

2ª CONTROLADORIA TÉCNICA
RELATÓRIO DE AUDITORIA ORDINÁRIA



RELATÓRIO DE AUDITORIA ORDINÁRIA
RA-O 16/2011

Contas de Governo 2010

EXERCÍCIO DE 2010

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE

ORGÃO JURISDICIONADO: Secretaria de Estado da Saúde

Fundo Estadual da Saúde

ASSUNTO: Auditoria Ordinária

FINALIDADE: Monitoramento

PERÍODO AUDITADO: Exercício de 2010

CONSELHEIRO RELATOR: Sebastião Carlos Ranna de Macedo

RESPONSÁVEL: Anselmo Tozi

IDENTIFICAÇÃO

Assunto: Auditoria Ordinária
Processo TC: 8948/2010
Plano de Auditoria: **370/2010**
Entidade Auditada: **Secretaria de Estado da Saúde**
Período Auditado: Exercício de 2010
Conselheiro-Relator: **Sebastião Carlos Ranna de Macedo**

Agentes Responsáveis:

Nome.....: Anselmo Tozi

CPF.....: 559.901.427-79

Cargo.....: Secretário de Estado da Saúde

Endereço.: R. Desembargador Carlos Xavier Paes Barreto, nº35, Ed. Praia de Guarujá, Aptº 1102, Mata da Praia, Vitória – ES. CEP:29.065-330

Equipe Técnica:

Hudson dos Santos – Controlador de Recursos Públicos

Márcia Andréia Nascimento – Controladora de Recursos Públicos

Sumário

IDENTIFICAÇÃO	9
RESUMO	15
Antecedentes	15
Sistema de Saúde Pública do Espírito Santo	15
Objetivos e Escopo de Auditoria	16
Estratégica Metodológica	16
Principais Constatações	16
Recomendações	17
1.INTRODUÇÃO.....	18
1.1 Antecedentes	18
1.2 Objetivos e Escopo de Auditoria	18
1.3 Justificativa	19
1.3 Critérios	19
1.5 Metodologia	20
1.6 Forma de Organização do Relatório	20
2. VISÃO GERAL	21
2.1 Referências do Estado X População X Leitos	21
Quadro 1- Quantidade de Leitos/Hospitais	22
2.2 Orçamento X Saúde	22
Quadro 2- Orçamento das Subfunções	23
2.3 Normas Legais de Regulação no SUS e Diretrizes	23
2.3.1 Portarias: GM 2932/98 e GM 479/99	24
2.3.2 Portaria 3016/98	24
2.3.3 Portaria GM 824/99	24
2.3.4 Resolução 539/98 do Conselho Federal de Medicina	25
2.3.5 Portaria GM 1478/99	25
2.3.6 Portaria SAS 456/2000	25
2.3.7 NOB 01/96 (Norma Operacional Básica)	25

2.3.8 NOAS-SUS 02/2002: Portaria nº 373/GM.....	25
2.3.9 Portaria nº 423/GM/MS – 2002.....	26
2.3.10 Portaria/GM n. ° 2309, Portaria/SAS n. ° 589, Portaria SAS/MS nº 39	26
2.3.11 PPI- Programação Pactuada e Integrada	27
2.3.12 Plano Diretor.....	27
2.3.13 Pacto pela Saúde	28
2.4. Estrutura da Secretaria de Estado da Saúde	28
2.4.1 Secretaria de Estado da Saúde	28
2.4.2 Setores Específicos que tratam da Regulação.....	29
2.4.3 Gerência de Regulação	29
2.4.3.1 Composição	29
2.4.3.2 Núcleos	30
2.4.3.3 Setores que dão suporte a Gerência de Regulação	30
2.4.3.4 Gerência e suas Coordenações.....	30
2.5 Unidades Hospitalares	30
2.6. Características dos leitos	31
2.6.1 Quanto à classificação.....	31
2.6.2 Quanto ao quantitativo de leitos	32
3. DO SISTEMA DE REGULAÇÃO DE LEITOS	32
3.1 Organização da Regulação no Estado.....	33
3.2 Complexo Regulador.....	35
3.2.1 Coordenação da CRIU – Macrorregião Centro (Macro Centro)	36
3.2.2 Coordenação do SAMU.....	36
3.2.3 Coordenação Médica de Supervisores.....	37
3.3 Características da do Sistema de Regulação	37
4. OPERACIONALIZAÇÃO DA COORDENAÇÃO CRIU – CENTRAL DE REGULAÇÃO E INTERNAÇÃO E URGÊNCIA	38
4.1. Unidades Requisitantes ou Solicitantes	38
4.2 Unidades Prestadoras ou Executantes	38
4.3 Processos de Regulação	39
4.3.1 Processo de Internação.....	39

4.3.2 Solicitação de Internação	39
4.3.3 Internação em UTI	40
4.3.4 Internação Eletiva	40
4.4 Critérios de distribuição das demandas segundo as possibilidades de ofertas (rede própria, hospitais filantrópicos, rede privada).	40
4.5 Composição da Coordenação Do CRIU.....	41
4.5.1 Recursos Humanos	41
4.5.2 Recursos Materiais	41
4.6 Coordenação CRIU	41
Situação Encontrada	41
4.6.1 Atribuições da Coordenação.....	42
4.6.2 Situação Encontrada de Recursos Materiais	42
4.6.3 Horário de Funcionamento	42
4.6.4 Boas Práticas.....	42
5. SISTEMA DE ENTRADA E SAÍDA DE DADOS	42
5.1. Sistema MV 2000	43
5.1.1 Módulo de Internação e Central de Leitos	44
5.1.1.1 Principais Processos	44
5.1.2 Módulo de Urgência e Emergência.....	44
5.1.2.1 Principais funcionalidades.....	44
5.1.3 Módulo de Unidade de Internação.....	45
5.1.3.1 Principais funcionalidades.....	45
5.2 Hospitais que operam no Sistema MV 2000	45
Situação Encontrada	45
5.2.1 Hospitais da Rede Pública.....	45
5.2.2 Hospitais Filantrópicos Contratualizados.....	45
5.3 Não utilizando o Sistema MV.....	46
6. OUTRAS VISITAS “IN LOCO”	46
6.1 Visita ao Hospital Dório Silva	46
6.1.1 Situação Encontrada Quanto aos Leitos	46
6.1.2 Situação Encontrada Quanto ao Sistema MV de Regulação de Leitos.....	47
6.2 Visita ao Hospital São Lucas.....	47

6.2.1 Situação Encontrada Quanto aos Leitos	47
6.2.2 Criação de Plano Estratégico	47
6.2.3 Situação Encontrada Quanto ao Sistema MV de Regulação de Leitos.....	48
6.3 Visita ao Hospital Evangélico de Vila Velha	48
6.3 Visita à Coordenação dos Mandados Judiciais e Aquisição de Leitos Privados	49
7. ANÁLISE DOS COMENTÁRIOS DOS GESTORES	49
8. AVALIAÇÃO DO SISTEMA DE REGULAÇÃO	51
8.1 Pontos Adequados do Sistema Regulação de Internação Hospitalar.....	51
8.2 Pontos Inadequados do Sistema de Regulação de Internação....	52
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
ANE XO 1 –PLANO DE REGULAÇÃO CONTROLE E AVALIAÇÃO	56
ANEXO 2–PLANO DE REGULAÇÃO CONTROLE E AVALIAÇÃO – ALTA COMPLEXIDADE	57
ANEXO 3 – HOSPITAL DÓRIO SILVA	58
ANEXO 4 – CONSTRUÇÃO DO NOVO DÓRIO SILVA.....	59
ANEXO 5 – HOSPITAL SÃO LUCAS	60
ANEXO 6 – HOSPITAL EVANGÉLICO DO ES.....	61
ANEXO 7- HOSPITAL EVANGÉLICO DO ES.....	62
ANEXO 8 – CENTRAL DE REGULAÇÃO	63
ANEXO 9 – SETOR OPERACIONAL DA CENTRAL DE REGULAÇÃO	64
ANEXO 10 – SETOR OPERACIONAL DA CENTRAL DE REGULAÇÃO	65
ANEXO 11 – FLUXO DE REGULAÇÃO DO SISTEMA MV – MÉDICO REGULADOR	66
ANEXO 11 – CONTINUAÇÃO DO FLUXO DE REGULAÇÃO DO SSTEMA MV – MÉDICO REGULADOR.....	67
ANEXO 12 – FLUXO DE REGULAÇÃO VIA FAX	68

