REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

DIRETRIZ DA SAS

Prover ações e serviços de saúde com garantia de acesso equânime a uma atenção integral, resolutiva, de qualidade, humanizada e em tempo adequado.

**Através da organização e desenvolvimento
De redes de atenção a saúde**

FUNDAMENTO NORMATIVO DA RAS

- **Art. 198 da CF/88:** *"As ações e os serviços públicos de saúde integram uma* ***rede regionalizada e hierarquizada*** *e constituem um sistema único organizado de acordo com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade".*

- **Lei 8.080, 1990:**
  - Art. 7º, inciso II: "*(...) integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos, curativos, individuais e coletivos (....)"*
  - Art. 10º aponta "*arranjos organizacionais para as* ***redes loco-regionais*** *através de consórcios intermunicipais e distritos de saúde como forma de* ***integrar e articular recursos*** *e aumentar a cobertura das ações.*

- **Portaria 4.279 de 30/12/2010**: Estabelece diretrizes para organização da RAS no âmbito da SUS

AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

- **Conceito:**

São 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 (Ministério da Saúde, 2010 – Portaria 4.279, de 30/12/2010).

AS CARACTERÍSTICAS DA RAS

Formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo ABS como centro de comunicação

Centralidade nas necessidades de saúde da população

Responsabilização por atenção contínua e integral

Cuidado multiprofissional

Compartilhamento de objetivos e compromissos com resultados sanitários e econômicos

AS EVIDÊNCIAS SOBRE AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (Mendes, 2009)

- MELHORAM OS RESULTADOS SANITÁRIOS NAS CONDIÇÕES CRÔNICAS
- DIMINUEM AS REFERÊNCIAS A ESPECIALISTAS E A HOSPITAIS
- AUMENTAM A EFICIÊNCIA DOS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE
- PRODUZEM SERVIÇOS MAIS CUSTO/EFETIVOS
- AUMENTAM A SATISFAÇÃO DAS PESSOAS USUÁRIAS

FONTES: WEINGARTEN ET AL. (1985); OSMAN ET AL. (1996); BERNABEI et al. (1998);MCCULLOCH et al. (1998); BYNG et al.(1998); WAGNER (1998); REUBEN et al. (1999);MALCOM et al. (2000);SIMON et al. (2001); WAGNER et al. (2001); DOUGHTY et al. (2002); UNUTZER et al. (2002); GILBODY et al. (2003); POLONSKY et al. (2003);GRIFFIN & GIMONTH (2004); KATON et al. (2004); SMITH et al. (2004); VETER et al. (2004); SINGH (2005); NUNO (2008); TOSEN & HAM (2008); ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (2010)

AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

O Ministério da Saúde está **priorizando** a construção de três redes temáticas prioritárias:

- **Atenção obstétrica e neonatal (Rede Cegonha),**
- **Urgência e Emergência**
- **Atenção Psicossocial (Enfrentamento do Álcool, Crack, e outras Drogas)**

E também a:

- Atenção oncológica (a partir da intensificação da prevenção e controle do câncer de mama e colo do útero)

REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

A organização da rede tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde objetivando ampliar e qualificar o **acesso humanizado e integral** aos usuários em situação de urgência nos serviços de saúde de forma **ágil e oportuna**.

Rede de Atenção às Urgências

SUS Ministério da Saúde
GOVERNO FEDERAL BRASIL PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

JUSTIFICATIVA DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

Alta morbimortalidade por violência, acidentes de trânsito e doenças do aparelho circulatório.

