

Rita de Cássia França de Jesus

**PERFIL DAS SOLICITAÇÕES DE TRANSFERÊNCIA PARA INTERNAÇÃO
HOSPITALAR REGULADAS PELA CENTRAL DE REGULAÇÃO DA
GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE GOVERNADOR VALADARES -
MINAS GERAIS**

Tese apresentada à Universidade Federal de
São Paulo para obtenção do título de Mestre
Profissional em Economia da Saúde.

**São Paulo
2011**

Rita de Cássia França de Jesus

**PERFIL DAS SOLICITAÇÕES DE TRANSFERÊNCIA PARA INTERNAÇÃO
HOSPITALAR REGULADAS PELA CENTRAL DE REGULAÇÃO DA
GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE GOVERNADOR VALADARES -
MINAS GERAIS**

Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo para obtenção do título de Mestre Profissional em Economia da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Dr. Marcos Bosi Ferraz

Co-Orientador: Prof. Dr. Carlos Alberto Garcia Oliva

São Paulo

2011

Jesus, Rita de Cássia França de.

Perfil das solicitações de transferência para internação hospitalar reguladas pela central de regulação da gerência regional de saúde de Governador Valadares - Minas Gerais./ Rita de Cássia França de Jesus. – São Paulo, 2011.

85f.

Tese (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Curso de Mestrado Profissional em Gestão de Tecnologias em Saúde.

Título em inglês: Profile of requests for transfer to hospital governed by central regulation of regional health management of Governador Valadares - Minas Gerais.

1. Sistema Único de Saúde. 2. Central de Regulação. 3 Internação. 4. Urgência. 5. Emergência.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA
GRUPO INTERDEPARTAMENTAL DE ECONOMIA DA SAÚDE**

Chefe do Departamento: Prof. Dr. Marcos Bossi Ferraz

Coordenador do Curso de Pós-Graduação: Prof. Dra. Paola Zucchi

Rita de Cássia França de Jesus

**PERFIL DAS SOLICITAÇÕES DE TRANSFERÊNCIA PARA INTERNAÇÃO
HOSPITALAR REGULADAS PELA CENTRAL DE REGULAÇÃO DA
GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE GOVERNADOR VALADARES -
MINAS GERAIS**

Presidente da banca:

Prof. Dra. _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Maria Cristina Sanchez Amorim

Prof. Dra. Lucila Amaral Carneiro Viana

Prof. Dra. Paola Zucchi

Dedico este trabalho a todos os profissionais que atuam e acreditam no Sistema Único de Saúde (SUS).

Agradecimentos

A Deus que com Sua bondade infinita me impulsiona, sustenta e conforta.

Pai e Mãe: “O que a memória ama, fica eterno. Amo-os com a memória. Imperecível.”

Ao meu marido Marcus a quem amo e admiro por sua essência, agradeço pelo companheirismo, pelo incentivo constante, ajuda inestimável e por seu extraordinário exemplo de dedicação profissional.

Às minhas filhas Marianna e Sylvia, por enxergarem em mim uma fortaleza que eu mesma desconheço.

Ao Prof. Dr. Carlos Alberto Garcia Oliva a quem admiro por sua inteligência, versatilidade e poder de síntese, agradeço por ter acreditado em mim.

À Prof. Dra. Paola Zucchi, por me acolher nos momentos de angústia.

A todos do Centro Paulista de Economia da Saúde da UNIFESP/EPM - por seu profissionalismo e paciência, em especial a Alessandra Iris Pascutti por trazer tanto carinho no olhar.

Aos colegas do MPGTS por compartilharmos VIDA em sua mais ampla concepção.

À Myrian Araújo Coelho, Superintendente de Regulação da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais até novembro de 2010, pela confiança.

À Enf. Valéria Ambrósio por me fazer acreditar que seria possível.

Aos colegas do Núcleo Macrorregional de Auditoria Assistencial e Coordenação de Regulação da Gerência Regional de Saúde de Gov. Valadares por compreenderem as ausências.

Aos amigos de sempre por entenderem que “há tempo para tudo”.

*“O sonho encheu a noite
Extravasou pro meu dia
Encheu minha vida
E é dele que eu vou viver
Porque sonho não morre”.*

Adélia Prado

Sumário

Dedicatória.....	v
Agradecimentos.....	vi
Abstract.....	vii
Lista de figuras.....	ix
Lista de tabelas.....	xi
Lista de abreviaturas.....	xv
Resumo.....	xvi
1 INTRODUÇÃO.....	01
1.1 Objetivos.....	07
1.1.1 Objetivo geral.....	07
1.1.2 Objetivos específicos.....	07
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	08
3 MÉTODOS.....	21
3.1 Área e população do estudo.....	21
3.2 Período.....	21
3.2 Desenho do Estudo.....	21
3.3 Comitê de Ética.....	21
3.4 Coleta de Dados.....	22
3.5 Processamento e análise dos dados.....	22
4 RESULTADOS.....	23
5 DISCUSSÃO.....	50
6 CONCLUSÕES.....	62
7 ANEXOS.....	65
8 REFERÊNCIAS.....	67
Abstract.....	71

Lista de Figuras

Figura 1. Representação gráfica da distribuição por sexo.....	23
Figura 2. Representação gráfica da distribuição da frequência de solicitação por turno.....	24
Figura 3. Representação gráfica da distribuição da frequência para internação hospitalar reguladas e efetivadas pela CR da GRS/GV, período janeiro a dezembro de 2007, relacionando turno e sexo.....	25
Figura 4. Representação gráfica da frequência de solicitações de transferência para internação hospitalar por hospital de destino (Belo Horizonte).....	32
Figura 5. Representação gráfica da frequência de solicitações de transferência para internação hospitalar por procedimentos do Capítulo XV da CID 10 – gravidez, parto e puerpério, regulados e efetivados pela C.R/GRS-GV – janeiro a dezembro de 2007.....	35
Figura 6. Representação gráfica da frequência de solicitações de transferência para internação hospitalar por procedimentos do Capítulo IX da CID 10 – Doenças do aparelho circulatório, regulados e efetivados pela C.R/GRS-GV – janeiro a dezembro de 2007.....	38
Figura 7. Representação gráfica da frequência de solicitações de transferência para internação hospitalar por procedimentos do Capítulo X da CID 10 – doenças do aparelho respiratório, regulados e efetivados pela C.R/GRS-GV – janeiro a dezembro de 2007.....	39
Figura 8. Representação gráfica da frequência de solicitações de transferência para internação hospitalar por procedimentos do Capítulo XI da CID 10 – Doenças do aparelho digestivo, regulados e efetivados pela C.R/GRS-GV – janeiro a dezembro de 2007.....	40
Figura 9. Representação gráfica da frequência de solicitações de transferência para internação hospitalar por procedimentos do Capítulo XIV da CID 10 – Doenças do aparelho geniturinário, regulados e efetivados pela C.R/GRS-GV – janeiro a dezembro de 2007.....	41
Figura 10. Representação gráfica da frequência de solicitações de transferência para internação hospitalar por procedimentos do Capítulo IV da	

CID 10 – Doenças endócrinas, nutricionais e metabólica, regulados e efetivados pela C.R/GRS-GV – janeiro a dezembro de 2007.....	42
Figura 11. Representação gráfica da frequência de solicitações de transferência para internação hospitalar por procedimentos do Capítulo I da CID 10 – Algumas doenças infecciosas e parasitárias, regulados e efetivados pela C.R/GRS-GV – janeiro a dezembro de 2007.....	43
Figura 12. Representação gráfica da frequência de solicitações de transferência para internação hospitalar por procedimentos do Capítulo II da CID 10 – Neoplasias (tumores), regulados e efetivados pela C.R/GRS-GV – janeiro a dezembro de 2007.....	44
Figura 13. Representação gráfica da frequência de solicitações de transferência para internação hospitalar por procedimentos do Capítulo VI da CID 10 – Doenças do sistema nervoso, regulados e efetivados pela C.R/GRS-GV – janeiro a dezembro de 2007.....	45
Figura 14. Representação gráfica da frequência de solicitações de transferência para internação hospitalar por procedimentos do Capítulo XX da CID 10 – Causas externas de morbidade e mortalidade, regulados e efetivados pela C.R/GRS-GV – janeiro a dezembro de 2007.....	46
Figura 15. Representação gráfica da frequência de solicitações de transferência para internação hospitalar por procedimentos do Capítulo XVI da CID 10 – Algumas afecções originadas no período perinatal, regulados e efetivados pela C.R/GRS-GV – janeiro a dezembro de 2007.....	48
Figura 16. Representação gráfica da frequência de solicitações de transferência para internação hospitalar por procedimentos do Capítulo III da CID 10 – Doenças do sangue órgãos hematológicos e transtornos imunitários, regulados e efetivados pela C.R/GRS-GV – janeiro a dezembro de 2007.....	49

Lista de Tabelas

Tabela 1. Tabulação da frequência de solicitações de transferência para internação hospitalar solicitadas e efetivadas pela C.R da GRS/GV no período de janeiro a dezembro de 2007, em relação ao sexo.....	23
Tabela 2. Tabulação da frequência de solicitações de transferência para internação hospitalar solicitada e efetivada pela C.R da GRS/GV no período de janeiro a dezembro de 2007, em relação ao turno.....	24
Tabela 3. Tabulação da frequência de solicitações para internação hospitalar reguladas e efetivadas pela CR da GRS/GV, período janeiro a dezembro de 2007, relacionando turno e sexo.....	25
Tabela 4. Tabulação da frequência de solicitações de transferência para internação hospitalar reguladas e efetivadas pela CR da GRS/GV, período janeiro a dezembro de 2007, em relação aos meses do ano.....	26
Tabela 5. Tabulação da frequência de solicitação de transferência para internação hospitalar por município de destino, reguladas e efetivadas pela C.R da GRS/GV, período janeiro a dezembro de 2007.....	26
Tabela 6. Tabulação da frequência de solicitação de transferência para internação hospitalar dos municípios de origem em relação aos municípios de destino, reguladas e efetivadas pela C.R da GRS/GV no período de janeiro a dezembro de 2007.....	27
Tabela 7. Tabulação da frequência de solicitações de transferência para internação hospitalar por município de origem, reguladas e efetivadas pela C.R da GRS/GV no período de janeiro a dezembro de 2007.....	28
Tabela 8. Tabulação da frequência de solicitações de transferência para internação hospitalar por município de origem pertencentes à macrorregião de Governador Valadares, reguladas e efetivadas pela C.R da GRS/GV no período de janeiro a dezembro de 2007.....	29
Tabela 9. Tabulação da frequência de solicitações de transferência para internação hospitalar por município de origem, não pertencentes à macrorregião de Governador Valadares, reguladas e efetivadas pela C.R da GRS/GV no período de janeiro a dezembro de 2007.....	29

Tabela 10. Tabulação da frequência de solicitações de transferência para internação hospitalar por hospital de destino nos municípios de Governador Valadares e Belo Horizonte, reguladas e efetivadas pela C.R da GRS/GV no período de janeiro a dezembro de 2007.....	30
Tabela 11. Tabulação da frequência de solicitações de transferência para internação hospitalar por hospital de destino no município de Governador Valadares, reguladas e efetivadas pela C.R da GRS/GV no período de janeiro a dezembro de 2007.....	31
Tabela 12. Tabulação da frequência de solicitações de transferência para internação hospitalar por hospital de destino no município de Belo Horizonte, reguladas e efetivadas pela C.R da GRS/GV no período de janeiro a dezembro de 2007.....	31
Tabela 13. Tabulação da frequência das solicitações de transferência para internação hospitalar por procedimentos e sexo, classificados segundo o capítulo CID10, agrupados por ordem decrescente de ocorrência, reguladas e efetivadas pela C.R da GRS/GV no período de janeiro a dezembro de 2007.....	33
Tabela 14. Tabulação da frequência das transferências para internação hospitalar por município de destino classificada de acordo com os capítulos da CID10, regulados e efetivados pela C.R da GRS/GV- janeiro a dezembro de 2007.....	34
Tabela 15. Tabulação da frequência de solicitações de transferência para internação hospitalar por procedimentos do Capítulo XV da CID 10 – gravidez, parto e puerpério, regulados e efetivados pela C.R/GRS-GV – janeiro a dezembro de 2007.....	35
Tabela 16. Tabulação da frequência de solicitações de transferência para internação hospitalar por procedimentos do Capítulo XIII da CID 10 – Doenças do sist. Osteomuscular e tec. Conjuntivo, regulados e efetivados pela C.R/GRS-GV – janeiro a dezembro de 2007.....	36
Tabela 17. Tabulação da frequência de solicitações de transferência para internação hospitalar por procedimentos do Capítulo IX da CID 10 – Doenças do aparelho circulatório, regulados e efetivados pela C.R/GRS-GV – janeiro a dezembro de 2007.....	37

Tabela 18. Tabulação da frequência de solicitações de transferência para internação hospitalar por procedimentos do Capítulo X da CID 10 – doenças do aparelho respiratório, regulados e efetivados pela C.R/GRS-GV – janeiro a dezembro de 2007.....	39
Tabela 19. Tabulação da frequência de solicitações de transferência para internação hospitalar por procedimentos do Capítulo XI da CID 10 – Doenças do aparelho digestivo, regulados e efetivados pela C.R/GRS-GV – janeiro a dezembro de 2007.....	40
Tabela 20. Tabulação da frequência de solicitações de transferência para internação hospitalar por procedimentos do Capítulo XIV da CID 10 – Doenças do aparelho geniturinário, regulados e efetivados pela C.R/GRS-GV – janeiro a dezembro de 2007.....	41
Tabela 21. Tabulação da frequência de solicitações de transferência para internação hospitalar por procedimentos do Capítulo IV da CID 10 – Doenças endócrinas, nutricionais e metabólica, regulados e efetivados pela C.R/GRS-GV – janeiro a dezembro de 2007.....	42
Tabela 22. Tabulação da frequência de solicitações de transferência para internação hospitalar por procedimentos do Capítulo I da CID 10 – Algumas doenças infecciosas e parasitárias, regulados e efetivados pela C.R/GRS-GV – janeiro a dezembro de 2007.....	43
Tabela 23. Tabulação da frequência de solicitações de transferência para internação hospitalar por procedimentos do Capítulo II da CID 10 – Neoplasias (tumores), regulados e efetivados pela C.R/GRS-GV – janeiro a dezembro de 2007.....	44
Tabela 24. Tabulação da frequência de solicitações de transferência para internação hospitalar por procedimentos do Capítulo VI da CID 10 – Doenças do sistema nervoso, regulados e efetivados pela C.R/GRS-GV – janeiro a dezembro de 2007.....	45
Tabela 25. Tabulação da frequência de solicitações de transferência para internação hospitalar por procedimentos do Capítulo XX da CID 10 – Causas externas de morbidade e mortalidade, regulados e efetivados pela C.R/GRS-GV – janeiro a dezembro de 2007.....	46
Tabela 26. Tabulação da frequência de solicitações de transferência para	

internação hospitalar por procedimentos do Capítulo XXI da CID 10 –
Contatos com serviços de saúde, regulados e efetivados pela C.R/GRS-GV
– janeiro a dezembro de 2007..... 47

Tabela 27. Tabulação da frequência de solicitações de transferência para
internação hospitalar por procedimentos do Capítulo XVI da CID 10 –
Algumas afecções originadas no período perinatal, regulados e efetivados
pela C.R/GRS-GV – janeiro a dezembro de 2007..... 48

Tabela 28. Tabulação da frequência de solicitações de transferência para
internação hospitalar por procedimentos do Capítulo III da CID 10 –
Doenças do sangue órgãos hematológicos e transtornos imunitários,
regulados e efetivados pela C.R/GRS-GV – janeiro a dezembro de 2007..... 49

Listas de Abreviaturas

AVAI's -	Anos de vida perdidos por incapacidade
AVC -	Acidente Vascular Cerebral
BR -	Rio Bahia
CIBs -	Comissões IntergestoresBipartites
CID10 -	Classificação Internacional de Doenças
CONASS -	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS -	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CNES -	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
C.R-GRS/GV -	Central de Regulação da Gerência Regional de Saúde de Gov. Valadares
DATASUS -	Departamento de informática do Sistema Único de Saúde
FADIVALE -	Faculdade de Direito do Vale do Rio Doce
FIG. -	Figura
GM/MS -	Gabinete do Ministro/ ministério da saúde
GRS -	Gerências Regionais de Saúde
H.M -	Hospital Municipal
IBGE -	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBQGP -	Instituto Brasileiro de Qualidade e Gestão Pública
km ² -	Quilômetro quadrado
NOAS -	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB -	Norma Operacional Básica
PDR -	Plano Diretor de Regionalização
PPI -	Programação Pactuada Integrada
PRO-HOSP -	Programa de Fortalecimento dos Hospitais
PRODEMGE -	Companhia de Tecnologia da Informação do Estado de Minas Gerais
SAS/MS -	Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde
SES/MG -	Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais
SIAH -	Sistema de Informação Ambulatorial e hospitalar
SIH -	Sistema de Informação Hospitalar
SR -	Superintendência de Regulação
SUS -	Sistema Único de Saúde
SUSFácil -	Sistema Estadual de Regulação Assistencial
Tab. -	Tabela
TRS -	Terapia Renal Substitutiva
UNIPAC -	Universidade Presidente Antonio Carlos
UNIVALE -	Universidade do Vale do Rio Doce
UTI -	Unidade de Terapia Intensiva
UTIN -	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

Resumo

Objetivo: o estudo do perfil das solicitações de transferência para internação hospitalar em urgência e emergência reguladas e efetivadas pela Central de Regulação (C.R) da Gerência Regional de Saúde de Governador Valadares (GRS/GV)- M.G no período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2007 teve como objetivo realizar um levantamento do tipo de procedimento que mais demandou atendimento a usuários do SUS fora da Microrregião de saúde à qual pertencem bem como identificar possíveis vazios assistenciais, além de propiciar uma visão geral da operacionalização da Central de Regulação da Gerência Regional de Saúde de Gov. Valadares em seu primeiro ano de operação. **Metodologia:** O estudo foi retrospectivo, totalizando 1165 solicitações de transferência para internação hospitalar que foram reguladas e efetivadas pela Central de Regulação da GRS/GV no período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2007. Foi realizada pesquisa no banco de dados do SUSFácil, que é um *software* desenvolvido por empresa de tecnologia de Informação contratada pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais - SES/ MG. Essa pesquisa gerou um relatório de onde foram extraídas as variáveis que compuseram o estudo, a saber: sexo do paciente; hora da solicitação; mês da solicitação; município e hospital de origem; município e hospital de destino; causas de solicitação de internação por procedimentos classificados de acordo com os Capítulos da CID 10. Os dados coletados foram tabulados através do Epi Info e Excel 2007. **Resultados:** Os principais resultados foram: 1058 solicitações tiveram como destino o município de Gov. Valadares e 107 o município de Belo Horizonte; pacientes do sexo feminino representaram 68% da população estudada; a C.R da GRS/GV regulou solicitações de 12 municípios não pertencentes à macrorregião Leste; gravidez, parto e puerpério foram as principais causas de solicitação para internação, seguidos de doenças do sistema osteomolecular e tecido conjuntivo; neoplasias (tumores); doenças do sistema nervoso; doenças do sistema cardiovascular e algumas afecções no período neonatal foram os responsáveis pelo maior número de internações em Belo Horizonte; a macrorregião leste atendeu 91% das solicitações. **Conclusões:** A macrorregião leste atendeu a contento a demanda referenciada; o número de solicitações reguladas foi pequeno se comparado a todas as internações realizadas no mesmo período (SIH) devido ao pouco tempo de implantação da C.R e ao hábito dos gestores de enviarem seus pacientes sem prévia consulta sobre leitos; inconsistência na operação do sistema de informação gerou ocorrência de procedimentos exclusivos de clínica feminina em pacientes do sexo masculino; necessidade de implementação de políticas públicas visando diminuir as ocorrências do sistema osteomolecular e tecido conjuntivo; carência de leitos em Unidade de terapia Intensiva Adulto e Neonatal (UTI e UTIN); ausência de serviço de alta complexidade em doenças do aparelho circulatório (clínicos e cirúrgicos) aos usuários do SUS.

1 INTRODUÇÃO

A construção de um Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil tem sido regida por um conjunto de estratégias e decisões embasadas em Leis, que visam primordialmente à universalização de acesso à Saúde, com equidade no atendimento, de maneira descentralizada, regionalizada e hierarquizada. Ainda assim, o usuário do SUS trava batalhas diárias nas diversas regiões do país para alcançar o tão almejado atendimento médico hospitalar que lhe é garantido pela Constituição Federal.

Conviver com a dificuldade de acesso consegue se tornar um drama ainda maior, quando a questão são os atendimentos hospitalares em urgência e emergência, especialmente em locais onde a oferta de leitos hospitalares é inferior à demanda da população referenciada. As demandas crescentes por uma assistência cada vez mais complexa, sem o correspondente crescimento da oferta de serviços, aumentam os desafios para que a equidade seja concretizada, com o acesso da população a uma assistência de forma adequada, oportuna e de acordo com suas necessidades.

Conforme preconiza a Lei Nº 8.080/90 em seu art.8º:

As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde - SUS, seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente (Brasil, 1990).