ANEXO 12 – CONTINUAÇÃO DO FLUXO DE REGULAÇÃO VIA FAX	69
ANEXO 13 – FLUXO PARA SERVIÇO DE INTERNAÇÕES ELETIVAS	70
ANEXO 14 – FLUXO PARA SERVIÇO DE URGÊNCIA	70
ANEXO 14 – FLUXO PARA SERVIÇO DE URGÊNCIA	71
ANEXO 15 – RELAÇÃO DE HOSPITAIS PÚBLICOS, FILANTRÓPICOS E PRIVADOS POR MACRORREGIÃO E MICRORREGIÃO	72

RESUMO

Antecedentes

O Tribunal de Contas do Estado do Espírito Santo – TCEES realizou auditoria ordinária na Secretaria de Estado da Saúde com a finalidade de monitorar a operacionalização do Sistema de Regulação e Distribuição de Leitos. Este trabalho teve por objetivo o monitoramento seletivo na área de saúde a fim de conhecer e verificar a funcionalidade e operacionalidade do Sistema de Regulação quanto à distribuição de leitos. A presente auditoria encontra-se prevista no Plano de Auditoria nº370/2010 para apoiar a elaboração do parecer prévio sobre as contas de governo.

Sistema de Saúde Pública do Espírito Santo

A Constituição da República Federativa do Brasil, no artigo 196, que “ *a saúde é direito de todos e dever do Estado*, garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. A fim de alcançar esse objetivo, o art. 198 exige ações e serviços públicos de saúde integrem uma rede regionalizada e hierarquizada e constituam um sistema único.

Através dos meios de comunicação, é apresentada a sociedade que um dos maiores desafios no Brasil e também o Estado do Espírito Santo atualmente é a carência de leitos nos hospitais públicos.

De acordo com as entrevistas realizadas com os gestores, dentre vários fatores que influenciaram a explosão do problema, estão: o crescimento populacional, crescimento de faixa etária de idosos, insuficiência de Pronto Atendimento, o aumento alarmante do nº de acidentados no trânsito, aumento dos consumidores de drogas e recursos financeiros escassos. Esse estrangulamento da capacidade de atendimento nos Hospitais públicos levou o Estado a providenciar de imediato a compra de leitos privados.

Objetivos e Escopo de Auditoria

Analizando o valor expressivo de recursos investidos e os problemas enfrentados pela população para ter acesso aos leitos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde – SUS, o presente trabalho conteve por escopo o Sistema de Regulação e a distribuição de leitos.

Foi realizado um levantamento junto ao Tribunal de Contas e constatou-se que o programa de Assistência Hospitalar e Ambulatorial foi destaque no orçamento anual do Fundo Estadual de Saúde do exercício de 2010 no valor de R\$833.752.823,81, correspondendo a 63,76% ao orçamento total da saúde. Durante o primeiro semestre já haviam sido gastos R\$335.523.728,26, significando 40,24% de gastos durante esse período.

Assim, o objetivo da auditoria, cujo enfoque é a verificação da funcionalidade e operacionalidade das distribuições de leitos hospitalares, foi conhecer as suas funções gerais, com foco no cumprimento do planejamento e dos procedimentos e rotinas utilizadas.

Estratégica Metodológica

As metodologias escolhidas para realização desta auditoria para coletar dados e informações foram: visitas às unidades hospitalares de maior relevância em disponibilização de número de leitos, unidades hospitalares que estão inseridas no sistema MV2000, pesquisa no “site” do Ministério da Saúde, pesquisa de documentos, entrevistas com servidores e gestores envolvidos com o sistema de regulação.

O local estratégico dos estudos foi centralizado na Central de Regulação e a Secretaria de Estado de Saúde, sendo subsidiado por visitas realizadas no Hospital Dório Silva, Hospital Evangélico de Vila Velha e Hospital São Lucas.

Principais Constatações

Após visitas em alguns hospitais e a Central de Regulação para verificação dos procedimentos e rotinas realizadas na Central de Regulação da Macrorregião Centro- Vitória, pode-se constatar a ausência de regimento interno, procedimentos e rotinas para desenvolver as atividades do sistema regulador de forma eficiente. A

distribuição de leitos é realizada com lentidão e não é em tempo real dentro do sistema.

Considerando essas constatações e visando a contribuir para melhorar a efetividade do Sistema, foram propostas as recomendações.

Recomendações

Levando em consideração as questões apresentadas ao longo desta auditoria, é importante ressaltar a importância de fortalecer o Sistema de Regulação, não só no Estado como também nos municípios. A realização de planos de curto, médio e longo prazo para que se possa atingir a eficiência do sistema para melhor gestão dos leitos é imprescindível.

1.INTRODUÇÃO

1.1 Antecedentes

O Tribunal de Contas do Estado do Espírito Santo – TCEES realizou auditoria ordinária na Secretaria de Estado da Saúde com a finalidade de monitorar a operacionalização do Sistema de Regulação e Distribuição de Leitos. Este trabalho tem por objetivo o monitoramento seletivo na área de saúde a fim de conhecer e verificar as realizações do Governo do Estado do Espírito Santo no exercício de 2010. A presente auditoria encontra-se prevista no Plano de Auditoria nº370/2010 para apoiar a elaboração do parecer prévio sobre as contas de governo.

A preocupação com o cidadão orientou a definição de um objeto de auditoria em área crítica de gestão (no caso, a carência de leitos hospitalares retrata através dos meios de comunicação) que causa maior impacto para o usuário do sistema comandado pela Secretaria de Estado da Saúde. O TCEES atento aos fatos atuais do Estado, centrou a fiscalização no sistema que regula e disponibiliza leitos para os usuários.

1.2 Objetivos e Escopo de Auditoria

Analisando o valor expressivo de recursos investidos e os problemas enfrentados pela população para ter acesso aos leitos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde – SUS, o presente trabalho terá por escopo o Sistema de Regulação e a distribuição de leitos.

Foi realizado um levantamento junto ao Tribunal de Contas e constatou-se que o programa de Assistência Hospitalar e Ambulatorial foi destaque no orçamento anual do Fundo Estadual de Saúde do exercício de 2010 no valor de R\$833.752.823,81, correspondendo a 63,76% ao orçamento total da saúde. Durante o primeiro semestre já haviam sido gastos R\$335.523.728,26, significando 40,24% de gastos durante esse período.

Assim, o objetivo da auditoria, cujo enfoque é o conhecimento e a verificação da funcionalidade e operacionalidade das distribuições de leitos hospitalares, foi averiguar as suas funções gerais, com foco no cumprimento do planejamento e nos procedimentos e rotinas utilizadas.

1.3 Justificativa

Sistema de Saúde Pública no Espírito Santo

A Constituição da República Federativa do Brasil, no artigo 196, que “ *a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.* A fim de alcançar esse objetivo, o art. 198 exige ações e serviços públicos de saúde integrem uma rede regionalizada e hierarquizada e constituam um sistema único.