TRAUMA
30% Atendimentos nas Unidades de U/E

	Faixa etária (anos)										
	<1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60+	Total
1ª	Afecções Perinatais 25.637	Causas Externas 1.578	Causas Externas 1.528	Causas Externas 2.431	Causas Externas 13.595	Causas Externas 37.306	Causas Externas 24.057	DAC 20.641	DAC 40.436	DAC 241.607	DAC 314.506
2ª	Anomalia Congênita 7.973	DAR 1.162	Neoplasia 669	Neoplasia 681	Neoplasia 899	DIP 2.822	DAC 7.016	Causas Externas 17.816	Neoplasia 30.047	Neoplasia 108.857	Neoplasia 166.317
3ª	DAR 2.363	DIP 1.003	Sistema Nervoso 436	Sistema Nervoso 483	DAC 659	Neoplasia 2.665	DIP 5.832	Neoplasia 15.924	Causas Externas 11.865	DAR 81.926	Causas Externas 133.644

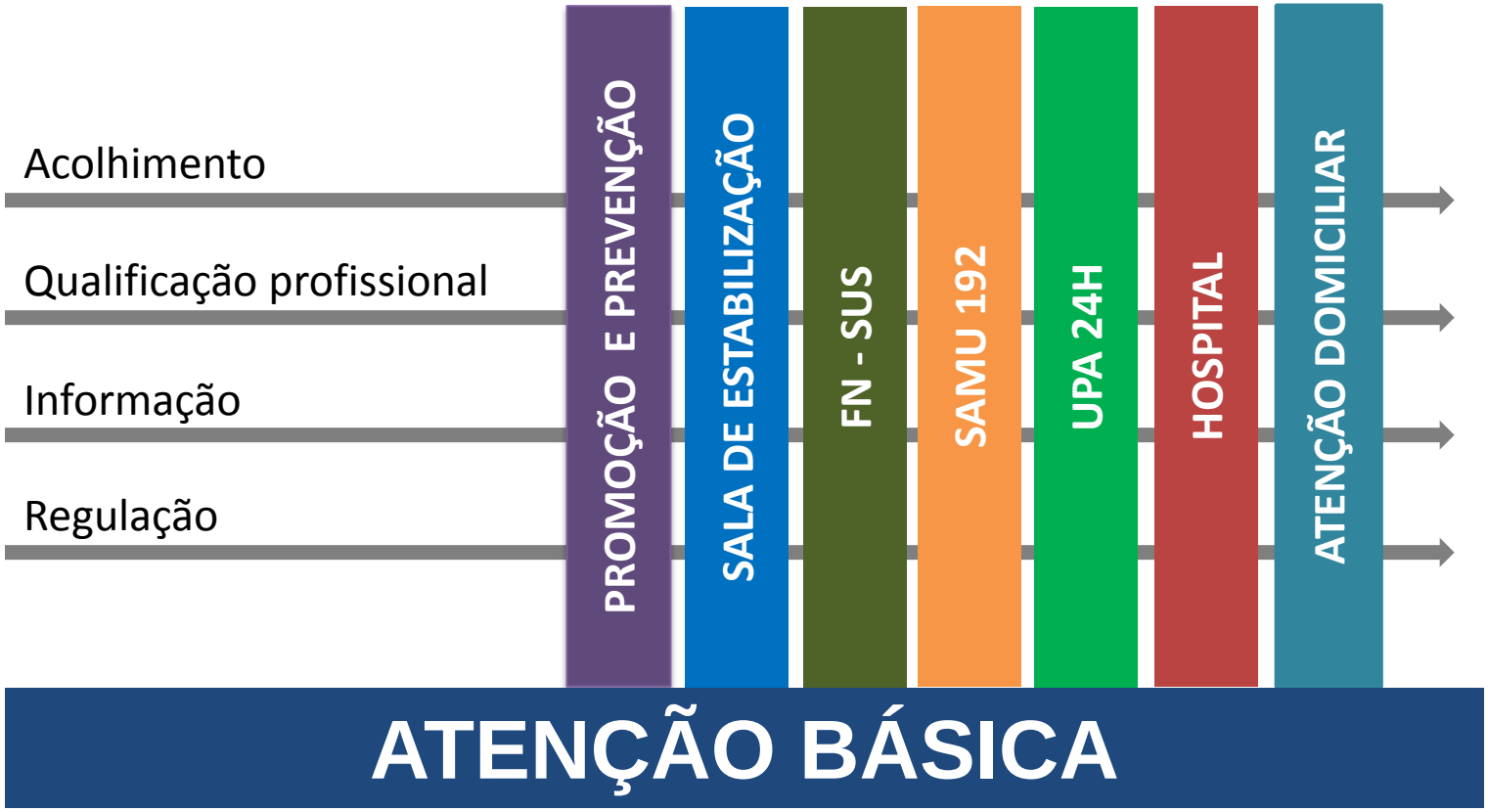
DAC-Doenças do Aparelho Circulatório *DAR-Doenças do Aparelho Respiratório* *DIP-Doenças Infecciosas e Parasitárias*