Apesar dos 20 anos de legitimação do SUS e dos incontestáveis resultados obtidos, o sistema convive ainda com contradições e entraves quando se consideram as dimensões socioculturais, políticas e econômicas nas quais se concretiza (Prado *etal.*, 2007).

Para que se consiga consolidar o SUS como sistema universal e equânime torna-se necessário, analisar alguns nós críticos que emperram o mesmo, tais como:

Desenvolvimento histórico dos serviços de saúde de forma heterogênea, não regulada pelo Estado; ausência de critérios racionais de distribuição de equipamentos sanitários, gerando um quadro de enorme heterogeneidade e profundas desigualdades nas possibilidades de acesso da população entre as várias regiões; assistência hospitalar com predominância de estabelecimentos hospitalares de pequeno porte, localizados em municípios com menos de 20.000 habitantes, com baixa capacidade de incorporação tecnológica e de fixação de recursos humanos qualificados; redes assistenciais fragmentadas e desarticuladas, com fluxo assistencial desorganizado, inclusive nas situações de urgência/emergência, nas quais a própria população busca solução de seus problemas de saúde, deslocando-se para os municípios-pólo das regiões com conseqüente impacto financeiro e desperdício de recursos; falhas no processo assistencial ambulatorial, gerando um grande número de internações sensíveis a esse tipo de atenção; falhas nos mecanismos de regulação do sistema; sistema de controle e avaliação de serviços de saúde com foco predominante no controle das faturas dos serviços remunerados por população (Minas Gerais, 2009, p. 7-8).

Minas Gerais é o Estado da Federação com o maior número de municípios (853) no país, gerando assim a necessidade de uma estrutura muito bem organizada com o intuito de propiciar condições de acesso da população aos serviços de saúde através do Sistema Único de Saúde, na atenção primária, secundária, e terciária.

Em qualquer um dos níveis de atenção, faz-se necessário coordenar a atuação de centenas ou milhares de estabelecimentos de saúde, com o escopo de garantir a cada usuário, em particular, o atendimento adequado, segundo suas necessidades pessoais (Fortier, 2003)

A relação da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais com seus diversos municípios é desempenhada através das Gerências Regionais de Saúde (GRS), que são em número de 28. O papel das GRS é fornecer apoio técnico e logístico a todos os municípios de sua área de abrangência na implementação e execução de todas as políticas públicas de saúde do estado. A GRS de Gov. Valadares possui 52 municípios sob sua jurisdição.

O município de Governador Valadares situa-se na região leste do estado de Minas Gerais, às margens do Rio Doce, ocupando uma área de 2.348,100 km², dos quais 243.674 km² encontram-se no perímetro urbano; altitude 170m, clima tropical. No ano de 2007 apresentava população estimada pelo IBGE em 260.396 habitantes, sendo a nona cidade mais populosa do estado(Brasil, 2007b). A economia está voltada para a área de prestação de serviços; pecuária leiteira e de corte; extração

mineral de pedras preciosas e semipreciosas. Conta com 02 Universidades: Universidade do Vale do Rio Doce (UNIVALE) e um polo da Universidade Presidente Antonio Carlos (UNIPAC); 01 Faculdade de Direito do Vale do Rio Doce (FADIVALE) e 01 Faculdade de Administração de Empresas. Existem atualmente 02 cursos de Mestrado em andamento na UNIVALE. Todas as instituições de ensino superior são privadas.

Devido ao fato de estar localizada num importante entroncamento entre rodovias como a BR 116 (Rio – Bahia), BR 381 (que a liga à capital Belo Horizonte), BR 259 (que leva ao Espírito Santo) e ainda por fazer parte do trajeto da Estrada de Ferro Vitória a Minas da Companhia Vale que corta o perímetro urbano da cidade transportando minério, carga e passageiros, torna-se o principal ponto de convergência dos pequenos municípios localizados no seu entorno. Juntamente com o município de Ipatinga, distante 100 km de Governador Valadares, forma a Macrorregião Leste no Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Estado de Minas Gerais, gerando uma situação de bipolaridade por conter 02 (dois) municípios sede em uma única Macrorregião. No entanto, cada um desses dois municípios registra população definida e rede própria de atendimento.

A macrorregião Leste com sede em Governador Valadares tem uma população estimada em 672.782 habitantes (Minas Gerais, 2009), e conta apenas com 23 estabelecimentos hospitalares registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) para o atendimento desta população, totalizando uma oferta de 1034 leitos hospitalares para o SUS, neles incluídos os ofertados a procedimentos de média e alta complexidade. Exemplo disso é a oferta de leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, com 10 leitos de UTI neonatal tipo II e 11 leitos intermediários localizados no Hospital Municipal (H.M) de Governador Valadares, que é a referência regional para parto de alto risco e atendimento de urgência/ emergência, além de ser o único hospital público (100% SUS) do município. Outros 04 hospitais privados conveniados ao SUS atendem a população referenciada. Com relação às internações em leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto, existem 16 leitos disponíveis ao SUS sendo 10 no HM e 06 no Hospital Samaritano. O Hospital São Lucas oferece 08 leitos de UTI apenas para os casos de internação em clínica e

cirurgia cardíaca, no entanto na época abrangida por este estudo o referido Hospital não ofertava leitos SUS para clínica cardiológica.

A precariedade de algumas instituições hospitalares em municípios com menos de 20.000 habitantes, aliada à carência de profissionais médicos especializados nas diversas áreas de atuação, gera uma situação de enorme dependência entre esses municípios e instituições como o hospital público e os privados conveniados ao SUS no município de Gov. Valadares. Além disso, a assistência às urgências pelo Hospital de referência disputa espaço com outros pacientes, que fazem desse serviço a “porta de entrada” do sistema de saúde, pacientes esses, que muitas vezes são desgarrados da atenção primária e especializada, bem como aqueles cuja urgência é a chamada “urgência social”. Tal realidade assistencial torna-se ainda mais prejudicada quando consideradas as dificuldades organizacionais desses serviços, como por exemplo, a triagem de risco.

Neste contexto, o governo do Estado através da SES/MG criou um Programa denominado PRO-HOSP para possibilitar uma melhoria na qualidade dos Hospitais públicos e privados sem fins lucrativos, conveniados ao SUS. Ao invés de convênios, estão sendo celebrados contratos com os Hospitais em questão, com o intuito de propiciar aos mineiros, atendimento hospitalar de qualidade, resolutivos e o mais próximo possível de suas residências, segundo a lógica dos níveis de complexidade, desta forma, além de otimizar a eficiência dos hospitais, fortalece a oferta de atenção hospitalar nos polos macro e microrregionais, nos quais está dividido o Estado. Evitar enviar o paciente para a capital investindo nos hospitais das macro e microrregiões é forma de consolidar o PDR-MG. Os recursos são provenientes do tesouro do Estado, e a transferência leva em conta a população das macrorregiões e também a realidade socioeconômica de cada uma. O Vale do Rio Doce encontra-se enquadrado nas áreas mais carentes, recebendo, proporcionalmente, maiores investimentos.

Na macrorregião Leste Bipolar Governador Valadares/Ipatinga, foram contemplados com o PRO-HOSP as seguintes instituições hospitalares: Hospital Municipal e Hospital Samaritano de Gov. Valadares; Hospital Márcio Cunha e Hospital Municipal de Ipatinga. Já nas demais microrregiões pertencentes à macro Leste/Gov. Valadares encontram-se: Hospital Evangélico (Mantena); Hospital Nossa Senhora do

Carmo (Resplendor); Hospital São João e Hospital Santa Maria Eterna (microrregião bipolar São João Evangelista/ Santa Maria do Suaçuí).

A oferta de leitos hospitalares é hoje um dos principais focos de atenção de todos os atores envolvidos na consolidação do SUS em Minas Gerais. Assim sendo, em conformidade com o disposto na Portaria SAS/MS nº. 423 de 9 de julho de 2002 que “aprova o detalhamento das atribuições básicas inerentes a cada nível do Governo no controle, regulação e avaliação da Assistência à saúde no SUS”, foi implantado no Estado de Minas Gerais, através da Secretaria de Estado da Saúde e sob a responsabilidade técnica do Instituto Brasileiro de Qualidade e Gestão Pública (IBQGP), o Sistema Estadual de Regulação Assistencial (SUSFácil), que é um *software* voltado para a Regulação Assistencial. Seu intuito maior é propiciar, de forma ágil, a troca de informações entre as unidades administrativas e as executoras dos serviços de saúde do Estado, garantindo informações constantes sobre o acesso e atendimento da população, principalmente aos serviços hospitalares e ambulatoriais de média e alta complexidade, urgência/emergência e eletivos que sejam credenciados ao SUS/MG (Brasil, 2002d). O sistema é também essencial para a tomada de decisões pelos gestores do Estado e dos municípios através dos relatórios gerados (Marques *et al.*, 2009).

Para tanto, a partir de julho de 2006, foram implantadas em cada uma das 13 macrorregiões em que está dividido o Estado, conforme definido pelo PDR, uma ou mais Centrais de Regulação Assistencial cujas atribuições e funcionalidades específicas as caracterizam como polos de macrorregião, recebendo o nome da cidade onde está sediada. No estado de Minas Gerais há 18 (dezoito) polos de macrorregiões, instalados em 13 (treze) macrorregiões devido à característica bipolar de algumas delas. Por sua vez, cada macrorregião compreende um conjunto de microrregiões compostas por municípios nela contidos. Estão definidas no PDR-MG 75 microrregiões, abrangendo a totalidade dos municípios mineiros, representando cerca de 20 milhões de usuários potenciais do SUS, especialmente os cidadãos dos municípios de pequeno porte populacional. Também nas sedes de microrregião foram instaladas Centrais de Regulação Assistencial, objetivando viabilizar o atendimento ao usuário do Sistema Único de Saúde de forma mais ágil e resolutiva. Na macrorregião leste com sede em Governador Valadares, existem 04 microrregiões, a saber: Governador Valadares com

22 municípios e população estimada em 400.837 habitantes; Mantena com 09 municípios e população estimada em 73.705 habitantes; Resplendor com 07 municípios e população estimada em 84.569 habitantes e São João Evangelista/Santa Maria do Suaçuí (micro bipolar) com população estimada em 113.671 habitantes (Minas Gerais, 2009b).

Santos e Merhy (2006, p. 23) definem com propriedade o ato de regular em saúde:

O ato de regular em saúde é constitutivo do campo de prestação de serviços, sendo exercido pelos diversos atores ou instituições que provêm ou contratam serviços de saúde. O conceito, as práticas e finalidades da regulação em saúde ainda são objeto de debate, existindo compreensões distintas do tema, além de sofrerem variações ao longo dos anos e conforme os atores sociais em foco.

Com este cenário e a preocupação de identificar possíveis vazios assistenciais na macrorregião Leste, foi selecionada para estudo a Central de Regulação da Gerência Regional de Saúde de Governador Valadares quanto às solicitações de transferência para internações hospitalares de urgência/emergência por ela reguladas e efetivadas, oriundas da macrorregião Leste, no período compreendido entre 01 de janeiro de 2007 a 31 de dezembro de 2007, com a identificação das causas de internações na Classificação Internacional de Doenças (CID10).

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo geral

Analisar o perfil das solicitações de transferência para internação hospitalar em urgência e emergência reguladas pela Central de Regulação da Gerência Regional de Saúde de Gov. Valadares (C.R-GRS/GV) no período de 01/01/2007 a 31/12/2007.

1.1.2 Objetivos específicos

1. Identificar as principais causas de solicitação de transferência entre municípios para internação hospitalar por urgência e emergência reguladas e efetivadas pela CR da GRS de Governador Valadares, macrorregião leste;
2. Listar os estabelecimentos e municípios de origem e de destino das solicitações para internação;
3. Identificar possíveis falhas no processo regulatório.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Os sistemas de atenção à saúde são definidos pela Organização Mundial de Saúde como o conjunto de atividades cujo propósito primário é promover, restaurar e manter a saúde de uma população para se atingirem os seguintes objetivos: o alcance de um nível ótimo de saúde, distribuído de forma equitativa; a garantia de uma proteção adequada dos riscos para todos os cidadãos; o acolhimento humanizado dos cidadãos; a provisão de serviços seguros e efetivos; e a prestação de serviços eficientes (Mendes, 2009).

Neste aspecto, Marques e Lima (2009 *apud* Marques *et al.* 2009, p. 199) pontuam com muita propriedade:

A configuração da rede hierarquizada de atenção à saúde do Estado, com serviços de média e alta complexidade prestados por municípios de maior porte, gera uma necessidade real de transferência de pacientes da maioria dos municípios de Minas Gerais para os polos de atenção mais especializada. Assim, o sucesso pleno do modelo de atenção à saúde em rede exige a disponibilização de meios de transporte adequados, que permitam aos pacientes chegar aos locais de atendimento.

Os profissionais de saúde diretamente envolvidos na prestação de serviço aos usuários do SUS trazem consigo a preocupação constante da questão do acesso desses usuários aos serviços pactuados pelos municípios onde vivem e os prestadores do Sistema. Mesmo com todos os avanços já alcançados, viabilizar a entrada desses cidadãos e a efetiva resolução do seu problema de saúde torna-se prioridade máxima a todos os atores envolvidos na construção diuturna de um SUS visando o acesso equânime e oportuno, a universalidade e à garantia de direitos sociais. Desta forma, a Lei 8.080/90 traz como uma de suas diretrizes fundamentais a descentralização de ações e serviços de saúde.

Costa e Ribeiro (2001 *apud* Menicucciet *al.*, 2005, p. 23) resumam bem o processo de formação de demanda no setor saúde, que é afetado por:

(...) transição demográfica gerando demanda por serviços de alto custo e longa duração; transição epidemiológica, que eleva a morbidade associada a doenças crônicas e emergentes; inovação tecnológica e ampliação da capacidade terapêutica, que geram necessidades crescentes e demanda por atenção de alta tecnologia; autonomia decisória médica, com reflexo nas despesas de saúde; e ênfase em estratégias curativas.

Ao se falar em demanda faz-se necessário conseqüentemente, falar em regulação e imediatamente reportar-se às questões relacionadas com intervenção de algum órgão estatal sobre ações de características econômicas. No entanto, com as novas formas de gestão pública na saúde, a regulação aparece substituindo outras.

Baldwin, Scott e Hood (1998 *apud* Menicucciet al., 2005, p. 13) consideram que:

A regulação se desenvolveu em duas direções. Por um lado, houve uma maturação intelectual com abordagens analíticas distintas e uma compreensão genérica do processo regulatório capaz de ser aplicável em diferentes setores; e na outra uma maturação prática com o crescimento da regulação como fenômeno institucional, de tal forma que deixa de ser vista como um setor específico e peculiar de alguns campos – como proteção do consumidor, serviços financeiros, poluição, saúde ocupacional e segurança - e passa a ser vista como parte de um conjunto genérico de instrumentos e estratégias desenvolvidos pelo Estado.

Após minuciosa revisão de literatura os autores acima agrupam os vários significados de regulação: o primeiro entende a regulação como regras de proteção; o segundo como intervenção direta do Estado na economia e o terceiro como abrangendo todos os mecanismos de controle social, concluindo então que não existe um único significado para o termo.

No mesmo estudo já mencionado realizado por Menicucciet al. (2005, p. 34) há interessante referência ao termo regulação em sistemas de saúde em contextos internacionais onde D'intignano e Ulman caracterizam os sistemas como:

“Sistemas beveridgeanos” que são aqueles países cujos sistemas nacionais são baseados nos princípios da universalidade da proteção como um atributo da cidadania, da unidade administrativa e da uniformidade do cuidado em função das necessidades e não da renda dos cidadãos, e cujo financiamento repousa sobre uma dupla solidariedade nacional entre ricos e pobres e entre saudáveis e doentes – predomina a regulação macroeconômica, tendo esses países um melhor controle sobre suas despesas, mas, no entanto encontram maiores dificuldades em questões como acesso e qualidade do atendimento.

Outro grupo seria o dos países com “sistemas bismarkianos” ou sistemas profissionais já que neles o direito à saúde e à assistência constituem atributos do trabalhador e de seus dependentes e nos quais a prestação são financiadas pelos interessados - empresas e empregados - e a solidariedade se organiza entre profissionais. Esses países têm pouca ou nenhuma regulação macroeconômica. Tal sistema “bismarkiano” tende a gerar os “excluídos” (quem não trabalha e não tem vínculo com nenhum trabalhador); propicia desequilíbrio financeiro e ainda pode gerar diferentes tipos de atendimento médico, dependendo do grupo profissional. A Alemanha se enquadra neste sistema (Menicucciet *al.*, 2005, p.34-35).

Conforme esclarece Menicucciet *al.* (2005, p. 35), “o SUS é um modelo de saúde dual – público e privado” – já que a Constituição Federal em seu art. 199 parágrafo 1º define a possibilidade do serviço de saúde privado complementar o público (Brasil, 2000).

Somente a partir de 2002 o Ministério da Saúde (M.S) inicia os debates avaliando os conceitos e práticas de regulação. A Portaria conjunta Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção a Saúde (M.S/SAS) nº. 423 de 09 de julho de 2002 é clara ao preconizar em seu anexo:

Cabe ao Ministério da Saúde o papel fundamental de instrumentalizar estados e Municípios para a organização dos sistemas funcionais de saúde que garantam o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução dos seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis e reorganizando a assistência de modo a favorecer a mudança do perfil de saúde da população brasileira (Brasil, 2002d, p. 1).

Esta mesma Portaria remete a NOAS 01/2002 que dispõe no seu Capítulo II. 3 como premissa básica que:

As funções de controle, regulação e avaliação devem ser coerentes com os processos de planejamento, programação e alocação de recursos em saúde, tendo em vista sua importância para a revisão de prioridades e diretrizes, contribuindo para o alcance de melhores resultados em termos de impacto na saúde da população (Brasil, 2002a).

Evangelista *et.al.* (2008, p. 768) citando estudo realizado pelo Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência à Saúde, MS sobre a NOB SUS 01/02, revela que:

No Brasil a estratégia utilizada pelo SUS para a garantia do acesso universal dos cidadãos aos serviços de saúde é a organização das centrais de regulação assistencial, por temas ou áreas assistenciais: obstétricas e neonatal, urgência e emergência, alta complexidade, transplantes, internações dentre outros. Elas fazem o elo entre as demandas existentes e o recurso disponível, de modo a oferecer a melhor resposta assistencial, de forma equânime, de qualidade, e em tempo oportuno.

O tema da regulação tem recebido crescente atenção no setor saúde, envolvendo particularmente as relações entre serviços públicos e privados, a contenção de custos, as fontes de financiamento, controle dos mercados e também dos prestadores profissionais, impulsionando o Estado a criar capacidade regulatória para proteger o interesse geral sem menosprezar a participação dos atores coletivos na tomada de decisão (Almeida *et al.*, 1999).

Magalhães Jr. (2006 apud Santos e Merhy, 2006, p. 27) citam a referência de citam D'Intignano, Ulman (2001) que analisam as políticas de regulação, partindo da ideia de que as políticas de saúde buscam um equilíbrio entre três objetivos:

- 1) O realismo macroeconômico, que impõe a cobertura de despesas pelas receitas e um sistema que não prejudique o emprego e a produção;
- 2) A eficiência microeconômica, que exige um nível satisfatório de prestação de serviços, um sistema com bom desempenho, produtividade das estruturas de prestação de serviços e a eliminação de desperdícios;
- 3) A equidade social, que deve se traduzir no acesso aos cuidados e a uma repartição geográfica equitativa dos meios.

Pesquisa realizada por Menicucciet al. (2005, p. 24) para integrar o Projeto “Gestão Compartilhada em Ciência e Tecnologia em Saúde no estado de Minas Gerais”, pontua que:

O termo regulação tem sido utilizado no âmbito da saúde com um sentido mais amplo do que a mera regulamentação dos mercados, estando relacionado a uma função desempenhada pelos sistemas de saúde em geral, inclusive naqueles denominados de integrado-públicos, nos quais o Estado é tanto o proprietário quanto o gestor e o sistema público é responsável pelo financiamento e pela produção da assistência. Mas também nesse campo, o conceito de regulação não tem sentido preciso, sendo caracterizado por uma polissemia.

Este mesmo estudo ressalta, que a economia da saúde contribui para entender a regulação além da relação Estado - mercado, embora a inclua, e que

remete à definição das políticas de saúde em seus aspectos macro e micro, sendo a regulação a utilização de diferentes técnicas, voltadas para a busca de equilíbrio entre oferta, demanda e financiamento, com o objetivo de alcançar a eficiência e a equidade. Em suma, a regulação engloba a definição de todas as regras de funcionamento do sistema de saúde.

Menicucciet al. (2005, p. 13), citando Martin (1996 *apud* Oszlak 2004, p.146) revela que:

A regulação se orienta pela combinação dos seguintes objetivos: garantir condições técnicas para a operação eficiente e confiável do serviço; introduzir modificações na configuração dos mercados de produção e distribuição; garantir a vigência de regras gerais e homogêneas para todas as empresas prestadoras; estimular a inversão e o desenvolvimento tecnológico na provisão do serviço; gerir eficiente e equitativamente os recursos comuns; prover o acesso aos serviços básicos para todos os setores sociais e áreas geográficas; proteger interesse dos usuários e responder a suas consultas e reclamações; e controlar eventuais impactos sobre o meio ambiente. Mas não existem relações unívocas entre os objetivos a alcançar e modalidades de intervenção regulatória, já que o alcance de um objetivo pode demandar diferentes tipos de intervenção.