Um dos maiores desafios que o Estado do Espírito Santo enfrenta atualmente é a carência de leitos nos hospitais públicos. Dentre vários fatores que influenciaram a explosão do problema, estão no crescimento populacional, crescimento de faixa etária de idosos, insuficiência de Pronto Atendimentos, aumento do número de acidentados no trânsito, aumento de usuário de drogas e recursos financeiros escassos. Esse estrangulamento da capacidade de atendimento nos Hospitais públicos, levou o Estado a providenciar de imediato a compra de leitos privados.

Na prestação de Contas do Secretario de Saúde apresentado a Assembléia Legislativa (ALES), foram demonstrados vários pontos importantes, dentre eles, o crescimento de número de leitos, entretanto, as informações divulgadas pela mídia estadual era a permanência de ausência de leitos.

Nesse contexto, foi estruturado o plano de auditoria a fim de conhecer e verificar a composição de sua estrutura e examinar o alcance dos objetivos propostos.

1.3 Critérios

Após verificar a funcionalidade do sistema de internação, na qual são inseridas as informações de disponibilidades de leitos, a equipe de auditoria verificou a necessidade de examinar as seguintes hipóteses:

- a existência de manual de procedimentos e rotinas e regimento interno;
- quais os recursos materiais e humanos disponíveis para sua funcionalidade e operacionalidade;

- o tempo entre a vacância do leito na unidade hospitalar e a entrada da informação no sistema operante;
- o estudo da equipe de auditoria ateve-se aos números gerais, pois a verificação trata-se da operacionalização da entrada e saída de informações no sistema.

1.5 Metodologia

Para atingir os objetivos na auditoria, foram utilizados os seguintes procedimentos para coletar dados e informações: visitas às unidades hospitalares de maior relevância em disponibilização de número de leitos e unidades hospitalares que estão inseridas no sistema MV2000, pesquisa no “site” do Ministério da Saúde, identificação das normas específicas para o sistema de regulação, entrevistas com servidores e gestores envolvidos com o sistema e análise de documentos relativos atividades de regulação.

O estudo foi realizado com o objetivo de avaliar a regulação de leitos de âmbito estadual, considerando que na região metropolitana se concentra a maior parte da capacidade instalada do Estado.

O público alvo foram os gestores envolvidos no processo de planejamento, execução e regulação, contemplando unidades hospitalares, médicos reguladores, enfermeiros e responsáveis pelo ingresso das informações no sistema regulador.

1.6 Forma de Organização do Relatório

Primeiramente foram tratados os temas que versam sobre as normas específicas do objeto, informações sobre unidades hospitalares do Estado e, em seguida, a estrutura e composição organizacional, demonstrando as linhas de subordinação e de assessoramento e relação das atividades desenvolvidas. Ao longo do texto foram apresentados as unidades hospitalares envolvidas nos processos, os fluxos, os processos rotineiros, os recursos humanos envolvidos e outros. Por fim, a apresentação geral do cenário na qual é realizada a operacionalização da distribuição de leitos, expondo os pontos adequados e inadequados, comentários dos gestores e, em seguida, as recomendações.

2. VISÃO GERAL

Esta auditoria realizou levantamento de informações sobre a funcionalidade e a operacionalização do sistema de regulação de leitos, apresentando as normas específicas, fez menção sobre a infra-estrutura, recursos humanos e materiais, e verificou a interação do sistema entre as unidades hospitalares e a central de regulação. Foi realizado um breve estudo sobre descrição do Estado sobre o orçamento e leitos.

Dentre os problemas que influenciam na capacidade de atendimento dos hospitais, são destaques:

- crescimento populacional;
- aumento da faixa etária de idosos;
- aumento crescente do número de acidentados no trânsito, a violência urbana e demanda para tratamento de drogados;
- os municípios não atendem adequadamente sobrecarregando o sistema de urgência e emergência, pois nem todos os municípios possuem organizados a Regulação do Acesso dentro das diretrizes da Regulação da Atenção à Saúde; e
- a insuficiência da estruturação da rede pública, sendo que os prontos-socorros funcionam como porta de entrada, durante 24hs e acolhem não só pacientes de urgência, como também desgarrados da atenção primária e especializada. Essas demandas misturam-se às unidades de urgência, ocasionando uma superlotação e sobrecarga dos serviços.

2.1 Referências do Estado X População X Leitos

O Estado do Espírito Santo é constituído por 78 municípios e possui uma população total estimada em 3. 487.094 habitantes em 2009.

Quadro 1- Quantidade de Leitos/Hospitais

PÚBLICOS	HOSPITAIS SUS (A)	LEITOS SUS (B)	Percentual de leitos
TOTAL ESTADUAL	17	1.708	30%
TOTAL MUNICIPAL	12	464	8%
TOTAL FEDERAL	1	311	5%
TOTAL PÚBLICOS	30	2.483	43%
FILANTRÓPICOS	45	2.579	45%
PRIVADOS SUS (contratualização)	12	679	12%
TOTAL	87	5.741	100%

Fonte: CNES e Núcleo de Programação Assistencial e Contratualização

O número de leitos SUS e Não SUS no Estado perfaz um total de 8.233, sendo que 2.492 referem-se à Leitos Não SUS e 5.741 Leitos SUS, conforme CNES.

Observa-se que o total de leitos oferecidos pelos hospitais filantrópicos mais hospitais privados SUS corresponde a 3.258 leitos e leitos oferecidos pelos hospitais públicos correspondem a 2.483, assim, constata-se que 57% dos leitos são hospitais filantrópicos e privados.

2.2 Orçamento X Saúde

Os recursos aplicados na função Saúde, os quais estão registrados no orçamento, são expressivos. No exercício de 2010, foram registradas 13 subfunções totalizando R\$1.307.680.493,81. A subfunção que possui maior representatividade é **Assistência Hospitalar e Ambulatorial**, correspondendo a 63,76% (833.752.823,81/1.307.680.493,81) do total orçado para função Saúde e 58,88% (335.523.728,26/569.832.645,89) de gastos durante o primeiro semestre.

Quadro 2- Orçamento das Subfunções

	Destaque da LRF		ATÉ MÊS 06/2010
CÓDIGO	SUBFUNÇÃO	ATUALIZADO	LIQUIDADO
301	ATENCAO BASICA	14.755.000,00	5.563.848,34
302	ASSISTENCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL	833.752.823,81	335.523.728,26
303	SUORTE PROFILATICO E TERAPEUTICO	92.700.000,00	41.935.245,97
304	VIGILANCIA SANITARIA	2.068.044,00	21.794,10
305	VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	6.647.868,00	448.586,06
	Outras Subfunções	357.756.758,00	186.339.443,16
	TOTAL	1.307.680.493,81	569.832.645,89

Fonte: siafem/gecon/sefaz

Dentro dessa subfunção estão inseridas as ações que envolve a gestão dos leitos hospitalares, sendo destaque: Cooperativas médicas contratadas, construção do Novo Dório Silva, aquisição de equipamentos para rede, manutenção do Hospital Dório Silva, Manutenção e Reforma do Hospital São Lucas, Operacionalização do Hospital Central, Manutenção do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória e outros.

2.3 Normas Legais de Regulação no SUS e Diretrizes

O Ministério da Saúde, visando o aperfeiçoamento do modelo de saúde do País, instituiu o chamado Pacto pela Saúde, através da **Portaria MS/GM nº399** em 22/02/06, com a pretensão de consolidar o SUS, articulado e interligado pelos componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS.