Fonte: SIM/SVS/MS.

SUS Ministério da Saúde

GOVERNO FEDERAL BRASIL PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

COMPONENTES E INTERFACES DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS



ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E MAIOR RESOLUTIVIDADE

PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E VIGILÂNCIA À SAÚDE

Núcleo de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde

Integram a Rede Nacional de Prevenção de Violência e Promoção da Saúde, estão vinculados aos três níveis de gestão e instituições acadêmicas. Tem como principal atribuição articular e estruturar a Rede de Atenção e Proteção Integral as Pessoas em Situação de Violência.

- **VIVA – Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes**. O VIVA possui dois componentes:
  - **Componente I - VIVA Contínuo/SINAN - NET:** notificação compulsória de violência doméstica, sexual e/ou outras violências envolvendo crianças, adolescentes, mulheres e idosos, desde 2006. A partir de 2009 o VIVA Contínuo passou a integrar o Sistema de Informação de Agravo de Notificação (SINAN).
  - **Componente II - VIVA Inquérito:** Busca estimar prevalências de acidentes de trânsito, agressões, suicídios e outras causas externas e estudar associações com possíveis fatores de risco. Pesquisa realizada nas unidades de urgência e emergência. Foi realizado nos anos de 2006, 2007 e 2009. A próxima pesquisa será em setembro de 2011.
- **TRÂNSITO:** Ações voltadas para a vigilância e prevenção de lesões e mortes provocadas pelo trânsito, a atenção às vítimas e a promoção da saúde e cultura de paz, com objetivo maior de reduzir as lesões e mortes provocadas pelo trânsito.

FINANCIAMENTO DOS NÚCLEOS DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES E VIOLÊNCIAS

VOLTAR

R$ Milhões

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
VIVA Inquérito	1,3	-	15,2 (com SAMU)	-	15,2 (com SAMU)	0	15,2 (com SAMU)	0
VIVA Sinan Net	-	2,1	3,8	8,2	15,7	21	21	21
NPVPS	4,5	5,1	6,6	11,1	21,3	28,5	28,5	28,5
Trânsito	3,0 Já fez o repasse para as 16 capitais	5,9	13,6	17,4	28,7	40,7	40,7	40,7
Total	5,8	13,1	39,2	36,8	80,9	90,2	105,4	90,2

ATENÇÃO BÁSICA – SALA DE OBSERVAÇÃO

VOLTAR

Responsável pelo primeiro cuidado e acolhimento às urgências por meio da implantação da classificação de risco, de forma articulada aos outros pontos de atenção. Tem como objetivo ampliação do acesso e da resolutividade do cuidado.

- Sala de Observação: ambiente da UBS destinado ao atendimento de pacientes em regime ambulatorial, com necessidade de observação em casos de urgência/emergência, no período de funcionamento da unidade.
- Plano de requalificação das UBS – adequação da estrutura física e de equipamentos (Sala de Observação).

SALA DE ESTABILIZAÇÃO

Local de estabilização de pacientes críticos/graves, de funcionamento 24 horas, em vazios assistenciais, vinculado a uma unidade de saúde, articulado e conectado aos outros níveis de atenção para posterior encaminhamento à rede de atenção a saúde.

Critério para escolha de implantação das SE:

- Seleção de SE distribuídas nas regiões de vazios assistenciais
- Municípios com menos de 50 mil habitantes, sem qualquer equipamento de urgência (UPA, unidade 24 horas, SAMU, etc) e nenhum hospital que possa dar este suporte;

Pré-requisitos para Implantação de SE:

- Estar em área de cobertura de SAMU Regional;
- Articular com Rede de Urgência para continuidade do cuidado.

