período considerado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistema Informacional da Central de Regulação de Internação Hospitalar (CRIH) da SES/DF. 	<p>Nº de solicitações de internação em UTI à CRIH no período considerado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unidade Solicitante: todos os hospitais públicos da SES/DF, Hospital Universitário de Brasília (HUB) e o Instituto de Cardiologia do DF (ICDF). ▪ Tipo de leito: neonatal, pediátrico, adulto, coronariano e trauma (neurocirúrgico). ▪ Sexo: masculino e feminino. ▪ Período considerado: dia, semana, mês e ano. ▪ Classificação Internacional de Doenças – CID 10.

APÊNDICE A – MATRIZ DE INDICADORES

NOME DO INDICADOR	CONCEITUAÇÃO	FONTES	MÉTODO DE CÁLCULO	CATEGORIAS
5. Média de Solicitações de Internação em UTI à CRIH (indicador de processo)	Média de solicitações de internação em UTI realizadas junto à CRIH no período considerado.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistema Informacional da Central de Regulação de Internação Hospitalar (CRIH) da SES/DF. 	$\frac{\Sigma \text{N}^\circ \text{ de solicitações de internação em UTI à CRIH}}{\text{Período}}$ no período considerado (dia, semana, mês ou ano)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unidade Solicitante: todos os hospitais públicos da SES/DF, Hospital Universitário de Brasília (HUB) e o Instituto de Cardiologia do DF (ICDF). ▪ Tipo de leito: neonatal, pediátrica, adulto, coronariano e trauma. ▪ Sexo: masculino e feminino. ▪ Período considerado: dia, semana, mês e ano. ▪ Classificação Internacional de Doenças – CID 10.
6. Proporção de Solicitações de Internação em UTI com dados clínicos incompletos (indicador de processo)	Número de solicitações de internação em UTI realizadas junto à CRIH que apresentam dados clínicos incompletos em relação ao número total de solicitações em um determinado período.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistema Informacional da Central de Regulação de Internação Hospitalar (CRIH) da SES/DF. 	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de solicitações de internação em UTI com dados clínicos incompletos}}{\text{N}^\circ \text{ total de Solicitações de internação em UTI}}$ (no período considerado)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unidade Solicitante: todos os hospitais públicos da SES/DF, Hospital Universitário de Brasília (HUB) e o Instituto de Cardiologia do DF (ICDF). ▪ Tipo de leito: neonatal, pediátrica, adulto, coronariano e trauma. ▪ Sexo: masculino e feminino. ▪ Período considerado: dia, semana, mês e ano. ▪ Classificação Internacional de Doenças – CID 10.

APÊNDICE A – MATRIZ DE INDICADORES

NOME DO INDICADOR	CONCEITUAÇÃO	FONTES	MÉTODO DE CÁLCULO	CATEGORIAS
<p>7. Média de tempo para retorno da complementação de dados clínicos na solicitação incompleta de internação em UTI</p> <p>(indicador de processo)</p>	<p>Tempo médio registrado para que a unidade solicitante retorne a solicitação de internação em UTI para a CRIH com a complementação dos dados clínicos, em determinado período.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistema Informacional da Central de Regulação de Internação Hospitalar (CRIH) da SES/DF. 	<p>Intervalo de tempo (minutos, horas) entre a solicitação de complementação de dados clínicos pela CRIH e o retorno das informações pelas unidades solicitantes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unidade Solicitante: todos os hospitais públicos da SES/DF, Hospital Universitário de Brasília (HUB) e o Instituto de Cardiologia do DF (ICDF). ▪ Tipo de leito: neonatal, pediátrica, adulto, coronariano e trauma ▪ Período considerado: dia, semana, mês e ano.
<p>8. Número Total de Solicitações de Internação em UTI autorizadas pela CRIH</p> <p>(indicador de processo)</p>	<p>Número absoluto de solicitações em UTI autorizadas pela CRIH para internação no período considerado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistema Informacional da Central de Regulação de Internação Hospitalar (CRIH) da SES/DF. 	<p>Nº absoluto de solicitações em UTI autorizadas pela CRIH no período considerado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unidade Solicitante: todos os hospitais públicos da SES/DF, Hospital Universitário de Brasília (HUB) e o Instituto de Cardiologia do DF (ICDF). ▪ Tipo de leito: neonatal, pediátrica, adulto, coronariano e trauma. ▪ Período considerado: dia, semana, mês e ano.

APÊNDICE A – MATRIZ DE INDICADORES

NOME DO INDICADOR	CONCEITUAÇÃO	FONTES	MÉTODO DE CÁLCULO	CATEGORIAS
<p>9. Proporção de solicitações autorizadas para a internação em UTI pela CRIH</p> <p>(indicador de processo)</p>	<p>Número de solicitações de internação em UTI autorizadas pela CRIH pelo número total de solicitações, no período considerado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistema Informacional da Central de Regulação de Internação Hospitalar (CRIH) da SES/DF. 	<p>Nº de solicitações de internação em UTI autorizadas pela CRIH x 100 no período considerado</p> <p>Nº total de solicitações de internação em UTI</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unidade Solicitante: todos os hospitais públicos da SES/DF, Hospital Universitário de Brasília (HUB) e o Instituto de Cardiologia do DF (ICDF). ▪ Tipo de leito: neonatal, pediátrica, adulto, coronariano e trauma. ▪ Período considerado: dia, semana, mês e ano.
<p>10. Proporção de Internações em UTI autorizadas pela CRIH</p> <p>(indicador de processo)</p>	<p>Número de internações em UTI em relação ao Número de Solicitações de internação em UTI autorizadas pela CRIH, no período considerado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistema Informacional da Central de Regulação de Internação Hospitalar (CRIH) da SES/DF. 	<p>Nº de internações em UTI considerado</p> <p>$\frac{\text{Nº de internações em UTI considerado}}{\text{Nº de solicitações de internação autorizadas pela CRIH}} \times 100$ no período</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tipo de leito: neonatal, pediátrica, adulto, coronariano e trauma. ▪ Período considerado: dia, semana, mês e ano. ▪ Unidade executante: todas as unidades de terapia intensiva dos hospitais públicos da SES/DF e todos os leitos de UTI contratados e conveniados à SES/DF. ▪ Unidade Solicitante: todos os hospitais públicos da SES/DF, Hospital Universitário de Brasília (HUB) e o Instituto de Cardiologia do DF (ICDF).