O Pacto de Gestão do SUS aprofunda o conceito de regionalização, presente na **Lei nº8.090/90**, na qual dita que a regionalização é uma diretriz do Sistema Único de Saúde e um eixo estruturante do Pacto de Gestão, deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores. O Pacto de gestão formalizou a Política Nacional de Regulação (Regulação da Atenção à Saúde e Regulação da Assistência), que detalha o conceito de regionalização do SUS tem como principais ferramentas o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde (PPI) e seu alvo é a oferta e a demanda dos serviços de saúde.

Esta Política está focada em três eixos estruturantes:

- Recursos financeiros para implantação e para o custeio de Complexos Reguladores, que visem permitir a articulação e a integração entre as centrais de internação e de consultas, exames e protocolos assistenciais e as ações gerenciais de programação e regionalização;
- Instrumentos para operacionalização dos Complexos Reguladores; e
- Programa de capacitação permanente de recursos humanos.

Assim, nesse contexto foi realizada a auditoria, direcionando no primeiro momento para verificar o funcionamento do sistema de regulação no Estado, para em seguida avaliar a sua operacionalidade na distribuição de leitos. Os resultados desse levantamento, juntamente com as informações coletadas junto a Secretaria de Saúde e Unidades Hospitalares Visitadas pela equipe de auditoria, serão avaliados por este trabalho.

Portarias em destaque:

2.3.1 Portarias: GM 2932/98 e GM 479/99

A finalidade estabelecida por estas Portarias é apoiar à implantação do Sistema Estadual de Referência do Atendimento Hospitalar de Urgência e Emergência e da sua vinculação às Centrais de Regulação.

2.3.2 Portaria 3016/98

Esta Portaria organiza o Sistema Estadual de Saúde de Gestante de Alto Risco e coloca as centrais de regulação como um dos seus componentes.

2.3.3 Portaria GM 824/99

Normaliza a organização da assistência pré-hospitalar no país, citando formalmente as centrais reguladoras da assistência pré-hospitalar, dando suas atribuições e composição, e, pela primeira vez, apresentando a figura do médico regulador

2.3.4 Resolução 539/98 do Conselho Federal de Medicina

Regulamenta a atividade pré-hospitalar, e coloca como condição para o funcionamento dos serviços, públicos e privados, a instituição de uma central de regulação, com a figura presente do Médico Regulador.

2.3.5 Portaria GM 1478/99

Esta Portaria trata da criação das Centrais de Programação e Regulação da Assistência Oncológica nas Secretarias Estaduais de Saúde e nas Secretarias Municipais de Gestão Plena do Sistema.

2.3.6 Portaria SAS 456/2000

Regulamenta no âmbito da SAS as Portarias Ministeriais 569/2000 e 571/2000 que, respectivamente, instituíram o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento no SUS e o componente II do referido programa (Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal).

2.3.7 NOB 01/96 (Norma Operacional Básica)

A NOB 01/96 (Norma Operacional Básica), cuja finalidade primordial é promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus municípios (Artigo 30, incisos V e VII, e Artigo 32, Parágrafo 1º, da Constituição Federal), com a conseqüente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS, estabelece o cadastro de serviços e da Programação Pactuada Integrada, o gestor do Sistema Único de Saúde ou grupo de gestores, devem estabelecer com os prestadores de serviços de saúde a quantidade de leitos.

2.3.8 NOAS-SUS 02/2002: Portaria nº 373/GM

A Norma Operacional Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002 amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos

serviços de saúde e de busca de mais equidade; cria mecanismos para fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e atualiza os critérios de habilitação de estados e municípios.

2.3.9 Portaria nº 423/GM/MS – 2002

Define a Regulação Assistencial, como uma das funções de fortalecimento da capacidade de gestão, institui ao poder público o desenvolvimento de sua capacidade sistemática em responder às demandas de saúde em seus diversos níveis e etapas do processo de assistência, de forma a integrá-la às necessidades sociais e coletivas.

2.3.10 Portaria/GM n.º 2309, Portaria/SAS n.º 589, Portaria SAS/MS nº

39

Segundo os critérios estabelecidos pela Portaria/GM n.º 2309, de 19 de dezembro de 2001, Portaria/SAS n.º 589, de 27 de dezembro de 2001 e a Portaria SAS/MS nº 39 de 06 de fevereiro de 2006. A estruturação do Complexo Regulador permite absorver toda a assistência à saúde de média e alta complexidade em uma estrutura de regulação. Segundo essa Portaria, caberia ao Estado desenvolver:

1. O Plano Diretor de Regionalização – PDR - do Estado
2. A Programação Pactuada e Integrada – PPI - do Estado
3. A definição de quantas e quais centrais de regulação comporão o complexo (macro norte, macro centro e macro sul)
2. A área de abrangência (território)
3. o escopo (procedimentos) de cada Central de Regulação.
5. O conhecimento dos recursos assistenciais disponíveis em sua área de abrangência;
6. A definição do fluxo de informações (unidades solicitantes, unidades executantes)
7. A definição das rotinas operacionais (horário de funcionamento, dias da semana, perfil dos profissionais, etc.);
8. A realização da configuração da central (atualizar o CNES, CNS, PPI, incluir as unidades solicitantes, executantes e as administrativas, distribuir

os limites físicos – cotas para cada unidade solicitante, vincular os profissionais às unidades de lotação, incluir os grupos de acesso ao sistema informatizado, cadastrar as escalas médicas, definir os procedimentos que serão liberados sob regulação)

9. A capacitação permanente dos recursos humanos e demais entes do processo regulatório;

15. A identificação da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, fundamentada em protocolos clínicos e balizada pela alocação de recursos e fluxos de referências pactuados na Programação Pactuada e Integrada – PPI;

16. A disponibilização de informações para o acompanhamento da Programação Pactuada e Integrada – PPI.

2.3.11 PPI- Programação Pactuada e Integrada

A PPI foi recepcionada pela Norma Operacional Básica 1996 (NOB 1996) que propôs como estratégia para a ampliação do acesso, a construção de redes regionais, orientadas por programações pactuadas e integradas. A Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 01 / 02) colocou a PPI na agenda de todas as Unidades Federadas quando indicou como instrumentos orientadores para a organização das redes regionais, juntamente com o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimentos (PDI).

A Programação Pactuada e Integrada do Estado do Espírito Santo – PPI – 2004 estabeleceu a promoção de alocação de recursos aos territórios para financiamento da assistência à saúde com base em uma programação pactuada entre gestores. (aprovada na Reunião Extraordinária da CIB-ES em 13 de Agosto de 2004).

2.3.12 Plano Diretor

O Plano Diretor de Regionalização (PDR) é a regionalização hierárquica da assistência à saúde em cada Estado. É ele que estabelece a divisão do Estado em macrorregiões e microrregiões, com objetivo de levar atendimento ao usuário do SUS o mais próximo possível de sua residência. **(ANEXO 1 – Plano de Regulação e Controle de Avaliação)**

2.3.13 Pacto pela Saúde

Pacto pela Saúde 2006 - portarias GM 399/2006 e 698/2006 - que aprova as diretrizes e define que o custeio das ações de saúde deve estar de acordo com o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica do SUS. Após várias discussões, o Ministério da Saúde produziu em 2006, uma proposta para a reordenação e a consolidação do SUS, convocando o país para assumir o PACTO PELA SAÚDE em DEFESA DA VIDA, do SUS e sua GESTÃO

2.4. Estrutura da Secretaria de Estado da Saúde

Neste item são apresentados os setores envolvidos, unidades hospitalares, os gestores e respectivas funções, gerências e coordenações. Neste texto estão relacionados à composição envolvida e que possuem interface com o sistema.