FORÇA NACIONAL DO SUS - FN-SUS

A Força Nacional de Saúde do SUS objetiva aglutinar esforços para garantir a integralidade na assistência em situações de risco ou emergenciais para populações.

Hospital de campanha

SUS Ministério da Saúde

GOVERNO FEDERAL BRASIL PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

ATUAÇÃO FN-SUS

- **Situações que exigem maior participação do poder público**:

- Catástrofes que envolvem múltiplas vítimas e demais condições de calamidade, em especial, de natureza epidemiológica.

- Situações pedem ajuda rápida, com atendimento médico especializado e apoio logístico.

- Exemplos: Alagamento e Seca, Desabamento, Enchente, Incêndio, Epidemias/Pandemias, Acidentes Nucleares, eventos com grande concentração de pessoas, como a Copa do Mundo e Olimpíada.

- Situações especiais de vulnerabilidade e suscetibilidade de populações especiais, como povos indígenas e demais comunidades;

FN-SUS

- Decreto instituindo a FN-SUS;
- Cadastro nacional de Profissionais;
- Protocolo de Acionamento;
- Articulação com Forças Armadas e Defesa Civil.

COMPOSIÇÃO DA FN-SUS			
Origem	Vinculação	Função	Quantitativo Inicial de RH
Ministério da Saúde	CGUE/DAE/SAS	Gestão	10
Ministério da Saúde	SVS	Gestão	10
Hospitais Federais		Assistência	80
Hospitais Universitários		Assistência	400
Rede SAMU 192/Urgência		Assistência	500
TOTAL			1000

PROTOCOLO DE ACIONAMENTO FN-SUS

DECISÃO GESTORA

- Reconhecimento de crise por parte das esferas gestoras do MS com necessidade de acionamento da FN-SUS – articulação intra e interministerial

AVALIAÇÃO PRELIMINAR

- Acionamento da FN-SUS e envio de grupo de avaliação preliminar para análise de necessidades de intervenção assistencial, bem como quantificação e tipo de dano, quantitativo e deslocamento/tempo de ação

AÇÕES

- Deslocamento de profissionais para atendimento, bem como equipamentos/infraestrutura para promoção da assistência.

CUSTOS DA FN-SUS

VOLTAR

	Valor de 1 HCamp	Valor de 3 HCamp
Estrutura Física – Hospital de Campanha	R$ 1.219.368,00	R$ 3.658.104,00
Equipamentos e Materiais	R$ 1.715.874,20	R$ 5.147.622,60
Insumos/Medicamentos	R$ 74.584,00	R$ 223.752,00
	R$ 3.009.826,20	R$ 9.029.478,60
Equipe	POR PROFISSIONAL	
	CAPACITAÇÃO	R$ 1.982,93
	DESLOCAMENTO	R$ 2.554,16

Investimento Total - 2011-2018	R$ 10.164.504
Custeio Total - 2011-2018	R$ 2.419.340

SUS Ministério da Saúde

GOVERNO FEDERAL BRASIL PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

Componente da rede de atenção às urgências, que objetiva ordenar o fluxo assistencial e disponibilizar atendimento e transporte adequado, rápido e resolutivo a vítimas acometidas por agravos à saúde de natureza clínica, cirúrgica, gineco-obstétrica, traumática e psiquiátricas, reduzindo a morbimortalidade.

PROPOSTAS:

- **Ampliação para Cobertura de 100% da População;**
- **Regionalização;**
- **Reajuste no Repasse Financeiro – 50% do Custeio Mensal**

SUS Ministério da Saúde

GOVERNO FEDERAL BRASIL PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

UPA – QUADRO GERAL

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

UPA em funcionamento

109 unidades

UPA em execução

49 unidades convênio Caixa de 2008

423 unidades seleção de 2009/2010

15 unidades, da seleção de 2009/2010, em fase de habilitação

Total em construção = 487 UPA.

