



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE
MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Luana Bassetto Martin

Sistema de regulação: Gestão dos encaminhamentos a um hospital de
referência

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”,
Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em
Enfermagem.

Orientadora: Prof(a). Ass(a). Carmen Maria Casquel Monti Juliani

**Botucatu
2019**

Luana Bassetto Martin

Sistema de regulação: Gestão dos encaminhamentos a um hospital de referência

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof(a). Ass(a). Carmen Maria Casquel Monti Juliani

Botucatu
2019

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

Martin, Luana Bassetto.

Sistema de regulação: Gestão dos encaminhamentos a um hospital de referência / Luana Bassetto Martin. - Botucatu, 2019

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Carmen Maria Casquel Monti Juliani
Capes: 40406008

1. Enfermagem. 2. Acesso aos serviços de saúde. 3. Encaminhamento e consulta. 4. Gestão em saúde.

Palavras-chave: Acesso aos serviços de saúde; Enfermagem; Referência e Consulta.

Agradecimentos

Agradeço a DEUS pela oportunidade de colocar pessoas maravilhosas e abençoadas no meu caminho que sempre me incentivam, desde pequena, e me ensinam que precisamos nos esforçar para conquistar novos horizontes.

A minha FAMÍLIA e AMIGOS pelo incentivo, motivação, apoio, compreensão, força e pelo amor incondicional que nos une.

A todos os PROFESSORES que fizeram parte da minha jornada, desde o colégio, por me fazer acreditar no meu potencial, a corrigir os erros e aprender com eles, a não desistir e a persistir na busca do meu sonho.

A minha orientadora- CARMEN, pela paciência, calma e confiança, uma inspiração de profissional.

Aos profs José EDUARDO e HELOISA pela contribuição com as análises estatísticas.

A todos os DOCENTES E FUNCIONÁRIOS do departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu pelo apoio a formação acadêmica.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Levo comigo um pouco de cada um, sou eternamente grata por conhecê-los.

“Tudo o que pedirdes com fé na
oração, vós o alcançareis”.
Matheus 21:22

RESUMO

MARTIN, L.B. **Sistema de regulação: Gestão dos encaminhamentos a um hospital de referência.** Dissertação (Mestrado acadêmico) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2019.

INTRODUÇÃO: A regulação de acesso é compreendida como importante ferramenta de gestão do sistema de saúde. **OBJETIVO:** Conhecer o perfil e demanda de urgência e emergência encaminhadas a um serviço de alta complexidade antes e após um sistema de regulação. **MÉTODO:** Estudo transversal, avaliando, por meio de análise estatística, dois períodos o primeiro de março de 2015 a setembro de 2016 e o segundo de outubro de 2016 a abril de 2018. **RESULTADOS:** Houve predominância dos moradores de Botucatu sendo 82% adultos e as especialidades mais buscadas foram oftalmologia, clínica médica e ortopedia. 10450 casos foram regulados pela Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde, em análise comparativa do período anterior e posterior da implantação da plataforma notou-se aumento na demanda de atendimento dos municípios e na distribuição das especialidades solicitadas. Das solicitações aceitas e encaminhadas ao Hospital das Clínicas prevaleceu o público masculino e as principais hipóteses diagnósticas foram relacionadas à fratura, trauma, afecções cardíacas e acidente vascular cerebral. Após realizou-se um cálculo amostral que evidenciou 12,5% a realização de contrarreferência, analisando a amostra a maioria eram homens com média de idade de 40 anos e o tempo médio de regulação dos casos foi de 1 hora, 43 minutos e 48 segundos com as principais queixas relacionadas à fratura, dor abdominal, infarto agudo do miocárdio e dispneia. **CONCLUSÃO:** Houve diferença significativa comparando os dois períodos, evidenciando o aumento após a inserção da plataforma, contribuindo na regulação e fluxo do paciente considerando o planejamento de estratégias juntamente com a análise de estrutura dos serviços respeitando o dinamismo da demanda e características encontradas.

Descritores: Enfermagem; Acesso aos serviços de saúde; Referência e Consulta.

ABSTRACT

MARTIN, L.B. Regulation system: Management of referrals to a referral hospital.
Dissertation (Academic Master) - Faculty of Medicine of Botucatu, State University of São Paulo, Botucatu, 2019.

BACKGROUND: Access regulation is understood as an important health system management tool. **AIM:** To know the profile and demand of urgency and emergency sent to a high complexity service before and after a regulation system. **METHOD:** Cross-sectional study, evaluating, through statistical analysis, two periods from March 2015 to September 2016 and the second from October 2016 to April 2018. **RESULTS:** Population of Botucatu was predominantly 82% and specialties most sought were ophthalmology, medical clinic and orthopedics. 10450 cases were regulated by the Central of Regulation of Health Service Offerings, in a comparative analysis of the period before and after the implementation of the platform, there was an increase in the demand for care of the municipalities and in the distribution of the specialties requested. Of the requests accepted and sent to Hospital das Clínicas, the male public prevailed and the main diagnostic hypotheses were related to fracture, trauma, cardiac affections and stroke. After a sample calculation that showed a 12.5% counterreference, the sample was mostly men with a mean age of 40 years and mean time to regulate the cases was 1 hour, 43 minutes and 48 seconds with the main complaints related to fracture, abdominal pain, acute myocardial infarction and dyspnea. **CONCLUSION:** There was a significant difference comparing the two periods, evidencing the increase after the insertion of the platform, contributing to the regulation and flow of the patient considering the planning of strategies together with the analysis of the structure of the services respecting the dynamism of the demand and characteristics found.

Keywords: Nursing; Access to health services; Reference and Consultation.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	09
2. OBJETIVO	
2.1- Objetivo Geral	14
2.2- Objetivos Específicos.....	14
3. MÉTODO	
3.1- Local de Estudo	15
3.2- Coleta de Dados.....	17
3.3- Análise dos Dados	17
3.4- Procedimentos Éticos.....	18
4. RESULTADOS	19
5. DISCUSSÃO	25
6. CONSIDERAÇÕES PARCIAIS.....	28
7. REFERÊNCIAS	30
8. ANEXOS	
8.1- Anexo 1: Planilha de coleta de dados 1	34
8.2- Anexo 2: Planilha de coleta de dados 2	35
8.3- Anexo 3: Solicitação de dispensa do consentimento livre e esclarecido	36

Introdução

1. INTRODUÇÃO

O acesso e a regulação ainda são considerados importantes desafios a serem superados na constituição das Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Tais desafios são permeados pelas formas de comunicação estabelecidas (ou não) entre os serviços, as quais contribuem na acessibilidade do usuário.

De acordo com BARBOSA (2016) os usuários buscam serviços de urgência como porta de entrada do sistema de saúde devido à dificuldade de acesso e baixa resolubilidade na atenção primária juntamente com problemas relacionados à contrarreferência para acompanhamento ambulatorial, os quais contribuem na manutenção da situação problema.

COSTER (2017) em revisão analisou, especialmente em estudos oriundos dos Estados Unidos e Reino Unido, as razões que levam os usuários a procurar os serviços de emergência, sendo apontados dentre os principais fatores: acesso e confiança na atenção primária; ansiedade e percepção da urgência; influência de familiares, amigos ou profissionais de saúde; conveniência (localização, horário de atendimento, não precisar agendar); fatores individuais (ex: custo) e percepção da necessidade de internação, tratamentos ou investigações.

Uma forma de superar essas dificuldades é investir em sistemas de regulação consistentes, que auxiliem nos processos de gestão das vagas disponibilizadas para o sistema de saúde, de forma que estudos sobre o tema se fazem relevantes na conjuntura atual do SUS.

Um estudo comparando países da América Latina mostra que o sistema de referência e contrarreferência são parecidos e que todos possuem três níveis de atenção, sendo o primeiro composto por uma atenção mais generalista e que sua maior eficiência é entre os encaminhamentos entre primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção e as dificuldades são com as contrarreferências que limita o feedback entre os profissionais (FERNÁNDEZ, 2016).

O setor de saúde no Brasil pode ser considerado misto, apresentando atuação pública e privada; influenciado pelo desenvolvimento tecnológico que proporciona aumento na expectativa de vida populacional, estrutura demográfica, aumento na oferta de profissionais e de serviços de saúde e a imprevisibilidade da ocorrência de eventos que influenciam a relação da oferta e demanda; e, para equilibrar essa relação entre oferta de serviço de saúde e necessidade do paciente, a regulação se faz essencial. (ZOCRATTO, 2014).