2.4.1 Secretaria de Estado da Saúde

A função da Secretaria é coordenar e dirigir as atividades de assistência à saúde e prestação de serviços na área médica e hospitalar em todo o Estado. As Subsecretarias que fazem parte desse contexto são:

- Subsecretaria de Estado de Assuntos de Regulação e de Organização da Atenção à Saúde (Subsecretaria de Estado de Regulação, Controle e Avaliação em Saúde)
- Subsecretaria de Gestão Hospitalar
- Subsecretaria da Saúde para Assuntos de Administração e Financiamentos da Atenção à Saúde
- Subsecretaria de Gerenciamento de Projetos

2.4.2 Setores Específicos que tratam da Regulação

Para realização desta auditoria, a equipe concentrou-se nos setores que possuem atividades diretamente relacionadas ao sistema de regulação. Assim, foi selecionada a Subsecretaria de Estado de Assuntos de Regulação e de Organização da Atenção à Saúde e a Gerência de Regulação e Assistência (GERA) a ele subordinado.

Esta Subsecretaria responde pelo atendimento das necessidades essenciais, cuidando da estrutura institucional e formas de controle de acesso dos usuários na gestão e na definição dos padrões de desempenho e qualidade do serviço público. A Gerência de Regulação e Assistência (GERA) é responsável pela coordenação das ações de regulação, controle e avaliação assistencial do SES (Sistema Estadual de Saúde) e dos Sistemas Municipais de Saúde, assim como a coordenação e a implementação de ações de saúde, redes e programas assistenciais no âmbito do SUS/ES. Esta gerência é composta:

A Gerência Estratégica de Regulação Assistencial tem por finalidade a coordenação das ações de regulação, controle e avaliação assistencial do SES e dos Sistemas Municipais de Saúde, assim como a coordenação e a implementação de ações de saúde, redes e programas assistenciais no âmbito do SUS/ES. Para cumprimento da sua finalidade, é composta pelos seguintes núcleos:

2.4.3 Gerência de Regulação

2.4.3.1 Composição

- Gerência de Urgências e Emergências;
- Gerência de Vigilância em Saúde;
 - Lacen;
- Gerência Farmacêutica;
- Superintendência de Vitória;
- Superintendência de Colatina ;
- Superintendência de Cachoeiro de Itapemirim;
- Superintendência de São Mateus;

2.4.3.2 Núcleos

- Núcleo Especial de Normalização
- Núcleo Especial de Sistemas de Informação Assistencial- NESIAS
- Núcleo Especial de Programação Assistencial e Contratualização -

NUEPAC

- AIH eletrônica (Autorização de Internação Hospitalar)

2.4.3.3 Setores que dão suporte a Gerência de Regulação

- superintendência;
- GTI;
- COSEMS e outros parceiros;
- Gerência Hospitalar;
- Comitê;
- Direção Hospitalar;
- Assessoria GBCR;
- GERA (NSIAS e NUEPAC)
- Auditoria.

2.4.3.4 Gerência e suas Coordenações

Coordenação Complexo Regulador

Coordenação do SAMU 192

Coordenação do CRIU

Coordenação Médica Supervisores

2.5 Unidades Hospitalares

As unidades hospitalares participantes do SUS de atendimento podem ser: Públicas, Filantrópicas (acordo através de convênios) e Privadas (acordo através de contratos).

Todas fornecem leitos ao Estado, as públicas são 100% dos leitos e as outras fornecem de acordo com pacto firmado através de convênios e contratos.

Atualmente, a rede SUS no Estado está composta por 30 hospitais públicos (estaduais, municipais e federal), 45 hospitais filantrópicos e 12 hospitais privados, totalizando 87 hospitais **(ANEXO 15)**.

2.6. Características dos leitos

2.6.1 Quanto à classificação

Existem diversos tipos de leitos hospitalares em várias especialidades, tais como: cirúrgicos (Cirurgia Geral, Ginecologia e Nefrologia/Urologia) , clínicos (Cardiologia, AIDS, Clínica Geral, Oncologia, Endocrinologia, Pediatria, Pneumologia e Infectologia) e complementar (UTI Adulto, UTI Infantil e UTI Neonatal).

A distribuição dos leitos de clínica médica, de pediatria, cirurgia geral e de obstetrícia de risco habitual, é semelhante em todo o Estado, sendo boa sua dispersão no território.

Os leitos de obstetrícia de nível secundário e terciário, de reabilitação, de tisiologia e para tratamento de AIDS, são concentrados na Região Metropolitana da Grande Vitória, com alguns serviços nucleares em Cachoeiro do Itapemirim e Colatina.

Os leitos de terapia intensiva adultos e pediátricos são escassos e concentrados na Região Metropolitana da Grande Vitória, com alguma nucleação em Cachoeiro do Itapemirim e em Colatina, existindo, ainda, grande desproporção entre a demanda e a oferta.

Os leitos de psiquiatria se encontram fortemente concentrados no município de Cariacica e de Cachoeiro do Itapemirim. Não há disponibilidade de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, a exceção do Hospital São Lucas, em Vitória e do Hospital da Polícia Militar, também na Capital.

Os centros de referência em transplantes estão devidamente concentrados na Região Metropolitana da Grande Vitória, existindo um centro autorizado para transplante renal em Cachoeiro do Itapemirim, com baixa produtividade. O **ANEXO 2** demonstra o Plano de Regulação Controle e Avaliação de Alta Complexidade e suas localidades.

2.6.2 Quanto ao quantitativo de leitos

Os estudos elaborados pelo Núcleo Especial de Sistemas de Informação Assistencial – NESIAS está baseado na Portaria 1101/GM de 2002, que determina os parâmetros de cobertura assistencial do SUS, a qual apresenta a forma de cálculo que define os números de leitos necessários para o quantitativo populacional. Essa determinação significa a capacidade estrutural do Estado, em números absolutos, para condições de suprimento da necessidade de leitos para o atendimento a população.

Conforme entrevista com o Núcleo Especial de Sistema de Informação Assistencial– NESIAS, na prática da gestão do dia a dia, os resultados positivos desses estudos não se confirmam, pois diversos tipos de leitos operam no limite de sua capacidade e ainda existem longas filas de espera. Tal situação nos leva a considerar que o problema maior não está no número de leitos disponíveis, mas sim, no processo de gestão de planejamento, monitoramento e controle das disponibilidades de leitos dentro do sistema de saúde par atendimento a população. **(Anexo 15 apresenta nº de leitos por especialidades e unidade hospitalar)**

O estudo da equipe de auditoria ateve-se aos números gerais, pois a verificação trata-se da operacionalização da entrada, saída e retroalimentação de informações no sistema.

3. DO SISTEMA DE REGULAÇÃO DE LEITOS

Uma Central de Regulação Assistencial pode ser definida como uma estrutura operacional que, interposta entre o conjunto da demanda por determinada atenção e as ofertas disponíveis, é capaz de dar a melhor resposta possível, em um dado momento, para um problema assistencial específico.

Para cumprir adequadamente o seu papel, o conjunto de Centrais de Regulação Assistencial deve ser organizado em rede informatizada,

regionalizada e resolutiva nos vários níveis de complexidade do processo assistencial.

A finalidade da regulação é entendido na NOAS 01/02 (Norma Operacional Assistência à Saúde) como a disponibilização de alternativa assistencial mais adequada às necessidades do cidadão de forma equânime , ordenada, oportuna e qualificada

Neste trabalho buscou-se verificar se o funcionamento operacional da Central de Regulação está atingindo a sua finalidade, ou seja, está operando a fim de assegurar o acesso da população aos procedimentos de internação hospitalar. Nesse sentido foram apresentadas as seguintes questões:

a) Todas as unidades hospitalares estão inseridas no sistema informatizado MV 2000?

b) a operacionalização da regulação de internações hospitalares ocorre de maneira satisfatória?

No âmbito desta Secretaria, os trabalhos foram realizados junto à Coordenação da Central Regulação Internação Urgência, Coordenação dos Médicos Supervisores, Coordenação de Mandados Judiciais, Núcleo de Programação Assistencial e Contratualização e Gerência de Regulação.