UPA PAC 2 –

500 unidades planejadas (serviços novos ou adaptados ao padrão UPA)

Seleção 2010 – 139 unidades

TOTAL GERAL UPAS COM PAC2 = 1.096

UPAs – Proposta

Nova Seleção:

Adotar novos critérios – nova portaria

- Aceitar construção, ampliação ou reforma
- Priorizar a consolidação/expansão de redes de urgência/emergência – rodada de pactuação nos estados
- Priorizar regiões não atendidas pelas obras de 2009/2010 e seleção 2010/PAC2

CUSTEIO 50% VALOR UPA PELO GESTOR FEDERAL

UPA – Custeio total

VOLTAR

Ano	Unidade recebendo custeio	Valor total NOVA PORTARIA
2011	109	362.190.640,00
2012	168	732.285.066,40
2013	240	1.678.959.505,60
2014	579	2.501.466.552,31
2015		4.518.744.234,22
Total	1.096	4.518.744.234,22

- **Meta de Custeio Lançada no PAC 2: R$ 1,6 bilhão**

COMPONENTE HOSPITALAR

O componente hospitalar da Rede de Atenção às Urgências será constituído pelas Portas Hospitalares de Urgência, pelas enfermarias de retaguarda clínicas e de longa permanência, pelos leitos de cuidados intensivos e pela reorganização das linhas de cuidados prioritárias.

SUS Ministério da Saúde

GOVERNO FEDERAL BRASIL PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

CRITÉRIOS ADOTADOS PARA DEFINIÇÃO DAS PORTAS DE ENTRADA HOSPITALARES

- **Porte definido pelo nº de leitos**: Hospitais com 100 ou mais leitos;
- **Referência Regional**: realizem, no mínimo, 10% dos atendimentos de outros municípios;
- **Papel assistencial:** sejam referencia para, pelo menos, uma das 3 Linhas de Cuidado prioritárias, com habilitações de alta complexidade em cardiovascular, neurologia/neurocirurgia ou traumatologia.
- A partir destes critérios foram selecionados **231 portas de entrada hospitalares,** distribuídas em **151 municípios** das **27 UFs.**
- Para fins de financiamento não foram considerados os Hospitais Federais e Hospitais Universitários Federais, pois já possuem financiamento federal específico (MS e MEC).
- Para fins de organização da Rede serão consideradas **287 portas de entrada hospitalares de urgência (**231 + 46 HUfederais + 6 hospitais RJ + 3 institutos + GHC)

Critérios de Qualificação das Portas Hospitalares de Urgências

- Estabelecer e adotar protocolos de classificação de risco, clínico, e de procedimentos administrativos no hospital;
- Implantar processo de Acolhimento com Classificação de Risco, em ambiente especifico, identificando o paciente que necessita de tratamento imediato, estabelecendo o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento e garantindo atendimento priorizado de acordo com o grau de sofrimento ou a gravidade do caso;
- Estar articulado com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192, Unidades de Pronto Atendimento – UPA e com outros serviços da rede de atenção à saúde, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contra referência, ordenados através das Centrais de Regulação regional;
- Possuir equipe multiprofissional compatível com seu porte;

Critérios de Qualificação das Portas Hospitalares de Urgências (Continuação)

- Organizar o trabalho das equipes multiprofissionais de forma horizontal;
- Implantar mecanismos de gestão da clínica, com equipe de referência para responsabilização e acompanhamento de caso e de média de permanência, com prontuário único multidisciplinar.
- Fornecer retaguarda às urgências atendidas pelos outros pontos de atenção de menor complexidade que compõem a Rede de Atenção às Urgências em sua região: procedimentos diagnósticos, leitos clínicos, leitos de terapia intensiva e cirurgias.
- Garantir o desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes, por iniciativa própria ou por meio de cooperação.