A concepção dos autores supramencionados, destaca claramente a necessidade de respeito à Regionalização e a Programação Pactuada Integrada (PPI), a fim de garantir aos usuários a correta intervenção na medida de suas necessidades.

Inúmeras referências legais vêm sendo editadas, com o escopo de garantir o acesso e a integralidade das ações de saúde ao usuário do SUS. A Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS – SUS 01/2002, aprovada pela Portaria GM/MS/nº. 373 de 27/02/2002 esclarece responsabilidades e estabelece a regionalização:

Amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede a atualização dos critérios de habilitação dos estados e municípios (Brasil, 2002b, art.1º, p.5).

Ainda, a mesma norma define a 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” (Brasil, 2002b)

Uma Central de Regulação Assistencial pode ser definida como:

Uma estrutura operacional que, interpostas entre o conjunto da demanda por determinada atenção e as ofertas disponíveis, é capaz de dar a melhor resposta possível, em dado momento, para um problema assistencial específico, através de estratégias e ações que facilitem a organização de uma rede regionalizada, hierarquizada e resolutiva. Os dados que o Complexo Regulador produzem estão relacionados com a resolubilidade real do SUS, informações vitais para o planejamento e para a transformação da assistência (Batista, 2000 *apud*, Gariglio, Marques, 2002, p. 22).

A NOAS-SUS 01/2002 traduz a noção constitucional de acordo com a qual as ações e serviços de saúde são de relevância pública, cabendo ao Poder Público dispor sobre sua regulamentação, fiscalização e controle. A NOAS trata a regulação em conjunto com as funções de controle e avaliação as quais devem ser coerentes com os processos de planejamento, programação e alocação de recursos. Entre as dimensões, nas quais se deve dar o fortalecimento dessas funções, destaca-se a relação com os prestadores de serviços. De acordo com o Ministério da Saúde, o processo regulatório significa atuar positivamente sobre o acesso dos cidadãos aos serviços, o que significa atuar sobre a oferta, subsidiando o controle sobre os prestadores de serviços, seja para dilatar ou remanejar a oferta programada. O processo regulatório abrange a regulação das referências intermunicipais e a regulação da relação com os prestadores de serviços, nessa última incluindo-se a contratação dos prestadores, com previsão de regras claras de obrigações e deveres, inclusive a subordinação às centrais de regulação – estruturas de operacionalização da regulação do acesso assistencial. Da perspectiva dos serviços, a NOAS/2002 reafirma a concepção de que o Estado deve ter autoridade para regular os provedores de serviços, tanto públicos quanto privados (Menicucciet *al.*, 2005).

Ainda segundo definição emanada da NOAS 01/2002, o Controle e Avaliação a serem exercidos pelos gestores do SUS compreendem:

O conhecimento global dos estabelecimentos de saúde localizados no seu território, o cadastramento dos serviços, a condução de processos de compra e contratualização de serviços de acordo com as necessidades identificadas e legislação específica, o acompanhamento do faturamento, quantidade e qualidade dos serviços prestados, entre outras atribuições (Brasil, 2002a).

A palavra regulação quando aplicada aliada à palavra saúde comporta diferentes interpretações, conceitos e práticas, assim:

A Noas /SUS01/2002 disseminou o conceito de regulação como sinônimo de regulação assistencial, vinculada à oferta de serviços, à disponibilidade de recursos financeiros e à programação Pactuada Integrada (PPI). Essa é uma concepção restrita de regulação, que induz a iniciativa de controle do acesso e de adequação à oferta. Da mesma forma a Noas/SUS 01/2002 vinculou o processo e o exercício das ações de regulação às modalidades de gestão estabelecidas por essa norma (Brasil, 2007a, p.31)

Sob a ótica do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS a definição de regulação do acesso é:

Estabelecimento de meios e ações para a garantia do direito constitucional de acesso universal, integral e equânime, independente de pactuação prévia estabelecida na Programação Pactuada e Integrada (PPI) e /ou da disponibilidade de recursos financeiros (Brasil, 2007a, p.32).

No mesmo momento o CONASS faz uma diferenciação muito interessante entre a regulação assistencial e a regulação de acesso:

Embora os conceitos pareçam similares, há uma diferença entre os conceitos de regulação assistencial e regulação do acesso. O primeiro diz respeito a um conjunto de ações e atividades e inclui a regulação do acesso. A regulação assistencial é prerrogativa do gestor e a regulação do acesso é delegada pelo gestor ao regulador. Ao regular o acesso, com base nos protocolos clínicos, linhas de cuidado e fluxos assistenciais definidos previamente, a regulação estará exercendo também a função de orientar os processos de programação de assistência, assim como o planejamento e a implementação das ações necessárias para melhorar o acesso. A diferença aqui estabelecida é que ao se estabelecer a regulação do acesso, nos termos citados anteriormente, a programação assistencial passa a se basear nas necessidades de saúde da população e não na disponibilidade de oferta (Brasil, 2007a, p.32).

E ainda define os Complexos Reguladores como sendo:

Uma estratégia de regulação de acesso, consistindo na articulação e na integração de centrais de atenção pré-hospitalar e urgências, centrais de internação, centrais de consultas e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, implantadas sob a orientação de protocolos clínicos e linhas de cuidado previamente definidos (Brasil, 2007a, p.32).

A função desses complexos reguladores se torna parte ativa das redes de atenção à saúde como destacado abaixo:

Os sistemas informatizados do complexo regulador devem ter os seguintes objetivos: tornar transparente os recursos de saúde para a população própria e referenciada; viabilizar a distribuição dos recursos assistenciais disponíveis de forma regionalizada e hierarquizada; acompanhar dinamicamente a execução dos tetos pactuados entre as unidades e os municípios; permitir o referenciamento em todos os níveis de atenção nas redes de prestadores públicos e privados; identificar as áreas de desproporção entre a oferta e a demanda; subsidiar as repactuações na programação pactuada e integrada (PPI) e o cumprimento dos termos de garantia de acesso; e permitir o acompanhamento da execução, por prestador, das programações feitas pelo gestor (Mendes, 2009, p.242-243).

Visando firmemente o fortalecimento do SUS, o Ministério da Saúde cria um novo instrumento de Consolidação do Sistema através da Portaria N°399/GM de 22 de fevereiro de 2006 que “Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto” (Brasil, 2006b). Neste instrumento, a Regulação Assistencial é definida como: “conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a estes” (Brasil, 2006, anexo II).

Ainda na Portaria 399/GM de 2006, têm-se definidas e enfatizadas as prioridades em: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. Este último “estabelece diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos da Descentralização; Regionalização; Financiamento; Planejamento; Programação Pactuada e Integrada – PPI; Regulação; Participação Social e Gestão do trabalho e da Educação na Saúde” (Brasil, 2006, anexo II).

Citando Leles (2010, p. 61), em artigo publicado no boletim eletrônico da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais – Lupa da Ciência, Tecnologia & Inovação em Saúde:

A regionalização é um dos princípios organizativos do SUS, assim como a descentralização-hierarquização e a participação, instituído pela Lei n°. 8.080/1990 e aprofundado na NOAS/2002. Ela se materializa no Plano Diretor de Regionalização – PDR, cuja construção se dá sobre o território político administrativo, buscando conformá-lo em um território sanitário, cujo desenho se inicia no processo de mapeamento de suas características e da atual oferta de serviços, de identificação das necessidades de saúde da população e das potencialidades de investimentos frente à carteira de serviços a serem prestados.

Nesse sentido, Leles (2010, p. 61) alerta para “a necessidade de que, num primeiro momento, sejam levadas em conta as características físicas, geográficas, viárias e demográficas do território”, além de avançarmos na identificação das possibilidades de modificação desse espaço onde vivem as pessoas, com o escopo de serem essas modificações mapeadas e usadas na reformulação das políticas que viabilizem investimentos tanto públicos quanto privados. Num segundo momento deverá ocorrer a definição de quais serviços e procedimentos serão ofertados em seus diversos níveis de atenção, levando-se em conta que o PDR preconiza claramente as responsabilidades na prestação dos serviços de saúde no território municipal (Atenção Primária), nos Polos Microrregionais (Atenção secundária) e nos Polos Macrorregionais (Atenção Terciária), respeitando assim os princípios de economia de escala, qualidade e garantia de acesso da população. Tudo isto se dá sem deixar de considerar o quadro atual de disponibilidade de pontos de atenção, equipamentos e profissionais bem como análise de séries históricas e fluxos com o intuito de se identificar as reais necessidades de saúde da população.

Em Minas Gerais o PDR vigente busca realizar investimentos financeiros e tecnológicos com o escopo de implantar as redes de atenção à saúde no estado fortalecendo a garantia de acesso do usuário ao SUS e conseqüentemente promovendo a equidade. Isto só é possível devido à parceria entre gestores municipais, Governo do Estado, as Comissões Intergestores Bipartites (CIBs) Microrregionais, Macrorregionais e Estadual (CIB-SUS/MG).

Numa apresentação da Gerência de Regionalização e Informação em Saúde/AGE SES-MG sobre o PDR/MG e elaborada por Malachias (2007, p. 1), define-se um município Polo como sendo:

O que exerce força de atração sobre outros, no caso, por sua capacidade instalada e potencial de equipamentos urbanos e de fixação de recursos humanos especializados. Na área de saúde apresenta capacidade histórica atual e potencial de absorção de fluxos populacionais gerado pela demanda por **serviços médico-assistenciais** que, embora raros, **requerem maior incorporação de tecnologia** e que, portanto, requerem maior **escala** para garantir sua oferta com economia e qualidade.

No mesmo instrumento, encontra-se a definição de Polo Microrregional:

É o município que registra maior ocorrência dos Serviços Ambulatoriais esperados para o nível e de internações, decorrentes do fluxo de demanda oriunda da maioria dos outros da mesma Microrregião; apresenta oferta da maioria dentre os serviços que caracterizam o elenco ou perfil Microrregional Ambulatorial e Hospitalar e, especialmente concentra oferta de serviços que requerem agregação de tecnologia e, portanto, escala até 150.000 hab (Malachias, 2007, p. 1).

Bem como a definição de município Polo Macrorregional como sendo:

Aquele que registra a maior ocorrência de Serviços ambulatoriais e hospitalares, decorrentes de fluxos registrados em série histórica, com demanda originada da maioria das regiões circunvizinhas, para serviços que caracterizam o Perfil Macro, ou seja, o elenco de especialidades do nível de atenção terciária, conforme níveis assistenciais e de regionalização previamente estabelecidos na construção do PDR. Assim, um Polo Macro certamente acumula a função de polo Micro, além de suas responsabilidades, enquanto município, pela atenção primária (Malachias, 2007, p. 1).

Tanto o modelo de Regionalização quanto o Assistencial detalhados no documento do PDR – SUS/MG serviram como base para elaboração do PDR-MG, objetivando subsidiar por micro e macrorregião:

1. Processos de planejamento e programação;
2. Diagnósticos da prestação de serviços assistenciais;
3. Definição e organização das redes assistenciais;
4. Avaliação de vazios assistenciais hospitalares/ambulatoriais;
5. Avaliação do perfil da prestação de serviços por Nível de Atenção;
6. Elaboração dos planos Microrregionais de Saúde.

A definição de municípios polo micro e macrorregionais levam à economia de escala já que um maior número de atendimentos oferece maiores possibilidades de especialização; melhoria nos índices de produtividade com conseqüente aumento de qualidade; clareza e organização da rede e do fluxo com melhor orientação do usuário e prestadores.

Malachias (2010) aborda o desempenho da função de nível macro ou nível microrregional quando há necessidade de internação hospitalar, tendo como

referência atipologia de serviços descrita nos *elencos* respectivos por procedimento, bem como outros elementos que caracterizam esta função a serem observados na avaliação regional ou na avaliação da unidade hospitalar correspondente: a *cobertura* dada aos municípios adscritos no elenco de procedimentos e a *oferta* por elenco conforme densidade tecnológica e escala. Desta forma, o PDR-MG se adequou à nova versão da Tabela Sistema de informação da assistência Hospitalar (SIAH) que foi aprovada pelo Ministério da Saúde em 2007 e implantada em 2008. A discussão da tipologia foi feita na Comissão IntergestoresBipartite do Estado de Minas Gerais (CIB/MG) e aprovada pela comissão da Secretaria de Estado de Saúde/ Conselho de Secretários Municipais de Saúde (SES/COSEMS) constituída em 2007 para o Pacto da Saúde (Brasil, 2007a).

Importante fazer algumas considerações acerca da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde (PPI) que:

É um processo instituído no âmbito do SUS, onde em consonância com o processo de planejamento são definidas e quantificadas as ações de saúde para a população residente em cada território, bem como efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde. Tem por objetivo organizar a rede de serviços, dando transparência aos fluxos estabelecidos e definir, a partir de critério e parâmetros pactuados, os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios (Minas Gerais, 2008, p. 1).

Em consonância com a Portaria GM/MS nº. 1020 de 30 de maio de 2002, a função da PPI Assistencial é “coordenar e subsidiar o processo de negociação entre os municípios para a definição, a prestação da assistência e alocação de recursos” (Brasil, 2002c).

Conduzir uma pactuação tão complexa, envolvendo 853 municípios com características socioeconômicas e culturais diversas, exige dos gestores da saúde nos níveis estaduais e municipais um esforço concentrado na busca das melhores soluções. Para tanto, o CONASS define competências para este processo:

A condução da PPI, constituída de várias etapas, é de responsabilidade dos gestores estaduais. No entanto, para o êxito e a consolidação da proposta, é necessário que haja participação de todos os gestores municipais de saúde durante o processo. Toda proposta deve ser pautada nas necessidades e nas prioridades que serão contempladas pela programação e pactuada no âmbito das Comissões IntergestoresBipartite e dos Colegiados de Gestão

Microrregionais e /ou Macrorregionais. Igualmente, é importante para a condução do processo que seja instituído um grupo de trabalho, com representação da SES e do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), para definição e pactuação das diretrizes gerais para a programação, contemplando, além dos parâmetros, a metodologia a ser utilizada, o sistema de informações que será utilizado (Brasil, 2007a, p.127).

Já o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência foi aprovado com a edição da Portaria GM/MS nº. 2048, de 05 de novembro de 2002, considerando entre outros aspectos, o crescimento da demanda gerada por aumento no número de acidentes e violência urbana; insuficiência na estrutura da rede assistencial; a grande extensão territorial do País, que impõe distâncias significativas entre municípios de pequeno e médio porte e seus municípios de referência para a atenção hospitalar e de alta complexidade; ordenamento do atendimento garantindo acolhimento, primeira atenção qualificada e resolutiva para as pequenas e médias urgências, estabilização e referência adequada dos pacientes graves dentro do Sistema Único de Saúde, por meio do acionamento e intervenção das Centrais de Regulação Médica de Urgências (Brasil, 2002e).

O mesmo regulamento técnico refere que:

A assistência às urgências se dá, ainda hoje, predominantemente nos “serviços” que funcionam exclusivamente para este fim – os tradicionais prontos-socorros – estando estes adequadamente estruturados e equipados ou não. Abertos nas 24 horas do dia, acolhendo pacientes de urgência propriamente dita, pacientes com quadros percebidos como urgências, pacientes desgarrados da atenção primária e especializada e as urgências sociais. Tais demandas misturam-se nas unidades de urgência superlotando-as e comprometendo a assistência prestada à população (Brasil, 2002e).

A descrição da situação acima retrata fielmente a realidade vivenciada num município polo macrorregional como o do presente estudo, onde existe um único hospital 100% SUS.

As Centrais de Regulação quer no nível estadual, regional e/ou municipal, são as responsáveis por organizar a relação entre os vários serviços, promovendo a qualificação do fluxo dos pacientes no Sistema propiciando ao público a comunicação dos pedidos gerados pela necessidade do usuário.

O documento elaborado pela equipe técnica da SES-MG intitulado Sistema Estadual de Regulação Assistencial: avanços e desafios descreve a implantação das Centrais de Regulação no Estado e pondera:

A construção e modelagem operacional do Sistema Estadual de Regulação Assistencial de Minas Gerais, pela sua concepção e dimensão demandaram um conjunto de atividades técnicas, administrativas e legais, que foram desenvolvidas sob a coordenação da Superintendência de Regulação (SR) e envolveram várias outras Superintendências/Gerências da SES/MG e parcerias com a Escola de Saúde pública de Minas Gerais e Companhia de Tecnologia da Informação do estado de Minas Gerais (Prodemge), além de um consultor especializado na área de tecnologia de informação (Minas Gerais, 2009, p.9).

Este mesmo documento esclarece as etapas seguidas para o processo de implantação das Centrais, a saber:

A **Sensibilização** se caracterizou pela realização de seminários visando à apresentação do Sistema Estadual de Regulação assistencial com a participação de todos os atores envolvidos. Dentre estes, destacaram-se: Gerências Regionais de Saúde, Gestores Municipais, prestadores do SUS, Ministério Público, Conselhos Estadual e Municipais de Saúde. O **Mapeamento de Unidades Operacionais** compreendeu o levantamento, a identificação e a inserção dos dados relativos a todas as unidades operacionais integradas à Central de Regulação, via importação do Cadastro nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES). O **levantamento de informações de Oferta de Serviços** serviu de base para identificar a grade de serviços de referência, com seus recursos (Minas Gerais. 2009, p. 12).

Por fim houve a capacitação, também chamada de treinamento operacional de todas as unidades prestadoras de serviço ao SUS, operadores, Secretarias Municipais de Saúde e médicos reguladores.

Diante do referencial descrito, constata-se a importância das Centrais de Regulação como mecanismo fundamental de ordenamento das ações de atendimento ao usuário do Sistema Único de Saúde, procurando respeitar o PDR e a PPI levando assim ao cidadão condições de acesso coerente com sua necessidade, resolutivas e garantidoras do seu direito constitucional além de permitir aos gestores do SUS nas três esferas de governo instrumentos avaliativos que conduzam à elaboração e adequação de políticas de saúde.

3 MÉTODOS

3.1 Área e população do estudo

O estudo compreendeu 1.165 solicitações de transferência para internação hospitalar em urgência e emergência, que foram encaminhadas de diversos municípios para a sede da macrorregião leste/Gov. Valadares tendo sido efetivadas pela Central de Regulação da Gerência Regional de Saúde deste município (CR-GRS/GV). Do total das solicitações de transferência, 107 foram para hospitais de Belo Horizonte e 1.058 para hospitais de Governador Valadares.

3.2 Período

01 de janeiro de 2007 a 31 de dezembro de 2007.

3.2 Desenho do Estudo

O estudo é retrospectivo e foi realizado a partir da análise dos dados contidos nos relatórios do SUSFácil da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais – SES/MG. Após contato com a Superintendente de Regulação da SES/MG (SR/SES/MG) foi solicitada autorização para pesquisa no Banco de dados do SUS Fácil, mediante apresentação do Projeto de Pesquisa que havia sido submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da UNIFESP.

3.3 Comitê de Ética

O projeto de pesquisa foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP em maio de 2008 onde, após analisado, foi aprovado pelo referido Comitê em agosto de 2008, com a ressalva de que fosse incluído o documento

de autorização para a realização da pesquisa fornecido pela Superintendência de Regulação da SES/MG, o que foi feito em outubro do mesmo ano.

3.4 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada junto à Central de Regulação da GRS de Governador Valadares cujo sistema, *softwareSUSFácil*, gerou um relatório com dados referentes ao código de identificação do paciente, data da solicitação, hora da solicitação, estabelecimento de origem, município de origem, estabelecimento de destino, município de destino, procedimento e sexo, sendo essas as variáveis estudadas.

3.5 Processamento e análise dos dados

O relatório gerado pelo sistema SUSFácil foi transferido para planilha Excel com as variáveis descritas. Para análise da data da solicitação de transferências foram utilizados os 12 meses do ano; para análise do horário de solicitação de transferência para internação, às 24 horas do dia foram divididas em: manhã (6:01 às 12:00h); tarde (12:01 às 18:00h); noite (18:01 à 0:00) e madrugada (0:01 às 6:00h). Tanto os estabelecimentos de origem quanto os estabelecimentos de destino foram checados no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) do DATASUS. Da mesma forma, os municípios de origem e os municípios de destino foram pesquisados no sistema DATASUS, bem como verificados na Programação Pactuada e Integrada (PPI) e Plano Diretor de Regionalização (PDR) do estado de Minas Gerais. Os dados foram então analisados através do programa EPIINFO e a partir deste, elaborou-se as tabelas e figuras contidas no estudo. Os procedimentos contidos nas solicitações de transferência para internação foram classificados de acordo com o Código Internacional de Doenças – CID 10 em ordem decrescente de ocorrência, gerando tabelas e figuras, com a descrição de todos os procedimentos e sua frequência.