3.1 Organização da Regulação no Estado

O Plano de Regulação Controle e Avaliação instituiu no Estado a distribuição de centrais de regulação em 3 divisões:

- **Macrorregião norte** de Colatina- Linhares, envolve as microrregiões de Colatina, São Mateus e Linhares
- **Macrorregião Centro** Vitória, envolve microrregiões de Serra a Santa Teresa, Vitória e Vila Velha a Venda Nova do Imigrante
- **Macrorregião Sul** Cachoeiro de Itapemirim, envolve as microrregiões de Cachoeiro de Itapemirim e Guaçuí

De acordo com as Diretrizes de Implantação de Complexos Reguladores, as Normas e os Manuais Técnicos do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas está sob a Coordenação-Geral de Regulação e Avaliação

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

A operacionalização do complexo regulador requer a utilização de instrumentos que viabilizem o processo regulatório. Cada macrorregional organiza inicialmente seu complexo regulador aproveitando a sua estrutura existente.

Segundo os critérios estabelecidos pela Portaria/GM n.º 2309, de 19 de dezembro de 2001, Portaria/SAS n.º 589, de 27 de dezembro de 2001 e a Portaria SAS/MS nº 39 de 06 de fevereiro de 2006. A estruturação do Complexo Regulador permite absorver toda a assistência à saúde de média e alta complexidade em uma estrutura de regulação. Segundo essa Portaria, caberia ao Estado desenvolver:

4. O Plano Diretor de Regionalização – PDR - do Estado
2. A Programação Pactuada e Integrada – PPI - do Estado
3. A definição de quantas e quais centrais de regulação comporão o complexo (macro norte, macro centro e macro sul)
5. A área de abrangência (território)
6. o escopo (procedimentos) de cada Central de Regulação.
5. O conhecimento dos recursos assistenciais disponíveis em sua área de abrangência;
6. A definição do fluxo de informações (unidades solicitantes, unidades executantes)
7. A definição das rotinas operacionais (horário de funcionamento, dias da semana, perfil dos profissionais, etc.);
8. A realização da configuração da central (atualizar o CNES,CNS, PPI, incluir as unidades solicitantes, executantes e as administrativas, distribuir os limites físicos – cotas para cada unidade solicitante, vincular os profissionais às unidades de lotação, incluir os grupos de acesso ao sistema informatizado, cadastrar as escalas médicas, definir os procedimentos que serão liberados sob regulação)

9. A capacitação permanente dos recursos humanos e demais entes do processo regulatório;

15. A identificação da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, fundamentada em protocolos clínicos e balizada pela alocação de recursos e fluxos de referências pactuados na Programação Pactuada e Integrada – PPI;

16. A disponibilização de informações para o acompanhamento da Programação Pactuada e Integrada – PPI.

No Estado, as Coordenações da CRIU, SAMU e Médica de Supervisores formam o Complexo Regulador da Macrorregião Centro-Vitória. As macrorregiões norte e sul realizam contatos com a Central de Regulação da macrorregião centro-vitória, caso haja casos de pacientes que necessitam de internação nessa macrorregião. As macrorregiões norte e sul não possuem suporte de médico reguladores, contando apenas com enfermeiros, conforme a Gerente de Regulação. Nesse contexto torna as macrorregiões são pouco operacionais do ponto de vista da Regulação, transformando-as em pontos de informações, sobrecarregando a responsabilidade para Coordenação da CRIU – Central de Regulação de Internação de Urgência.

3.2 Complexo Regulador

De acordo com o Plano Diretor Regionalizado de 2004, o sistema será constituído pelo conjunto de centrais denominado Complexo Regulador, que tem como responsabilidade organizar, gerenciar e supervisionar o fluxo de atendimento à população nos municípios nas microrregiões e macrorregiões conforme pactuado na PPI, no âmbito da média e alta complexidade. A atenção primária como porta de entrada e organizadora dos sistemas de serviços de saúde terá o acesso os usuários garantido a partir da implementação dos territórios de saúde.

A operacionalização do complexo regulador requer a utilização de instrumentos que viabilizem o processo regulatório. Cada macrorregional deverá organizar inicialmente seu complexo regulador aproveitando a estrutura

existente, mas identificando, de imediato, as necessidades de investimentos a curto, médio e longo prazo, para garantir não só o acesso, mas a resolutividade dos serviços.

A Coordenação responsável pela regulação dos leitos na Macrorregião Centro é a Coordenação do CRIU (Central de Regulação de Internação e Urgência), as outras regiões funcionam com outras coordenações.

3.2.1 Coordenação da CRIU – Macrorregião Centro (Macro Centro)

O trabalho focou na Coordenação da Macrorregião Centro por localizar-se na região Metropolitana da Grande Vitória, sendo realizado as pesquisas e análises seguintes.

Na Regulação de Internações é responsável pela regulação dos leitos hospitalares dos estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS, próprios, contratados ou conveniados. O escopo da central de internações hospitalares deve ser configurado com os leitos das diversas clínicas, de UTI e de retaguarda aos prontos-socorros.

As macrorregiões norte e sul realizam contatos com a Central de Regulação da macrorregião centro-vitória, pois a sua estrutura é composta por enfermeiros. Nesse contexto torna as macrorregiões são pouco operacionais do ponto de vista da Regulação, transformando-as em pontos de informações, sobrecarregando a responsabilidade para Coordenação da CRIU – Central de Regulação de Internação de Urgência.

3.2.2 Coordenação do SAMU

As transferências inter-hospitalares de pacientes graves e daqueles que se encontra em situação de urgência são mediados pelo SAMU. O SAMU é responsável pelo atendimento de urgência e assume, através da regulação, os casos onde haja a caracterização de quadro urgente grave que necessite o atendimento em um hospital de referência garantindo para isto através da autoridade sanitária do médico regulador, que a situação de urgência seja esclarecida e/ou resolvida no Hospital de Referência, onde utiliza inclusive do conceito de “vaga zero” quando necessário.

Sua ação é executada conforme disposto na Portaria n. ° 2048/GM, de 5 de novembro de 2002. Regula o atendimento pré-hospitalar de urgência, que é realizado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU. A partir do momento em que o paciente necessita de uma internação será acionada a Central de Regulação de Internações.

Atualmente, o SAMU é operacionalizado , através de convênio, pelo Hospital da Santa Casa, gerenciando o sistema MV e definindo a forma de atendimento para o sistema de regulação.

3.2.3 Coordenação Médica de Supervisores

Não há regulamentação específica par atividade de coordenação médica de supervisores e a sua estrutura administrativa não proporciona eficiência para uma efetiva supervisão. Essa coordenação se localiza na sede da Secretaria de Saúde.

3.3 Características da do Sistema de Regulação

- Realizar controle de ocupação de leitos disponíveis, ou adota medidas de autorização de internação, que por si só pressupõe análise comparativa da oferta e da demanda, não sendo compatível com o manejo de situações de urgência quanto o paciente ainda não possui assistência médica ou diagnóstico firmado;
- Realiza rastreamento de serviços, controlando o mapa de disponibilidade de leitos, dependente da interação com os prestadores de serviços;
- Realiza a busca de leitos baseada em um diagnóstico médico preexistente, por mais que possa ser duvidoso ou incompleto, porém sem dúvida orientador direto do tratamento necessário;
- Em geral, atende a demanda de serviços de saúde que apresentam a necessidade de melhor suporte terapêutico para o paciente, porém em geral já estão ministrando algum tratamento com vistas a estabilização clínica, o que possibilita um espaço de tempo maior para o rastreamento do leito definitivo;

- Realiza ações de controle de acesso junto aos prestadores , utilizando meios de auditoria para confirmação;
- Apresenta demanda de transferência de pacientes (transporte inter-hospitalar) maior do que acervo inicial; este processo (TIH) pode ser em geral agendado prescindindo de intervenções de caráter urgente;

4. OPERACIONALIZAÇÃO DA COORDENAÇÃO CRIU – CENTRAL DE REGULAÇÃO E INTERNAÇÃO E URGÊNCIA

Este trabalho focalizou a coordenação que realiza a regulação dos leitos. A equipe visitou a Sede da Central de Regulação, localizada em Jardim América, no município de Cariacica. **(ANEXO 8, 9 e 10)**

Fazem parte do processo operacional as unidades requisitantes e as unidades prestadoras.