APÊNDICE A – MATRIZ DE INDICADORES

NOME DO INDICADOR	CONCEITUAÇÃO	FONTES	MÉTODO DE CÁLCULO	CATEGORIAS
11. Proporção de Internações em UTI ocorridas sob judicialização (indicador de processo)	Número de internações em UTI ocorridas sob judicialização em relação ao Número Total de internações em UTI autorizadas pela CRIH, no período considerado.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistema Informacional da Central de Regulação de Internação Hospitalar (CRIH) da SES/DF. 	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de internações em UTI sob judicialização}}{\text{N}^\circ \text{ total de internações autorizadas pela CRIH}} \times 100 \text{ no período considerado}$	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tipo de leito: neonatal, pediátrica, adulto, coronariano e trauma. ▪ Prioridade: 1, 2 ou 3. ▪ Período considerado: dia, semana, mês e ano. ▪ Unidade executante: todas as unidades de terapia intensiva dos hospitais públicos da SES/DF e todos os leitos de UTI contratados e conveniados à SES/DF.
12. Proporção de internações em UTI fora do fluxo regulatório (indicador de processo)	Número de internações em UTI ocorridas fora do fluxo regulatório em relação ao Número Total de internações em UTI no período considerado.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistema Informacional da Central de Regulação de Internação Hospitalar (CRIH) da SES/DF. 	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de internações em UTI fora do fluxo regulatório}}{\text{N}^\circ \text{ total de internações em UTI}} \times 100 \text{ no período considerado}$	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tipo de leito: neonatal, pediátrica, adulto, coronariano e trauma. ▪ Período considerado: dia, semana, mês e ano. ▪ Unidade executante: todas as unidades de terapia intensiva dos hospitais públicos da SES/DF e todos os leitos de UTI contratados e conveniados à SES/DF.

APÊNDICE A – MATRIZ DE INDICADORES

NOME DO INDICADOR	CONCEITUAÇÃO	FONTES	MÉTODO DE CÁLCULO	CATEGORIAS
<p>13. Tempo Médio entre a solicitação de internação e a ocupação do leito de UTI.</p> <p>(indicador de resultado)</p>	<p>Tempo médio registrado entre a solicitação de internação em UTI à CRIH e a ocupação do leito propriamente dita.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistema Informacional da Central de Regulação de Internação Hospitalar (CRIH) da SES/DF. 	<p>Tempo Médio entre a solicitação de internação em UTI e a ocupação do leito, no período considerado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tipo de leito: neonatal, pediátrica, adulto, coronariano e trauma. ▪ Período considerado: dia, semana, mês e ano. ▪ Unidade solicitante: todos os hospitais públicos da SES/DF, Hospital Universitário de Brasília (HUB) e o Instituto de Cardiologia do DF (ICDF). ▪ Unidade executante: todos os leitos de UTI públicos, contratados e conveniados vinculados à SES/DF.
<p>14. Tempo Médio de Permanência no leito de UTI.</p> <p>(indicador de processo)</p>	<p>Tempo médio de permanência no leito de UTI no período considerado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistema Informacional da Central de Regulação de Internação Hospitalar (CRIH) da SES/DF. 	<p>Tempo Médio de Permanência no leito de UTI, no período considerado</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tipo de leito: neonatal, pediátrica, adulto, coronariano e trauma. ▪ Período considerado: dia, semana, mês e ano. ▪ Unidade executante: todas as unidades de terapia intensiva dos hospitais públicos da SES/DF e todos os leitos de UTI contratados e conveniados à SES/DF.

APÊNDICE A – MATRIZ DE INDICADORES

NOME DO INDICADOR	CONCEITUAÇÃO	FONTES	MÉTODO DE CÁLCULO	CATEGORIAS
15. Tempo Médio entre a alta médica e a alta administrativa em UTI (indicador de processo)	Tempo médio registrado de permanência no leito de UTI entre a alta médica e a alta administrativa, no período considerado.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistema Informacional da Central de Regulação de Internação Hospitalar (CRIH) da SES/DF. 	Tempo médio entre a alta médica e a alta administrativa, no período considerado.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tipo de leito: neonatal, pediátrica, adulto, coronariano e trauma. ▪ Período considerado: dia, semana, mês e ano. ▪ Unidade executante: todas as unidades de terapia intensiva dos hospitais públicos da SES/DF e todos os leitos de UTI contratados e conveniados à SES/DF.
16. Proporção de Óbitos na fila de espera da CRIH (indicador de resultado)	Número absoluto de óbitos ocorridos na fila de espera da CRIH segundo a prioridade.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistema Informacional da Central de Regulação de Internação Hospitalar (CRIH) da SES/DF. 	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de óbitos ocorridos na fila de espera da CRIH segundo a prioridade}}{\text{N}^\circ \text{ total de solicitações de internações em UTI}} \times 100$ no período considerado	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Período considerado: dia, semana, mês e ano. ▪ Prioridade: 1, 2, 3. ▪ Tipo de leito: neonatal, pediátrica, adulto, coronariano e trauma.

APÊNDICE B

QUESTIONÁRIO

Regulação do acesso à terapia intensiva na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal: a percepção do profissional médico regulador

Este estudo busca analisar a percepção do profissional médico regulador sobre o encaminhamento de pacientes gravemente enfermos à Terapia Intensiva por meio da Central de Regulação de Internação Hospitalar - CRIH da SES/DF. Além disso, pretende colaborar no processo gestor da SES/DF de modo a fornecer subsídios na tomada de decisão para se regular o perfil assistencial mais adequado às necessidades de saúde da população. Convido-o(a) a participar desta pesquisa visto que sua opinião será considerada importante em todo o processo de análise dos dados. O questionário abaixo servirá de roteiro, uma vez que o áudio da entrevista será gravado, dessa forma, agradecemos a sua participação.