Custeio mensal segundo porte hospitalar Unidades Qualificadas

- I - Portas Hospitalares de Urgência instaladas em estabelecimentos hospitalares estratégicos, classificados como Hospital Tipo I: R$ 100.000,00
- II - Portas Hospitalares de Urgência instaladas em estabelecimentos hospitalares estratégicos, classificados como Hospital Tipo II: R$ 200.000,00
- III - Portas Hospitalares de Urgência instaladas em estabelecimentos hospitalares estratégicos classificados como Hospital Especializado: R$ 300.000,00

Investimento para Porta Hospitalar Qualificadas Readequação física e tecnológica

R$ 3.000.000,00 - **Porta Hospitalar Qualificadas** de atendimento às demandas espontâneas e referenciadas de urgências clínicas, cirúrgicas e/ou traumatológicas, que funcione nas 24h (vinte quatro horas) do dia, todos os dias da semana, e que compõe uma rede organizada de atenção às urgências.

Enfermaria Clínica de Retaguarda para Urgência

Criação de incentivo para os hospitais disponibilizarem enfermaria específica de leitos clínicos para retaguarda aos atendimentos de urgência/emergência, após pactuação junto aos gestores.

Enfermaria Clínica de Retaguarda: Leitos Clínicos

Custeio

- **Para custeio do leito/dia** : R$ 300,00 para leito novo e já existente qualificado

Unidade de cuidado intensivo para retaguarda a RUE

Criação de incentivo para hospitais disponibilizarem unidades específicas para pacientes críticos como retaguarda aos atendimentos de urgência/emergência, após pactuação com os gestores.

Investimento e custeio

- Para cada leito novo: investimento de R$100.000,00
- Para custeio: R$ 800,00 (80% do valor de referência) para leito novo e já existente qualificado (TO=90%)

Enfermaria Crônicos de Retaguarda para Urgência

Criação de incentivo para os hospitais disponibilizarem enfermaria específica de leitos crônicos para retaguarda aos atendimentos de urgência/emergência, após pactuação junto aos gestores.

Enfermaria Crônicos de Retaguarda

Custeio

- **Para custeio do leito/dia** : R$ 200,00 para leito qualificado

LINHAS DE CUIDADO

Conceito

“Conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento de determinados riscos, agravos ou condições específicas do ciclo de vida a serem ofertados de forma oportuna, articulada e contínua pelo sistema de saúde, sendo sua implementação estratégia central para a organização e a qualificação das redes de atenção à saúde, com vistas à integralidade da atenção." (Braga, E.C., 2006)

Inovações Tecnológicas em Linhas de Cuidado Prioritárias

- Trauma
- Cardiologia - IAM
- Neurologia / Neurocirurgia -AVC

Cardiologia - IAM

Mortalidade em internados com Infarto no Brasil, 2007

- ✓ **No SUS - 16,1%**
- ✓ **No sistema privado e países desenvolvidos - <5%**

- Implantar protocolos rígidos de transferência e transporte para agilização do atendimento visando o início o mais rápido possível do tratamento de reperfusão imediata aos pacientes com síndrome coronariana aguda.

- Utilizar métodos de Telemedicina para diagnóstico eletrocardiográfico precoce (Expansão do TELE ECG nos SAMU e UPAs)

- Qualificar o atendimento ao Infarto nas urgências pré-hospitalares (SAMU e UPAs) e implementar a integração entre o diagnóstico pré-hospitalar e a conduta hospitalar

Cardiologia - IAM

- Criar mecanismo de financiamento e ampliação de leitos de Unidades Coronariana - UCO para hospitais que se habilitem a participar da rede
- Ampliar o acesso a Angiologia Primária
- Melhorar a comunicação e articulação entre a Central de Regulação Médica de Urgência e as UCO visando o atendimento imediato
- Garantir o fornecimento de medicamentos essenciais ao tratamento do IAM
- Normatizar a terapia trombolítica e ampliar acesso, utilizando-a em unidades como UPA e prontos socorros hospitalares como estratégia inicial.
- Ampliar na rede a disponibilização de reabilitação pós-Infarto

Cardiologia – IAM

INVESTIMENTO LC INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO - IAM

- 39 UCOs nas 10 regiões metropolitanas com maior atendimento e mortalidade por IAM = 1 milhão para implantação

  Parâmetro:

  01 UCO com 10 leitos para cada 600 IAM/ano nas 10RM com maior frequência de IAM/ano. (Custeio previsto na ampliação dos leitos de UTI adulto).