4 RESULTADOS

Tabela 1. Tabulação da frequência de solicitações de transferência para internação hospitalar solicitadas e efetivadas pela C.R da GRS/GV no período de janeiro a dezembro de 2007, em relação ao sexo:

<i>SEXO</i>	<i>FREQUÊNCIA ABSOLUTA</i>	<i>FREQUÊNCIA RELATIVA %</i>
Feminino	789	68
Masculino	375	32
Não Preenchido	1	0
Total	1165	100%

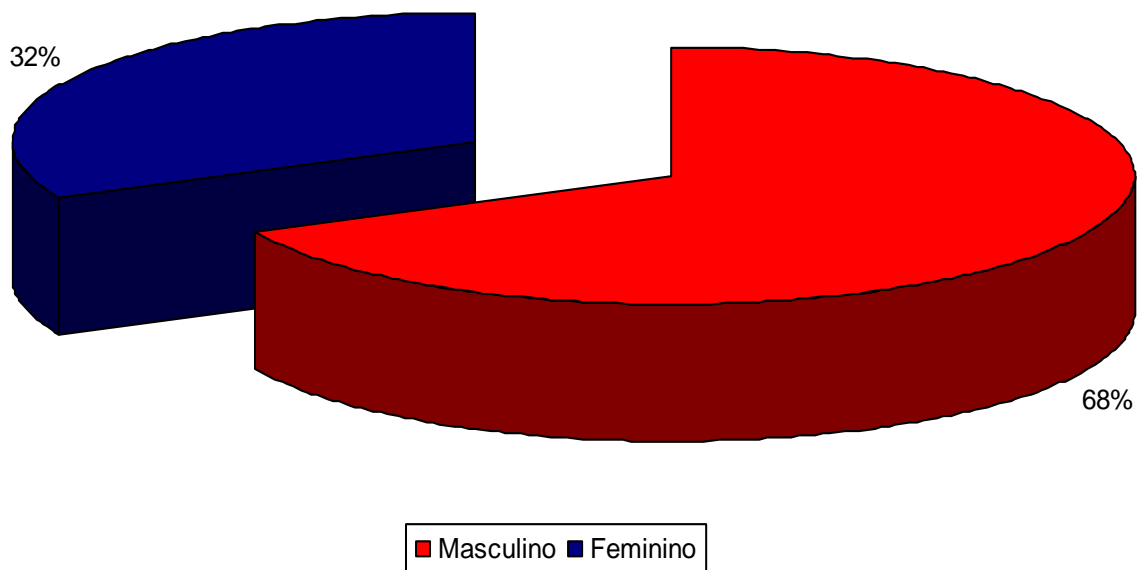


Figura 1. Representação gráfica da distribuição por sexo.

Tabela 2. Tabulação da frequência de solicitações de transferência para internação hospitalar solicitada e efetivada pela C.R da GRS/GV no período de janeiro a dezembro de 2007, em relação ao turno.

<i>TURNO</i>	<i>FREQUÊNCIA ABSOLUTA</i>	<i>FREQUÊNCIA RELATIVA</i> %
Madrugada	143	12
Manhã	341	29
Tarde	351	31
Noite	330	28
Total	1165	100

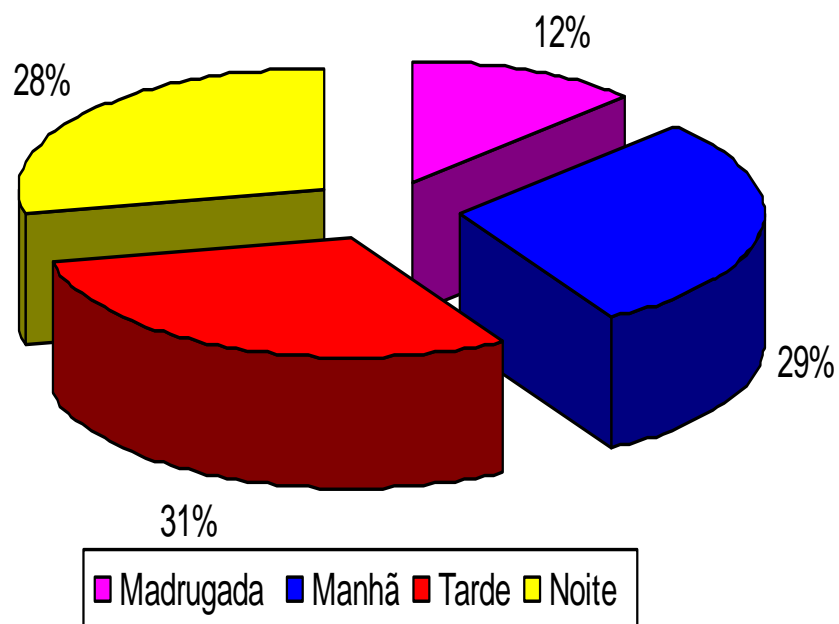


Figura 2. Representação gráfica da distribuição da frequência de solicitação por turno.

Tabela 3. Tabulação da frequência de solicitações para internação hospitalar reguladas e efetivadas pela CR da GRS/GV, período janeiro a dezembro de 2007, relacionando turno e sexo.

TURNO	FREQUÊNCIA ABSOLUTA	sexo feminino	sexo masculino
		%	%
Madrugada	143	15	7
Manhã	341	30	28
Tarde	351	28	34
Noite	330	27	30
Total	1165	100	100

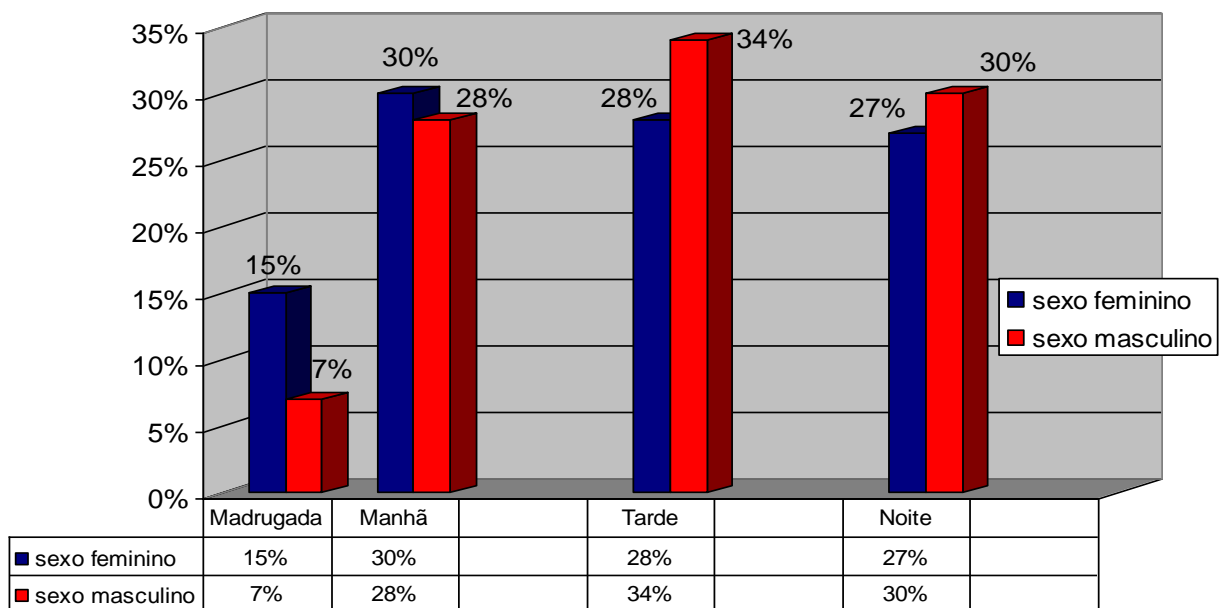


Figura 3. Representação gráfica da distribuição da frequência para internação hospitalar reguladas e efetivadas pela CR da GRS/GV, período janeiro a dezembro de 2007, relacionando turno e sexo.

Tabela 4. Tabulação da frequência de solicitações de transferência para internação hospitalar reguladas e efetivadas pela CR da GRS/GV, período janeiro a dezembro de 2007, em relação aos meses do ano.

MESES	FREQUÊNCIA ABSOLUTA	FREQUÊNCIA RELATIVA %
Janeiro	75	6
Fevereiro	55	5
Março	93	8
Abril	51	4
Maio	113	10
Junho	95	8
Julho	114	10
Agosto	137	12
Setembro	115	10
Outubro	150	13
Novembro	87	7
Dezembro	80	7
Total	1165	100

Tabela 5. Tabulação da frequência de solicitação de transferência para internação hospitalar por município de destino, reguladas e efetivadas pela C.R da GRS/GV, período janeiro a dezembro de 2007.

MUNICÍPIO	FREQUÊNCIA ABSOLUTA	FREQUÊNCIA RELATIVA %
Belo Horizonte	107	9
Governador Valadares	1058	91
Total	1165	100

Tabela 6. Tabulação da frequência de solicitação de transferência para internação hospitalar dos municípios de origem em relação aos municípios de destino, reguladas e efetivadas pela C.R da GRS/GV no período de janeiro a dezembro de 2007.

<i>Município de Origem</i>	<i>Município de Destino</i>						<i>Frequência Acumulada %</i>
	<i>Belo Horizonte</i>		<i>Governador Valadares</i>		<i>Total</i>		
	<i>N°</i>	<i>%</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>	
Governador Valadares	94	87,8	877	82,8	971	83,3	83,3
Itabirinha	0	0	31	2,9	31	2,6	86,0
Mantena	5	4,6	23	2,1	28	2,4	88,4
Resplendor	6	5,6	19	1,7	25	2,1	90,5
Central de Minas	0	0	23	2,1	23	1,9	92,5
Aimorés	0	0	22	2,0	22	1,8	94,4
Conselheiro Pena	0	0	16	1,5	16	1,3	95,7
São João Evangelista	1	0,9	7	0,6	8	0,6	96,4
Mendes Pimentel	0	0	6	0,5	6	0,5	97
São João do Manteninha	0	0	6	0,5	6	0,5	97,5
Divino das Laranjeiras	1	0,9	4	0,3	5	0,4	97,9
Itanhomi	0	0	5	0,4	5	0,4	98,3
Teófilo Otoni	0	0	5	0,4	5	0,4	98,8
Caratinga	0	0	2	0,1	2	0,1	98,9
Itambacuri	0	0	2	0,1	2	0,1	99,1
Timóteo	0	0	2	0,1	2	0,1	99,3
Carlos Chagas	0	0	1	0,0	1	0,0	99,4
Felisburgo	0	0	1	0,0	1	0,0	99,4
Itaobim	0	0	1	0,0	1	0,0	99,5
Ladainha	0	0	1	0,0	1	0,0	99,6
Machacalis	0	0	1	0,0	1	0,0	99,7
Malacacheta	0	0	1	0,0	1	0,0	99,8
Novo Cruzeiro	0	0	1	0,0	1	0,0	99,9
Sabinópolis	0	0	1	0,0	1	0,0	100
Total	107	100	1058	100%	1165	100	

Tabela 7. Tabulação da frequência de solicitações de transferência para internação hospitalar por município de origem, reguladas e efetivadas pela C.R da GRS/GV no período de janeiro a dezembro de 2007.

<i>MUNICÍPIO DE ORIGEM</i>	<i>FREQUÊNCIA ABSOLUTA</i>	<i>FREQUÊNCIA RELATIVA %</i>	<i>FREQUÊNCIA ACUMULADA %</i>
Governador Valadares	971	83,3	83,3
Itabirinha	31	2,6	86,0
Mantena	28	2,4	88,4
Resplendor	25	2,1	90,5
Central de Minas	23	1,9	92,5
Aimorés	22	1,8	94,4
Conselheiro Pena	16	1,3	95,7
São João Evangelista	8	0,6	96,4
Mendes Pimentel	6	0,5	96,9
São João do Manteninha	6	0,5	97,5
Divino das Laranjeiras	5	0,4	97,9
Itanhomi	5	0,4	98,3
Teófilo Otoni	5	0,4	98,7
Caratinga	2	0,1	98,9
Itambacuri	2	0,1	99,1
Timóteo	2	0,1	99,2
Carlos Chagas	1	0,0	99,3
Felisburgo	1	0,0	99,4
Itaobim	1	0,0	99,5
Ladainha	1	0,0	99,6
Machacalis	1	0,0	99,7
Malacacheta	1	0,0	99,8
Novo Cruzeiro	1	0,0	99,9
Sabinópolis	1	0,0	100
Total	1165	100	100

Tabela 8. Tabulação da frequência de solicitações de transferência para internação hospitalar por município de origem pertencente à macrorregião de Governador Valadares, reguladas e efetivadas pela C.R da GRS/GV no período de janeiro a dezembro de 2007.

MUNICÍPIO DE ORIGEM	FREQUÊNCIA ABSOLUTA	FREQUÊNCIA RELATIVA %
Governador Valadares	971	85
Itabirinha	31	3
Mantena	28	2
Resplendor	25	2
Central de Minas	23	2
Aimorés	22	2
Conselheiro Pena	16	1
São João Evangelista	8	1
Mendes Pimentel	6	1
São João do Manteninha	6	0
Divino das Laranjeiras	5	1
Itanhomi	5	0
Total	1.146	100

Tabela 9. Tabulação da frequência de solicitações de transferência para internação hospitalar por município de origem, não pertencentes à macrorregião de Governador Valadares, reguladas e efetivadas pela C.R da GRS/GV no período de janeiro a dezembro de 2007.

MUNICÍPIO DE ORIGEM	FREQUÊNCIA ABSOLUTA	FREQUÊNCIA RELATIVA %
Teófilo Otoni	5	27
Caratinga	2	11
Itambacuri	2	11
Timóteo	2	11
Carlos Chagas	1	5
Felisburgo	1	5
Itaobim	1	5
Ladainha	1	5
Machacalis	1	5
Malacacheta	1	5
Novo Cruzeiro	1	5
Sabinópolis	1	5
Total	19	100

Tabela 10. Tabulação da frequência de solicitações de transferência para internação hospitalar por hospital de destino nos municípios de Governador Valadares e Belo Horizonte, reguladas e efetivadas pela C.R da GRS/GV no período de janeiro a dezembro de 2007.

ESTABELECIMENTO DE DESTINO	FREQUÊNCIA ABSOLUTA	FREQUÊNCIA RELATIVA %	FREQUÊNCIA ACUMULADA %
Hospital São Vicente de Paulo	511	43,8	43,8
Hospital Samaritano	372	31,9	75,7
Hospital Municipal	155	13,3	89,1
Hospital Madre Tereza	27	2,3	91,4
Casa de Saúde e Maternidade Nossa Senhora das Graças	19	1,6	93,0
Santa Casa de Belo Horizonte	17	1,4	94,5
Hospital São Francisco de Assis	14	1,2	95,7
Biocor Instituto	11	0,9	96,6
Hospital da Baleia	9	0,7	97,4
Hospital Sofia Feldman	9	0,7	98,2
Hospital Evangélico	4	0,3	98,5
Hospital Universitário São José	4	0,3	98,8
Hospital das Clínicas da UFMG	3	0,2	99,1
Hospital Felício Rocho	3	0,2	99,4
Hospital Municipal Odilon Bherens	3	0,2	99,6
Hospital João XXIII	1	0,0	99,7
Hospital Julia Kubitschek	1	0,0	99,8
Hospital Santana Ltda	1	0,0	99,9
Não Preenchido	1	0,0	100,0
Total	1165	100	100

Tabela 11. Tabulação da frequência de solicitações de transferência para internação hospitalar por hospital de destino no município de Governador Valadares, reguladas e efetivadas pela C.R da GRS/GV no período de janeiro a dezembro de 2007.

ESTABELECIMENTO DE DESTINO	FREQUÊNCIA ABSOLUTA	FREQUÊNCIA RELATIVA %
Hospital São Vicente de Paulo	511	48
Hospital Samaritano	372	35
Hospital Municipal	155	15
Casa de Saúde e Maternidade Nossa Senhora das Graças	19	2
Não Preenchido	1	0
Total	1.058	100

Tabela 12. Tabulação da frequência de solicitações de transferência para internação hospitalar por hospital de destino no município de Belo Horizonte, reguladas e efetivadas pela C.R da GRS/GV no período de janeiro a dezembro de 2007.

ESTABELECIMENTO DE DESTINO	FREQUÊNCIA ABSOLUTA	FREQUÊNCIA RELATIVA %
Hospital Madre Tereza	27	25
Santa Casa de Belo Horizonte	17	16
Hospital São Francisco de Assis	14	13
Biocor Instituto	11	10
Hospital da Baleia	9	8
Hospital Sofia Feldman	9	8
Hospital Evangélico	4	4
Hospital Universitário São José	4	4
Hospital das Clínicas da UFMG	3	3
Hospital Felício Rocho	3	3
Hospital Municipal Odilon Bherens	3	3
Hospital João XXIII	1	1
Hospital Julia Kubitschek	1	1
Hospital Santana Ltda	1	1
Total	107	100

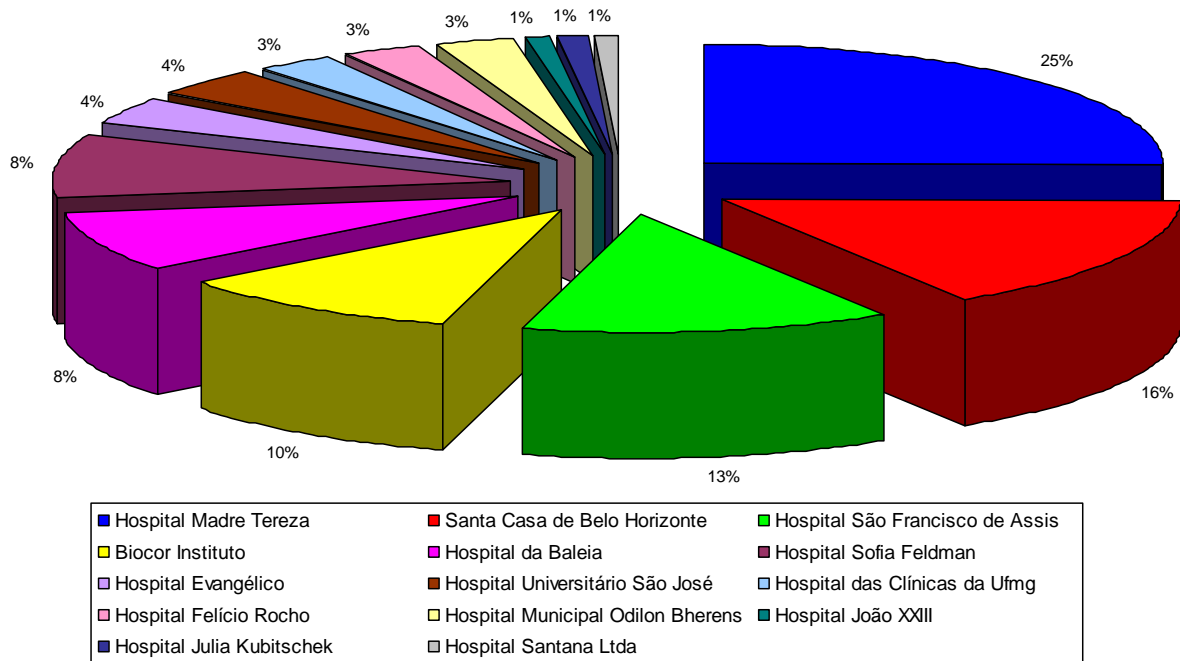


Figura 4. Representação gráfica da frequência de solicitações de transferência para internação hospitalar por hospital de destino (Belo Horizonte).

Tabela 13. Tabulação da frequência das solicitações de transferência para internação hospitalar por procedimentos e sexo, classificados segundo o capítulo CID10, agrupados por ordem decrescente de ocorrência, reguladas e efetivadas pela C.R da GRS/GV no período de janeiro a dezembro de 2007.

CAPÍTULO CID 10	SEXO						TOTAL	
	Masc.		Femin.		S/ Preench.			
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
1 XV - Gravidez, parto e purpério	05	30	455	58	0	0%	460	39
2 XVI - Doenças do sistema osteomolecular e tecido. Conjuntivo	111	19	58	7	0	0%	169	15
3 IX - Doenças do aparelho circulatório	71	12	68	9	0	0	139	12
4 X - Doenças do aparelho respiratório	44	11	46	6	1	1,1	91	8
5 XI - Doenças do aparelho digestivo	40	7	28	4	0	0	68	6
6 XIV - Doenças do aparelho geniturinário	26	5	26	3	0	0	52	4
7 IV - Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	19	4	25	3	0	0	44	4
8 I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias	15	2	20	3	0	0	35	3
9 II - Neoplasias (tumores)	08	2	15	2	0	0	23	2
10 VI - Doenças do sistema nervoso	08	3	12	2	0	0	20	2
11 XX - Causas externas de morbidade e mortalidade	12	2	03	0	0	0	15	1
12 XXI - Contatos com serviços de saúde	06	0	07	1	0	0	13	1
13 XVI - Algumas afecções originadas período perinatal	00	1	11	1	0	0	11	1
14 III - Doenças sangue órgãos hemat. etranst. Imunitários	03	1	08	1	0	0	11	1
15 XVIII - Sintomas/sinais e achados anorm. Ex. cl e lab	02	0	03	0	0	0	05	0
16 XII- Doenças da pele e tecido subcutâneo	01	0	03	0	0	0	04	0
17 XIX- Lesões envenenamento e alg. outras consequências de causa externa	01	0	02	0	0	0	03	0
18 VII- Doenças do olho e anexos	00	0	00	0	0	0	01	0
19 XVII- Malformações congênitas deformidade e anomalias cromossômicas	01	1	00	0	0	0	01	0
TOTAL GERAL	373	32	790	68	1	0	1165	100

Tabela 14. Tabulação da frequência das transferências para internação hospitalar por município de destino classificada de acordo com os capítulos da CID10, regulados e efetivados pela C.R da GRS/GV- janeiro a dezembro de 2007.