4.1. Unidades Requisitantes ou Solicitantes

São instituições as quais é permitido solicitar atendimentos à Central de Regulação, podem ser: Estabelecimentos de Saúde, Secretarias Municipais de Saúde, Coordenadorias Regionais e outras Centrais de Regulação. Ou

- unidades básicas de saúde da área de referência;
- Ambulatórios de especialidades da área de referência;
- Centrais de regulação de outros municípios e regiões (autorizados);
- hospitais públicos e privados de menor complexidade

4.2 Unidades Prestadoras ou Executantes

As unidades prestadoras são aquelas prestadoras de todos os serviços públicos e privados localizados dentro e fora da área de abrangência que mantenham vínculo formal com o SUS e que prestem serviços na área de consultas de especialidades, serviço de apoio diagnóstico e terapêutico e internações hospitalares. São os Estabelecimentos de Saúde que ofertam sua capacidade física de atendimento (ou parte dela) para a Central de Regulação.

4.3 Processos de Regulação

O fluxo de processo de regulação que envolve as unidades requisitantes e os prestadores é representado pelo fluxo para internações eletivas, internações de urgências e emergências, cujas etapas estão nos anexos. **(ANEXO 11, 12, 13 e 14)**

4.3.1 Processo de Internação

A unidade requisitante, ao acionar a Central de Regulação para internação hospitalar, deve informar:

- código de acesso a unidade;
- caracterização da internação: especialidade, faixa etária, sexo, nome completo do paciente, endereço e nome do médico e CRM, tempo provável de deslocamento do paciente e hipótese diagnóstica.
- Verificar se esta no fluxo

4.3.2 Solicitação de Internação

A solicitação da internação é realizada obrigatoriamente por profissional de nível superior (médico, enfermeira ou assistente social, com preferência para o primeiro), com dados clínicos ou mais completos possíveis.

A Central indica o hospital onde o paciente deverá ser encaminhado pelo hospital solicitante e, nesse tempo, deverá ser preenchido o laudo de solicitação de internação, devidamente preenchido, com descrição detalhada do quadro clínico, evolução e conduta dispensada, assinada e carimbada pelo médico solicitante, principalmente nos casos de emergência médica.

4.3.3 Internação em UTI

Nos casos de internação em UTI, o médico da unidade requisitante, em existindo vaga disponibilizada pela Central de Regulação, deve entrar em contato com o médico da unidade prestadora.

4.3.4 Internação Eletiva

Nas internações eletivas, a unidade requisitante deve informar a patologia, o tipo de cirurgia a ser realizada e o dia programado para a sua realização. Se houver suspensão do encaminhamento, a unidade requisitante deve informar de imediato a Central de Regulação, descrevendo o motivo.

Se a unidade prestadora recusar a internação, a central comunicará o fato ao gestor da sede do prestador.

As unidades prestadoras deveriam encaminhar diariamente relatórios de alta de pacientes, contendo o nome do paciente, número do leito, data da alta e motivo da alta, para alimentar o programa da central para registrar os leitos ocupados e disponíveis. Entretanto, a equipe de auditoria constatou “in loco”:

- Diante da listagem dos hospitais, duas funcionárias (videofonistas) fazem contato, através do telefone fixo, a fim de saber a quantidade de leitos disponíveis. Esse procedimento é realizado três vezes ao dia, mas podem ocorrer outros nesse intervalo.

Caso ocorram mudanças de procedimento a ser realizado no paciente, a unidade deve informar a central, que autorizará ou não a mudança.

4.4 Critérios de distribuição das demandas segundo as possibilidades de ofertas (rede própria, hospitais filantrópicos, rede privada).

O critério de distribuição de leitos depende do perfil do paciente e perfil do hospital. O Plano Operativo Anual firmado com as instituições contempla as especialidades de atendimento do Hospital, ou seja, o perfil do hospital.

4.5 Composição da Coordenação Do CRIU

4.5.1 Recursos Humanos

Situação Encontrada

- 3 Médicos regulador;
- 2 enfermeiras;
- 3 videofonistas durante o dia;
- 2 videofonistas durante a noite
- 1 funcionário da remocenter, empresa prestadora de serviço;
- 1 enfermeiro contratado
- 1 coordenação de enfermagem

Conforme coordenadora do CRIU, seriam necessários atualmente mais 2 médicos reguladores para atender qualitativamente o número populacional existente. No futuro, seriam mais 4 médicos reguladores.

4.5.2 Recursos Materiais

De acordo com a entrevista, os recursos materiais existentes são suficientes para atender a macrorregião Centro-Vitória.

4.6 Coordenação CRIU

Situação Encontrada

- Conforme informações da Coordenadora do CRIU a Macrorregião Norte não há atualmente médico regulador. Essa ausência compromete a eficiência desta Central de Regulação, pois não havendo médico regulador para decidir, todas informações são repassadas a para Central de Regulação da Macrorregião Centro-Vitória;
- Não estão cadastrados todos os leitos no sistema MV2000, sendo que as videofonistas ligam para os hospitais para saber da quantidade de leitos disponíveis;
- ligam diariamente, em torno de três vezes ao dia intercalado, para todos os hospitais para manter atualizado o quadro de disponibilidade de leitos;

- não existe sistema de rede operando entre as centrais macrorregionais e com a maioria dos hospitais;
- Não existem normatizações sobre o processo de trabalho com implantação de protocolos;

4.6.1 Atribuições da Coordenação

Não há procedimentos formais. O Regimento Interno, procedimentos e normais estão sendo elaborados.

4.6.2 Situação Encontrada de Recursos Materiais

De acordo com o gestor da Coordenação do Complexo, a área física é compatível com as atividades desenvolvidas. A sala possui 3 aparelhos de fax, linhas telefônicas, microcomputadores interligados em rede ou não e impressoras. O material também atende as necessidades conforme relatado pela coordenadora.

4.6.3 Horário de Funcionamento

A Central de Regulação funciona 24 hs por dia devido à possibilidade de ocorrência de internações de urgência e emergência, que atualmente constitui fato crítico.

4.6.4 Boas Práticas

Verificou-se que há intenção de padronização dos procedimentos, haja vista que já foram criados diversos manuais de procedimentos e rotinas por parte da supervisão e que aguardam aprovação para serem implantados.

5. SISTEMA DE ENTRADA E SAÍDA DE DADOS

Foram verificados como funcionam os processos de entrada, de saída e da retroalimentação do sistema de regulação. Constataram-se duas formas de alimentação de dados.:

- primeiro, utilizando o sistema MV 2000, sendo que poucos hospitais estão integrados nesse sistema; e
- segundo, seria a utilização de telefone e fax, na qual o funcionário preenche planilhas de informações para formar banco de dados.

Quanto ao sistema MV 2000 contratado, seu módulo que trata da gestão de leitos não foi instalado em todos os hospitais que possuem leitos SUS, uma vez que a maioria não possui infra-estrutura para comportá-lo. A equipe de auditoria constatou que na Secretaria estão tramitando dois processos com esse objetivo:

- Processo nº49244949/2010 com objetivo de contratar Service Desk, para suporte ao usuário (serviço de suporte operacionalizado em informática); e
- Processo 43401627/2008 objetivando a implantação de rede lógica e elétrica.

