

Anexo I – Deliberação CIB/PR Nº 363/2013

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE SISTEMAS

SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

COMPLEXO REGULADOR DO ESTADO DO PARANÁ

NORMA OPERACIONAL DE REGULAÇÃO MÉDICA

CURITIBA

2013

INTRODUÇÃO

A regulação médica do acesso dos pacientes aos diferentes pontos do Sistema de Saúde é um instrumento de gestão essencial para a garantia de assistência qualificada e resolutiva a ser disponibilizada para toda a população. Esta atividade médica cumpre papel preponderante na organização da Rede de Assistência, visando à eficiência e eficácia do cuidado, desde a determinação do diagnóstico correto, até o tratamento do quadro clínico, em tempo oportuno, contribuindo para a racionalização do fluxo assistencial e garantindo a qualificação do processo assistencial com economia de escala e otimização da capacidade instalada.

PLANO ESTADUAL DE SAÚDE – PES 2012-2015

ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

No início de 2011, foi colocado em prática o planejamento voltado à reorganização da assistência em todo Estado do Paraná. Dentre os vários problemas observados, destacavam-se a fragmentação dos processos assistenciais, a desarticulação entre os pontos de atenção e a oferta inadequada de serviços comprovada pela existência de grandes vazios assistenciais, o que dava mostras da insuficiência de regulação de todo o sistema de saúde. Tais fatores foram considerados responsáveis por índices significativos de mortalidade infantil e materna em várias regiões do Estado, e da elevada incidência e mortalidade de doenças cardio-cérebro-vasculares e de trauma em toda a população. Dessa forma, desenvolveu-se o processo de Planejamento Estratégico de toda a Secretaria de Estado da Saúde, destinado a orientar as ações de toda equipe gerencial no trabalho de reorganização e implemento qualitativo da assistência integral às necessidades da população.

A ação prioritária da SESA, em consonância com seu planejamento, e visando modificar amplamente a realidade vigente, foi voltada à implantação de Redes Assistenciais, como estratégia destinada a prover assistência qualificada à população, trabalhando no sentido de implantar um modelo de atenção integral à saúde aos paranaenses no âmbito do SUS, com garantia de acesso e resolutividade. Para alcançar este objetivo faz-se necessário superar a fragmentação das ações e serviços com a implementação das Redes de Atenção à Saúde, definidas como *“arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.”* (NT/MS 2011).

Assim como nas demais áreas do Sistema de Saúde, também há fragmentação no setor de urgência e emergência, haja vista que o mesmo é executado por diferentes serviços, de natureza pública (municipal, estadual ou federal) ou privada. Apesar da prestação de grande número de atendimentos, conforme a produção observada, ainda não se observam critérios adequados de qualidade e segurança assistencial. Os serviços pré-hospitalares, como o SIATE e o SAMU, ainda não oferecem cobertura populacional adequada, e pelo fato de não trabalharem integrados e sob coordenação unificada, observa-se superposição de estruturas assistenciais ou mesmo inexistência das mesmas. O financiamento tripartite desse componente leva à necessidade de pactuação, obrigando dessa forma a gestão compartilhada do serviço, o que ainda não se observa em muitos municípios e regiões.

O atendimento às demandas emergenciais pelo SAMU/SIATE tem um tempo-resposta variável, na dependência do fluxo de chamadas, que tende a ser maior nos horários de grande circulação da população, originando tempos de espera longos e obrigando a priorização dos chamados pelo médico regulador. Notadamente no trauma, esses fatos levam à sobrecarga momentânea da rede assistencial, que se dilui à medida que as unidades gerenciam sua demanda interna e ampliam a capacidade de atendimento. Outrossim, o atendimento prestado pelas USAVs é essencial para a segurança dos pacientes, porém há possibilidade de otimização do resultado mediante ação integrada com os SAMUs regionais. Este fator pode potencializar o alcance do serviço e ampliar o acesso da população a esse nível de assistência.