BLOCO I - IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO(A)

1. Código de Identificação(a ser preenchido pelo pesquisador): _____
2. Idade: _____ anos
3. Sexo: () Masculino () Feminino
4. Especialidade Médica: _____
5. Hospital (lotação contratual): _____
6. Tempo de SES/DF: _____
7. Tempo de trabalho como Regulador: _____ anos _____ meses.

BLOCO II – REGULAÇÃO DO ACESSO

8. O que o Sr.(a) entende por Regulação do acesso aos serviços de saúde?

9. O Sr(a) recebeu treinamento específico para atuar na Central de Regulação de Internação Hospitalar- CRIH?

Sim Não

10. O Sr.(a) conhece e aplica os parâmetros e critérios para admissão de pacientes em terapia intensiva elencados na Portaria SES/DF Nº 42, de 31/08/2006:

Sim Não Às vezes

Se a resposta foi não ou às vezes, explicar o(s) motivo(s):

11. O Sr.(a) acha que a CRIH tem regulado devidamente o acesso dos pacientes aos leitos de terapia intensiva, de acordo com os critérios de admissão e alta elencados na Portaria SES/DF Nº 42, de 31/08/2006?

Sim Não Às vezes

Se a resposta foi não ou às vezes, explicar o(s) motivo(s):

12. O Sr.(a) está de acordo com os critérios de admissão e alta elencados na Portaria SES/DF Nº 42, de 31/08/2006?

Sim Não

Em caso negativo, elencar o(s) motivo(s):

13. O Sr.(a) acha que os critérios de admissão e alta elencados na Portaria SES/DF Nº 42, de 31/08/2006 são suficientes para a tomada de decisão na priorização dos casos?

Sim Não

Em caso negativo, elencar o(s) motivo(s):

14. O Sr.(a) acha que a oferta de leitos de terapia intensiva atende à demanda atual baseada no perfil epidemiológico dos pacientes? (neonatal, pediátrico, adulto, coronário e neurocirúrgico)

() Sim () Não

Justifique:

BLOCO III – SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO EM UTI

15. Na sua experiência, qual o tempo médio decorrido entre a solicitação de internação hospitalar em terapia intensiva à CRIH e a admissão na UTI dos pacientes gravemente enfermos:

_____ horas _____ min

16. Na sua opinião, qual o tempo ideal que deveria ser considerado entre a solicitação de internação hospitalar em terapia intensiva à CRIH e a admissão na UTI dos pacientes gravemente enfermos:

_____ horas _____ min

17. Qual(is) os motivos que podem afetar a devida regulação de pacientes gravemente enfermos à terapia intensiva de modo satisfatório em relação ao tempo de atendimento à solicitação?

() Falta de comunicação com a unidade solicitante (*on line* ou via telefônica)

() Falta ou acesso limitado de dados clínicos para a priorização dos casos.

() Tempo de remoção pelo Serviço Móvel de Atendimento às Urgências – SAMU

() Judicialização dos casos

() Indisponibilidade de leitos para o perfil clínico/cirúrgico dos pacientes

() Outros: _____

18. O que o Sr.(a) acha do fornecimento de relatórios médicos pelas unidades solicitantes com a finalidade de judicializar o caso quando o paciente já está inserido na fila da CRIH?

- () Necessário, pois a saúde é dever do Estado.
- () Necessário, pois não há condições de atendimento nas unidades solicitantes.
- () Necessário, pois há demora no encaminhamento do(s) paciente(s) à UTI.
- () Desnecessário, pois o paciente já está cadastrado na CRIH.
- () Outros: _____

19. Quando o Sr.(a) indicaria a internação de um paciente terminal (sem possibilidade de cura) em uma unidade de terapia intensiva?

- () Quando os familiares solicitam.
- () Quando não há condições de atendimento ou manutenção do quadro clínico do paciente na unidade solicitante.
- () Não indico a terapia intensiva nesse caso.
- () Quando há a judicialização do caso.
- () Outros: _____

20. O Sr.(a) já exerceu ou exerce a função de médico solicitante nos hospitais regionais?

- () Sim () Não

21. Em caso positivo, o Sr.(a) acha que a CRIH atende/prioriza a solicitação de internação em terapia intensiva de forma adequada?

- () Sim () Não () Às vezes

Caso tenha respondido Não, citar o(s) motivo(s):

BLOCO IV – CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

22. Como o Sr.(a) avalia a comunicação da CRIH com os hospitais (unidades solicitantes) da SES/DF?

- () Satisfatória
- () Pouco Satisfatória

() Insatisfatória

23. Em relação à pergunta anterior, se respondeu Pouco Satisfatório ou Insatisfatório, qual(is) o(s) motivo(s):

() Telefone não atende

() Sistema informacional falho (não responde)

() Servidores despreparados

() Falta de comunicação *online* (não utilização do sistema pelas unidades solicitantes)

() Outros (especifique): _____

24. Classifique os fatores abaixo de 1 a 6 pela ordem de importância que devem ser considerados para o encaminhamento dos pacientes à terapia intensiva?

() Tempo de espera na fila da CRIH

() Prioridade Clínica/Cirúrgica (gravidade)

() Idade

() Influência pessoal

() Mandado Judicial

() Outros (especifique):

25. No trabalho em equipe da CRIH, a disponibilização/atualização de leitos pelo profissional enfermeiro controlador tem sido realizada em tempo oportuno?

() Sim

() Não

() Às vezes

26. Na sua opinião quais os fatores facilitadores ou dificultadores no fornecimento da informação quanto à disponibilidade do leito?