- 150 Leitos de UCO nas 27 regiões metropolitanas com frequência de 100 a 599 IAM/ano

  Parâmetro:

  02 leitos de UCO para cada 100 IAM/ano sendo com investimento de R$ 100.000,00 por leito

MEDICAMENTOS E PROCEDIMENTOS ESSENCIAIS A SEREM INCORPORADOS

Novas medicações até 2014 nas 37 RM

Custeio Novas Drogas IAM 37 RM	
Ano	Total
Clopidogrel	R$ 50.400.000,00
Trombolítico	R$ 84.000.000,00
Total	R$ 134.400.000,00

Investimento em angioplastia primária

Incentivo para Aumento de Angioplastia Primaria	
Ano	Total
%	30%
Angioplastia Primária	R$ 46.000.000,00
Total	R$ 46.000.000,00

Custeio TeleECG

TeleECG	
Ano	Total
10 RM	R$ 8.000.000,00
27 RM	R$ 3.200.000,00
Total	R$ 11.200.000,00

Neurologia / Neurocirurgia - AVC

- Desenvolver ações de educação em saúde para o reconhecimento do AVE na população
- Qualificar a capacidade diagnóstica em todos os pontos da Rede
- Aumentar a capacidade logística e organização de fluxos para o atendimento aos pacientes neurológicos
- Criar unidades mistas de atendimento ao AVE nos hospitais de referência visando assistência qualificada (cuidado multiprofissional) e Capacitação do restante da Rede para o atendimento pós-internação
- Implementar o Telessaúde entre unidades de AVE e outros pontos da rede
- Possibilitar o acesso facilitado a leitos de retaguarda para crônicos e pacientes socialmente vulneráveis
- Garantir acesso a reabilitação qualificada

Neurologia / Neurocirurgia - AVC

Unidade de Atenção ao Acidente Vascular Encefálico-UAVC

- Baixo custo e alta eficiência no atendimento de pacientes complexos;
- Reduz tempo de UTI e nº de dias de internação;
- Deve ser instalada em Unidade Hospitalar que disponha de: ECG, laboratório, **TC de Crânio,** RX, angiografia, médico 24h, Neurocirurgia, Serviço Social;
- Necessário Equipe Multiprofissional na UAVE: Médico, Enfermeiro, Fonoaudiólogo, Fisioterapeuta, Psicólogo, Nutricionista.

Custeio das UAVE

Parâmetro: 01 unidade/15 a 25 leitos/1 milhão de hab.

- O cálculo foi baseado na **necessidade da população referenciada** dos 151 municípios que compõem a rede das portas de entrada (população do município + 30% da pop referenciada)

- Leito/dia – R$ 350,00

CUSTEIO DAS UAVE E TROMBOLÍTICO

Custeio	
Ano	Total 2011-2014
UAVE	R$ 368.550.000
Trombo	R$ 67.319.209
Total	R$ 435.869.209

Custeio	
Ano	Total 2011-2018
UAVE	R$ 1.408.050.000
Trombo	R$ 148.102.260
Total	R$ 1.556.152.260

GESTÃO: NÚCLEO INTERNO DE ACESSO E QUALIDADE HOSPITALAR

- Acompanhamento do processo de acesso, qualidade e gestão da porta de entrada de forma compartilhada e solidária entre os níveis de gestão (federal, estadual e municipal) e gestor do estabelecimento hospitalar para apoio à melhoria e eficiência da gestão.