A REDE PARANÁ URGÊNCIA

A atenção à urgência e emergência constitui-se um importante componente da assistência à saúde da população e deve ser estruturada para oferecer uma resposta rápida e qualificada. Portanto, todas as portas de entradas dos serviços de saúde do SUS devem acolher o cidadão acometido de um agravo súbito a saúde oferecendo atenção qualificada e resolutiva dentro de um sistema regulado e hierarquizado. A organização da Rede Paraná Urgência é compromisso prioritário entre as metas pactuadas pela Secretaria de Estado da Saúde junto ao Governo do Estado do Paraná, estratégia de ação convergente com a atual política nacional de urgência, registrada na publicação das Portarias Ministeriais (Portarias GM/MS 2.048/2002, 1.600/2011, 2.395/2011, 1.010/2012, 342/2013, 1.366/2013, entre outras). Esta intervenção visa não somente superar a fragmentação das ações e serviços de saúde, mas também desenvolver medidas relacionadas à prevenção, promoção e vigilância em saúde.

DIRETRIZES GERAIS DA REDE PARANÁ URGÊNCIA:

1. Organização da Atenção Primária em Saúde em todos os municípios, de forma a ter equipe de Atenção Primária de referência para 100% da população;
2. Implantação da Classificação de Risco em todos os Níveis de Atenção, com adoção da metodologia Manchester no Estado;
3. Estabelecimento de parâmetros de atendimento, com definição de tempo-resposta, segundo critérios técnico-assistenciais contemporâneos;
4. Estabelecimento das competências de cada Ponto de Atenção, que devem ser garantidas pelos gestores;
5. Definição do Modelo de Atenção por Linhas de Cuidado, com prioridade para as Cardiovasculares, Cerebrovasculares e Traumatismos;

6. Definição dos pontos de atenção secundários e terciários, regionalizados e articulados, com implantação de transferência sob regulação;
7. Monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços através de indicadores de desempenho que investiguem a efetividade e a resolutividade da atenção;
8. Implementação de pactuações interestaduais, quando aplicável para o sistema de emergência;
9. Adoção de Planos de Manejo de Desastres e Catástrofes;
10. Definição e implantação de Programa de Educação Permanente para as equipes de Saúde na Atenção às Urgências.

COMPONENTES DA REDE PARANÁ URGÊNCIA:

1. Componente Promoção, Prevenção e Vigilância
2. Componente Atenção Primária em Saúde
3. Componente Serviço de Atendimento Móvel de Urgência / SAMU
4. Componente Atendimento Aeromédico
5. Componente Sala de Estabilização
6. Componente UPA / Unidades 24 horas
7. Componente Portas de Urgência Hospitalares
8. Componente Atenção Domiciliar
9. Componente Telemedicina
10. Componente Complexo Regulador

AÇÕES PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA REDE PARANÁ URGÊNCIA:

1. Ampliação e qualificação do componente hospitalar do SUS na área de Urgência e Emergência, ampliando os serviços assistenciais de urgência, compreendendo: aumento do número de leitos de UTI adulto e pediátrico, leitos de retaguarda clínico-cirúrgica, serviços hospitalares de emergência/pronto socorros, instalação de helipontos, e ampliação do parque de equipamentos diagnósticos e terapêuticos, por meio das ações do programa de apoio aos hospitais públicos e filantrópicos HOSPSUS.
2. Implantação do Complexo Regulador da Assistência com construção, ampliação e reforma de área física das Centrais SAMU e Centrais de Leitos, promovendo integração com outros serviços de urgência pública – segurança, e implantação do sistema operacional de gestão e regulação da assistência, integrando toda a rede assistencial.
3. Implantação e consolidação de 12 SAMUs regionais: Litoral (Paranaguá), Metropolitano (Curitiba), Campos Gerais (Ponta Grossa), Guarapuava, Sudoeste (Pato Branco), Oeste (Cascavel), Fronteira (Foz do Iguaçu), Noroeste (Umuarama), Norte Novo (Maringá), Norte (Londrina), Centro-norte (Apucarana), Norte Pioneiro (Cornélio Procópio); e repasse de recursos para financiamento SAMU Regional.
4. Implantação de atendimento e resgate aeromédico com helicópteros vinculados aos SAMUs/SIATEs e serviço de transporte aéreo de pacientes críticos com aeronave qualificada.
5. Implementação de serviço de trauma / resgate – SIATE, mediante a ampliação e qualificação do serviço do SIATE, vinculando-o aos SAMUs Regionais, garantindo a regulação médica de todas as ambulâncias da frota.