A regulação do acesso no Pacto pela Saúde é compreendida como importante ferramenta de gestão do sistema de saúde, tendo os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) a responsabilidade de incorporar ações de regulação, garantindo o direito à saúde,

fazendo-se cumprir os princípios doutrinários do SUS. No âmbito da pesquisa científica a avaliação de serviços parece traduzir-se como um novo paradigma, como também para apontar fragilidades, potencialidades e limitações das políticas regionais e da gestão dos serviços de saúde (NARDO e JULIANI, 2012).

A regulação pode ser caracterizada do ponto de vista do acesso cotidiano do usuário (microrregulação), assim como por meio da definição das políticas nas instituições (macrorregulação) (RODRIGUES e JULIANI, 2015). Essa necessidade de regulação dos serviços também foi reforçada no Decreto 7.508 que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde.

Segundo a Portaria 1559 que institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde e aborda:

A regulação do acesso à assistência que também se denomina regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização (BRASIL, 2008).

Os estabelecimentos de saúde cresceram nos últimos anos, sendo a maioria do setor privado, as unidades de “pronto-socorro” prevalecem públicas sendo que o setor privado também direciona ao SUS esses atendimentos e também aponta o crescimento de profissionais vinculados ao SUS e a ampliação do acesso aos serviços de saúde, contudo a melhoria da qualidade do cuidado, o financiamento e a relação público-privado ainda são desafios à continuidade desse sistema (VIACAVA, 2018).

A implementação do acolhimento com a classificação de risco como instrumento na avaliação de “porta” das emergências, garantindo o alcance na qualidade do atendimento se faz necessária (SOARES, 2018).

O conhecimento do território, a articulação entre os atores que compõem regionalização, as pactuações entre os municípios se faz importante para reconhecer as necessidades de saúde e na garantia da integralidade da atenção (MENDES, 2015).

Nesse contexto do Estado de São Paulo, apresentamos a seguir o papel administrativo da regional de saúde.

Departamento Regional de Saúde (DRS)

Trata-se de uma divisão administrativa da Secretaria de Estado de Saúde que torna cada DRS responsável por coordenar as atividades no âmbito regional e promover a articulação intersetorial, com os municípios e organismos da sociedade civil; atendendo ao Decreto DOE nº 51.433, de 28 de dezembro de 2006 (BRASIL, 2006).

O estado de São Paulo é dividido em 17 macrorregiões sendo cada uma um Departamento Regional de Saúde (DRS) seguido pelo número correspondente em algarismo romano, que agregam as regiões e organizam as ações de acordo com a complexidade na atenção à saúde. O Hospital das Clínicas faz parte da DRS-VI, departamento regional de Bauru que tem por composição 5 regiões de saúde: Bauru, Avaré (conhecida como Vale do Jurumirim), Jau, Lins e Botucatu (conhecida como Polo Cuesta), sendo a última cidade citada a principal e maior, concentrando os serviços de referência dessa região.

Cumpre-nos informar que após a coleta de dados e fechamento deste relatório de pesquisa, a região onde se insere este estudo, passou a compor um novo Departamento Regional de Saúde (DRS XVIII). Nesta nova divisão, parte da região anteriormente pertencente ao DRS VI, acima descrito, passa a compor a nova regional. De todo modo, optamos por manter ambas as descrições, por duas razões, a primeira pelo fato dos dados terem sido coletados anteriormente a essa mudança administrativa, em segundo, por se o fato muito recente e estar ainda passando por nova organização regional (SÃO PAULO, 2018).

A Regulação no Estado de São Paulo

Entende-se que a Regulação em saúde é uma necessidade absoluta no Sistema Único de Saúde- SUS, através da qual são operadas as pactuações entre Municípios e Regiões da unidade federada (NASCIMENTO, 2009). A ação do Estado em função do interesse público é observada quando a regulação, basicamente, se referir à ação de uma agência pública sobre serviços de valor para a coletividade; essa ação presume uma autoridade pública formalmente constituída que centraliza as ações de regulação, atuando por fora das relações comerciais e governamentais, tornando-se um instrumento de gestão pública capaz de garantir maior efetividade às ações desenvolvidas pelos sistemas de saúde (VILARINS, 2012).

Em agosto de 2010, a partir do Decreto Nº 56.061, a Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde do Estado de São Paulo (CROSS) foi criada pela Secretaria de Estado de Saúde, com a competência de fornecer informações em tecnologia para gerenciar a regulação e disponibilizar em tempo real a situação dos Hospitais para a Regulação Pré-

Hospitalar (BRASIL, 2010); instituindo-se um instrumento de gestão que possibilita a otimização de recursos e resultados em saúde (ALVES, 2013 e RIBAS, 2016). Posteriormente, o interior do estado de São Paulo, em outubro de 2016 passou a funcionar com o sistema informatizado da CROSS.

A Política Nacional de Atenção Hospitalar estabelece diretrizes para organização do componente hospitalar na RRAS, seguindo a Portaria nº 3.390 de 30 de dezembro de 2013 (BRASIL, 2013a). Essa política prevê que a atuação da atenção hospitalar será integrada, garantindo resolubilidade da atenção e continuidade do cuidado, tornando o acesso regulado a partir da demanda referenciada e/ou espontânea envolvendo o Núcleo Interno de Regulação (NIR) e Gerenciamento de Leitos, que constituem a interface com as centrais de regulação, promovendo a otimização da utilização de leitos.

As ações de regulação constituem parte importante do SUS para garantia de acesso de acordo com os princípios de integralidade, equidade e universalidade (Brasil, 2006). Portanto, conhecer, acompanhar e analisar o seu funcionamento torna-se de fundamental importância, pois representa a possibilidade de conhecer o perfil de atendimento e demanda, para corrigir falhas e empreender as ações necessárias, a partir do processo de acompanhamento.

A implementação da rede de atenção às urgências e emergências (RUE) no SUS se dá de forma pactuada entre as três esferas de gestão para ampliar o acesso de forma ágil e resolutiva nas condições de urgência e emergência, sendo uma rede complexa que precisa da articulação e integração de seus componentes; o Manual instrutivo da rede de atenção às urgências e emergências no SUS (BRASIL, 2013b), pontua e explica seus componentes e normativas, dentre eles as portas hospitalares, leitos de retaguarda, as linhas de cuidado e não menos importante às ações de prevenção e promoção de doenças e agravos, a reabilitação, os cuidados paliativos e o tratamento das doenças crônicas que se fazem em conjunto garantindo um atendimento qualificado.

Considerando essa necessidade e a importância da contribuição da pesquisa para o SUS, apresentamos a justificativa para o desenvolvimento do projeto.

Justificativa: O sistema de regulação do Estado de São Paulo vem se consolidando nos últimos anos, sendo a Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde (CROSS) uma ferramenta que embora criada em 2010 com início de suas atividades em 2011 na região central do Município de São Paulo, foi implantada enquanto sistema informatizado recentemente, em 2016, no cenário onde se desenvolve o presente estudo. Portanto, essa

pesquisa se propôs a responder a seguinte questão: Qual o perfil e demanda de atendimentos em um serviço de urgência/emergência de uma instituição hospitalar, referência de alta complexidade localizada no interior de São Paulo, antes e após a regulação via CROSS?

Nossa hipótese é a de que com a implantação da regulação de acesso via CROSS houve mudança no perfil da demanda para os serviços de urgência e emergência do hospital.

Estudos demonstram que em relação à oferta, a regulação permeia a disponibilização de recursos e serviços assistenciais adequados as necessidades de saúde, com base em critérios epidemiológicos (VILARINS, 2012).

Objetivos

2. OBJETIVOS

2.1- Objetivo Geral

Conhecer o funcionamento e perfil da demanda de urgência e emergência encaminhadas a um serviço de alta complexidade antes e depois da implantação de um sistema de regulação.

2.2- Objetivos Específicos

- Conhecer a especialidade que possui maior e menor procura para avaliação;
- Identificar a maior demanda relacionando-a com os municípios;
- Identificar se há uma sazonalidade referente à busca de determinada especialidade;
- Identificar o tempo de espera entre a solicitação e o aceite para o encaminhamento;
- Quantificar a proporção de contrarreferência emitidas dentre os casos estudados.