SOS EMERGÊNCIAS: 2011

MUNICIPIO	UNIDADE
SALVADOR	HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS (Estadual)
FORTALEZA	INSTITUTO JOSÉ FROTA CENTRAL
RECIFE	HOSPITAL DA RESTAURAÇÂO
GOIÂNIA	HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA HUGO (Estadual)
BRASILIA	HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL
SÃO PAULO	SANTA CASA DE SÃO PAULO
SÃO PAULO	HOSPITAL SANTA MARCELINA
RIO DE JANEIRO	HOSPITAL MIGUEL COUTO
RIO DE JANEIRO	HOSPITAL ALBERT SCHWEITZER
BELO HORIZONTE	HOSPITAL JOÃO XXIII
PORTO ALEGRE	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO

Cronograma SOS EMERGÊNCIAS

Cronograma de implantação de 40 hospitais até 2014

- **2012**

Fev/2012 – Hospital Metropolitano de Belém

Out/2012 – Linha de Base indicadores de resultado dos novos 10 hospitais:

•Cidades da Copa = Curitiba, Natal, Cuiabá, Manaus

•Teresina, Maceió, Aracaju, Getúlio Vargas/PE

•Vitória – ES

•Porto Velho – RO

- **Nov-Dez 2012** - Instalação do núcleo + lançamento nos novos 10 hospitais.
- **2013**

Abril – Linha de base indicadores dos 10 hospitais

Maio/Junho – Instalação núcleo + lançamento nos novos 10 hospitais

Outubro – Linha de Base 8 hospitais

Nov/Dez – Instalação núcleos + Lançamento nos oito novos hospitais

ATENÇÃO DOMICILIAR

Modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção.

- Proposta de Implantação:
  - 1 equipe multidisciplinar de Atenção Domiciliar – EMAD para cada 100.000 habitantes
  - 1 Equipe de Apoio - EPAD para no mínimo 3 EMAD

- **2011 a 2014** – 250 equipes por ano (**Total até 2014: 1000**)
- **2015 a 2017** – 227 equipes por ano
- **2018**: 226 equipes
- **2011 a 2018 – Total: 1907 equipes**

CUSTEIO DAS EQUIPES DE ATENÇÃO DOMICILIAR

VOLTAR

Equipe	Nº de Equipes	Incentivo mensal repassado pelo MS (R$)	Custeio mensal total (R$)	Custeio anual total (R$)
EMAD (II, III)	1907	34.560,00	65.905.920,00	790.871.040,00
EPAD	636	6.000,00	3.816.000,00	45.792.000,00
TOTAL			69.721.920,00	836.663.040,00

NOVAS FORMAS DE FINANCIAMENTO

- A partir e inserido dentro das Redes de Atenção: Urgência/Emergência; Materno-infantil; Saúde Mental e ênfase em crack e outras drogas; Câncer mama e colo útero.
- Não por aumento de tabela de procedimentos ou por pagamento de produção (MAC), mas através de processo de contratualização a partir das necessidades da rede e avaliação e monitoramento por desempenho
- GT Atenção Hospitalar – nova política de atenção hospitalar e reavaliação do processo de contratualização

NOVAS FORMAS DE FINANCIAMENTO

- Especificidades: hospitais de ensino e universitários federais
- Federais: REHUF (investimento, custeio e orçamentação)
- Negociação e pactuação solidária e cooperativa com os gestores – participação do nível federal
- Necessidade de envolvimento de todos e divisão de responsabilidades e competências

DESAFIOS PARA IMPLEMENTAÇÃO DE UMA RUE EFETIVA

- Articulação entre os gestores
- Cooperação e solidariedade inter-regional
- Estado inserido como ator estratégico nesta proposta – apoio técnico, organizativo e regulador
- Regulação efetiva
- Formação e qualificação de pessoal
- APS assumindo seu papel de coordenadora do cuidado

SÍNTESE DO FINANCIAMENTO

	2011-2014 R$	2015-2018 R$	2011-2018 R$
INVESTIMENTO	2.657.743.677	392.773.467	3.050.517.144
CUSTEIO	16.219.393.277	39.780.524.134	55.999.917.412
TOTAL	18.877.136.955	40.173.297.601	59.050.434.557