6. Implementação do serviço de transporte inter-hospitalar, qualificando o serviço de transporte de pacientes críticos, integrando-o aos SAMUs Regionais e ampliando sua capacidade de intervenção.
7. Qualificação das equipes assistenciais de toda a rede de Urgência, Emergência, bem como das equipes de Vigilância em Saúde, abrangendo o processo de classificação de risco e protocolos assistenciais.
8. Implantação da classificação de risco em todos os pontos de atenção, a partir da atenção primária e estendendo-se a todos os demais.
9. Desenvolvimento e implantação de protocolos assistenciais na urgência e emergência baseado em evidências científicas, em todos os pontos de atenção da rede.
10. Implantação de telemedicina/linhas de cuidado cardio-cerebro-vascular e trauma em serviços de referência nas três linhas de cuidado, garantindo suporte especializado para o processo de diagnóstico e de intervenção emergencial.
11. Implantação de núcleo técnico de manejo de desastres, qualificando a resposta mediante equipamentos e protocolos técnicos e de gestão, potencializando a resposta do SAMU e do SIATE, e da Vigilância em Saúde, agregando à ação Defesa Civil.
12. Implantação de estratégias de prevenção de agravos e de eventos adversos em saúde de qualquer natureza, com desenvolvimento de ações intersetoriais voltadas à redução da incidência de agravos à saúde, com foco nas maiores causas de morbimortalidade, inclusive os relacionados ao trabalho.
13. Desenvolvimento da Operação Verão Saúde anual
14. Estruturação da rede assistencial e de Vigilância em Saúde para o atendimento ao evento da Copa do Mundo 2014, e, outros eventos de grande densidade populacional.

Metas e Indicadores estabelecidos para o período 2012-2015

Metas		Indicador
2012	2013-2015	
Reduzir em 0,5% a taxa de mortalidade por causas externas, em relação a 2010.	Reduzir, até 2015, em 2,9% a taxa de mortalidade por causas externas, em relação a 2010.	Taxa de mortalidade por causas externas, exceto violências.
Reduzir em 1% a taxa de mortalidade por doenças cardio e cerebrovasculares, em relação a 2010, na faixa etária de 0 a 69 anos	Reduzir, até 2015, a taxa de mortalidade por doenças cardio e cerebrovasculares em 4%, em relação a 2010, na faixa etária de 0 a 69 anos	Taxa de mortalidade por doenças cardio e cerebrovasculares na faixa etária de 0 a 69 anos.
60% da população coberta pelo SAMU	100% da população coberta pelo SAMU.	Cobertura populacional do SAMU no estado do Paraná
10% das unidades de saúde com serviço de notificação da violência doméstica, sexual e outras formas de violências.	30% das unidades de saúde com serviço de notificação da violência doméstica, sexual e outras formas de violências.	Percentual de unidades de saúde com serviço de notificação de violência implantada.
30% das internações de urgência e emergência reguladas pela central de regulação	50 % das internações de urgência e emergência reguladas pela central de regulação	Proporção de internações de urgência e emergência reguladas

A REGULAÇÃO MÉDICA E O COMPLEXO REGULADOR DA ASSISTÊNCIA

O controle de acesso do paciente ao Sistema de Saúde deve garantir a equidade na alocação de recursos, além de priorizar os casos mais graves em que o tempo-resposta do atendimento deve ser mais curto. A simples existência de Centrais de Regulação de Emergência do SIATE e do SAMU, e das Centrais de Leitos Macrorregionais e Estadual, não garante a necessária continuidade do cuidado aos pacientes, notadamente quando há concorrência das demandas de emergência, urgência e eletivas pelo mesmo leito. Os atuais sistemas operacionais, bem como fluxos de trabalho não interconectados, permitem a gestão parcial de pequena porção da demanda, o que por si só inviabiliza o controle de fluxo e a adoção de medidas assistenciais oportunas. Desta forma, a implantação de um Complexo Regulador da Assistência, criando as necessárias interfaces entre os diferentes níveis de gestão e controle, permitirá implemento significativo no processo de assistência qualificada às demandas da população.