Método

3. MÉTODO

Tratou-se de um estudo transversal, explorando o assunto para reunir mais conhecimento e incorporar características inéditas, bem como buscou novas dimensões até então não conhecidas; auxiliando a identificação de grupos de risco e para a ação e o planejamento em saúde (BORDALO, 2006 e BASTOS; DUQUIA, 2007) e na verificação dos aspectos facilitadores e dificultadores relacionados ao processo de abordagens frente ao tema pesquisado; no qual o investigador avaliou a exposição e os resultados (SETIA, 2016).

3.1- LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no Núcleo Interno de Regulação do Hospital das Clínicas (HC) de Botucatu, embora os dados sejam referentes aos municípios do Polo Cuesta.

Esse hospital foi planejado em 1948 como sanatório para o tratamento de tuberculose, mas não foi efetivado para essa atividade. Em 1963 foi instalado o Curso de Medicina e, em 1967 houve a instalação da primeira enfermagem sendo efetivamente criado o Hospital das Clínicas. Em 1976 é criada a Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho” – UNESP que juntamente com o convênio UNESP/INPS, em 1978, manteriam o orçamento do hospital. Com a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, em 1990, passou a ser considerado “hospital universitário” e de referência regional para procedimentos de alta complexidade na rede pública. O HC mantém seu vínculo com a Secretaria de Estado da Saúde e com Faculdade de Medicina de Botucatu, nas áreas de Assistência, Ensino, Pesquisa e Extensão. É uma unidade que conta com 385 leitos, 198 consultórios médicos e 31 salas especializadas (Hospital das Clínicas - Faculdade de Medicina de Botucatu, 2016).

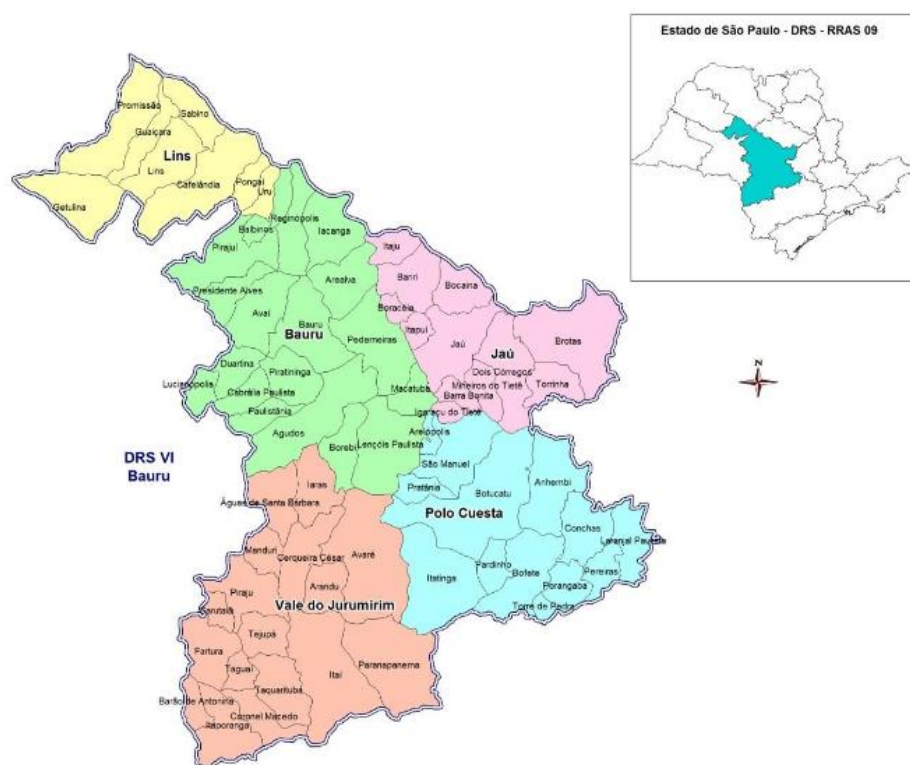
O Hospital é referência de alta complexidade para 68 municípios vinculados ao Departamento Regional de Saúde (DRS VI), sendo referência de média e alta complexidade para as regiões anteriormente citadas, entre elas o Polo Cuesta localizado na região Centro-Oeste do estado de São Paulo e inserido na RRAS 09, e objeto deste estudo, composta por 13 municípios: São Manuel, Pratânia, Areiópolis, Itatinga, Conchas, Pereiras, Bofete, Pardiniho, Torre de Pedra, Anhembi, Porangaba, Laranjal Paulista e Botucatu. A figura 1 ilustra as Regiões de Saúde da DRS VI (FUNDAÇÃO ONCOCENTRO DE SÃO PAULO, 2014).

Sendo assim possui o conjunto de terapias e procedimentos de elevada especialização que envolve alta tecnologia e/ou alto custo, como oncologia, oftalmologia, transplantes, parto

de alto risco, traumatologia, neurocirurgia, cardiologia, diálise, otorrinolaringologia (que engloba buco-maxilo e cirurgia de cabeça e pescoço); assistência em cirurgia reparadora, cirurgia bariátrica, cirurgia cardiovascular pediátrica, terapia nutricional, cirurgia reprodutiva, entre outras (PORTAL MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Conforme tratado na página 12, após o fechamento dos dados da pesquisa, o governo do Estado de São Paulo reestruturou a região e o DRS VI foi desmembrado em DRS VI e DRS XVIII, respectivamente regiões de Bauru e Botucatu.

Figura 1. Regiões de Saúde do Departamento Regional de Bauru.



Fonte: Governo do Estado de São Paulo – Secretaria da Saúde

As cidades de Pratânia e Areiópolis não são reguladas diretamente para o HC, pois os usuários passam por atendimento no serviço de saúde da cidade de São Manuel, considerado média complexidade, para que possam ser encaminhados ao nível terciário. O mesmo se aplica ao município de Pereiras, cujos usuários passam antes pelo atendimento na cidade de Conchas.

Com objetivo de adequar o fluxo das ações de saúde de acordo com a oferta e a demanda dos serviços de saúde, o SUS dispõe de central de regulação, entendida como ação regulatória que orienta e ordena os fluxos assistenciais e constituindo sua interface o Núcleo

Interno de Regulação (NIR) delinea o perfil de complexidade e assim disponibiliza o recurso terapêutico que mais se enquadra sendo de apoio diagnóstico, ambulatorial, de internação ou outros.

O serviço de regulação, a partir do qual foi realizada a coleta de dados está vinculado ao Núcleo Interno de Regulação do HC-UNESP, implantado desde 2016. Trata-se de um setor com funcionamento de 24 horas e possui uma equipe da qual participam médico, enfermeiro e auxiliar administrativo, que antes era realizado por médicos através da central de vagas e do Departamento Regional de Saúde (DRS).

A regulação compreende a chegada da solicitação através do portal de regulação (online) de casos de urgência e emergência, que são analisados pelo enfermeiro regulador que aciona a especialidade requisitada que aceita o encaminhamento para avaliação ou nega as solicitações não pertinentes; apenas a origem pode cancelar a solicitação em casos de não haver mais necessidade do encaminhamento e os médicos reguladores da CROSS podem encaminhar os pacientes como “vaga zero” termo que determina o encaminhamento imediato para avaliação à referência mais próxima, considerando a gravidade do caso (ex.1: paciente com infarto com supra e alteração de enzimas; ex.2: paciente com sinais de Acidente Vascular Cerebral (AVC) em janela; ex.3: criança com trauma crânio encefálico (TCE) apresentando sinais de alarme; ex.4: paciente vítima de acidente com politrauma e sangramento importante); respeitando as pactuações estabelecidas no DRS e não havendo uma lista para tal.

Assim, o que se considera “vaga zero” relaciona-se com a gravidade do caso, porém não está previamente estabelecido, depende da avaliação do regulador, razão pela qual inserimos os exemplos acima.