Facilitadores: _____

Dificultadores: _____

BLOCO V – GESTÃO DO ACESSO À TERAPIA INTENSIVA

27. O Sr.(a) acha que os hospitais regionais deveriam gerenciar seus próprios leitos de terapia intensiva ou parte deles?

() Sim () Não

Motivo(s): _____

28. Em relação a pergunta anterior, caso positivo, informe a porcentagem ideal de leitos de terapia intensiva que os hospitais regionais da SES/DF deveriam gerenciar sem a influência da CRIH:

() 10% dos leitos

() 10 a 30% dos leitos

() 50% dos leitos

() 100% dos leitos

() não sei

29. O Sr.(a) acredita que a regulação do acesso aos leitos de terapia intensiva na SES/DF, por meio da CRIH, pode ser considerada um instrumento de gestão na saúde pública?

() Sim () Não

Justifique:

30. Você acha que após a criação da CRIH, houve melhora do acesso aos leitos de terapia intensiva na SES/DF?

() Sim () Não

Justifique:

31. Como o Sr.(a) avalia a função de médico regulador na CRIH?

32. Do ponto de vista ético, como o Sr.(a) se sente em relação à tomada de decisão ao dar a prioridade e encaminhar os pacientes à terapia intensiva diante de casos judicializados?

33. Como autoridade sanitária, como o Sr.(a) avalia a receptividade junto às unidades executantes (unidades de terapia intensiva) para a discussão dos casos?

34. Na sua opinião o que poderia ser melhorado no processo regulatório em relação aos encaminhamentos dos pacientes gravemente enfermos para atender toda a demanda existente?

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome do Sujeito: _____

Convido o Sr(a) para participar da pesquisa “Análise do impacto da regulação do acesso à Terapia Intensiva na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES/DF”. Este estudo tem o objetivo de analisar a forma de acesso aos leitos de terapia intensiva por meio da Central de Regulação de Internação Hospitalar da SES/DF.

O(a) Sr(a) foi selecionado(a) por ser médico(a) servidor(a) da SES/DF e por prestar seus serviços na Central de Regulação de Internação Hospitalar. Além disso, sua participação não é obrigatória. A qualquer momento o(a) Sr(a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder um questionário semi-estruturado sobre conceitos de regulação do acesso aos leitos de terapia intensiva na SES/DF, na forma de entrevista oral, cujo áudio será gravado.

Sua colaboração será muito importante para a elaboração deste projeto, o que contribuirá no processo gestor sobre os encaminhamentos dos pacientes gravemente enfermos aos leitos de terapia intensiva na SES/DF. As informações/opiniões emitidas pelo(a) Sr(a) não causarão nenhum dano, risco ou ônus a sua pessoa e serão tratadas anonimamente no conjunto dos demais sujeitos. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação.

O(a) Sr(a) receberá uma cópia deste termo onde constam os contatos da pesquisadora, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Atenciosamente,

Geisa Cristina Modesto Vilarins

Pesquisadora - Mestranda do Programa de Pós-graduação do Deptº de Saúde Coletiva da
Universidade de Brasília

Telefone para contato:

E-mail:

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Brasília, _____ de _____ de 2011.

Sujeito da Pesquisa

12. ANEXOS

12.1 ANEXO A – Portaria SES/DF nº. 41, de 30/08/2006.

12.2 ANEXO B – Portaria SES/DF nº. 42, de 31/08/2006.

12.3 ANEXO C – Formulário de Solicitação de Internação Hospitalara da SES/DF

12.4 ANEXO D – Carta de Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa

ANEXO A

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PORTARIA Nº 41, DE 30 DE AGOSTO DE 2006

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, no uso das atribuições que lhe confere o inciso “x” do artigo 204, do Regimento Interno, aprovado pela Portaria nº40, de 23 de julho de 2001. Considerando que o Distrito Federal encontra-se habilitado em Gestão Plena do Sistema de Saúde por meio da Portaria GM/MS Nº 1122 de 17 de Junho de 2002, publicada no Diário Oficial da União nº 115, de 18 de Junho de 2002 Seção Nº 01 Página 42, em conformidade com a Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS 01/02, e desta forma detém a responsabilidade da direção única do Sistema Único de Saúde - SUS em nível estadual, conforme o artigo 198, Inciso I da Constituição Federal e Art 9º, Inciso III da Lei nº 8.080, de 28 de dezembro de 1990; Considerando que a integralidade na atenção à saúde é um dos princípios fundamentais do SUS, conforme o artigo 198, Inciso II da Constituição Federal e Art 7º, Inciso II da Lei nº 8.080, de 28 de dezembro de 1990; Considerando ainda o disposto nos Artigos 15, incisos I, XI, XIII, XXI; Art.18, incisos I, II, XI e Art.22, da Lei 8.080, de 28 de dezembro de 1990, referentes às competências e atribuições das esferas gestoras do SUS e à relação com os serviços privados de assistência à saúde; Considerando as disposições da Norma Operacional da Assistência à Saúde/NOAS-SUS 2001/2002 que define regulação assistencial como a “disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada”, que “deverá ser efetivada por meio de complexos reguladores que congreguem unidades de trabalho responsáveis pela regulação das urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários”; Considerando a necessidade de normatizar os critérios de encaminhamento e internação de pacientes atendidos pelo SUS do Distrito Federal, organizando os serviços emergenciais e eletivos, e estruturando uma rede hierarquizada e referenciada de assistência, de forma a garantir acesso amplo e qualificado conforme o nível de complexidade requerido; Considerando a crescente necessidade de acesso a leitos de internação em Unidades de Terapia Intensiva -UTI, nas especialidades Neonatal, Pediátrica e Adulto, verificada no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES/DF; Considerando que a UTI Neonatal é aquela destinada a pacientes com faixa etária abaixo de 29 dias; a UTI Pediátrica é aquela destinada a pacientes com faixa etária entre 29 dias e 13 anos, 11meses e 29 dias e a UTI Adulto é aquela destinada a pacientes com faixa etária acima de 14 anos, RESOLVE:

Art. 1º - Criar, no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, a Central de Regulação de Internação Hospitalar da SES/DF - CRIH, a qual será responsável pela regulação dos leitos hospitalares dos estabelecimentos assistenciais de saúde do DF, vinculados ao SUS, sejam próprios, conveniados ou contratados.