COMPLEXO REGULADOR DO ESTADO DO PARANÁ

NORMA OPERACIONAL DE REGULAÇÃO

CONCEITOS ESTABELECIDOS

Regulação médica: ato médico de identificar e controlar o acesso dos usuários aos diferentes serviços de saúde, tanto em caráter de urgência quanto eletivo.

Situação de Urgência: situação clínica aguda em que se caracterize risco para o paciente. A qualificação da urgência é realizada mediante a análise de três fatores principais:

- **Gravidade da doença** – diz respeito ao potencial de dano causado pela doença. Pode variar desde situações sem gravidade (quadros auto-resolutivos, sem geração de sequelas de qualquer ordem) até risco de morte em virtude da doença, com ou sem tratamento adequado. A determinação da gravidade da doença é dependente do seu **DIAGNÓSTICO DEFINITIVO**, que, em não estando estabelecido, determina a adoção de medidas terapêuticas considerando-se o **DIAGNÓSTICO SINDRÔMICO**.
- **Necessidade de recursos assistenciais** – diz respeito à qualificação dos recursos necessários ao manejo definitivo do episódio de urgência, sendo fator decisivo para o prognóstico final do tratamento – mesmo que haja necessidade de complementação terapêutica em caráter eletivo ou prolongado. Pode variar desde atendimento clínico simples, mediante consulta médica sem administração medicamentosa ou observação, até a necessidade de procedimentos invasivos de alta complexidade em caráter emergencial. A necessidade de recursos deve ser estabelecida para aquisição de quadro de **ESTABILIDADE CLÍNICA** – compreendida como situação clínica em que o paciente apresente normalidade de dados vitais

(vias aéreas abertas, respiração adequada às suas necessidades metabólicas / manutenção de oxigenação sistêmica normal, circulação capaz de manter a perfusão sistêmica normal). Os critérios terapêuticos essenciais para definir **ESTABILIDADE CLÍNICA** devem incluir:

- Manejo das vias aéreas com ou sem auxílio de órteses (cânulas orofaríngeas, entubação endotraqueal via oral ou cirúrgica, etc);
 - Administração de oxigênio suplementar de acordo com a necessidade do paciente, mantendo PaO₂ dentro dos limites normais;
 - Ventilação adequada na frequência normal para a idade e volume corrente adequado ao peso, com ou sem utilização de equipamentos, com tratamento emergencial de pneumo ou hemotórax para viabilizar a reexpansão pulmonar;
 - Ausência de sangramento ativo externo ou interno, controlado mediante procedimentos compressivos, ou ato cirúrgico adequado;
 - Manutenção de circulação adequada às necessidades metabólicas, mediante acesso seguro ao sistema circulatório, reposição volêmica, uso de drogas ou procedimentos voltados ao restabelecimento da frequência cardíaca normal para a idade;
 - Manutenção e controle da temperatura corporal normal;
 - Identificação e manejo emergencial de doenças neurológicas agudas, mediante uso de drogas ou ato cirúrgico adequado;
 - Confirmação do quadro mediante exames complementares necessários e disponíveis na instituição – laboratoriais, gráficos e de imagem;
 - Equipe assistencial médica e de enfermagem responsáveis presente em tempo integral.
- **Tempo máximo admissível** para interposição das medidas assistenciais de urgência buscando a ESTABILIDADE CLÍNICA e das medidas assistenciais definitivas, para tratamento integral da doença e recuperação possível do paciente.

- **Situação eletiva:** condição em que o paciente, mesmo portador de moléstia grave, não apresenta risco elevado de desenvolvimento de quadro de urgência em decorrência da doença-base.