O enfermeiro do NIR além de regular as solicitações juntamente com a CROSS é responsável por gerir leitos por especialidades e patologias, articula discussões internas e externas (instituições fora da rede), otimiza utilização dos leitos e ocupação das salas cirúrgicas, avalia indicadores de permanência e de precauções, entre outros que garantindo a eficiência no âmbito hospitalar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

3.2- COLETA DE DADOS

A coleta de dados se deu pela caracterização da especialidade, resolubilidade prestada, diagnóstico, origem de usuários em cada especialidade e se houve contrarreferência, para compreender o funcionamento da abordagem prestada frente ao tema através da coleta na base

de dados (Anexo 1 e Anexo 2). A coleta compreendeu dois períodos distintos: os primeiros referentes aos meses anteriores (março de 2015 a setembro de 2016) à implantação do sistema da CROSS e o segundo após sua implantação (de outubro de 2016 até abril de 2018) juntamente com o sistema interno do HC-UNESP e sistema interno do NIR, referentes às regiões pertencentes ao Polo Cuesta.

Para a composição da amostra (utilizada apenas para análise dos dados de contrarreferência, uma vez que os demais dados foram coletados na totalidade, considerados os períodos do estudo), foram feitos cálculos estatísticos com base na demanda de atendimento e a amostra foi composta aleatoriamente por meio de sorteio.

3.3- ANÁLISE DOS DADOS

Os dados receberam um tratamento de análise estatística descritiva e testes estatísticos desenvolvidos pelo serviço especializado de apoio a pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP. Foram utilizados Planilha Excel® e o pacote estatístico SPSS® (*Statistical Package for the Social Sciences*). Trabalhou-se com frequências relativa e absoluta.

Foi realizado um teste de proporção para comparar a demanda de atendimento e distribuição das especialidades no período de janeiro a setembro de 2016 e outubro de 2016 a abril de 2018. Considera-se $p < 0,05$ como nível de significância. Foi utilizado o programa R versão 2.10.1. Considerando o número de pacientes do Polo Cuesta do município de Botucatu $N=8921$, Calculou-se o tamanho amostral usando uma prevalência de 50% com 95% de confiança, obteve-se um $N=369$ corrigido pela população finita para verificar se houve contrarreferência. Para escolha dos pacientes (369) que fizeram parte da amostra foi realizado um sorteio no programa R, versão 2.10.1.

Foi considerado o referencial do SUS e da Regulação em Saúde para análise dos dados, na perspectiva da integralidade da atenção à saúde.

3.4- PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O presente estudo foi aprovado (parecer n. 2.668.391 de maio de 2018) pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de Botucatu e respeitou todas as recomendações da Resolução 466/12, referente a pesquisas envolvendo seres humanos. Considerando-se que este estudo quantitativo, retrospectivo e cuja coleta se deu a partir de relatórios administrativos do serviço de regulação e, ainda, que nenhum paciente ou

profissional sofreu qualquer risco e que o estudo foi conduzido de forma a garantir o anonimato de todos os envolvidos, foi solicitada e autorizada a dispensa da aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

4. RESULTADOS

Os atendimentos referentes a moradores da cidade de Botucatu representam a maioria antes e após a inserção da plataforma CROSS, representando aproximadamente 85%. A faixa etária predominante foi de 15 a 65 anos incompletos com cerca de 82% e de 18% de 0 a 15 anos incompletos.

A demanda de atendimentos por cidade antes e após a inserção da plataforma é apresentada na tabela 1, nessa ordem; com a população habitacional de cada região descrita.

Tabela 1. Demanda de atendimento por cidade de março de 2015 a setembro de 2016 e outubro de 2016 a abril de 2018.

CIDADES	Populaçã o	FREQUÊNCIA (absoluta e relativa)				Valor de p P
		Mar 2015-Set 2016		Out 2016-Abr 2018		
		Nº	%	N	%	
Anhembi	6215	2630	0,75	2622	0,85	0,2843
Areiópolis	11020	2763	0,79	2733	0,88	0,4219
Bofete	9282	4129	1,17	3794	1,22	0,0212
Botucatu	115606	273649	77,75	264503	85,33	0,2758
Conchas	17638	4320	1,23	4418	1,43	0,0096
Itatinga	23342	7364	2,09	7049	2,27	0,515
Laranjal Paulista	28240	2377	0,68	2453	0,79	0,0258
Pardinho	5393	4242	1,21	4296	1,39	0,0352
Pereiras	7454	1790	0,51	1666	0,54	0,2585
Porangaba	9779	2326	0,66	2517	0,81	0,0001
Pratânia	4274	1815	0,52	1664	0,54	0,1144
São Manuel	42200	11649	3,31	10625	3,43	<0,0001
Torre de Pedra	2365	1275	0,36	1636	0,53	<0,0001

Fonte: Elaborado pelos autores.

Botucatu, São Manuel e Itatinga são as cidades que apresentam maior demanda de encaminhamentos comparados aos demais municípios.

A partir do teste de proporção nota-se aumento das solicitações e atendimentos, quando comparados os períodos estudados, após a inserção da CROSS. Já para as seguintes cidades: Areiópolis, Itatinga, Pratânia, Pereiras, Anhembi e Botucatu para a especialidade de otorrinolaringologia nos dois períodos analisados não apresentou diferença significativa ($p > 0,05$) como mostra a tabela 2 a qual mostra a distribuição das especialidades.

Os diagnósticos clínicos apresentados na tabela 2 mostram as especialidades que prestaram atendimento inicial no pronto socorro, mostra também a concentração de 40,13% em atendimentos no Pronto Socorro Adulto/ Municipal (PSA), 22,73% no Pronto Socorro

Infantil (PSI) e 8,38% no Pronto Atendimento da Mulher/ Maternidade, único localizado no complexo do HC contando com especialidades de obstetrícia e ginecologia, antes da implantação da plataforma CROSS e após as concentrações foram respectivamente 41,73%, 21,71% e 8,04%.

Importante salientar que o PSA e PSI encaminham os pacientes ao pronto socorro referenciado (PS-R) localizado no hospital para atendimento com as especialidades se necessário.

Tabela 2. Distribuição das especialidades antes (março de 2015 a setembro de 2016) e após (outubro de 2016 a abril de 2018) a inserção da CROSS.

ESPECIALIDADES	FREQUÊNCIA (absoluta e relativa)				Valor de p
	Mar 2015-Set 2016		Out2016-Abr2018		
	Nº	%	Nº	%	P
Cirurgia torácica	895	0,25	800	0,23	0,006
Cirurgia cardíaca	151	0,04	177	0,05	0,0003
Cirurgia geral	9903	2,81	10015	2,94	<0,0001
Cirurgia plástica	392	0,11	435	0,13	<0,0001
Cirurgia vascular	2634	0,75	2962	0,87	<0,0001
Clinica médica geral	22856	6,48	22695	6,66	<0,0001
Infectologia	4148	1,18	4128	1,21	<0,0001
Neurocirurgia	2483	0,71	2079	0,61	0,019
Neuroclínica	3608	1,03	4090	1,2	<0,0001
Odontologia	10	0	36	0,01	<0,0001
Oftalmologia	9325	2,65	9444	2,77	<0,0001
Ortopedia	10718	3,05	8723	2,56	0,004
Otorrinolaringologia	6387	1,81	5070	1,49	0,3891
PA da mulher	29515	8,38	27185	8,04	<0,0001
Plantão generalista	11474	3,26	6471	1,9	<0,0001
Pronto Socorro Adulto	141331	40,13	141065	41,73	<0,0001
Pronto Socorro Infantil	80039	22,73	10849	21,71	<0,0001
Psiquiatria	2808	0,08	3558	1,04	<0,0001
Pronto Socorro Referenciado Pediátrico (PS-R)	9393	2,67	10849	3,17	<0,0001
Urologia	3640	1,03	4062	1,19	<0,0001

Fonte: Elaborado pelos autores.

As hipóteses diagnósticas mais presentes se referiam a: fraturas, apendicite, dor abdominal a esclarecer, angina, infarto, anemia e dispneia, em relação à amostra os

diagnósticos clínicos com maior concentração se referem às especialidades de ortopedia; cirurgia geral e clínica médica/cardiologia.

A população masculina com média de 40 anos e moda de 50 anos provenientes das regiões que não passam por classificação se destacou com 57,88% e a média de tempo de regulação foi de 1 hora, 43 minutos e 48 segundos e a moda de 3 horas 49 minutos e 42 segundos.