Parágrafo Único – A CRIH estará subordinada a Gerência de Regulação e Controle de Serviços de Saúde – GERES, da Diretoria de Controle e Avaliação de Serviços de Saúde – DICOAS, da Subsecretaria de Planejamento e Políticas de Saúde – SUPLAN/SES.

Art. 2º - Determinar, como objeto imediato de regulação da CRIH da SES/DF, a totalidade dos leitos de Terapia Intensiva Neonatal, Pediátrica e Adulto, dos hospitais da rede própria, conveniada ou contratada pela SES/DF, localizados no Distrito Federal.

Art. 3º - Definir a seguinte estrutura para o pleno funcionamento da CRIH da SES/DF:

I - A CRIH da SES/DF funcionará, ininterruptamente, durante 24 horas por dia, sete dias por semana e ficará sediada no Call Center/CODEPLAN; II - A equipe mínima de profissionais necessária ao funcionamento diário da CRIH, para regulação de leitos de UTI Neonatal, Pediátrica e Adulto, deverá ser composta de:

- 02 médicos reguladores;
- 01 controlador - profissional de nível superior em enfermagem e;
- 01 equipe de supervisão - médicos supervisores.

Art. 4º – Definir as atribuições da equipe da CRIH da SES/DF, com vistas à regulação dos leitos de UTI Neonatal, Pediátrica e Adulto:

I - Aos médicos reguladores caberá:

- a. Analisar os formulários - Solicitação de Internação Hospitalar Modelo/SES 9201-Código 201.181;
- b. Solicitar, quando as informações forem insuficientes e sempre que necessário, a complementação de dados constantes no formulário - Solicitação de Internação Hospitalar;
- c. Autorizar a internação dos pacientes que atenderem aos critérios de priorização para a admissão em UTI.

II - Aos controladores caberá:

- a. Monitorar a ocupação dos leitos de UTI e controlar a atualização das informações de todas as internações sob regulação a cada 06 horas, ou sempre que necessário;
- b. Acompanhar o tempo de permanência hospitalar para cada internação, com base nos parâmetros estabelecidos pelo Sistema de Informações Hospitalares - SIH do Ministério da Saúde;
- c. Monitorar as transferências intra e inter-hospitalares.

III - À equipe de supervisão caberá:

- a. Visitar as Unidades Executantes para acompanhar o tratamento dos pacientes internados nas unidades de terapia intensiva;
- b. Autorizar, previamente, as solicitações de procedimentos e medicamentos de alto-custo para os pacientes internados nas unidades de terapia intensiva; c. Solicitar, compulsoriamente, a transferência de pacientes internados nas unidades de terapia intensiva dos estabelecimentos assistenciais de saúde contratados para os hospitais da rede SES/DF e conveniados;
- c. Subsidiar a CRIH com informações sobre os pacientes internados nas Unidades Executantes e Solicitantes.

Art. 5º - Determinar que a CRIH da SES/DF, com referência à regulação de leitos de UTI Neonatal, Pediátrica e Adulto, para o pleno exercício de suas competências e desenvolvimento de suas ações, poderá:

I - orientar as diretorias dos hospitais próprios, conveniados ou contratados da SES/DF à adoção de medidas administrativas e assistenciais necessárias ao

funcionamento da rede de assistência ao paciente gravemente enfermo e que necessitem de internação em UTI;

II - remanejar pacientes, de maneira a garantir a melhor alternativa terapêutica assistencial ao paciente gravemente enfermo;

III- redefinir prioridades assistenciais dos serviços de saúde, de maneira a garantir a assistência ao paciente gravemente enfermo e internado em UTI, podendo, se necessário, postergar a execução de procedimentos eletivos.

Art. 6º - Definir como Unidades Solicitantes os estabelecimentos assistenciais de saúde vinculados ao SUS responsáveis por qualquer solicitação de internação em leitos hospitalares.

Art.7º – Definir as principais atribuições das Unidades Solicitantes:

I – Caberá ao médico assistente:

- a. preencher, para toda solicitação de internação em leitos de UTI, o formulário - Solicitação de Internação Hospitalar –Modelo/SES 9201-Código 201.181, em duas vias, a primeira, de cor branca, deverá ser encaminhada ao Núcleo de Internação e Alta - NIA e a segunda via, de cor amarela, deverá ser arquivada no prontuário do paciente;
- b. fornecer informações complementares referente ao quadro do paciente, quando solicitado pelo médico regulador, via sistema ou telefone;
- c. assegurar a remoção do paciente para a unidade referenciada pela CRIH.

II - Caberá aos Núcleos de Internação e Alta – NIA e Chefias de Equipe:

- a. inserir, no sistema informacional de regulação os dados constantes no formulário - Solicitação de Internação Hospitalar;
- b. encaminhar à CRIH, via fax, o formulário - Solicitação de Internação Hospitalar, quando ocorrer a inoperância do sistema informacional de regulação;
- c. acompanhar a solicitação de internação hospitalar de seu estabelecimento de saúde;
- d. informar ao médico assistente, ou a unidade de internação do paciente, a resposta da solicitação.

Art. 8º - Definir como Unidades Executantes os estabelecimentos assistenciais de saúde vinculados ao SUS responsáveis pela disponibilização dos leitos hospitalares.

Art.9º - Definir as principais atribuições das Unidades Executantes:

- I. Confirmar no sistema informacional de regulação a reserva do leito realizada pelo médico regulador;
- II. Receber o paciente encaminhado pela CRIH e proceder a sua internação no sistema;
- III. Manter atualizado o mapa de leitos do sistema informacional de regulação;
- IV. Informar as condições do leito – bloqueado, ocupado, vago e reservado, à CRIH a cada 06 horas, ou sempre que necessário;
- V. Enviar relatório médico à CRIH solicitando a prorrogação da internação quando o tempo médio de permanência exceder o preconizado pelo Sistema de Informação Hospitalar – SIH do Ministério da Saúde;
- VI. Autorizar a transferência de pacientes em leitos de UTI dos estabelecimentos assistenciais de saúde contratados para os públicos ou conveniados, quando houver disponibilidade de vaga.