A REGULAÇÃO DO ACESSO DO PACIENTE AO SERVIÇO ASSISTENCIAL

A operação do Sistema de Regulação pode ser dividida em quatro áreas principais, que, no seu conjunto compõem o **COMPLEXO REGULADOR**. São elas:

- 1. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA**
- 2. GESTÃO DE LEITOS ESPECIALIZADOS**
- 3. GESTÃO DO FLUXO DE ACESSO AOS DIFERENTES SERVIÇOS ASSISTENCIAIS**
- 4. GESTÃO ADMINISTRATIVA / FINANCEIRA E AUDITORIA**

Estas três áreas de atuação devem operar mediante protocolos operacionais integrados, visando à máxima eficiência de gestão do acesso do paciente ao serviço médico mais qualificado e resolutivo possível. A existência de **CENTRAIS DE REGULAÇÃO** se justifica para fazer face às duas primeiras ações, pois tem em comum a necessidade de operação ininterrupta. A regulação do acesso do paciente aos serviços de urgência deve buscar, em primeiro lugar, a possibilidade de tratamento emergencial para viabilizar **ESTABILIDADE CLÍNICA**; em segundo lugar, a confirmação diagnóstica imprescindível à continuidade do tratamento; e em terceiro lugar, a realização de procedimento terapêutico emergencial para tratamento das condições de urgência, mesmo que para isso seja necessário buscar outro serviço médico. Não é possível encerrar a regulação das situações de urgência, e por conseguinte, iniciar a regulação da situação eletiva, enquanto

perdurar risco considerável de desenvolvimento de novo quadro urgente em decorrência do diagnóstico estabelecido até então.

Em decorrência desse conceito, se considera **PAPEL ESPERADO DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA**, a capacidade de:

- Acolher o paciente imediatamente, realizando processo de classificação de risco para priorizar o atendimento dos casos mais críticos, organizando a assistência, e assim minimizando o risco de erro assistencial;
- Estabelecer de imediato o diagnóstico definitivo do quadro de urgência, e se possível da doença-base, confirmando ou afastando as situações clínicas suspeitas e que deram origem ao encaminhamento do paciente ao Serviço;
- Aplicar eficientemente as medidas terapêuticas de urgência necessárias e acessíveis, dentro de seu perfil assistencial, de forma ambulatorial ou mediante internação;
- Encaminhar o paciente para continuidade terapêutica, dentro da própria instituição ou para outra, integrada à Rede de Assistência de Urgência.

Em suma: **acolhimento, diagnóstico, tratamento, encaminhamento.**

1. O ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

A regulação médica do atendimento de urgência tem duas origens:

- Atendimento primário – são as situações clínicas oriundas de urgências percebidas pela população, em geral não qualificadas, em que o relato carece de confirmação diagnóstica e mesmo de confiabilidade do interlocutor. Nestas situações, se trabalha com um diagnóstico sindrômico, e as situações de risco provável são manejadas mediante atendimento móvel utilizando equipes assistenciais de enfermagem ou médicas, e em seguida o encaminhamento dos pacientes para serviços de urgência qualificados (acolhimento, diagnóstico, tratamento, encaminhamento). Após o atendimento inicial, deve ter seguimento o tratamento definitivo do quadro urgente, baseado no diagnóstico definitivo. Este tratamento pode se dar no mesmo serviço ou não – e a finalização dessa regulação se dá quando o paciente está acolhido e tratado definitivamente.
- Atendimento secundário – são as situações clínicas oriundas de serviços médicos, e nesse caso já existe um diagnóstico inicial (mesmo que incompleto ou inexato) e uma percepção mais apropriada do quadro de urgência e do risco do paciente. O objetivo da regulação, nesta situação, é validar o quadro de urgência, e viabilizar o acesso do paciente ao serviço assistencial mais apropriado possível, a fim de que o tratamento possa ser iniciado o mais rapidamente possível, buscando o tempo-resposta mais próximo do ideal.

Dessa forma, o processo de regulação deve incorporar todas as atividades descritas a seguir, estratificados como **ETAPAS OPERACIONAIS DA REGULAÇÃO DE URGÊNCIA:**

1. Identificação de uma situação de urgência. Considerar os fatores abaixo.
 - a. Atendimento primário ou secundário;
 - b. Quantidade de possíveis vítimas / pacientes;