As solicitações contrarreferenciadas corresponderam a 12,5% da amostra e os motivos foram relacionados ao:

- Paciente não necessitar do serviço terciário podendo estabelecer o padrão clínico na origem;
- Término de medicação na origem;
- Paciente em cuidados paliativos e
- Proximidade dos familiares.

O serviço de odontologia não é uma especialidade solicitada pela regulação de urgência emergência, caso haja necessidade de avaliação a especialidade solicitada pede atendimento por interconsulta após avaliar o paciente, porém se o regulador achar necessário pode solicitar uma avaliação em conjunto (em casos de abscesso com história prévia de retirada de dente, por exemplo) com ciência de ambas.

Os dados apresentados a seguir são referentes ao sistema CROSS, uma vez que no sistema anterior os mesmos não se encontram disponíveis.

Foram no total dez mil quatrocentos e cinquenta solicitações reguladas, referentes à região do Polo Cuesta. A quantidade de solicitações finalizadas como negados, aceitas, canceladas e vaga zero estão descritas na tabela 3, de acordo com os meses, após inserção da plataforma CROSS.

Houve maior busca, nesse período pelas especialidades de:

- Oftalmologia;
- Ortopedia e
- Clínica médica geral.

O gráfico 1 mostra a proporção das solicitações, sendo a maior parte casos aceitos,

devido a referência do hospital para as regiões estudadas e a necessidade de encaminhamento para o recurso solicitado.

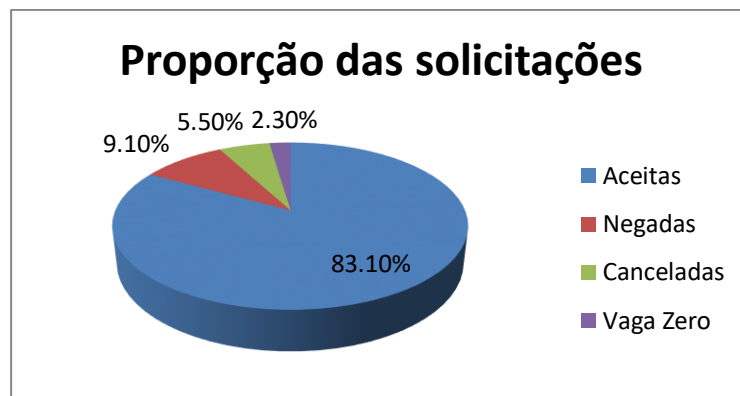
Tabela 3. Distribuição das solicitações reguladas de acordo com os meses de outubro de 2016 a abril de 2018.

MESES	ACEITAS	NEGADAS	CANCELADAS	VAGA ZERO
OUT	218	09	40	00
NOV	355	34	32	03
DEZ	388	16	26	04
JAN	435	43	35	06
FEV	428	52	42	14
MAR	473	62	33	17
ABR	407	51	28	16
MAI	408	48	33	15
JUN	372	57	27	12
JUL	403	33	24	14
AGO	134	34	24	19
SET	406	49	31	21
OUT	424	48	44	09
NOV	446	37	31	17
DEZ	517	67	21	18
JAN	554	70	27	16
FEV	498	71	36	10
MAR	749	88	23	11
ABR	1067	80	23	17
Total	8682	949	580	239

Fonte: Elaborado pelos autores.

Do total de solicitações aceitas nota-se a presença maior do público masculino; as hipóteses diagnósticas relacionadas à fratura de membros seguida de trauma, afecções cardíacas (nas quais se enquadram infarto agudo do miocárdio (IAM), bloqueio atrioventricular, bradicardia, angina instável e angina pectoris e outras) e acidente vascular cerebral (AVC), respectivamente.

Gráfico 1. Proporção dos desfechos das solicitações via CROSS, no período de outubro de 2016 a fevereiro de 2018.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Dentre as justificativas de negativa para os casos não pertinentes estavam:

- “Origem possui o recurso solicitado”;
- “Não há necessidade de serviço terciário”;
- “Caso pode ser conduzido em serviço de menor complexidade” e
- “Manter paciente em observação, sem indicação de encaminhamento no momento”.

Os motivos presentes nos casos cancelados foram:

- “Origem resolveu com recursos próprios/ locais”;
- “Após reavaliação: paciente melhorou não necessita de serviço terciário”;
- “Paciente procurou serviço particular”;
- “Paciente/ familiar não quer a transferência”;
- “Paciente evadiu ou alta a pedido” e
- “Paciente foi a óbito”.

Dos casos encaminhados como vaga zero, as justificativas foram:

- “O HC-UNESP é a referência mais próxima e possui todos os recursos solicitados”;
- “No momento origem sem condições de absorver a demanda por superlotação, portanto caso será encaminhado para segunda referência (HC-UNESP)”;
- “Paciente faz acompanhamento no HC-UNESP” e
- “Caso de extrema emergência para aguardar regulação, será encaminhado imediatamente”.

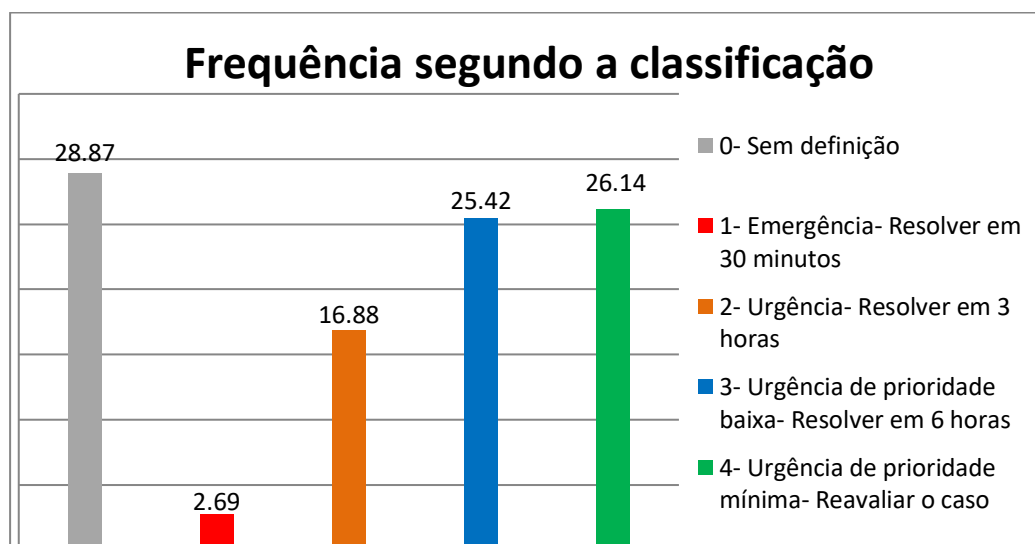
Dos encaminhamentos decretados pela CROSS como vaga zero 77,73% foram encaminhados ao hospital no mesmo dia e até dois dias após o encerramento da ficha, e 22,27% não chegaram por motivos desconhecidos, já que não existe um retorno para tal.

Acurá-se a predominância das regiões que não passam por uma classificação numérica, de prioridade de resolução realizada pela CROSS, sendo assim considerada como zero (“0”) que corresponde à cor cinza não tendo um tempo definido para regulação, foram de 28,87% (figura 3). As cidades que não são classificadas por cores são: Torre de Pedra, Porangaba, Pardinho e Bofete.

O significado de cada número presente é interpretado da seguinte forma:

- 1: Emergência- Resolver em 30 minutos/ Vermelho;
- 2: Urgência- Resolver em 3 horas/ Laranja;
- 3: Urgência de prioridade baixa- Resolver em 6 horas/ Azul e
- 4: Urgência de prioridade mínima- Reavaliar o caso/ Verde.

Figura 2. Frequência das Solicitações de outubro de 2016 a abril de 2018, segundo a classificação das cores.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Discussão

5. DISCUSSÃO

De acordo com os resultados apresentados estudos mostram que a causa da superlotação é composta 85% por baixa complexidade que poderia ser atendida em nível primário e associam ao fator socioeconômico, apontando o uso inadequado dos serviços de urgência/ emergência (ACOSTA, 2015 e USCHER-PINES, 2013).

GOMES (2007) constata que os homens assumem peso significativo nos perfis de morbimortalidade devido à forma que ele se insere nessa socialização, deslocamento dos programas ofertados e o horário de funcionamento dos serviços de saúde que coincidem com o horário de trabalho que corrobora com os achados da pesquisa.