Art. 10 - Estabelecer que o fluxo operacional da Central de Regulação de Internação Hospitalar – CRIH da SES/DF obedecerá às seguintes determinações:

I - Todas as solicitações de internação em leitos de UTI Neonatal, Pediátrica e Adulto deverão ser feitas, via Central de Regulação de Internação Hospitalar da SES/DF, utilizando o formulário - Solicitação de Internação Hospitalar, Modelo/SES 9201-Código 201.181;

II - O formulário - Solicitação de Internação Hospitalar, não substitui ou exclui nenhum outro documento utilizado na internação hospitalar para fins estatísticos ou de faturamento.

Art. 11 - Estabelecer que toda solicitação, autorização e pagamento das internações hospitalares na rede SES/DF ficam condicionados ao fiel cumprimento do contido nesta Portaria.

Art. 12 - Estabelecer que as diretrizes para admissão, internação, alta e transferência de pacientes, na rede SES/DF, obedecerão aos critérios técnicos estabelecidos pelas Coordenações Técnicas de Unidades de terapia Intensiva neonatal, pediatria e adulto da SES/DF.

Art.13 - Definir que caberá ao SAMU o transporte inter-hospitalar de pacientes que necessitem de internação nas unidades de terapia intensiva conforme determina a Portaria GM/MS nº 2.408, de 05 de novembro de 2002.

Art.14 - Definir que o processo de regulação de internação hospitalar da SES/DF obedecerá aos princípios do SUS, bem como, estabelecerá mecanismos dinâmicos, portanto passíveis de alterações, para disponibilizar aos usuários do SUS a melhor alternativa terapêutica.

Art.15 – Divulgar as diretrizes e critérios para admissão e alta das unidades de terapia intensiva, bem como disponibilizar o formulário – Solicitação de Internação Hospitalar no site: <http://www.saude.df.gov.br/>.

Art.16 - O não cumprimento do disposto nesta Portaria estará sujeito às sanções administrativas previstas aos servidores públicos.

Art. 17 - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

JOSÉ GERALDO MACIEL

ANEXO B

PORTARIA Nº 42, DE 31 DE AGOSTO DE 2006

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, no uso das atribuições que lhe confere o Inciso “X” do artigo 204, do Regimento Interno, aprovado pela Portaria nº 40, de 23 de julho de 2001, considerando a necessidade de adotar diretrizes e critérios para serem utilizados pela Central de Regulação de Internação Hospitalar, para pacientes a serem internados, nas UTI’s Adulto, Pediátrica e Neonatal, da Rede SES/ Distrito Federal (próprios, conveniados e contratados) quanto à:

- 1) Priorização da admissão de pacientes nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI);
- 2) Condições específicas ou patologias determinadas apropriadas para admissão à UTI;
- 3) Critérios para a alta da UTI;

Considerando que as diretrizes e critérios definidos no Anexo I, desta Portaria, foram aprovados pelas Coordenações de UTI Adulto, Pediátrica e Neonatal da Subsecretaria de Atenção à Saúde, desta Secretaria, resolve:

Art. 1º - Aprovar as Diretrizes e Critérios, constantes do Anexo I, para admissão e alta em Unidades de Terapia Intensiva na SES/DF, disponível para consulta no site: www.saude.df.gov.br.

Art. 2º - As citadas Diretrizes e Critérios deverão ser revisadas, anualmente, ou em período inferior, caso haja necessidade, pelas Coordenações Técnicas das Unidades de Terapia Intensiva desta Secretaria.

Art. 3º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ GERALDO MACIEL

ANEXO I

I. DIRETRIZES DA SES/DF PARA ADMISSÃO E ALTA EM TERAPIA INTENSIVA

As diretrizes abaixo listadas definem os critérios para:

- Priorização da admissão de pacientes nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI);
- Condições específicas ou patologias determinadas apropriadas para admissão à UTI;
- Critérios para a alta da UTI.

1.1 - CRITÉRIOS DE PRIORIZAÇÃO

PRIORIDADE 01	Pacientes criticamente enfermos, em coma ou não, e instáveis que necessitam de cuidados de Terapia Intensiva e monitoração que não pode ser provida fora do ambiente de UTI. Usualmente, esses tratamentos incluem suporte ventilatório, drogas vasoativas contínuas, etc. Nesses pacientes, não há limites em se iniciar ou introduzir terapêutica necessária. Exemplos destes doentes incluem choque ou pacientes com instabilidade hemodinâmica, pacientes em insuficiência respiratória aguda necessitando de suporte ventilatório, inclusive neonatal; prematuro abaixo de 1500g na primeira semana de vida.
PRIORIDADE 02	Pacientes que necessitam de monitoração intensiva e podem potencialmente necessitar intervenção imediata. Não existe limite terapêutico geralmente estipulado para estes pacientes. Exemplos incluem pacientes com condições co-mórbidas crônicas (como as terapias renais substitutivas) que desenvolvem doenças agudas graves clínicas ou cirúrgicas; prematuros acima de 30 semanas, nas primeiras horas de vida, em uso de suporte respiratório, tipo CPAP nasal, que fizeram uso do surfactante pulmonar e estão compensados clínica e laboratorialmente; desconforto respiratório decorrente de pneumotórax não hipertensivo.
PRIORIDADE 03	Pacientes criticamente enfermos mas que têm uma probabilidade reduzida de sobrevida pela doença de base ou natureza de sua doença aguda. Esses pacientes podem necessitar de tratamento intensivo para aliviar uma doença aguda, <u>mas limites ou esforços terapêuticos podem ser estabelecidos como não intubação ou reanimação cardio-pulmonar.</u> Exemplos incluem pacientes com neoplasias metastáticas complicadas por infecção, tamponamento ou obstrução de via aérea; prematuros extremos – abaixo de 25 semanas e/ou peso abaixo de 500g; mal formações incompatíveis com a vida; hemorragia intra/peri/ventricular de grande extensão.