CAPÍTULO CID 10	Município de destino		
	Belo Horizonte	Governador Valadares	Total
1 - XV- Gravidez, parto e puerpério	07	453	460
2 - XVI- Doenças do sistema osteomolecular e tecido. Conjuntivo	15	154	169
3 - IX- Doenças do aparelho circulatório	47	92	139
4 - X- Doenças do aparelho respiratório	03	88	91
5 - XI- Doenças do aparelho digestivo	03	65	68
6 - XIV- Doenças do aparelho geniturinário	00	52	52
7 - IV- Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	01	43	44
8 - I- Algumas doenças infecciosas e parasitárias	02	33	35
9 - II- Neoplasias (tumores)	14	09	23
10 - VI- Doenças do sistema nervoso	09	11	20
11 - XX- Causas externas de morbidade e mortalidade	00	15	15
12 - XXI- Contatos com serviços de saúde	00	13	13
13 - XVI- Algumas afecções originadas período perinatal	03	08	11
14 - III- Doenças sangue órgãos hemat. estranst. imunitários	02	09	11
15 - XVIII- Sintomas/sinais e achados anorm. Ex. cl e lab	00	05	05
16 - XII- Doenças da pele e tecido subcutâneo	00	04	04
17 - XIX- Lesões envenenamento e alg. outras consequências de causa externa	01	02	03
18 - VII- Doenças do olho e anexos	00	01	01
19 - XVII- Malformações congênitas deformidade e anomalias cromossômicas	00	01	01
TOTAL GERAL	107	1058	1165

Tabela 15. Tabulação da frequência de solicitações de transferência para internação hospitalar por procedimentos do Capítulo XV da CID 10 – gravidez, parto e puerpério, regulados e efetivados pela C.R/GRS-GV – janeiro a dezembro de 2007.

PROCEDIMENTOS	FREQUÊNCIA ABSOLUTA	FREQUÊNCIA RELATIVA %
Parto normal	404	88
Cesariana	23	5
Curetagem pós-aborto	15	3
Cesariana em gestante de alto risco	5	1
Trabalho de parto prematuro	4	1
Outros procedimentos	9	2
Total	460	100

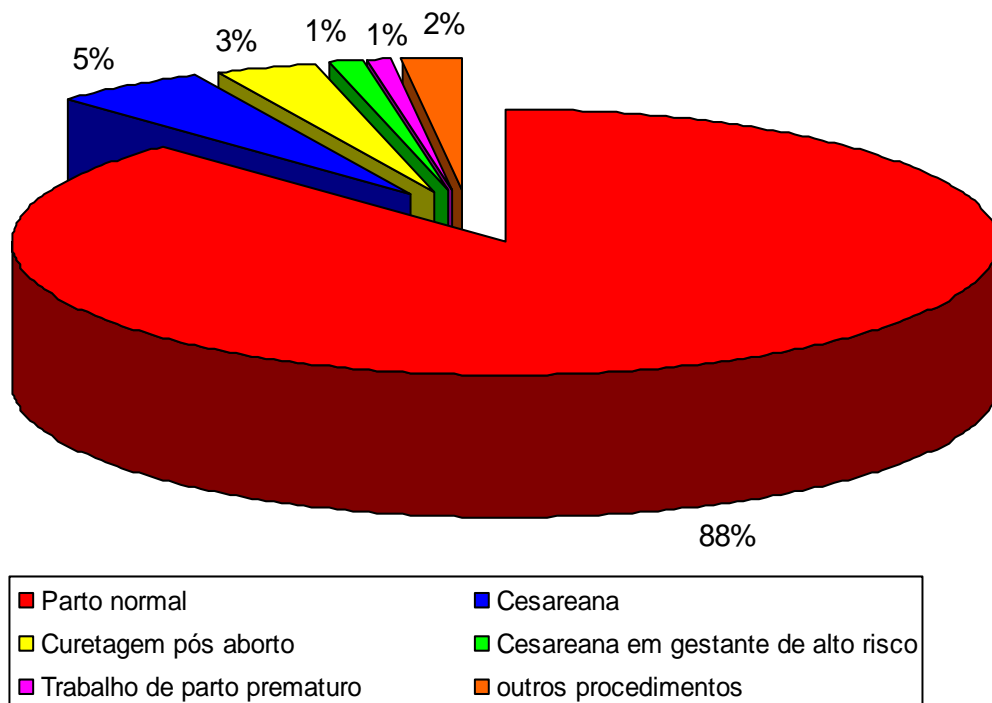


Figura 5. Representação gráfica da frequência de solicitações de transferência para internação hospitalar por procedimentos do Capítulo XV da CID 10 – gravidez, parto e puerpério, regulados e efetivados pela C.R/GRS-GV – janeiro a dezembro de 2007.

Tabela 16. Tabulação da frequência de solicitações de transferência para internação hospitalar por procedimentos do Capítulo XIII da CID 10 – Doenças do sist. Osteomuscular e tec. Conjuntivo, regulados e efetivados pela C.R/GRS-GV – janeiro a dezembro de 2007.

<i>PROCEDIMENTOS</i>	<i>FREQUÊNCIA ABSOLUTA</i>	<i>FREQUÊNCIA RELATIVA %</i>
Tratamento cirúrgico da fratura	85	49
Redução incruenta da fratura	27	16
Tratamento conservador da fratura	15	9
Tratamento cirúrgico de luxação	9	5
Fraturas	8	5
Tratamento cirúrgico de outras lesõesosteomusculares	7	4
Artrodese da coluna	4	2
Amputações	3	2
Fasciotomias	2	1
Osteomielite aguda	2	1
Reconstrução ligamento do tornozelo	2	1
Artrite	1	1
Laminectomia para lesão traumática	1	1
Lumbago agudo	1	1
Ressecção de tumor ósseo com subs	1	1
Tenólise flexora ou extensora	1	1
Total	169	100

Tabela 17. Tabulação da frequência de solicitações de transferência para internação hospitalar por procedimentos do Capítulo IX da CID 10 – Doenças do aparelho circulatório, regulados e efetivados pela C.R/GRS-GV – janeiro a dezembro de 2007.

PROCEDIMENTOS	FREQUÊNCIA ABSOLUTA	FREQUÊNCIA RELATIVA (%)
Insuficiência cardíaca	31	22
AVC agudo	21	15
Angioplastia coronariana	11	8
Revascularização miocárdica	11	8
Infarto agudo do miocárdio	10	7
Insuficiência coronariana aguda	8	6
Vasculopatia periférica	7	5
Crise hipertensiva	5	4
Impl. marcapasso de dupla c	4	3
Arritmias	3	2
Aneurisma arterial complicado	2	1
Cardiopatía congênita	2	1
Implante de marca passo temporário	2	1
Plástica valvar e ou troca valvar	2	1
Endocardite bacteriana aguda	2	1
Tratamento cirúrgico lesão vascular	2	1
Tromboflebitis profundas	2	1
Úlcera de perna	2	1
Outros procedimentos	12	9
Total	139	100

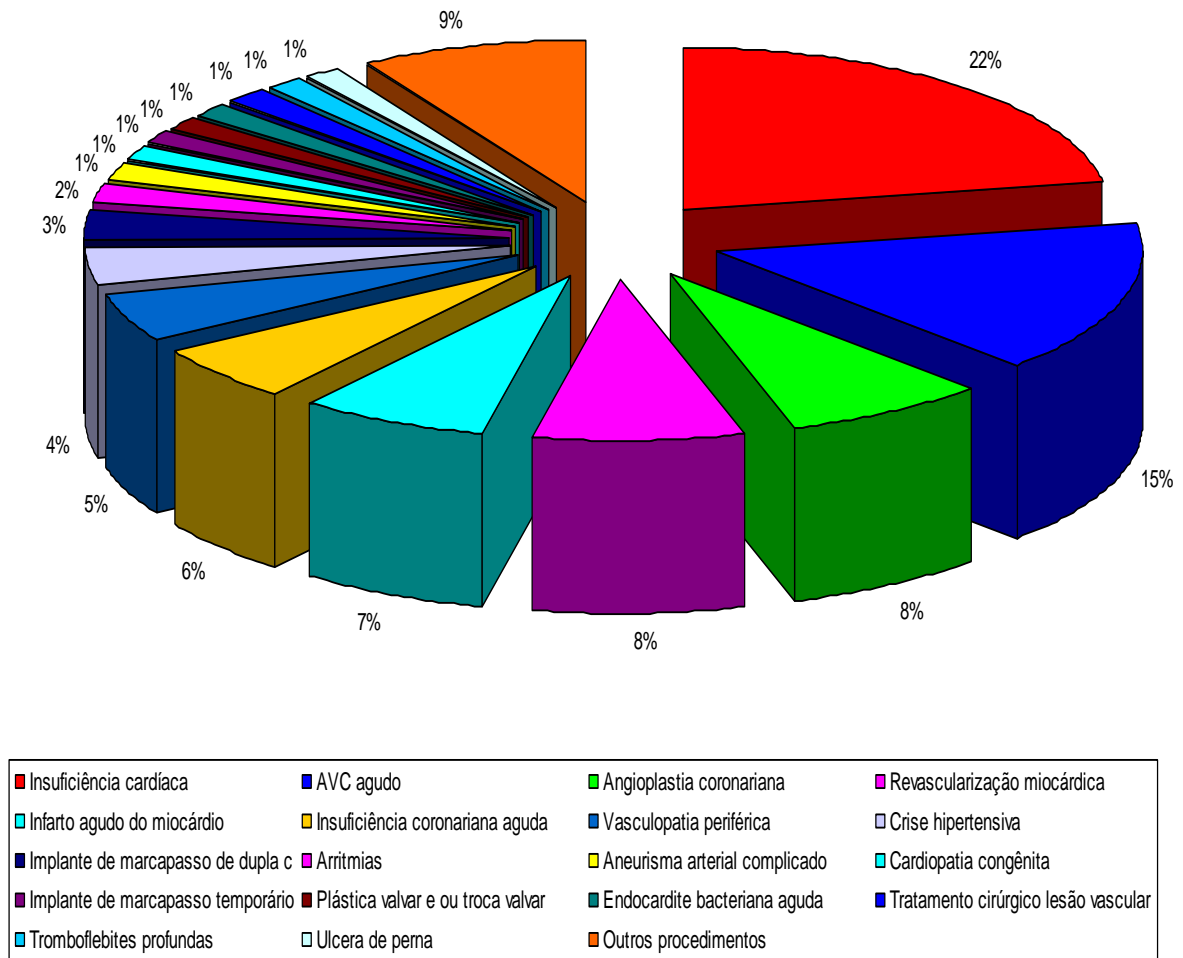


Figura 6. Representação gráfica da frequência de solicitações de transferência para internação hospitalar por procedimentos do Capítulo IX da CID 10 – Doenças do aparelho circulatório, regulados e efetivados pela C.R/GRS-GV – janeiro a dezembro de 2007.

Tabela 18. Tabulação da frequência de solicitações de transferência para internação hospitalar por procedimentos do Capítulo X da CID 10 – doenças do aparelho respiratório, regulados e efetivados pela C.R/GRS-GV – janeiro a dezembro de 2007.

PROCEDIMENTOS	FREQUÊNCIA ABSOLUTA	FREQUÊNCIA RELATIVA %
Pneumonia em adulto	54	60
Insuf. Respiratória aguda	11	13
DPOC	5	5
Pneumonia em criança	4	4
Crise asmática	3	3
Abscesso pulmonar	2	2
Laringotraqueobronquite	2	2
TBC pulmonar	2	2
Outros procedimentos	8	9
Total	91	100

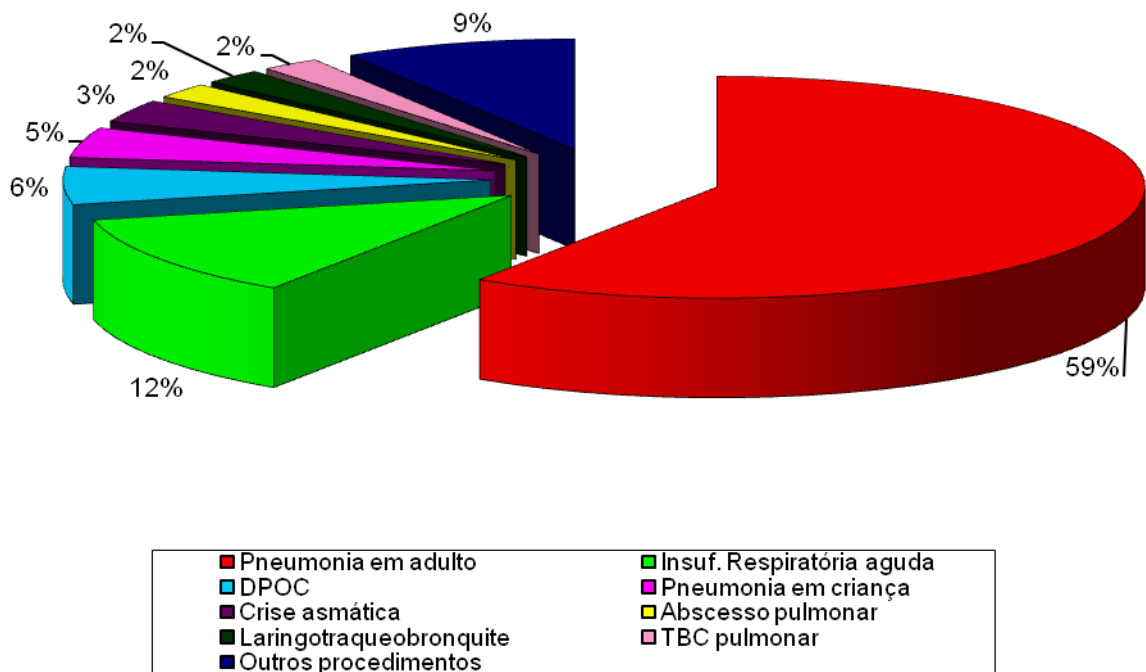


Figura 7. Representação gráfica da frequência de solicitações de transferência para internação hospitalar por procedimentos do Capítulo X da CID 10 – doenças do aparelho respiratório, regulados e efetivados pela C.R/GRS-GV – janeiro a dezembro de 2007.

Tabela 19. Tabulação da frequência de solicitações de transferência para internação hospitalar por procedimentos do Capítulo XI da CID 10 – Doenças do aparelho digestivo, regulados e efetivados pela C.R/GRS-GV – janeiro a dezembro de 2007.

PROCEDIMENTOS	FREQUÊNCIA ABSOLUTA	FREQUÊNCIA RELATIVA (%)
Hemorragias digestivas	10	15
Cirrose hepática	8	12
Colecistite aguda	8	12
Enteroinfecções	7	10
Laparotomia exploradora	5	7
Afecções pancreáticas	4	6
Pancreatite	4	6
Úlcera péptica	4	6
Colecistectomia	3	4
Obstrução intestinal	3	4
Coledocotomia	2	3
Gastrite e duodenite	2	3
Herniorrafia inguinal unilateral	2	3
Outros procedimentos	6	9
Total	68	100

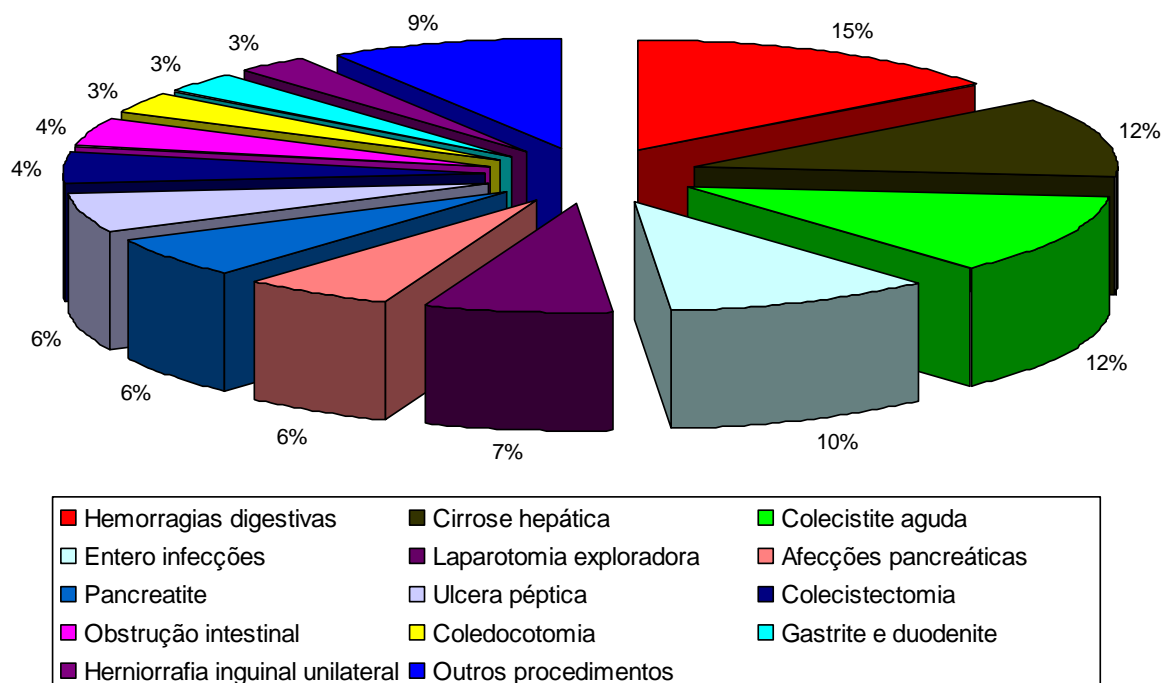


Figura 8. Representação gráfica da frequência de solicitações de transferência para internação hospitalar por procedimentos do Capítulo XI da CID 10 – Doenças do aparelho digestivo, regulados e efetivados pela C.R/GRS-GV – janeiro a dezembro de 2007.

Tabela 20. Tabulação da frequência de solicitações de transferência para internação hospitalar por procedimentos do Capítulo XIV da CID 10 – Doenças do aparelho geniturinário, regulados e efetivados pela C.R/GRS-GV – janeiro a dezembro de 2007.

PROCEDIMENTOS	FREQUÊNCIA ABSOLUTA	FREQUÊNCIA RELATIVA (%)
Insuficiência renal aguda	17	33
Pielonefrite	16	31
Insuficiência renal crônica	8	15
Outras afecções do aparelho geniturinário	2	4
Outros procedimentos	9	17
Total	52	100

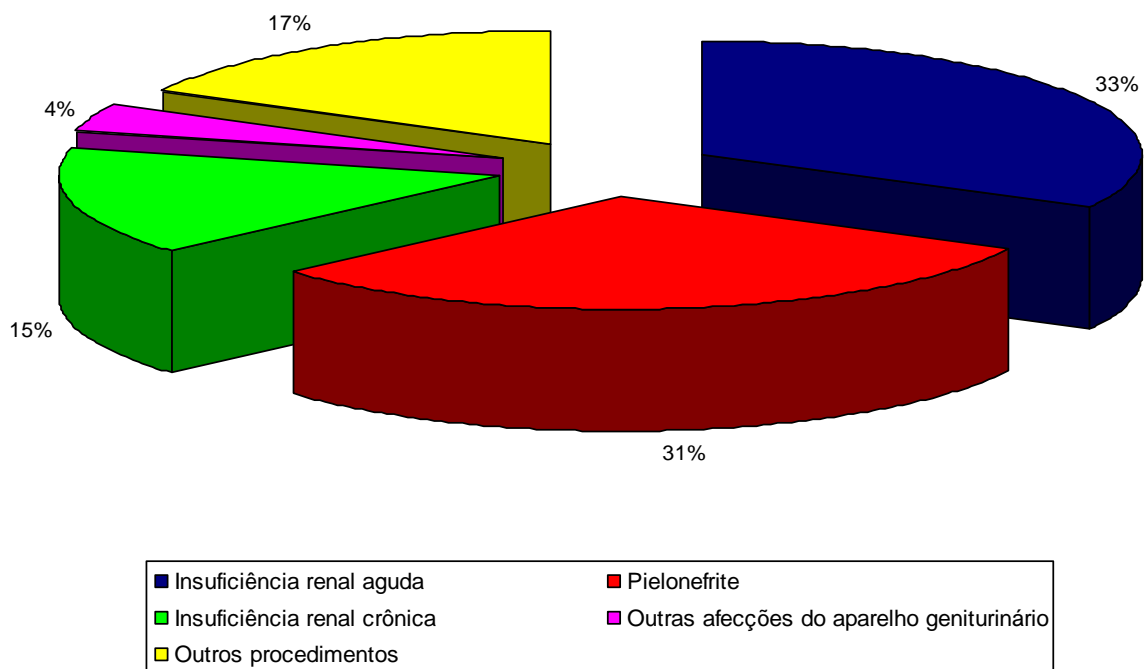


Figura 9. Representação gráfica da frequência de solicitações de transferência para internação hospitalar por procedimentos do Capítulo XIV da CID 10 – Doenças do aparelho geniturinário, regulados e efetivados pela C.R/GRS-GV – janeiro a dezembro de 2007.