Assim como em Minas Gerais a predominância do público masculino com média de 43 anos de idade também foi apontada, destacando que 50,8% dos casos poderiam se resolver em Unidade Básica de Saúde (UBS) segundo a classificação de cores (GUEDES, 2014).

As unidades de atenção primária devem ter recursos físicos e insumos adequados essenciais para o primeiro atendimento/estabilização de urgências, assim como profissionais qualificados para reconhecer e atender situações de urgência/emergência (FARIAS, 2015).

A classificação de risco tem a função de organizar o processo de trabalho proporcionando segurança para usuários e equipe sendo necessário desenvolver condições, juntamente com os gestores, para evitar a violência aos profissionais durante a mesma (PAGLIOTTO, 2016 e FREITAS, 2017).

Segundo o fluxo de pacientes em serviços de urgência e emergência de acordo com a classificação de risco dada pela resolução nº 2.077/14 do conselho federal de medicina, o paciente tem que, em 24 horas, ter um destino clínico seja ele para alta, internação ou leito de observação nos casos de necessidade de procedimentos de enfermagem, interconsulta para especialidades e exames complementares (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2014).

No Hospital São Paulo; um hospital público, universitário de alta complexidade, observou que o tempo médio de espera não ultrapassou o preconizado pelo protocolo institucional e que a baixa complexidade teve destaque nos atendimentos (OLIVEIRA, 2016).

Comparando dados da população abaixo e acima de 70 anos da Astúrias (Chile) concluíram que a população mais velha teve a frequência de 52,29% com maior prioridade na triagem, recebendo mais exames e com maior permanência (GRANDA, 2018) e assim como no Reino Unido os adultos mais jovens se destacam em atendimentos não urgentes que poderiam ser atendidos em serviço de menor complexidade sancionando com resultados obtidos (O'KEEFFE, 2018).

Nos serviços da Noruega analisaram as razões de entrada nos serviços de atenção primária fora de hora de emergência e, segundo a triagem, as dores abdominais foram a mais comuns com nível de urgência na cor amarela e as torácicas dominaram as classificações de cores vermelhas, dados esses parecidos com as hipóteses apresentadas (RAKNES AND HUNSKAAR, 2017).

Analisando os atendimentos realizados pelo SAMU na cidade de Botucatu- SP, logo após sua inserção em agosto de 2011, destacaram-se também homens com média de 45 anos com predomínio em queixas clínicas seguidas por traumáticas; sendo 25,83% das ocorrências referentes à macrorregião. Após avaliação, os casos clínicos tiveram maior índice quanto à liberação no local do atendimento (ALMEIDA, 2016).

No contexto extra-hospitalar o SAMU se faz importante no auxílio do encaminhamento do paciente para serviço de complexidade adequada (OLIVEIRA, 2016), em contra partida a distribuição errônea de leitos para internação hospitalar é apresentada pelos hospitais superlotados nos encaminhamentos definidos como vaga zero, porém a superação desse problema envolve os níveis federal e estadual (O'DWYER, 2017).

O Ministério da saúde disponibiliza material para atenção primária visando estabelecer informações mínimas essenciais sobre o itinerário de cuidado do usuário para o encaminhamento de avaliação especializada que inclui a classificação de risco, visando estabelecer um fluxo institucional de comunicação para referência e contrarreferência facilitando a ação da regulação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

A efetividade desse processo é comprometida quando há dificuldade de articulação entre os serviços, falta de responsabilização dos profissionais e ausência de retorno dos serviços para os quais o usuário foi referenciado, afirmando a importância do conhecimento sobre a importância da continuidade do cuidado (BRONDANI, 2016).

A organização entre os três níveis de atenção de saúde se faz necessária para que os

pacientes sejam atendidos de acordo com sua complexidade no serviço correto garantindo assim o acesso e refletindo no serviço de referência e contrarreferência (ALVES, 2015).

As medidas de gestão são fundamentais na contribuição da redução da superlotação hospitalar e na redução do tempo de internação, apontado como causa; já que muitas vezes ultrapassa 4,45 dias e para isso a criação de ferramentas que auxiliem, juntamente com o gerenciamento de leitos na rotatividade de ocupação dos leitos revendo o fluxo de pacientes nas emergências, evitando as hospitalizações desnecessárias, minimizando riscos de infecção garantindo a integralidade da assistência e um tratamento humanizado (AZAMBUJA, 2014).

Para reduzir o tempo de atendimento e melhorar a qualidade do atendimento aos usuários do Sistema, no que se refere “tempo de espera” é possível conhecer os programas e esforços do Governo Federal estabelecidos pelo Ministério da Saúde; e a necessidade de discussão e análise da gerência dos serviços locais de saúde para definir mudanças no modo de organizar o processo gerencial (BRASIL, 2013 e BERTUSSI; 2003).

A implementação de Núcleos Internos de Regulação (NIR) é recente e precisa de reconhecimento como estratégia fundamental para sua sustentabilidade pelo gestor e pelas instituições, pois visa à melhoria contínua dos fluxos dos pacientes promovendo a eficiência no uso da capacidade hospitalar (SOARES, 2017).

Atuando também no gerenciamento de leitos, a implantação do NIR apresentou mudanças positivas em relação a pacientes que eram encaminhados no pós-cirúrgico em local inadequado por falta de leito tendo que aguardar, melhorando a comunicação entre unidades assistenciais de um hospital de Marília (RODRIGUES, 2015).

A criação de um processo colaborativo se faz necessária entre gestores e membros da equipe de saúde para garantia de um encaminhamento adequado nos diferentes níveis de atenção do SUS (JULIANI, 2017).

Conclusões

6. CONCLUSÕES

Essa pesquisa permitiu entender o fluxo de solicitações e características da população do DRS VI juntamente com a CROSS nos períodos estudados.

Detectou aumento das solicitações após a inserção da plataforma, a existência de sazonalidade referente às especialidades de oftalmologia, clínica médica e ortopedia assim como a média de tempo de regulação de 1 hora 43 minutos e 48 segundos, a prevalência do sexo masculino e um percentual de pacientes contrarreferenciados de 12,5% evidenciando principalmente motivos relacionados aos interesses do serviço terciário a maior demanda encaminhada são pertencentes aos municípios de Botucatu, São Manuel e Itatinga, grande procura pelas especialidades de clínica médica geral e cirurgia geral.

Ressalta-se a importância do planejamento de estratégias que viabilizem o fluxo de ocupação de leitos amenizando sua escassez e compreendendo a complexidade das organizações de saúde, bem como respeitando o dinamismo da demanda encaminhada e as características encontradas já que são importantes recursos para o planejamento de estratégias e intervenções que possam contribuir para a regulação e fluxo do paciente.

A análise da estrutura dos serviços para estabelecer à rede de atenção as urgências se torna imprescindível já que configura as grades de referência e contrarreferências pactuadas definindo as corresponsabilidades entre as instituições, pois o estudo apontou o aumento da demanda aos serviços de urgência/emergência e a necessidade de reordenamento de fluxo com a atenção primária.

Foram 83,1% solicitações aceitas, 9,1% negadas, 5,5% canceladas e 2,3% encaminhadas como “vaga zero”; sendo que os municípios que não passam por classificação e as solicitações com urgência de prioridade mínima corresponderam a uma frequência de 55,1% do total.

Neste estudo, cabe ressaltar que o papel dos gestores se faz imprescindível na garantia de um bom funcionamento de fluxo visando às redes de atenção, proporcionando à conscientização dos profissionais e da população em relação à gestão de distribuição de leitos, de vagas, inclusão, contrarreferência, a gestão da equipe, destacando os membros da medicina, enfermagem, etc.

Não foi possível quantificar a proporção em relação às justificativas de negativas, motivos de canceladas e justificativas de “vaga zero”, pois não necessariamente, todas essas informações são preenchidas no sistema, o que pode constituir um limite na análise desses dados.