1.2 - CONDIÇÕES ESPECÍFICAS OU PATOLOGIAS DETERMINADAS APROPRIADAS PARA ADMISSÃO EM UTI

As condições listadas abaixo são eixos norteadores recomendados para admissão em UTI, porém não são condições exclusivas para a internação. Os pacientes que apresentam instabilidade hemodinâmica e que requeiram cuidados intensivos devem ser avaliados observando-se o estado geral, a condição atual, a patologia de base, a evolução clínica e as patologias associadas.

CARDIOVASCULAR	<ul style="list-style-type: none"> • Infarto agudo do miocárdio; • Choque cardiogênico; • Arritmias complexas requerendo monitorização contínua e intervenção; • Insuficiência cardíaca congestiva aguda com insuficiência respiratória e/ou requerendo suporte hemodinâmico; • Emergências hipertensivas; • Angina instável, particularmente com arritmias, instabilidade hemodinâmica e dor torácica persistente; • Parada cardio-respiratória(pós-reanimação); • Tamponamento cardíaco com instabilidade hemodinâmica; • Aneurisma dissecante da aorta; • Bloqueio cardíaco completo ou situações de bloqueio associados a distúrbios hemodinâmicos aos quais são necessários tratamento intensivo e/ou marcapasso temporário.
PNEUMOLOGIA	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiência respiratória aguda necessitando de suporte ventilatório; • Embolia pulmonar com instabilidade hemodinâmica; • Pacientes em unidade intermediária com deterioração respiratória; • Hemoptise maciça.
NEUROLOGIA	<ul style="list-style-type: none"> • Doença vascular cerebral aguda com alteração do nível de consciência; • Coma metabólico tóxico ou anóxico; • Hemorragia intracraniana com risco de herniação; • Hemorragia sub-aracnóide aguda; • Meningite com alteração do estado mental ou comprometimento respiratório;

	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensão intracraniana; • Pós-operatório do SNC; • Status epilepticus; • Trauma crânio encefálico grave; • Vasoespasma cerebral.
FARMACOLOGIA INGESTÃO/OVERDOSE)	<ul style="list-style-type: none"> • Instabilidade hemodinâmica; • Coma com instabilidade respiratória ou não; • Convulsão de difícil controle.
GASTROENTEROLOGIA	<ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia digestiva persistente com sinais de choque; • Insuficiência hepática fulminante; • Pancreatite grave; • Gastroenterite com choque; • Perfuração esofágica com ou sem mediastinite; • Úlceras gastroduodenais complicadas/perfuradas.
ENDOCRINOLOGIA/ METABOLISMO	<ul style="list-style-type: none"> • Cetoacidose diabética complicada; • Distúrbios hidroeletrólíticos e ácido-base graves; • Crise tireotóxica ou coma mixedematoso com instabilidade hemodinâmica; • Estado hiperosmolar com coma e/ou instabilidade hemodinâmica; • Outros problemas endócrinos como crise adrenal com instabilidade hemodinâmica.
CIRURGIA	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes de pós-operatório necessitando monitoração hemodinâmica e suporte ventilatório.
RENAL	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiência renal aguda.
DIVERSOS	<ul style="list-style-type: none"> • Choque séptico com instabilidade hemodinâmica; • Lesões por choque elétrico, afogamento, hipotermia; • Hipertermia maligna; • Distúrbios hemorrágicos complicados; • Politraumatizados.

1.3 - PARÂMETROS ORIENTADORES PARA ADMISSÃO EM UTI ADULTO

Apesar de listados abaixo, os seguintes parâmetros não devem ser considerados isoladamente, devendo-se associá-los ao quadro clínico apresentado e à própria evolução da patologia:

SINAIS VITAIS	<ul style="list-style-type: none"> • Frequência cardíaca < 40 ou >160 bpm; • Pressão sistólica < 80 mmHg; • Pressão arterial média < 60 mmHg; • Pressão diastólica > 120 mmHg; • Alteração significativa da regularidade do automatismo respiratório.
EXAMES LABORATORIAIS	<ul style="list-style-type: none"> • Sódio <115 ou > 158 mEq/l; • Potássio < 2,5 ou > 7 mEq/l; • PaO₂ < 50 mm; • Ph < 7,1 ou > 7,7; • Glicose > 600 mg%; • Cálcio > 15 mEq/l; • Níveis tóxicos de drogas ou de outras substâncias quando associadas a instabilidade hemodinâmica ou neurológica.
MÉTODOS DE IMAGEM	<ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia subaracnóidea; • Lesão de vísceras intrabdominal com instabilidade hemodinâmica; • Aneurisma dissecante de aorta.
ELETROCARDIOGRAMA	<ul style="list-style-type: none"> • Infarto agudo do miocárdio; • Taquicardia supraventricular sustentada ou fibrilação ventricular; • BAVT; • Casos de alteração da condução associados às alterações hemodinâmicas.
EXAME FÍSICO	<ul style="list-style-type: none"> • Anisocoria com alterações da consciência; • Grande queimado; • Anúria; • Obstrução de via aérea; • Coma; • Convulsão mantida; • Cianose; • Tamponamento pericárdico.

1.4 - PARÂMETROS ORIENTADORES PARA ADMISSÃO EM UTI NEONATAL OU PEDIÁTRICA

Nenhum critério pode ser considerado isoladamente, pois o quadro de gravidade é aferido pelo quadro geral da criança, associando-se à sua condição atual, à sua patologia de base, evolução clínica e patologias associadas.