Tabela 21. Tabulação da frequência de solicitações de transferência para internação hospitalar por procedimentos do Capítulo IV da CID 10 – Doenças endócrinas, nutricionais e metabólica, regulados e efetivados pela C.R/GRS-GV – janeiro a dezembro de 2007.

PROCEDIMENTOS	FREQUÊNCIA ABSOLUTA	FREQUÊNCIA RELATIVA (%)
Desidratação aguda	19	43
Diabetes sacarino	17	39
Desnutrição (cl. Médica)	5	11
Diabetes insípido	3	7
Total	44	100

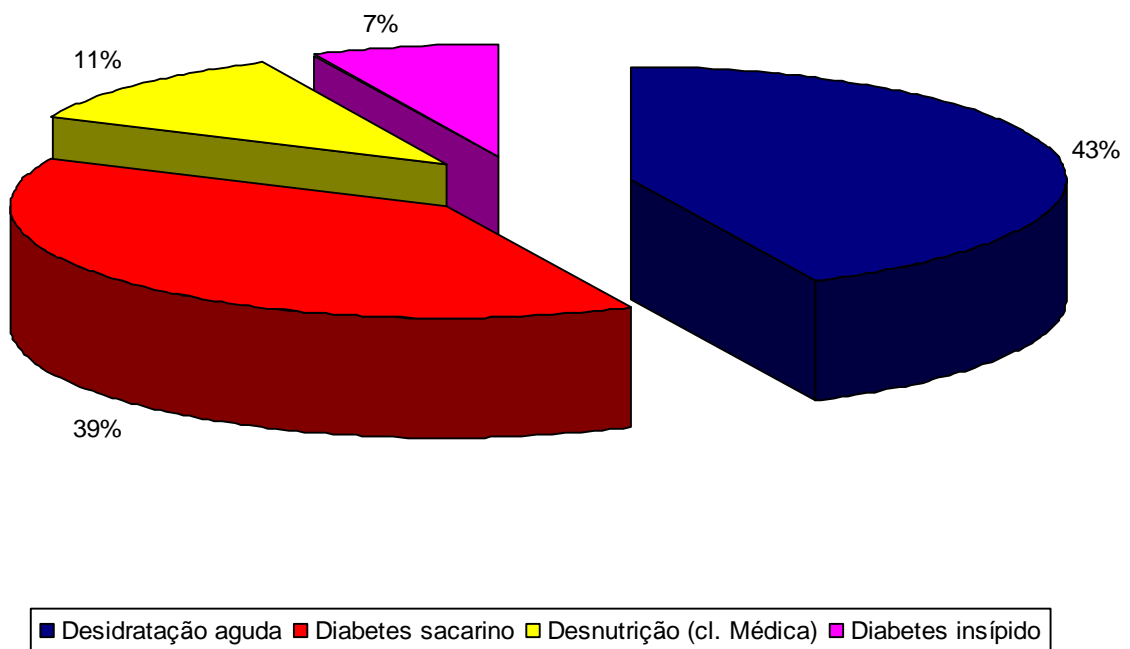


Figura 10. Representação gráfica da frequência de solicitações de transferência para internação hospitalar por procedimentos do Capítulo IV da CID 10 – Doenças endócrinas, nutricionais e metabólica, regulados e efetivados pela C.R/GRS-GV – janeiro a dezembro de 2007.

Tabela 22. Tabulação da frequência de solicitações de transferência para internação hospitalar por procedimentos do Capítulo I da CID 10 – Algumas doenças infecciosas e parasitárias, regulados e efetivados pela C.R/GRS-GV – janeiro a dezembro de 2007.

PROCEDIMENTOS	FREQUÊNCIA ABSOLUTA	FREQUÊNCIA RELATIVA (%)
Estreptococcias	18	51
Septicemia (clinica médica)	8	23
Septicemia (pediatria)	5	14
Choque séptico em adulto	1	3
Esquistossomose (cl médica)	1	3
Outras hepatites infecciosas	1	3
AIDS	1	3
Total	35	100

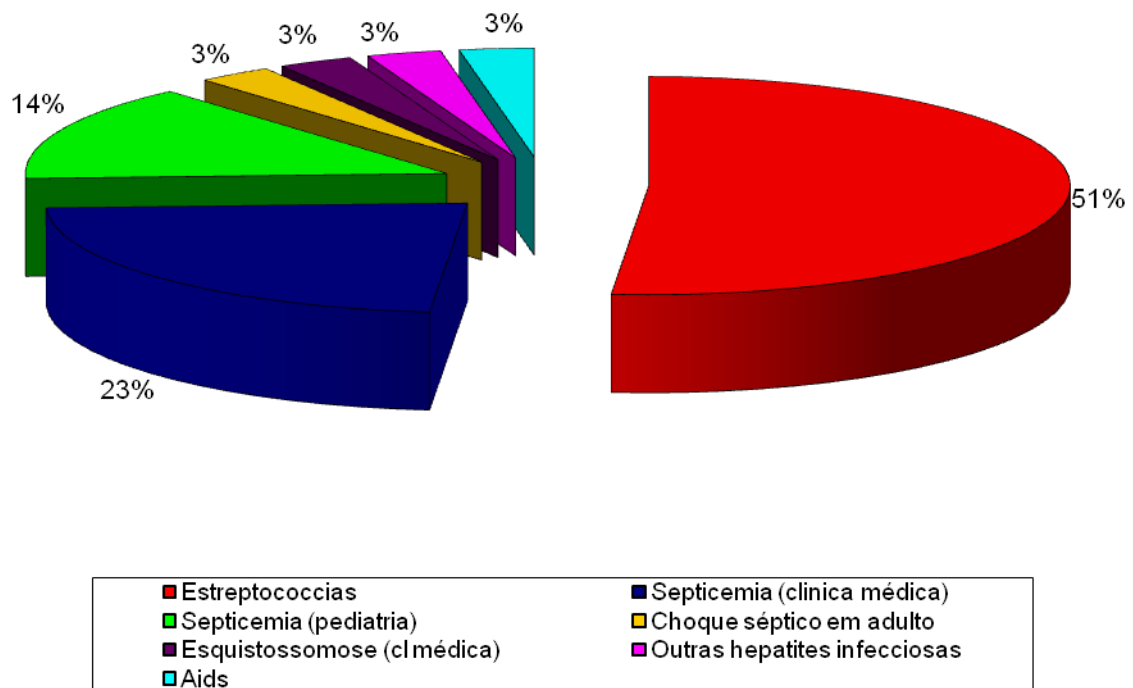


Figura 11. Representação gráfica da frequência de solicitações de transferência para internação hospitalar por procedimentos do Capítulo I da CID 10 – Algumas doenças infecciosas e parasitárias, regulados e efetivados pela C.R/GRS-GV – janeiro a dezembro de 2007.

Tabela 23. Tabulação da frequência de solicitações de transferência para internação hospitalar por procedimentos do Capítulo II da CID 10 – Neoplasias (tumores), regulados e efetivados pela C.R/GRS-GV – janeiro a dezembro de 2007.

PROCEDIMENTOS	FREQUÊNCIA ABSOLUTA	FREQUÊNCIA RELATIVA (%)
Diagnóstico de tumor maligno	12	53
Microcirurgia de tumores cerebrais	7	30
Craneotomia para tumor cerebral	2	9
Mastectomia simples	1	4
Microcirurgia de tumores medulares	1	4
Total	23	100

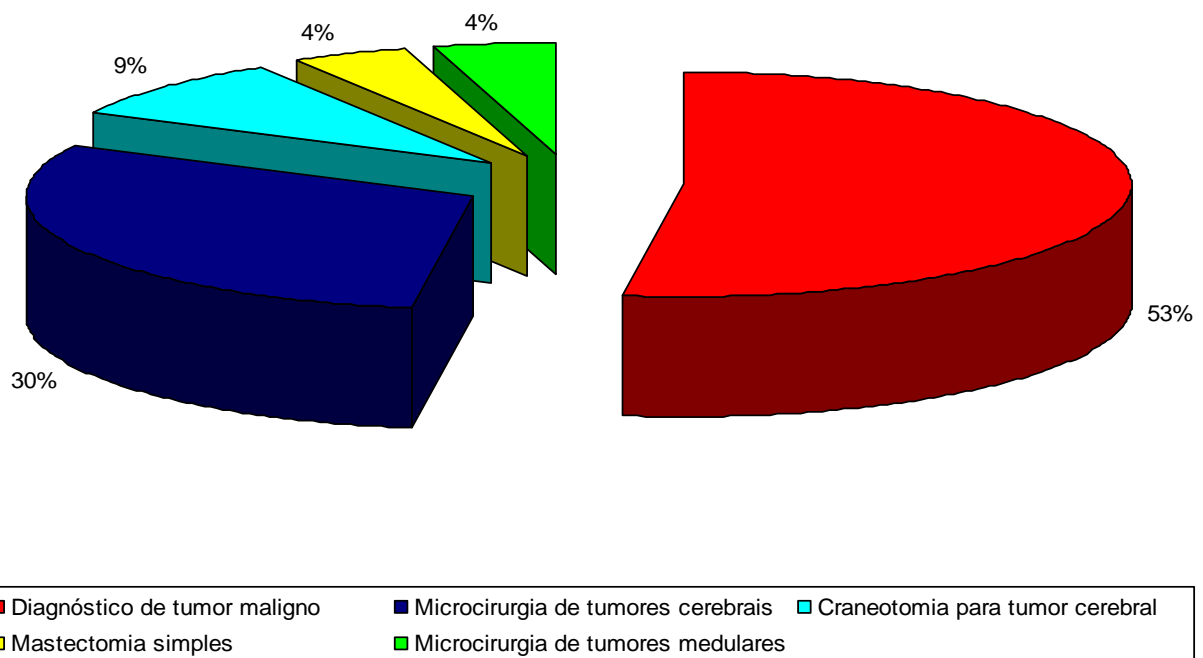


Figura 12. Representação gráfica da frequência de solicitações de transferência para internação hospitalar por procedimentos do Capítulo II da CID 10 – Neoplasias (tumores), regulados e efetivados pela C.R/GRS-GV – janeiro a dezembro de 2007.

Tabela 24. Tabulação da frequência de solicitações de transferência para internação hospitalar por procedimentos do Capítulo VI da CID 10 – Doenças do sistema nervoso, regulados e efetivados pela C.R/GRS-GV – janeiro a dezembro de 2007.

PROCEDIMENTOS	FREQUÊNCIA ABSOLUTA	FREQUÊNCIA RELATIVA (%)
Microcirurgia vascular intracraniana	9	45
Epilepsias	4	20
Paralisia flácida aguda	2	10
Hematoma subdural	1	5
Paralisia flácida aguda	1	5
Polineuropatias	1	5
Tratamento conservador da dor	1	5
Trepanação craniana para propedêutica	1	5
Total	20	100

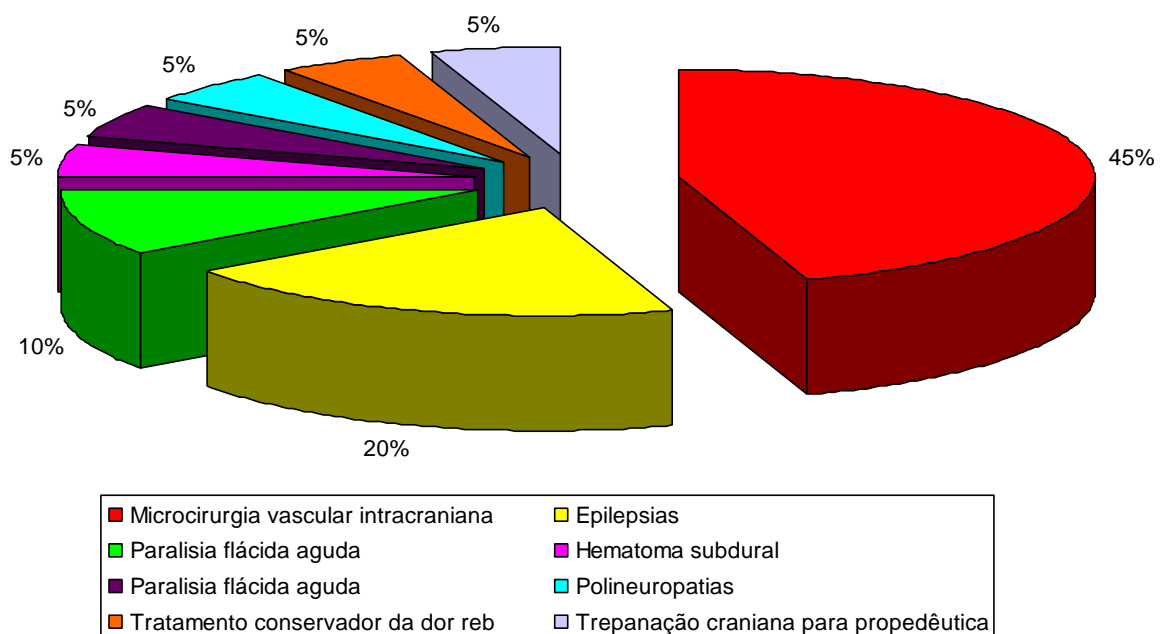


Figura 13. Representação gráfica da frequência de solicitações de transferência para internação hospitalar por procedimentos do Capítulo VI da CID 10 – Doenças do sistema nervoso, regulados e efetivados pela C.R/GRS-GV – janeiro a dezembro de 2007.

Tabela 25. Tabulação da frequência de solicitações de transferência para internação hospitalar por procedimentos do Capítulo XX da CID 10 – Causas externas de morbidade e mortalidade, regulados e efetivados pela C.R/GRS-GV – janeiro a dezembro de 2007.

PROCEDIMENTOS	FREQUÊNCIA ABSOLUTA	FREQUÊNCIA RELATIVA (%)
Tratamento clínico do traumatismo	5	33
Politraumatizados	5	33
Acidente por queda	3	20
Tratamento cirúrgico de lesão aguda	1	7
Suturas reparações e perda de tecido	1	7
Total	15	100

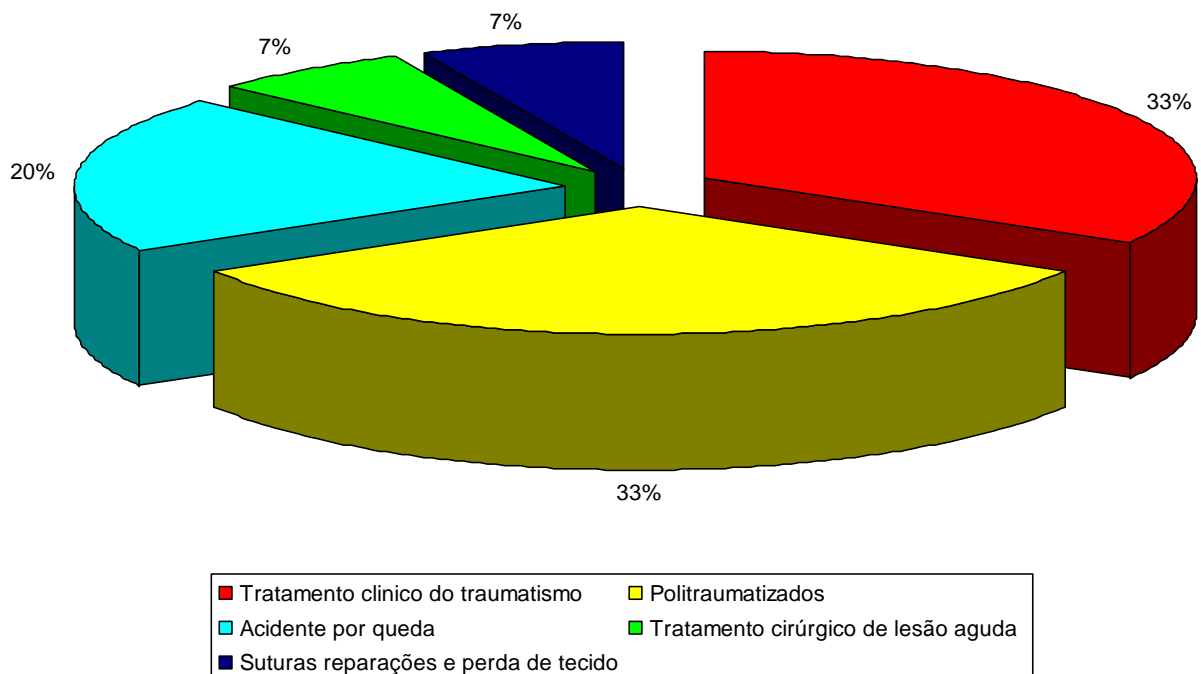


Figura 14. Representação gráfica da frequência de solicitações de transferência para internação hospitalar por procedimentos do Capítulo XX da CID 10 – Causas externas de morbidade e mortalidade, regulados e efetivados pela C.R/GRS-GV – janeiro a dezembro de 2007.

Tabela 26. Tabulação da frequência de solicitações de transferência para internação hospitalar por procedimentos do Capítulo XXI da CID 10 – Contatos com serviços de saúde, regulados e efetivados pela C.R/GRS-GV – janeiro a dezembro de 2007.

PROCEDIMENTOS	FREQUÊNCIA ABSOLUTA	FREQUÊNCIA RELATIVA (%)
Diagnóstico e ou primeiro atendimento	4	30
Transposição ou transferência	2	15
Tratamentos cirúrgicos	2	15
Diária de UTI neonatal /mês I exame físico	1	8
Ecocardiografia bidimensional	1	8
Pacientes sob cuidados prolongados	1	8
Paciente sob cuidados prolongados radiologia	1	8
Internação domiciliar com equipe	1	8
Total	13	100

Tabela 27. Tabulação da frequência de solicitações de transferência para internação hospitalar por procedimentos do Capítulo XVI da CID 10 – Algumas afecções originadas no período perinatal, regulados e efetivados pela C.R/GRS-GV – janeiro a dezembro de 2007.

PROCEDIMENTOS	FREQUÊNCIA ABSOLUTA	FREQUÊNCIA RELATIVA %
Prematuridade	8	73
Outras afecções do Recém-nascido	2	18
Icterícias neonatais	1	9
Total	11	100

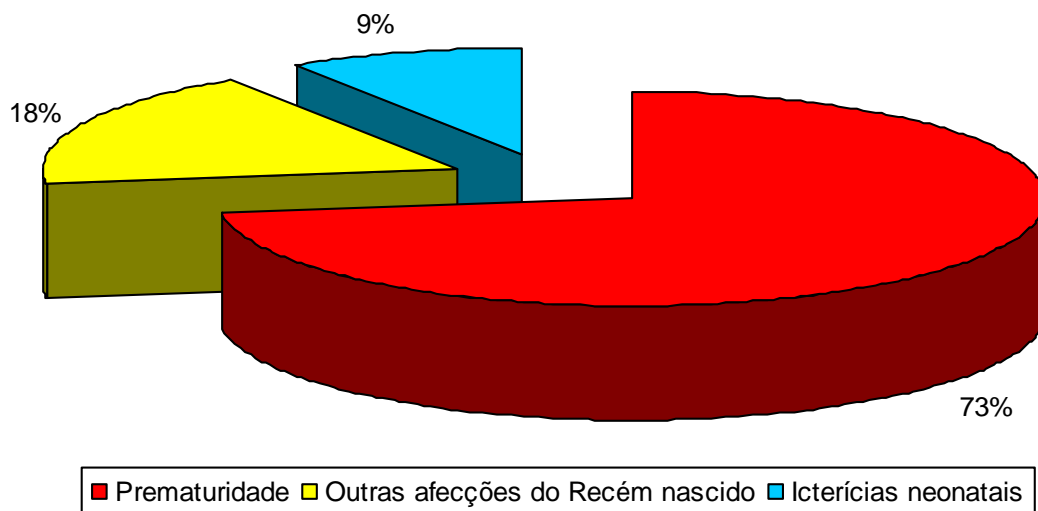


Figura 15. Representação gráfica da frequência de solicitações de transferência para internação hospitalar por procedimentos do Capítulo XVI da CID 10 – Algumas afecções originadas no período perinatal, regulados e efetivados pela C.R/GRS-GV – janeiro a dezembro de 2007.

Tabela 28. Tabulação da frequência de solicitações de transferência para internação hospitalar por procedimentos do Capítulo III da CID 10 – Doenças do sangue órgãos hematológicos e transtornos imunitários, regulados e efetivados pela C.R/GRS-GV – janeiro a dezembro de 2007.