Durante a construção do trabalho mudanças foram ocorrendo, visando à melhoria da gestão de leitos e da regulação, hoje são realizadas visitas diárias nas enfermarias com intuito de discutir o prognóstico e a estadia do paciente, liberar a medicação nos casos de contrarreferência garantindo a volta com brevidade do paciente a sua origem; buscar recurso não disponível no hospital em outra região; visitas e reuniões administrativas nos municípios a fim de conhecer a estrutura e recursos disponíveis compreendendo assim suas necessidades, foi realizada a inserção de um enfermeiro no pronto socorro para garantir a internação e fluxo dos pacientes, um enfermeiro no pronto socorro externo (PSA) com a função de filtrar os encaminhamentos passíveis de atendimento em serviço de menor complexidade e agilizar encaminhamentos ao pronto socorro referenciado (PS-R). A busca ativa pelos pacientes encaminhados como “vaga zero” está sendo realizada pela CROSS para saber se foram encaminhados ou não, já que a finalização da solicitação no sistema não garante o encaminhamento imediato.

Referências

7. REFERÊNCIAS

- ACOSTA, A.M.; LIMA, M.A.D.S. **Usuários frequentes de serviço de emergência: fatores associados e motivos de busca por atendimento.** Rev. Latino Am. Enferm., v. 23, n. 2, p. 337-344, 2015.
- ALMEIDA, P.M.V. et al. **Análise dos atendimentos do SAMU 192: componente móvel da rede de atenção às urgências e emergências.** Escola Anna Nery., v. 20, n. 2, p. 289-295, 2016.
- ALVES, M.L.F. et al. **Rede de referência e contrarreferência para o atendimento de urgências em um município do interior de Minas Gerais – Brasil.** Rev Med Minas Gerais., v. 25, n. 4, p.469-475, 2015.
- ALVES, S.A. **A política estadual de regulação e a CROSS.** 2013, apresentação em PowerPoint: 62 slides. Disponível em: <<http://www.cosemssp.org.br/downloads/apresentacao-SISREGsonia.pdf>> Acesso em: 30 ago. 2018.
- AZAMBUJA, C.R.C.; MARTINS C.C. **Importância das medidas de gestão no controle da superlotação hospitalar.** 2014, p. 37. Dissertação (Especialização em Gestão de Organização Pública em Saúde)- Repositório digital da UFSM. Cachoeira do Sul-RS, 2014.
- BARBOSA, D.V.S.; BARBOSA N.B.; NAJBERG E. **Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS.** Cad. saúde colet., v. 24, n. 1, 2016.
- BASTOS, J.L.D.; DUQUIA, R.P. **Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal.** Scientia Medica, Porto Alegre., v. 17, n. 4, p. 229-232, 2007.
- BERTUSSI, D.C.; ALMEIDA, M.J. **A influência de um projeto de intervenção no campo de recursos humanos em saúde: projeto Gerus.** In: Brasil. Ministério da Saúde. Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises/org. Falcão, A. et al. Rio de janeiro: Fiocruz, 2003.
- BORDALO, A.A. **Estudo transversal e/ou longitudinal.** Revista Paraense de Medicina, v. 20, n. 4, 2006. Disponível em:< <http://scielo.iec.gov.br/pdf/rpm/v20n4/v20n4a01.pdf>> Acesso em: 23 ago. 2018.
- BRASIL. Decreto nº 51.433, de 28 de dezembro de 2006. Cria unidade na Coordenadoria de Regiões de Saúde, da Secretaria da Saúde, altera a denominação e dispõe sobre a reorganização das Direções Regionais de Saúde e dá providências correlatas. **Diário Oficial, Estado de São Paulo**, SP, 29 dez. 2006. Seção I, p. 1. [DOE-I 29/12/2006, p. 1.](#)
- BRASIL. Decreto nº 56.061, de 2 de agosto de 2010. Cria, na Coordenadoria de Serviços de Saúde, da Secretaria da Saúde, a Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde-CROSS e dá providências correlatas. **Diário Oficial, Estado de São Paulo**, SP, 3 ago. 2010. Seção I, p. 1. [DOE-I 03/08/2010, p. 1.](#)
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada - Endocrinologia e nefrologia.** Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 1a ed. Rev. Brasília: Ministério da Saúde, v. 26, n. 1, 2016. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolos_AB_voll_Endocrinologia_Nefrologia.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. **Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS.** Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html> Acesso em: 10 ago. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. **Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS).** Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html> Acesso em:

10 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Ministério da Saúde e municípios: juntos pelo acesso integral e de qualidade à saúde/ Ministério da Saúde. Secretaria Executiva**. 2a ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2013b, 70 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a implantação de complexos reguladores**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. **Manual de implantação e implementação: núcleo interno de regulação para hospitais gerais e especializados**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**: regulamentação da Lei nº 8.080/90. 1a ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 16 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/decreto_7508.pdf> Acesso em: 03 jul. 2018.

BRONDANI, J.E. et al. **Desafios da referência e contrarreferência na atenção em saúde na perspectiva dos trabalhadores**. Cogitare Enferm., v. 21, n. 1, p. 01-08, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.077/14**. Dispõe sobre a normatização do funcionamento dos serviços hospitalares de urgência e emergência, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/images/PDF/resolucao2077.pdf>> Acesso em: 09 set. 2018.

COSTER, J.E. et al. **Why do people choose emergency and urgent care services? a rapid review utilizing a systematic literature search and narrative synthesis**. Acad. Emerg. Med., v. 24, n. 9, p. 1137-1149, 2017.

FARIAS, D.C. et al. **Receptivity and Solvability of Emergencies in the Family Health Strategy**. Rev. Bras. Educ. Med., v. 39, n. 1, p. 79-87, 2015.

FERNANDEZ M.A. et al. **Referral and counter-referral patient management systems in latin america: care coordination mechanisms and the role of family and community medicine**. Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade. Rio de Janeiro, v. 11(Suppl 2), p. 37-45, 2016.

FREITAS, R.J.M. et al. **Violence against nursing professionals in the embracement sector with risk classification**. Rev. Gaucha Enferm., v. 38, n. 3, 2017.

FUNDAÇÃO ONCOCENTRO DE SÃO PAULO. **Caracterização da assistência oncológica nas Redes Regionais de Atenção à Saúde no estado de São Paulo**. RRAS 09 – DRS Bauru (Regiões de Saúde: Vale do Jurumirim, Bauru, Jaú, Lins e Polo Cuesta). p. 6-27. 2014.

GRANDA, M.B.M. et al. **Impacto del paciente anciano en los servicios de urgencias hospitalarios**. Rev. Esp. Geriatr. Gerontol., v. 53, n. 3, p. 145-148, 2018.

GUEDES, H.M. et al. **Classificação de risco: retrato de população atendida num serviço de urgência brasileiro**. Rev. Enferm. Referência, Série IV, n. 1, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.12707/RIII13108>> Acesso em: 24 jul. 2018.

GOMES, R. et al. **Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? as explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior**. Cad. Saúde Pública, RJ., v. 23, n. 3, p. 565-574, 2007.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS - Faculdade de Medicina de Botucatu. **História, os primórdios do HC**. Disponível em: <<http://www.hcfmb.unesp.br/quem-somos/>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

JULIANI, C.; MACPHEE, M.; SPIRI, W. **Brazilian specialists' perspectives on the patient referral process**. Healthcare., v. 5, n. 4, 2017. Disponível em:<

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5371910/> > Acesso em: 28 jul. 2018.

MENDES, A. et al. **O processo de construção da gestão regional da saúde no estado de São Paulo:** subsídios para a análise. *Saúde Soc. São Paulo*, v. 24, n. 2, p. 423-437, 2015.

NASCIMENTO, A.A.M. et al. **Regulação em saúde:** aplicabilidade para concretização do pacto de gestão do SUS. *Cogitare Enferm.* v. 14, n. 2, p. 346-352, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portal Ministério da Saúde, 2019. **Estrutura do SUS:** atenção especializada. Disponível em: < <http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/estrutura-do-sus/770-sistema-nacional-de-saude/40317-atencao-especializada>>. Acesso em 16 de março de 2019.

NARDO, L.R.O.; JULIANI, C.M.C.M. **Ouvidoria:** Avaliando o acesso aos serviços de saúde. *Rev. Rene.*, v. 13, n. 3, p. 613-622, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15253/rev%20rene.v13i3.3994>. Acesso em: 17 set. 2017.

O'DWYER, G. et al. **Implantação do serviço de atendimento móvel de urgência no Brasil.** *Cad. Saúde Pública.*, v. 33, n. 7, 2017. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00043716>> Acesso em: 23 ago. 2018.