<p>CRITÉRIOS PARA INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA EM NEONATOLOGIA/PEDIATRIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • PaCO₂ > 60; • PaO₂ < 50; • Ph < 7,2 ou > 7,7; • Gaspings; • Respiração acidótica (Kussmaul); • Respiração neurológica (Cheyne-Stocks); • Marcadas retrações intercostais; • Apnéia neonatal de repetição que não respondeu a utilização de CPAP nasal e Xantinas; • Freqüência Respiratória: <ul style="list-style-type: none"> - Em Lactentes: >60 ou < 20 irpm; - Em crianças >1 ano: > 50 irpm ou < 15 irpm.
<p>CRITÉRIOS PARA INDICAÇÕES DE VENTILAÇÃO DE ALTA FREQUÊNCIA EM NEONATOLOGIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Falha da ventilação convencional: RNs em ventilação convencional necessitando de altas pressões inspiratórias como: <ul style="list-style-type: none"> - 750 –1000g PIM > 25 cm H₂O; - 1001 –1500g PIM > 28 cm H₂O; - 1501 – 2000g PIM > 30 cm H₂O; - hipertensão pulmonar persistente em conjunto com óxido nítrico; - enfisema intersticial; - hemorragia pulmonar; - insuficiência respiratória intratável.
<p>CRITÉRIOS PARA INSUFICIÊNCIA CIRCULATÓRIA EM NEONATOLOGIA/PEDIATRIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cianose central e periférica importante; • Pressão arterial sustentada por drogas vasoativas; • Pressão arterial sustentada por infusão repetida de grandes volumes de líquidos; • Freqüência cardíaca: <ul style="list-style-type: none"> - Neonatos e lactentes: > 200 bpm ou < 60 bpm; - Crianças > 1 ano de idade: >160 bpm ou < 60 bpm; • Arritmia cardíaca documentada com ECG, e que esteja comprometendo o débito cardíaco; • Pressão arterial: <ul style="list-style-type: none"> - < percentil 10

	<ul style="list-style-type: none"> - > percentil 90 • Perfusão periférica lentificada: > 3 segundos; • Edema de extremidades (acentuado), que é pouco comum em pediatria; • Sudorese fria.
CRITÉRIOS PARA INSUFICIÊNCIA NEUROLÓGICA EM PEDIATRIA	<ul style="list-style-type: none"> • Coma de qualquer etiologia; • Convulsões subentrantes; • Perda de consciência prolongada.

1.5 - CRITÉRIOS DE ALTA

O estado clínico do paciente admitido à UTI deve ser continuamente revisado a fim de se identificar aqueles que não mais necessitam de cuidados intensivos:

- Quando houver óbito;
- Quando o estado fisiológico do paciente se estabilizou e a necessidade de monitoração e cuidado não é mais necessária;
- Quando o estado fisiológico do paciente deteriorou e intervenções ativas (agressivas) não são mais planejadas, a transferência para um nível de cuidado intermediário ou enfermaria é apropriada e deve ser providenciada;
- Quando da retirada de órgãos em doador potencial:

O diagnóstico de morte encefálica deverá ser feito, de acordo com a Resolução 1480 de 08/08/1997, do Conselho Federal de Medicina, mediante a realização dos seguintes exames:

- Exame clínico, realizado por profissional clínico médico ou pediatra, a depender da faixa etária do paciente;
- Exame neurológico, realizado pelo neurologista;
- Exame complementar, a saber Doppler Transcraniano ou EEG.

Os intervalos mínimos entre as duas avaliações clínicas necessárias para a caracterização da morte encefálica serão definidos por faixa etária, conforme abaixo especificado:

- a) de 07 dias a 2 meses incompletos – 48 horas;
- b) de 02 meses a 01 ano incompleto – 24 horas;
- c) de 01 ano a 02 anos incompletos – 12 horas;
- d) acima de 02 anos – 06 horas.

Após o diagnóstico de morte encefálica realizado conforme descrito acima, caberão 02 situações possíveis:

1. Caso o paciente seja doador de órgãos, deverá ser contactada a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos do DF para acionamento da Equipe de Retirada de Órgãos e a imediata transferência do paciente para o Centro Cirúrgico;

2. Caso o paciente não seja doador de órgãos, a família deverá ser consultada quanto à autorização para desligamento dos aparelhos; se não consentido, deverá ser providenciada a imediata transferência do paciente para um leito de enfermaria com o aparato tecnológico necessário à espera do êxito letal.

Nem todos os pacientes necessitam, após a alta da UTI, de serem transferidos a uma Unidade de Cuidados Semi-Intensivos - UCSI.

Os critérios de alta da UTI devem ser similares aos critérios de admissão em uma UCSI, quando disponíveis.

ANEXO D



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/SES-DF

PARECER Nº 0122/2011

PROTOCOLO Nº DO PROJETO: 147/2011 – ANÁLISE DO IMPACTO DA REGULAÇÃO DO ACESSO À TERAPIA INTENSIVA DA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL.

Instituição Pesquisada: Secretaria de Saúde do Distrito Federal/SES-DF.

Área Temática Especial: Grupo III (não pertencente à área temática especial), Ciências da Saúde.

Validade do Parecer: 25/04/2013

Tendo como base a Resolução 196/96 CNS/MS, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisa envolvendo seres humanos, assim como as suas resoluções complementares, o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, após apreciação ética, manifesta-se pela **APROVAÇÃO DO PROJETO**.

Esclarecemos que o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, inciso IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto. **Ressaltamos a necessidade de encaminhar o relatório parcial e final, além de notificações de eventos adversos quando pertinentes.**

Brasília, 27 de abril de 2011.

Atenciosamente,

Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
Comitê de Ética em Pesquisa/SES-DF
Coordenadora

AL/CEP/SES-DF

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - SES
Comitê de Ética em Pesquisa
Fone: 325-4955 - Fone/Fax: 326-0119 - e-mail: cepesedf@saude.df.gov.br
SMHN - Q. 501 - Bloco "A" - Brasília - DF - CEP: 70.710-907

BRASÍLIA - PATRIMÔNIO CULTURAL DA HUMANIDADE