PROCEDIMENTOS	FREQUÊNCIA ABSOLUTA	FREQUÊNCIA RELATIVA (%)
Anemia carencial	3	28
Anemia hemolítica congênita	3	27
Púrpura trombocitopenica	2	18
Anemia aplastica	1	9
Outras doenças do sangue e órgãos	1	9
Outras púrpuras ou afecções hemor. ex físico	1	9
Total	11	100

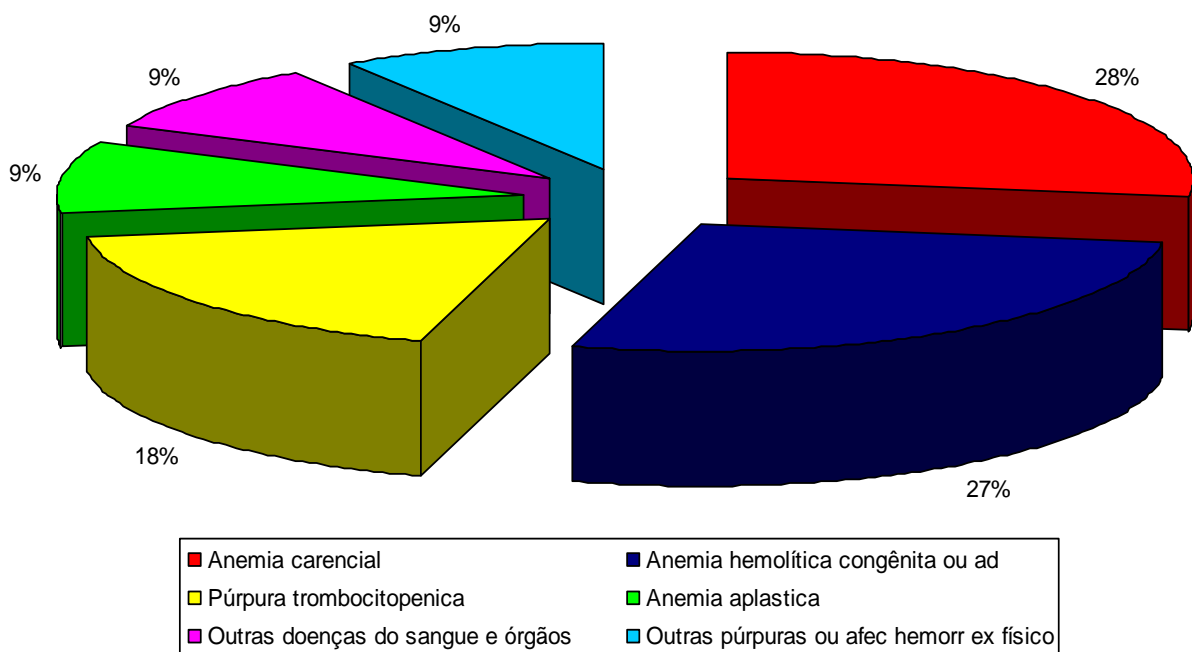


Figura 16. Representação gráfica da frequência de solicitações de transferência para internação hospitalar por procedimentos do Capítulo III da CID 10 – Doenças do sangue órgãos hematológicos e transtornos imunitários, regulados e efetivados pela C.R/GRS-GV – janeiro a dezembro de 2007.

5 DISCUSSÃO

O estudo do perfil das solicitações de internação hospitalar em urgência/emergência reguladas pela Central de Regulação da Gerência Regional de Saúde de Governador Valadares, realizado no período de janeiro a dezembro de 2007 mostrou, que do total de 1165 solicitações 68% dos pacientes era do sexo feminino e 32% do sexo masculino, tendo ainda ocorrido 01 caso de não preenchimento do dado, indicando predominância clara do sexo feminino, conforme Tabela e Figura 1.

No segmento horário de solicitação de internação, 31% ocorreram no período da tarde, 29% no período da manhã, 28% no período da noite e, 12% no período da madrugada (TAB. e FIG. 2). Considera-se, que as atividades laborais são exercidas principalmente no período diurno, observa-se assim, uma prevalência de ocorrências neste período, acompanhado de perto pelo período noite, representado dentro do horário das 18 às 24h. Ocorreu uma queda bastante razoável no período da madrugada (0:00 às 6:00h) o que se atribui ao fato de este período caracterizar-se como sendo considerado de repouso para grande parte da população, estando, portanto, menos expostos ao risco de acidentes e outras situações limite que desencadeiem algum mal súbito; além do que, há que se considerar a precariedade da frota de veículo próprio para transporte inter hospitalar disponível nos municípios da macrorregião leste, especialmente nos quesitos manutenção e condições sanitárias o que “compromete a qualidade do serviço, especialmente no que diz respeito aos princípios de urbanidade e humanização” (Marques *et al.*, 2009, p.199).

Cruzando-se a variável sexo com o horário das solicitações observa-se um equilíbrio entre ambos os sexos no período da manhã, uma prevalência discreta do sexo masculino durante o dia e noite, e uma prevalência acentuada do sexo feminino no período da madrugada, conforme Tabela 3 e Figura 3. Tal desenho é representativo da maior exposição a riscos de ambos os sexos no período considerado laboral, estando o sexo masculino mais exposto a atividades braçais e de maior periculosidade. Acredita-se, que a prevalência significativa do sexo feminino no período da madrugada esteja associada ao fato de que, tendo sido o sexo feminino

predominante no estudo, as urgências ginecológicas e obstétricas tenham sido as maiores responsáveis por este resultado.

Na variável mês, observa-se certo equilíbrio nas solicitações de transferência para internação, sendo que no 3º trimestre ocorreu um discreto aumento em relação aos demais. Contudo, o mês de maior ocorrência foi outubro (TAB. 4). Considerando que no outono tem início o período de surgimento das doenças sazonais, que se estende até a primavera, acredita-se seja este, um fator concorrente para essas ocorrências. Este dado corrobora o estudo de Jorge et.al. (2009), sobre a prevalência de internações hospitalares no outono e no inverno, com predominância do mês de outubro. Curioso observar que o 1º trimestre, tradicionalmente de temperaturas muito elevadas na macrorregião onde se desenvolveu o estudo, foi o que registrou o menor número de solicitações de transferência para internação. Neste período de temperaturas elevadas há uma maior predisposição na população para ocorrências como: crise hipertensiva, desidratação e enteroinfecções. O resultado mostrado pode estar associado com a assistência prestada pelos atores envolvidos na Atenção Primária através das equipes de Saúde da Família que hoje estão presentes em todos os municípios pertencentes à Macrorregião leste, promovendo através do Programa Saúde em Casa ações de prevenção em saúde.

Em relação ao município de destino, observa-se que Belo Horizonte recebeu apenas 9% das solicitações para internação enquanto, Governador Valadares recebeu 91% destas (TAB. 5). Tal resultado mostra que, como sede de Macrorregião, o município de Gov. Valadares vem cumprindo seu papel de atender a média e alta complexidade das Microrregiões sob sua competência, como preconiza o PDR.

Na análise do município de origem em relação ao município de destino, observa-se na Tabela 6, que do total de transferências solicitadas para hospitais de Belo Horizonte (107) Gov. Valadares foi responsável por 87,8% dessas solicitações, seguido respectivamente por Resplendor com 5,6%; Aimorés com 4,6%; São João Evangelista e Divino das Laranjeiras com 0,9% de solicitações. Considerando-se o fato de Resplendor e Aimorés serem sede de microrregião assistencial e contarem com hospitais que recebem o incentivo do Programa de Fortalecimento dos Hospitais (PRO-HOSP), com serviço de apoio diagnóstico e corpo

clínico nas diversas especialidades, justifica-se este resultado já que “os hospitais microrregionais devem ser referência para as urgências médico cirúrgicas de média complexidade, podendo em alguns casos até ser referência em procedimentos clínicos mais complexos” (Marques *et al.*, 2009, p. 96). São João Evangelista, também sede de microrregião e Divino das Laranjeiras que pertence à micro de Gov. Valadares, encaminharam apenas 0,93% de pacientes. Acredita-se, que estes dados demonstram que a macrorregião Leste atingiu um nível bastante satisfatório de resolutividade, no atendimento à população referenciada.

O estudo revelou ainda, que dos municípios pertencentes à Macrorregião de Gov. Valadares, a sede (Gov. Valadares) foi origem de 85% das solicitações e os demais municípios representaram 15% das solicitações, conforme Tabela 8. Tal dado é compatível com a população de cada município.

Interessante nos dados do estudo a constatação de que, dentre os municípios que solicitaram internação de pacientes em Governador Valadares 12 deles (1,6%) não pertencem a esta macrorregião, conforme mostra a Tabela 9, onde Teófilo Otoni aparece com 27% das solicitações; Caratinga, Itambacurí e Timóteo juntas com 33% e, os demais municípios com 40%. Da Macrorregião Leste com sede em Ipatinga, aparece o município de Timóteo com 0,17% de solicitações. Da macrorregião Nordeste/Teófilo Otoni ocorreram solicitações do próprio município sede, bem como de Carlos Chagas (micro Nanuque); Felisburgo (micro Almenara); Itaobim (sede de micro); Itambacurí; Ladainha e Novo Cruzeiro (micro tripolar Teófilo Otoni/Malacacheta/Itambacurí); Machacalis (micro de Águas Formosas); Sabinópolis pertencente a Macro Centro (Belo Horizonte) e Guanhães (sede de micro), conforme Tabela 9. A distância entre Governador Valadares a Timóteo é de 120 Km, sendo que este município dista apenas 20 km de Ipatinga. Já a distância entre Gov. Valadares a Itambacurí e Teófilo Otoni é de aproximadamente 110 e 130 km respectivamente, através da BR 116 – Rio/Bahia. Os demais municípios encontram-se mais distantes. Várias hipóteses podem ser levantadas para explicar a razão pela qual foram solicitadas transferências para hospitais da macro de Gov. Valadares, tais como: carência de leitos disponíveis na Macro Leste/Ipatinga e Macro Nordeste; ausência de especialistas em algumas áreas de atenção nessas macro e ainda, a necessidade de procedimentos de alta complexidade que porventura não eram ofertados à época do estudo nas

macrorregiões envolvidas. Este resultado vem de encontro ao que ponderam Coelho, Rausch e Tavares (2009 *apud* Marques *et al.*, 2009, p.182):

Com a regulação prévia das internações hospitalares, o médico regulador avalia a capacidade resolutiva do hospital de origem e só decide pela transferência inter-hospitalar ou intermunicipal, caso os recursos locais sejam insuficientes para o atendimento qualificado ao usuário.

Há que se considerar que a malha viária preconizada pelo PDR – MG tem condições bastante satisfatórias entre os municípios citados e a sede da Macro Leste/Governador Valadares, o que é um facilitador. Outro ponto importante a ser frisado é que dentre as solicitações oriundas de municípios não pertencentes à macrorregião Leste com sede em Gov. Valadares, todas foram recebidas e efetivadas dentro dessa Macro, haja vista que para nenhum dos casos transferidos houve solicitação de nova transferência para Belo Horizonte. Isto demonstra que a capacidade instalada na sede de macro atendeu a contento as diretrizes do PDR e PPI-MG.

Na Tabela 10 que trata dos hospitais de destino tanto em Belo Horizonte quanto em Gov. Valadares, surge o Hospital São Vicente de Paulo de Gov. Valadares como estabelecimento de destino de 43,8% do total das transferências realizadas, seguido pelo Hospital Samaritano de Gov. Valadares com 31,9%; Hospital Municipal de Gov. Valadares com 13,3% das transferências; Hospital Madre Tereza (Belo Horizonte) 2,3%; Casa de Saúde e Maternidade Nossa Senhora das Graças de Gov. Valadares com 1,6% das solicitações de transferência para internações efetivadas pela Central de Regulação da GRS/GV. Procedendo-se ao cruzamento de dados entre as Tabelas 10, 11 e 12 observa-se que as transferências entre hospitais do próprio município de Gov. Valadares foram as mais frequentes, tendo o Hospital São Vicente de Paulo e Hospital Samaritano recebido um maior número de pacientes. Acredita-se que este resultado se justifica devido ao fato de serem esses os estabelecimentos privados conveniados que mais ofertam leitos ao SUS no município. Por outro lado, o Hospital Madre Tereza de Belo Horizonte foi o estabelecimento de destino de 25% dos pacientes encaminhados para a capital. Deve-se levar em conta o fato que tanto o Hospital Madre Tereza quanto o Biocor Instituto (TAB. 12 e FIG. 4) são referência no tratamento de doenças cardiovasculares. Este dado vem corroborar a evidência de que, à época do estudo não eram ofertados leitos de média complexidade a usuários

do SUS na macrorregião de Gov. Valadares para a referida clínica, conforme verificado no SIH (sistema de informação hospitalar) do DATASUS.

Com relação à tipificação das ocorrências mais frequentes de acordo com a classificação da CID 10 e cruzada com relação ao sexo, a Tabela 13 demonstra que o Capítulo XV – Gravidez, parto e puerpério - foi o responsável pelo maior número de solicitações de transferência para internação (460). O parto normal foi o procedimento mais frequente e, o grande número de solicitações de transferência para este procedimento pode estar relacionado, a não disponibilidade de leito de obstetria no Hospital Municipal por ser este estabelecimento, a porta de entrada dos casos de urgência/emergência na região. Daí, a ocorrência de solicitação para internação entre os demais hospitais do próprio município. Causa estranheza, o fato de numa clínica exclusivamente feminina, encontrarem-se listadas 05 ocorrências no sexo masculino. Atribui-se tal fato, a provável erro de digitação dos operadores do sistema no nível microrregional não percebido e conseqüentemente, não corrigido pelos operadores da Central no nível Macrorregional, mostrando assim, uma fragilidade no sistema.

Em segundo lugar aparece o Capítulo XVI – doenças do sistema osteomolecular e tecido conjuntivo com 169 ocorrências, tendo a maioria 65,6% ocorrido em pacientes do sexo masculino. Atribui-se tal resultado, ao fato de pessoas do sexo masculino estarem mais expostas a atividades laborais consideradas “pesadas” e de maior periculosidade, como exemplo a construção civil; trabalho rural; operação de máquinas pesadas; extração mineral em lavras de pedras preciosas, além da maior exposição a acidentes automobilísticos, especialmente os que envolvem motocicletas, devido ao aumento exagerado desse tipo de veículo na macrorregião nos últimos anos. Este resultado corrobora o achado por Laurentiet *al.* (2005), sobre o perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina, onde as internações e mortes masculinas por acidentes e violência superam o sexo feminino, numa proporção de 3:1. No cruzamento de dados entre ocorrências do Capítulo XVI da CID 10 e município de destino (TABs. 13 e 14), verifica-se que apenas 15 dos 169 pacientes foram atendidos em Belo Horizonte o que demonstra que os investimentos realizados através do PRO-HOSP nos hospitais da macrorregião, tem alcançado os objetivos propostos pelo Programa. Instigante o fato de que ao se comparar os dados do presente estudo com o contido no DATASUS/SIH (sistema de informação hospitalar) – morbidade hospitalar

do SUS por local de residência – Internações Capítulo CID 10 – Regional de Saúde de Gov. Valadares, procedimentos eletivo e urgência/emergência no ano de 2007, as doenças do Capítulo XVI da CID 10 aparecem em 12º lugar. Acredita-se que tal resultado ocorra devido ao fato de que, este estudo apresenta apenas os casos regulados em urgência/emergência, bem como considera-se também, que o HM de Governador Valadares é a “porta de entrada” dos municípios em seu entorno, sem necessariamente haver a preocupação dos gestores em acionar a Central de Regulação, prática esta extremamente comum na região, especialmente nos primeiros anos de funcionamento desta Central.

Já as doenças do aparelho circulatório ocorreram em 48,9% no sexo feminino e 51,0% no sexo masculino (Tab. 13), mostrando uma discreta prevalência nos homens, porém sem significância estatística. Importante destacar, que na Tabela 14 fica evidente, que as doenças do Capítulo IX da CID 10 foram as responsáveis pelo maior número dos atendimentos realizados em hospitais de Belo Horizonte. Tal resultado pode ser explicado pelo fato de que, à época do estudo não havia serviço de alta complexidade em doenças cardiovasculares instalado na macrorregião leste, tornando-se assim necessária a transferência dos usuários do SUS para Hospitais de Belo Horizonte. Na comparação com o banco de dados do DATASUS/SIH 2007, as doenças do aparelho circulatório, também aparecem como a terceira causa de internação na região.

As doenças do Capítulo X da CID 10 – Doenças do aparelho respiratório representaram a quarta maior causa de solicitação para internação, sendo que ocorreram 11% no sexo masculino e 6% no feminino, num total de 91 pacientes atendidos (Tab. 13). Desses, apenas 03 pacientes foram encaminhados para Belo Horizonte (Tab. 14), demonstrando que a macrorregião conseguiu atender à imensa maioria dos casos. O Sistema de Informação Hospitalar (SIH) do DATASUS mostra que do total de internações por Regional de Saúde no ano de 2007, as doenças do aparelho respiratório representaram a segunda causa de internação na GRS/Gov. Valadares, tanto nos casos de urgência/emergência quanto de procedimentos eletivos, demonstrando assim, o presente estudo, que muitas internações não foram reguladas.

Continuando a análise da Tabela 13 vê-se, que as doenças do aparelho digestivo, Capítulo XI da CID 10 ocorreram em 7% no sexo masculino e 4%

no sexo feminino, num total de 68 pacientes. Este resultado encontra respaldo no trabalho de Rossini, Ferraz (2009), sobre internação de urgência com enfoque demográfico-epidemiológico em hospital público, onde as doenças do aparelho digestivo encontram-se entre as 04 principais causa de internação. Comparando-se Tabela 13 e 14, vê-se que deste total apenas 03 pacientes foram atendidos em Belo Horizonte demonstrando mais uma vez, a capacidade de atendimento da macro.

No que tange às doenças do aparelho geniturinário - Capítulo XIV da CID 10, a Tabela 13 mostra que houve uma prevalência discreta do sexo masculino 5% dos pacientes, contra 3% do sexo feminino, num total de 52 pacientes sendo que todos tiveram seu atendimento realizado em Gov. Valadares, conforme Tabela 14.

As doenças endócrinas nutricionais e metabólicas, Capítulo IV da CID 10, mostraram um equilíbrio entre pacientes do sexo masculino (4%) e feminino (3%), apresentando 44 pacientes (Tab. 13). Desses, apenas 01 foi internado em Belo Horizonte (Tab. 14).

Continuando a análise da Tabela 13, fica evidente que doenças infecciosas e parasitárias, neoplasias (tumores), doenças do sistema nervoso, causas externas de morbidade e mortalidade, contatos com serviços de saúde e doenças do sangue órgãos hematológicos e transtornos imunitários, apresentam dados estatísticos semelhantes em ambos os sexos. A exceção fica por conta de algumas afecções originadas no período perinatal onde 100% dos casos ocorreram em pacientes do sexo feminino.

No entanto, quando se analisa a Tabela 14 que mostra a frequência das solicitações de transferência por município de destino, o estudo mostra que nas Neoplasias (tumores) Capítulo II da CID 10, ocorreram 23 solicitações para internação sendo que 14 (60%) delas tiveram Belo Horizonte como município de destino. Acredita-se que tal resultado esteja relacionado ao fato de que à época do estudo, mais precisamente no mês de agosto de 2007, o serviço de Radioterapia cujo prestador ao SUS era privado – IOR- Instituto de Oncologia e Radioterapia, CNES 2118645, foi fechado pela Vigilância Sanitária Municipal.

Ainda na análise da Tabela 14, dentre as Doenças do Sistema Nervoso - Capítulo VI da CID 10, das 20 solicitações de internação, 09 (45%) também tiveram Belo Horizonte como município de destino. Percebe-se, que a clínica neurológica tem boa resolutividade na macrorregião leste, porém acredita-se, que as cirurgias neurológicas sejam as principais responsáveis por este resultados aliadas à carência de leitos em UTI.

As demais doenças classificadas segundo os Capítulos da CID 10 e elencadas na Tabela 13, por ordem decrescente de ocorrência, não serão objeto de discussão do presente estudo, por serem de pouca relevância estatística. No entanto, todas as informações e dados acerca destas, estão contidos no anexo (B) deste estudo (CD).

Passando à análise das Tabelas e Figuras específicas, para cada procedimento solicitado vê-se que na frequência das solicitações de transferência para internação hospitalar por procedimentos do Capítulo XV da CID 10 – gravidez, parto e puerpério conforme Tabela 15 e Figura 5, observa-se a predominância do parto normal com 88% das ocorrências. Este dado, vem de encontro ao citado por Mendes (2009, p.78), ao relacionar as principais causas de internação no SUS em valores percentuais, onde o parto normal aparece como principal causa de internação contabilizando 13,5% no ano de 2005 em todo o Brasil. Além disso, o sistema SIH/DATASUS mostra que no ano de 2007 a internação hospitalar no SUS por doenças do capítulo XV da CID 10 foram as mais frequentes.

A análise da Tabela 16 que trata dos procedimentos do Capítulo XIII da CID10 mostra que os tratamentos cirúrgicos de fratura, de luxação e de outras lesões osteomusculares foram responsáveis por 58% dos atendimentos nas doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo. Como visto na análise da Tabela 14, o município de Gov. Valadares atendeu a imensa maioria das ocorrências, mas acredita-se haver necessidade de ênfase nas políticas de educação no trânsito, saúde do trabalhador e outras que minimizem o número de ocorrências desta clínica, tão exacerbado nesta macrorregião assistencial.