O'KEEFFE, C.; MASON, S.; JACQUES, R.; NICHOLL, J. **Characterising non-urgent users of the emergency department (ED):** a retrospective analysis of routine ED data. *PLoS ONE.*, v. 13, n. 2, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192855>> Acesso em: 19 jun. 2018.

OLIVEIRA, G.N. et al. **Avaliação e classificação de risco:** tempo de espera dos usuários de baixa gravidade. *Rev. Enferm UFSM.*, v. 6, n. 1, p. 21-28, 2016.

OLIVEIRA, W.A. **Epidemiologia em urgência e emergência pré-hospitalar como ferramenta gerencial.** *Revista de Saúde da Faciplac. Brasília*, v. 3, n. 2, 2016.

PAGLIOTTO, L.F. et al. **Risk classification inside an urgency and emergency unit of São Paulo countryside.** *CuidArte, Enferm.*, v. 10, n. 2, p.148-155, 2016.

RAKNES, G.; HUNSKAAR, S. **Reasons for encounter by different levels of urgency in out-of-hours emergency primary health care in norway:** a cross sectional study. *BMC Emergency Medicine*, p. 17-19, 2017. DOI 10.1186/s12873-017-0129-2.

RIBAS, D.R.T. **Apresentação:** central de regulação de ofertas de serviços de saúde. 2016, apresentação em PowerPoint: 22 slides. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ces/homepage/imagensnoticias/apresentacao_conselho_estadual_de_saudev2.pdf>.

Acesso em: 07 mar. 2017.

RODRIGUES, L.C.R. and JULIANI, C.M.C.M. **Resultado da implantação de um núcleo interno de regulação de leitos nos indicadores administrativo-assistenciais em um hospital de ensino.** *Einstein (São Paulo).*, v. 13, n. 1, p. 96-102, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082015GS3235>> Acesso em: 23 jul. 2018.

SETIA, M.S. **Methodology Series Module 3:** cross-sectional studies. [Indian J Dermatol.](#), v. 61, n.3, p.261-264, 2016.

SÃO PAULO. Secretaria de Governo. Decreto número 63. 906 de 06 de dezembro de 2018. Institui a criação do Departamento Regional de Saúde de Botucatu - DRS XVIII, da Coordenadoria de Regiões de Saúde da Secretaria da Saúde.

SOARES, A.C.L.; BRASILEIRO, M.; SOUZA, D.G. **Acolhimento com classificação de risco:** atuação do enfermeiro na urgência e emergência. *São Paulo: Revista Recien.*, v. 8, n. 22, p. 22-33, 2018.

SOARES, V.S. **Analysis of the Internal Bed Regulation Committees from hospitals of a Southern Brazilian city.** *Gestão e economia em saúde - Einstein.*, v. 15, n. 3, p. 339-343, 2017.

USCHER-PINES, L.; PINES, J.; KELLERMANN, A.; GILLEN, E.; MEHROTRA, A. **Emergency department visits for nonurgent conditions:** systematic literature review. *Am. J. Manag. Care.*, v. 19, n. 1, p. 47-59, 2013.

VIACAVA, F. et al. **SUS**: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. Ciênc. Saúde Coletiva, v. 23, n. 6, p.1751-1762, 2018.

VILARINS, G.C.M; SHIMIZUI, H.E; GUTIERREZ, M.M.U. **A regulação em saúde**: aspectos conceituais e operacionais. Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p.640-647, 2012.

ZOCRATTO, K.B.F. **Mercado da saúde**: uma análise da oferta e demanda. Rev. AMDE, v. 12, p. 154-164, 2014.

Anexos

Anexo 1- Planilha da coleta de dados 1

	MÊS 1*	MÊS 2*	MÊS 3*	MÊS 4*	MÊS 5*	MÊS 6*	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
ESPECIALIDADE: _____												
DEMANDA (nº. encaminhamentos)												
ACEITOS NO HC												
NEGADOS												
CANCELADOS NA ORIGEM												
VAGA ZERO**												

***Meses anteriores à implantação do sistema de regulação informatizado CROSS**

****Vaga Zero: Em casos de urgência, o atendimento deverá ser prestado independente da existência de leitos vagos**

Anexo 2- Planilha da coleta de dados 2

	DIAGNÓSTICO DE ENTRADA	MICRORREGIÃO	MUNICÍPIO DE ORIGEM	CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	TEMPO DE REGULÇÃO	CONTRA-REFERÊNCIA
ESPECIALIDADE:						
Usuário 1						
Usuário 2						
Usuário 3						
Usuário 4						
Usuário 5						
Usuário 6						
Usuário 7						
Usuário 8						
Usuário 9.... Usuário 50 *						

*OBS: o número de usuários a ser sorteado, será calculado pelo estatístico para cada especialidade, em função da demanda.

Anexo 3- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Regulação e perfil da demanda para um hospital de referência em uma região de saúde

Pesquisador: Luana Bassetto Martin

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 88299418.3.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.668.391

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de mestrado proposto pela discente Luana Bassetto Martin, sob orientação da Profª Drª Carmen Maria Casquel Monti Juliani, do Programa e Pós Graduação em Enfermagem. Os autores esclarecem no projeto que o acesso e a regulação ainda são considerados importantes desafios a serem superados na constituição das Redes de Atenção à Saúde (RAS) na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). O estudo objetiva conhecer o perfil e demanda de encaminhamento para as especialidades médicas com maior demanda por meio de uma pesquisa quantitativa exploratória a partir de dados obtidos no âmbito da FMB. A hipótese é que existe diferença na demanda de casos e regulação entre os municípios da região. Os dados coletados serão referentes aos anos de 2016 e 2017, obtidos do sistema da CROSS, do sistema interno do HC-UNESP e do sistema interno do NIR, referentes aos municípios pertencentes ao Polo Cuesta. Os dados serão posteriormente analisados estatisticamente. O cronograma de está adequado ao projeto.

Objetivo da Pesquisa:

Conhecer o perfil e demandas encaminhadas ao HC da região do Polo Cuesta, identificar qual especialidade possui maior e menor procura, qual região que demanda maior e menor procura e identificar se há sazonalidade.

Continuação do Parecer: 2.668.391

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A proponente considera adequadamente os riscos mínimos associados à garantia de sigilo das informações dos participantes.

Como benefício a proponente cita que os resultados do projeto poderão colaborar na melhoria dos processos de regulação do Hospital.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem comentários sobre a pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A proponente solicita dispensa de apresentação do TCLE, justificando que os dados serão extraídos dos sistemas informatizados e relatórios administrativos sem que haja abordagem direta ao usuário ou identificação do mesmo. Considero a justificativa adequada. Como há autorização do EAP, considero ainda que a instituição FMB tem ciência e autorizou a realização da pesquisa, incluindo acesso aos sistemas dos quais as informações serão obtidas.

Todos os demais documentos obrigatórios foram anexados adequadamente.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme deliberação do Colegiado em reunião extraordinária do Comitê de Ética em Pesquisa da FMB/UNESP, realizada em 22 de maio de 2018, o projeto encontra-se APROVADO, sem necessidade de envio à CONEP.

No entanto, informamos que ao final da execução da pesquisa, seja enviado o “Relatório Final de Atividades”, na forma de "Notificação", via sistema Plataforma Brasil.

Atenciosamente,

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionado

Continuação do Parecer: 2.668.391

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_987641.pdf	10/05/2018 16:52:20		Aceito
Outros	Of_Resposta.docx	10/05/2018 16:47:10	Luana Bassetto Martin	Aceito
Folha de Rosto	Folha_De_Rosto.Pdf	23/03/2018 02:18:45	Luana Bassetto Martin	Aceito
Outros	TermoDeAnuencialInstitucional.pdf	23/03/2018 02:16:42	Luana Bassetto Martin	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_PESQ.pdf	21/02/2018 17:09:46	Luana Bassetto Martin	Aceito
Brochura Pesquisa	PROJETO_PESQUISA.pdf	21/02/2018 17:02:34	Luana Bassetto Martin	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Formulario_EAP.doc	21/02/2018 16:54:33	Luana Bassetto Martin	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BOTUCATU, 22 de Maio de
2018

Assinado por:
**SILVANA ANDREA
MOLINA LIMA**
(Coordenador)