- c. Percepção médica inicial do risco:
 - i. Risco elevado
 - ii. Risco moderado
 - iii. Sem risco
 - d. Percepção médica inicial de gravidade da situação:
 - i. Gravidade elevada
 - ii. Gravidade moderada
 - iii. Sem gravidade
 - e. Condição assistencial imediata existente:
 - i. Nula (via pública, sem qualquer profissional de saúde acessível);
 - ii. Insuficiente (paciente em condição aguda, com alguma assistência adotada, porém não suficientes para o caso);
 - iii. Suficiente (paciente em condição aguda, com medidas assistenciais iniciais adequadas, porém sem acesso ao tratamento emergencial definitivo);
2. Localização do paciente: confirmação do local onde se encontra.
- a. Serviço de Saúde identificado
 - b. Coordenada geográfica (se possível, para acesso de equipe aeromédica)
 - c. Via pública
 - i. Referências geográficas para acesso das equipes móveis
 - ii. Condições de acesso – distância, barreiras geográficas (rio / mar / montanha / área rural / etc), condições de risco (contaminação ambiente, locais com segurança precária, etc)
3. Avaliação de risco potencial do quadro.
- a. Diagnóstico:
 - i. Inexequível
 - ii. Não confirmado (suspeita diagnóstica, diagnóstico sindrômico)
 - iii. Possível no local ou não
 - iv. Conclusivo / estabelecido / confirmado

- b. Gravidade da doença de acordo com o diagnóstico possível:
 - i. Definida (elevada, moderada, não grave)
 - ii. Provável
 - c. Recursos terapêuticos necessários:
 - i. Manejo inicial emergencial
 - ii. Manejo continuado, não emergencial, mas necessário em tempo limitado dependente do estágio evolutivo da doença (clínico, cirúrgico, internação, UTI, procedimento de alta complexidade, etc)
 - d. Tempo máximo admissível para início do tratamento, em face da geração de sequelas ou óbito:
 - i. Imediato / emergencial
 - ii. Continuado (cirurgia urgente, procedimento especializado, etc)
4. Viabilização do acesso efetivo do paciente.
- a. Para complementação diagnóstica;
 - b. Para tratamento Emergencial;
 - c. Para tratamento urgente / continuado;
 - d. Para tratamento eletivo;
5. Determinação do meio de atendimento e transporte necessário até o acesso efetivo ao serviço médico definitivo.
- a. Complexidade requerida (Suporte avançado, suporte básico, simples remoção)
 - b. Disponibilidade de acordo com a complexidade exigida (imediate, retardada, porém em tempo hábil, inexecutável no tempo exigido, agendamento eletivo)
 - c. Modalidade (terrestre / aéreo / aquaviário)
6. Controle operacional / gestão do deslocamento da Unidade Móvel.
- a. Prontidão (equipe, veículo, abastecimento, insumos, equipamentos, manutenção, etc)
 - b. Acionamento (dados clínicos, localização, direcionamento e apoio)

- c. Informações do paciente pela equipe móvel (no local do evento, durante o transporte, na chegada ao destino)
- d. Deslocamento ao Serviço Médico de destino
- e. Controle de tempo e deslocamento (rota seguida, acionamento, no local, deslocamento ao destino, chegada ao destino, liberação)

A reorganização do processo de regulação dos quadros urgentes deve incorporar as atividades rotineiras das atuais Centrais de Regulação Médica de Urgência dos SAMUs, porém não se limita às mesmas. O processo de regulação possui duas ações complementares: a regulação da urgência, e o controle operacional da frota assistencial. Enquanto a primeira envolve a solicitação, a situação clínica do doente, a gestão da assistência imediata e continuada do paciente e a gestão do acesso ao serviço médico de urgência incluindo o tratamento definitivo, a segunda se restringe aos aspectos logísticos do atendimento e do transporte. Ambas são igualmente relevantes, porém a segunda tem sua significância apenas quando integrada e complementar à primeira.

Em geral, a regulação da urgência envolve casos agudos, ou agudização de casos crônicos. Dentre os principais casos agudos, são prevalentes e de maior relevância, e foco de atenção integral da regulação com vistas ao estabelecimento do diagnóstico, medidas de estabilização clínica, assistência de urgência:

- Emergências cardiovasculares;
- Trauma há menos de 72 horas e sem tratamento prévio adequado;
- Insuficiência respiratória;
- Alterações de consciência;
- Quadros neurológicos súbitos;
- Quadros psiquiátricos;
- Casos cirúrgicos – abdômen agudo de qualquer etiologia, insuficiência circulatória, etc;
- Intercorrências obstétricas;
- Parto prematuro;

- Prematuridade;
- Alterações funcionais súbitas, etc;

O controle operacional da frota, por sua vez, inclui não somente o manejo da frota de urgência, mas também a frota aeromédica / aquaviária e as atividades de atendimento programado ou eletivo, quando envolverem sua frota operacional.