A Tabela 17 e Figura 6 que tratam da frequência por procedimentos do Aparelho Circulatório mostram, uma coerência do estudo com o que descreve

Mendes (2009, p.78-79), quando trata das principais causas de internação no Brasil, onde aparecem a insuficiência cardíaca, o acidente vascular cerebral (AVC) e a crise hipertensiva como destaque e também quando o autor cita a carga de doenças em anos de vida perdidos por incapacidade (AVAI's), onde as doenças crônicas aparecem com 66,3% do grupo de doenças responsáveis.

Entre as doenças do aparelho respiratório, a Tabela 18 e Figura 7 mostram que a pneumonia em adulto respondeu por 60% das ocorrências nesta clínica. Se somados aos 4% de ocorrência de pneumonia em clínica pediátrica, tem-se 64% de pneumonias como responsáveis pelas solicitações de internação nesta clínica. Este resultado pode estar associado ao envelhecimento da população, haja vista que as pneumonias ocorrem com mais frequência em idosos, e também à maior suscetibilidade de lactentes e pré-escolares ao risco de infecções. Curiosa a constatação, que os dados do SIH SUS ano de 2007 na Regional de Saúde de Gov. Valadares demonstram, que as doenças do aparelho respiratório ocuparam o segundo lugar nas causas de internação, enquanto neste estudo responderam pela quarta posição. Mais uma vez, pode-se atribuir ao resultado, ao provável não acionamento da Central de Regulação.

No que se refere às doenças do aparelho digestivo, Capítulo XI da CID 10, a Tabela 19 e Figura 8 mostram as hemorragias digestivas como sendo as principais ocorrências (15%), seguidas de perto pela cirrose hepática e colecistite aguda com 11% cada uma e enteroinfecções (10%). Considerando-se que tanto a cirrose quanto a colecistite e enteroinfecções podem levar a hemorragias digestivas, acredita-se que essas e outras patologias gástricas como exemplo, a úlcera, podem justificar tal resultado. Além disso, alguns municípios da macrorregião leste/Gov. Valadares são considerados áreas endêmicas para esquistossomose, tendo sido a região alvo de diversas pesquisas a nível nacional e internacional sobre o assunto.

Na Tabela 20 e Figura 9 aparece o elenco dos procedimentos que levaram a solicitação de internação hospitalar à C.R da GRS/GV por doenças do Capítulo XIV da CID 10 – doenças do aparelho geniturinário, onde a insuficiência renal aguda foi responsável por 33% das solicitações para internação e a pielonefrite por 31% dessas solicitações. No cruzamento de dados entre a Tabela 20 e a Tabela 14, nota-se que 100% dos casos desta clínica foram tratados no município de Governador

Valadares, que conta hoje com 02 (dois) serviços de Terapia Renal Substitutiva (TRS) credenciados ao SUS. Ainda que as duas patologias não demandem diretamente a hemodiálise, o simples fato de o município contar com serviço e profissionais especializados garante o atendimento a contento dos usuários.

Ao tratar da Tabela 21 e Figura 10 que mostram as solicitações de internação por procedimentos do Capítulo IV da CID 10 – Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, a desidratação aguda respondeu por 43% das solicitações, ao passo que o Diabetes sacarino e insípido juntos somaram 46%. Mendes (2009, p. 80) mostra que entre as dez causas de anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (AVAI's) no Brasil em 1998, o Diabetes *mellitus*, que é uma doença crônica, apareceu em primeiro lugar. Quanto à desidratação aguda acredita-se, que este resultado esteja relacionado ao envelhecimento da população e às enteroinfecções, mormente na clínica pediátrica.

Na Tabela 22 e Figura 11 que tratam dos procedimentos do Capítulo I da CID 10- algumas doenças infecciosas e parasitárias, o que mais chama atenção, é que em área considerada endêmica, registrou-se apenas 01 caso (3%) de infecção parasitária por esquistossomose. As demais ocorrências ficaram por conta das bactérias e vírus.

Já as Neoplasias (tumores), referentes ao Capítulo II da CID 10 e representadas pela Tabela 23 e Figura 12 mostram, os diagnósticos de tumores malignos como principais ocorrências. No cruzamento de dados das Tabelas 11 e 23, vê-se um total de 14 pacientes encaminhados para Belo Horizonte. Este resultado está relacionado às microcirurgias de tumores, procedimento que mais demandou internação em Belo Horizonte nesta clínica. Tal comprovação encontra-se no anexo B deste estudo.

Na Tabela 24 e Figura 13 observa-se, que nos procedimentos do Capítulo VI da CID 10 a microcirurgia vascular intracraniana foi responsável por 45% das solicitações para internação nesta clínica. Cruzando-se esses dados com os da Tabela 14, percebe-se que 09 (45%) dos 20 pacientes atendidos tiveram como destino estabelecimentos hospitalares do município de Belo Horizonte. Este resultado pode

estar associado à carência de leitos em UTI e também de médicos especialistas atuando na rede pública na macrorregião de Gov. Valadares.

Na análise da Tabela 25 e Figura 14, que trata das solicitações para internação de procedimentos do Capítulo XX da CID 10 observa-se, que o tratamento clínico do traumatismo e a assistência a politraumatizados ocorreram numa mesma proporção, representando 66% do total dos procedimentos de causas externas. Estudo intitulado “Internações Hospitalares por causas externas no estado de São Paulo em 2005” (São Paulo, 2007), destaca os acidentes de transporte, quedas, lesões autoprovocadas e agressões como as principais causas de hospitalização neste segmento. Este mesmo estudo mostra, que há uma prevalência de ocorrências nos pacientes do sexo masculino, o que coincide com o achado na Tabela 13.

Com relação à Tabela 26 reuniu-se os procedimentos considerados como Capítulo XXI da CID 10 – contatos com serviços de saúde, haja vista a inexistência de maiores informações acerca desses procedimentos no banco de dados pesquisado. Percebe-se, que algumas ações não deveriam constar como procedimento. Causa estranheza o fato de que, o banco de dados traga procedimentos indevidamente preenchidos confundindo-se com ações de saúde. O banco de dados completo encontra-se em CD como anexo (B) deste estudo.

Algumas afecções originadas no período perinatal – Capítulo XVI da CID 10 foram a base da Tabela 27 e Figura 15. Pode-se perceber claramente, a prematuridade como principal ocorrência das solicitações para internação. No cruzamento dos dados da presente Tabela com a Tabela 14, nota-se que 03 (27,2%) das solicitações tiveram como destino algum hospital de Belo Horizonte. Como abordado na introdução, existe uma enorme carência de leitos em UTI Neonatal (UTIN) na macrorregião. Apesar dos avanços obtidos com a implementação do PRO-HOSP em alguns hospitais da macrorregião, apenas o HM de Governador Valadares oferece leitos de UTIN. Percebe-se, que a capacidade instalada não é compatível com o número de habitantes da macrorregião.

A análise da Tabela 28 e Figura 16 tratam das ocorrências do Capítulo III da CID 10 – doenças do sangue e órgãos hematológicos e transtornos imunitários, onde fica claro, que as anemias foram as principais causas de internação

nesta clínica (65%). Apenas 02 (18.15%) foram internados em hospitais Belo Horizonte, conforme pode-se perceber, na comparação com a Tabela 14.

6 CONCLUSÕES

O estudo do perfil das solicitações de internação hospitalar em urgência e emergência, reguladas pela Central de Regulação da Gerência Regional de Saúde de Governador Valadares, realizado no período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2007 mostrou algumas peculiaridades sobre o funcionamento da Central de Regulação e seu banco de dados, que poderão servir de subsídio para propostas de adequação do sistema da C.R da GRS/GV, bem como auxiliar os gestores municipais e estadual na área da saúde, na identificação dos possíveis pontos de estrangulamento no atendimento dos usuários do SUS da Macrorregião Leste com sede em Gov. Valadares.

1. As principais causas de solicitação para internação hospitalar em urgência/emergência, reguladas e efetivadas pela C.R/GRS-GV foram compatíveis com as encontradas na consulta ao SIH-DATASUS relativas à morbidade hospitalar - por local de residência - Minas Gerais/ Internações por capítulo CID10 - Regional de Saúde de Governador Valadares, período 2007, que relaciona todas as internações ocorridas nesta Regional, inclusive as eletivas. Gravidez, parto e puerpério encabeçam a relação, razão pela qual, os pacientes do sexo feminino representaram 68% dessas solicitações;
2. O número de solicitações para internação hospitalar em urgência /emergência regulados pela C.R da GRS/GV no período estudado representou muito pouco, diante do número de internações realizadas pelo SUS, na região para o mesmo período.
3. As doenças do aparelho circulatório suplantaram, neste estudo as doenças do aparelho respiratório, que foram mais frequentes no SIH.
4. Surpreendente, o grande número de ocorrências de doenças do sistema osteomolecular e tecido conjuntivo, responsáveis por 15% do total das solicitações, sendo que os pacientes do sexo masculino responderam por 19% dessas solicitações, enquanto no sexo feminino ocorreram em apenas 7% dos casos. Isso implica, a importância de maiores estudos para identificar as prováveis causas de lesões nesta clínica, possibilitando a implementação de políticas públicas que visem diminuir essas internações;

5. A macrorregião leste com sede em Gov. Valadares atendeu 91% do total estudado, indicando boa resolutividade na assistência ao usuário do SUS, respeitando o PDR e a PPI;
6. O município de Governador Valadares, sede da macrorregião leste, foi o de maior origem e de maior destino de solicitações para internação. Isto se deve em parte, ao fato de ser o município o mais populoso da região, e também pelo fato do estudo ter sido realizado menos de 1 (um) ano após o início de operação da C.R da GRS/GV, indicando que os gestores municipais pertencentes à macrorregião insistiam com a transferência de pacientes sem critérios de transporte adequados e sem regulação, prática comum na região;
7. Além de atender a toda Macrorregião leste, a C.R regulou e efetivou internações de outras macrorregiões. Ao todo, 12 municípios das Macros Leste/Ipatinga e Nordeste enviaram pacientes que foram regulados pela C.R da GRS/GV, demonstrando que o objetivo de garantir o acesso da população aos serviços de saúde de forma equânime e em tempo oportuno para as necessidades identificadas do usuário do SUS foi alcançado;
8. Os Hospitais São Vicente de Paulo e Hospital Samaritano de Gov. Valadares foram os principais estabelecimentos de destino dos pacientes. Isto se deu em função de ambos disponibilizarem maior número de leitos ao SUS, sendo que ambos contam com plantão de 24 horas na clínica gineco-obstétrica;
9. Os procedimentos que mais demandaram solicitações para internação em estabelecimentos do município de Belo Horizonte foram os do Capítulo II da CID10- Neoplasias (tumores) 60.8%; Capítulo VI – Doenças do sistema nervoso (45%); Capítulo IX – Doenças do aparelho circulatório (33.8%); Capítulo XVI – Algumas afecções originadas no período perinatal (27.2%). Todos esses procedimentos dependem de atendimento em alta complexidade, sobretudo de leitos de UTI e UTIN disponíveis. Existe uma necessidade real e urgente da ampliação do número de leitos em Unidade de Terapia Intensiva Adulto e Neonatal, assim como a estruturação da rede de atendimento aos portadores de doenças do aparelho circulatório (especialmente em cirurgia cardiovascular), haja vista que, hoje o único Hospital habilitado para estes procedimentos na Macrorregião é privado e oferece apenas 08 leitos ao SUS, o que influencia sobremaneira nas transferências para Belo Horizonte.

10. Foram percebidas algumas inconsistências na operação do *software* SUSFácil, tais como, o registro de ocorrência de procedimentos da clínica gineco-obstétrica (parto normal e cesariana), em pacientes do sexo masculino (1%), o que pode ter ocorrido devido a erro de digitação dos operadores.
11. Para que o cidadão tenha em tempo oportuno a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à sua necessidade, garantido o acesso ao serviço pleiteado é necessário, que haja um excelente entrosamento entre as três esferas de gestão do SUS e, em se tratando de regulação assistencial, essencialmente entre o gestor estadual e os municipais. A criação das Centrais de Regulação através do SUSFácil divide a responsabilidade da informação e dinamização do acesso entre os gestores, prestadores públicos e conveniados possibilitando a avaliação conjunta da incorporação desta nova tecnologia, como forma de propiciar ao usuário do SUS a oferta de procedimentos com qualidade, respeitando a programação estabelecida, capacidade instalada, bem como apontando possíveis vazios assistenciais.

7 ANEXOS

Anexo 1

Autorização da Superintendência de Regulação da SES/MG para a utilização do Banco de dados do Programa SUSFácil.



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE REGULAÇÃO

Projeto nº 1050/08

AUTORIZAÇÃO

Autorizamos a pesquisadora RITA DE CÁSSIA FRANÇA DE JESUS, MASP 382926-4, lotada na GRS de Governador Valadares, o acesso ao Banco de Dados da Central de Regulação da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, a fim de desenvolver trabalho de pesquisa intitulado: "PERFIL DAS SOLICITAÇÕES DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR REGULADAS PELA CENTRAL DE REGULAÇÃO DA GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE GOVERNADOR VALADARES – MG", que tem por objetivo acadêmico a obtenção do Grau de Mestre no Mestrado Profissional em Gestão de Tecnologias de Saúde - GRIDES-UNIFESP. Nada mais.

Belo Horizonte, 22 de Outubro de 2008.


Myriam Araújo Coelho
SUPERINTENDENTE DE REGULAÇÃO


CEP
UNIFESP/HSE
4/11/08

Anexo 2

CD contendo todo o banco de dados pesquisado no SUSFácil da SES/MG desde os relatórios conforme foram gerados, até a análise EPIINFO e tabelas Excel utilizadas na elaboração do trabalho.

8 REFERÊNCIAS

1. Almeida C. *et al.* A reforma sanitária brasileira: em busca da equidade. Washington, DC: OPS, 1999. In: Menicucci TMG (coord) *et al.* Regulação da assistência à saúde: o caso de Minas Gerais. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 2005.
2. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Regulação em Saúde/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007a. 174p.
3. _____. Constituição da República Federativa do Brasil. Diário Oficial da União n 191 – A, de 5 dezembro de 1988. 21a ed. Atualizada até a Emenda Constitucional n. 20, de 15 de dezembro de 1998: Saraiva, 2000.
4. _____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). 2007b. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatística/população/contagem2007>>. Acesso em: 29 jul. 2010.
5. _____. Ministério da Saúde. Norma Operacional da assistência a saúde/NOAS-SUS 01/2002. Brasília, 2002a.
6. _____. Ministério da Saúde, Portaria GM/MS nº. 373 de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional de assistência à saúde- NOAS-SUS 01/2002 ampliando a responsabilidade dos municípios na atenção Básica. Brasília, 2002b.
7. _____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº. 1020 de 30 de maio de 2002. Define a Programação Pactuada e Integrada- PPI Assistencial. Brasília, 2002c.
8. _____. Ministério da Saúde. Portaria conjunta MS/SAS nº423 de 09 de julho de 2002. Dispõe sobre o estabelecimento de normas, critérios, parâmetros e métodos para sistematizar e padronizar técnicas de Controle e Avaliação da assistência à saúde, Brasília, 2002d. 16p.
9. _____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº. 2048 de 05 de novembro de 2002. Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília, 2002e.

10. _____. Ministério da Saúde. Portaria MS/SAS nº. 39, de 6 de fevereiro de 2006. Institui a descentralização do processo de autorização de procedimentos que fazem parte do elenco da CNRAC. Brasília, 2006a.
11. _____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde. Brasília, 2006b.
12. _____. Ministério da Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Departamento nacional de auditoria do SUS. Curso Básico de regulação, controle, avaliação e auditoria do SUS/ Ministério da saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas, Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.
13. _____. República Federativa do Brasil. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 29 nov. 2010.
14. 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. Saúde Pública. 2008 Apr; 24(4): 767-776.
15. Fortier CC. Contribuições da Central de Regulação do SUS – CRESUS no Acesso aos Serviços de Saúde no Estado do Ceará. Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Economia e Gestão em Saúde Pública, da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2003.
16. Gariglio MT, Marques ZF. A regulação como estratégia para a gestão do sistema de Saúde. Dissertação (Saúde Pública) Belo Horizonte: UFMG, 2002.
17. Jorge JEL *et al.* Variação sazonal nas hospitalizações por insuficiência cardíaca em Niterói, RJ. Rev. Saúde Pública. 2009 June, 43(3): 555-557.
18. Laurenti R, Jorge M H P M, Gotlieb S L D. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. Ciênc. saúde coletiva. 2005, Mar; 10(1): 35-46.
19. Leles FAG, A regionalização da atenção à saúde no SUS: oportunidade de promoção da equidade. Boletim Eletrônico, nº. 22, p. 61-62. In: Lupa da Ciência,

Tecnologia & Inovação em Saúde. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010.

20. Malachias I. Plano Diretor de Regionalização (PDR). Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde, 2007.
21. _____. Carteira de serviços hospitalares do SUS/MG. Belo Horizonte, Março, 2010. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br>>. Acesso em: 29 nov. 2010.
22. Marques AJS *et al.* (orgs). O choque de gestão na saúde em Minas Gerais.
23. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde em Minas Gerais, 2009. 324p.
24. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009. 848p.
25. Menicucci TMG (coord) *et al.* Regulação da assistência à saúde: o caso de Minas Gerais. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 2005.
26. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Programação Pactuada e Integrada da Assistência - PPI/MG. Belo Horizonte: Superintendência de Regulação Gerência de Programação Assistencial, 2008. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br>>. Acesso em: 29 nov. 2010.
27. _____. Secretaria de Estado de Saúde. Anexo III: adscrição e população dos municípios por macrorregião e microrregião de saúde. In: Deliberação CIB-SUS/MG nº. 618, de 09 de dezembro de 2009. Disponível em: <www.saude.mg.gov.br/cib>. Acesso em: 29 nov. 2010.
28. _____. Secretaria de Estado de Saúde. Sistema Estadual de Regulação Assistencial de Minas Gerais: SUS fácil MG. Belo Horizonte, 2009. 24p. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/pdf>>. Acesso em: 29 nov. 2010.
29. Prado SRLA, Fujumori E, Cianciarulo TI. A prática da integralidade em modelos assistenciais distintos: estudo de caso a partir da saúde da criança. Texto Contexto Enfermagem: Florianópolis, 2007. Jul./Set; 16(3): 399-407.

30. Rossini F P, Ferraz C A. Estudo das internações de urgência com enfoque demográfico-epidemiológico em hospital público. Rev. RENE, 2009, Oct./Dec. 10(4):77-86.
31. Santos FP, Merhy EE. Public regulation of the health care system in Brazil - a review. Interface - Comunic., Saúde, Educ. Comunic., Saúde, Educ. Jan./Jun. 2006, 10 (19): 25-41.
32. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Internações hospitalares por causas externas no Estado de São Paulo em 2005. Rev SaúdePública, 2007; 41(1): 163-6.

Abstract

Objective: To study the profile of requests for transfer to hospital emergency rooms in regulated and accomplished by the Central Regulatory (CR) of the Regional Health Management of Governador Valadares (GRS / GV) - MG from January 1 to 31 December 2007 aimed to survey the type of procedure that demanded more attention to SUS users outside the health micro-region to which they belong and identify potential care gaps, and provide an overview of the operationalization of the Central Regulatory Regional Health Management for Gov. Valadares in its first year of operation.

Methodology: The study was retrospective, totaling 1,165 requests for transfer to hospital and put into effect that were regulated by the Central Regulation of GRS / SGS in the period from January 1 to December 31, 2007. A survey was conducted in SUSFácil database, which is software developed by information technology company contracted by the State Secretariat of Health of Minas Gerais - SES / MG. This research has generated a report where they were extracted the variables that composed the study, namely: gender of the patient, time of request; months of the request, the municipality and the local hospital, county and hospital destination, request causes of hospitalization for procedures classified according to ICD 10 chapters. The collected data were tabulated using Epi Info and Excel 2007.

Results: The main results were: 1058 requests were made to the council of Gov. Valadares and 107 the city of Belo Horizonte, females represented 68% of the population studied, the CR of the GRS / GV regulated requests from 12 counties outside the East macro-region, pregnancy and puerperium were the leading causes of hospitalization for solicitation, followed by diseases of the connective tissue and Osteomuscular; neoplasms (tumors), nervous system diseases, diseases of the cardiovascular system and some neonatal diseases were responsible the highest number of hospitalizations in Belo Horizonte, the macro-region east attended 91% of requests.

Conclusions: The macro region east answered satisfactorily referenced demand, the number of requests covered was small compared to all hospitalizations in the same period (SIH) due to the short implementation time of the CR and the habit of managers to send their patients without Prior consultation on beds; inconsistency in the operation of the information system generated occurrence of exclusive women's clinic procedures in male patients, need to implement public policies to decrease the occurrences of Osteomuscular system and connective tissue, lack of beds in intensive care units Adult and Neonatal Intensive Care (ICU and NICU), absence of service for highly complex circulatory system diseases (clinical and surgical) to the SUS users.