O processo de regulação médica da urgência tem início a partir da identificação do quadro por parte da equipe de regulação, e só se encerra, portanto, após o acolhimento definitivo do paciente no serviço médico capaz de prover a assistência emergencial necessária para a estabilização clínica do paciente, mesmo sem leito ainda disponível para internação. A partir desta etapa, tem início a regulação de acesso ao leito especializado.

2. A GESTÃO DE LEITOS ESPECIALIZADOS

O direcionamento de pacientes para continuidade terapêutica mediante internação hospitalar em leitos especializados só pode ser adotado após o atendimento inicial e estabilização clínica, onde as situações de urgência tenham sido devidamente controladas, seja através de medidas terapêuticas em caráter ambulatorial ou hospitalar, o que pode incluir frequentemente a realização de procedimentos cirúrgicos de emergência. A ocupação de leito hospitalar é decorrência direta da modalidade terapêutica necessária para o paciente. Esta, por sua vez, só é viável após a determinação do diagnóstico definitivo (preferencialmente) ou sindrômico, e após os procedimentos emergenciais. Não é possível condicionar a medida diagnóstica ou terapêutica de urgência à pré-existência de leito para internação. Não é adequado cercear o acesso do paciente à medida de estabilização clínica condicionando-a à existência de um recurso ou modalidade terapêutica que sequer esteja definitivamente estabelecida como imprescindível. A busca de leito especializado, portanto, deve ser amparada em um sistema gerencial efetivo, utilizado por equipe de regulação experiente, e concretizada assim que o paciente for retirado da condição de urgência.

Desta conceituação depreende-se o papel integrado e complementar da regulação de leito especializado em função da regulação da urgência.

A regulação do acesso eletivo ao leito especializado, por sua vez, deve ser realizada através do mesmo sistema operacional, para garantir a gestão integral do processo, porém sem a necessidade do provimento da assistência emergencial prévia para o paciente. Desta forma, não há necessidade de execução da atividade em uma Central de Regulação com funcionamento ininterrupto, podendo ser exercida em ambiente diverso, de caráter administrativo. No entanto, é necessário estabelecer o critério de ocupação preferencial dos leitos disponíveis para o atendimento eletivo, em face da necessidade da assistência emergencial.

3. A GESTÃO DO FLUXO DE ACESSO AOS DIFERENTES SERVIÇOS ASSISTENCIAIS

O controle de fluxo abrange as seguintes atividades:

URGÊNCIA

1. Atendimento pré-hospitalar
 - a. SAMU: atendimento de urgência com geração do Código de Acesso de Urgência SAMU: CAU-S
 - b. O CAU-S libera automaticamente o CAU-P e AIH on-line
2. Notificação de atendimento em Unidade de Urgência
 - a. PS / PA
 - b. UPA / CMUM
 - c. Geração do Código de Acesso de Urgência PS: CAU-P
3. Solicitação de internamento em Unidade Hospitalar
 - a. AIH on-line
 - b. Pré-requisitos para liberação: CAU-S, CAU-P, CAE

ELETIVO

Consulta eletiva

- a. Controle e parametrização de oferta de serviços
- b. Controle e acompanhamento da demanda
- c. Geração do Código de Acesso Eletivo: CAE

4. A GESTÃO ADMINISTRATIVA / FINANCEIRA E AUDITORIA

A gestão administrativa tem a finalidade de acompanhar o desempenho assistencial e financeiro dos serviços assistenciais e abrange:

1. Análise de compatibilidade – auditoria
 - a. AIH on-line
 - b. Procedimentos especiais
 - c. Liberação de procedimentos
2. Gestão financeira
 - a. Teto físico-financeiro
3. Cadastro de prestadores
 - a. CNES
 - b. Referências / pactuações
 - c. Redes assistenciais