5.1. Sistema MV 2000

Conforme a Gerente de Regulação, é um projeto piloto na qual poucos hospitais estão participando e estão inseridos no sistema MV20000(gerencial). Este sistema gerencia as informações “on line”, é um dos suportes para o funcionamento do sistema de regulação.

Este Sistema Gerencial monitora e controla, possibilitando a interface entre hospitais e Central de Regulação, enfim, gerenciando as informações que são inseridas.

Conforme objeto do contrato nº 563/2008 a empresa MV Informática Nordeste LTDA. forneceria a cessão de uso de software de gestão de saúde, composto pelos sistemas MV2000I, MVPEP, MVLAB, MVCUSTOS, MVPORTAL E MVSISS, com a prestação de serviços de implantação e manutenção necessários à utilização dos programas, dentro do prazo de 24 meses.

Dentre os módulos dos sistemas licenciados, estão Módulos de Internação e Central de Leitos e Urgência e Emergência. As principais funcionalidades desses Módulos, conforme contrato, são:

5.1 1 Módulo de Internação e Central de Leitos

Gerencia todos os processos referentes à admissão dos pacientes no hospital, realizando a emissão de formulários e o controle da reserva e ocupação dos leitos. O MV2000 fornece ainda informações estatísticas do perfil dos pacientes atendidos, procedimentos realizados, taxas de ocupação do hospital e tipos de leitos mais utilizados.

5.1.1.1 Principais Processos

- Internações, transferências e altas;
- Abertura da conta hospitalar;
- Administração da ocupação de leitos;
- Reserva de leitos e controle de listas de espera;
- Painel de leitos por unidade, serviço e acomodação;
- Controle da movimentação dos pacientes;
- Controle de cauções;
- Controle de pendências de atendimentos anteriores;
- Controle estatísticos/ gerenciamento dos atendimentos.

5.1.2 Módulo de Urgência e Emergência

Administra os processos relacionados ao atendimento de pacientes na urgência do hospital, realizando o registro dos motivos e a emissão da ficha de entrada e de outros formulários. Além disso, o Sistema permite o fechamento das contas no setor e recebimento integrado ao controle de caixa.

5.1.2.1 Principais funcionalidades

- Registro de pronto atendimento e emissão da ficha de atendimento;
- Abertura da conta hospitalar e registro dos gastos com taxas, materiais e medicamentos;
- Prescrição médica integrada com a farmácia e saída de produtos com código de barras;
- Fechamento e recebimento das contas particulares, integrado com o controle de caixa

5.1.3 Módulo de Unidade de Internação

Reúne as funções administrativas realizadas nos postos de enfermagem. Administra a movimentação do paciente, modificando on-line a situação dos leitos e parâmetros de faturamento e custos. Gerencia todos os processos referentes à admissão dos pacientes no hospital, realizando a emissão de formulários e o controle da reserva e ocupação de leitos. O MV2000i fornece ainda informações estatísticas do perfil dos paciente atendidos, procedimentos realizados taxas de ocupação do hospital e tipos de leitos mais utilizados.

5.1.3.1 Principais funcionalidades

- Registro da movimentação e alta médica dos pacientes;
- Mapa de horários e controle da checagem da medicação por paciente;
- Registro on-line de gastos na conta do paciente;
- Controle do estoque da unidade;
- Evolução de enfermagem e controle da troca de plantão;
- Permite o uso de código de barras e palm-tops na checagem dos medicamentos

5.2 Hospitais que operam no Sistema MV 2000

Situação Encontrada

Alguns hospitais operam os módulos do sistema que tratam da gestão de leitos. Estão abaixo descritos:

5.2.1 Hospitais da Rede Pública

- Hospital Estadual São Lucas
- Hospital Estadual Antônio Bezerra de Faria
- Hospital Infantil de Vila Velha – HIMABA
- Hospital Estadual Central
- Hospital Estadual Dr. Dório Silva

5.2.2 Hospitais Filantrópicos Contratualizados

- Associação Beneficente Ferroviário Estr. Ferro Vitória Minas

- Associação Evangélica Beneficente Espírito Santense – Vila Velha

5.3 Não utilizando o Sistema MV

As regiões Macro norte e Macro sul não operam no Sistema MV2000. É utilizado telefone e fax para realizar as transações.

- **Macrorregião norte** de Colatina- Linhares, envolve as microrregiões de Colatina, São Mateus e Linhares
- **Macrorregião Sul** Cachoeiro de Itapemirim, envolve as microrregiões de Cachoeiro de Itapemirim e Guaçuí

Com exceção dos hospitais apresentados no item anterior, todo o restante utiliza o telefone e fax para realizarem todas as transações. O contato pelo requisitante via fax ou telefone, onde o atendente da Central de Regulação ao receber a informação preenche seu controle e consulta o sistema com as informações repassadas pelas unidades requisitantes resumidamente. O sistema é alimentado, através das informações solicitadas, pelas atendentes e disponibilizadas pelos hospitais.

6. OUTRAS VISITAS “IN LOCO”

6.1 Visita ao Hospital Dório Silva

O critério de escolha deve-se ao fato desse hospital fazer parte do projeto de instalação do Sistema MV 2000 do módulo que trata da regulação leitos. (ANEXO 3)

6.1.1 Situação Encontrada Quanto aos Leitos

Na visita destacou-se que o local do pronto socorro está além da sua capacidade permitida e, muitas vezes, esse local funciona como UTI. De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, a UTI adulto possui 7 leitos, entretanto, constatou-se 14 adultos internados.

Constatou-se que existem pacientes cadastrados como internados, ao dar entrada no hospital, e, no entanto, se encontram no corredor esperando atendimento.

Atualmente, está sendo construído o novo hospital Dório Silva que representa aumento de leitos que beneficiará a população do Estado. **(ANEXO 4)**

6.1.2 Situação Encontrada Quanto ao Sistema MV de Regulação de Leitos

O sistema MV 2000, quanto a gestão de leitos, tem sua eficiência comprometida, pois o hospital tem apenas 2 estagiárias, revezando em turnos, para alimentar o sistema MV de regulação de leitos, tornando o processo lento devido a grande demanda de informações.

6.2 Visita ao Hospital São Lucas

O critério de escolha deve-se ao fato desse hospital fazer parte do projeto de instalação do Sistema MV 2000 do módulo que trata da regulação leitos. **(ANEXO 5)**

6.2.1 Situação Encontrada Quanto aos Leitos

De acordo com a entrevista realizada com a Diretora Geral do Hospital São Lucas, foi implantado na sua administração o projeto **Gestão da Clínica** (vide item seguinte).

Verificou-se também que são realizados os monitoramentos de internação e de longa duração, na qual os relatórios apresentam a evolução do diagnóstico do paciente a fim de possibilitar decisões de remoção ou não para maior fluxo dos leitos.

6.2.2 Criação de Plano Estratégico

O projeto Gestão da Clínica refere-se a visitas regulares aos pacientes realizadas por grupo médico multidisciplinar, geralmente as quartas-feiras, a fim de agilizar e ser mais pontual

6.2.3 Situação Encontrada Quanto ao Sistema MV de Regulação de Leitos

O sistema MV 2000, quanto a gestão de leitos, tem sua eficiência comprometida, para alimentar o sistema MV de regulação de leitos, tornando o processo lento devido a grande demanda de informações. Ressalta-se que existem esforços da administração para criação de critérios e procedimentos que permitam acelerar o fluxo de informações do sistema.

6.3 Visita ao Hospital Evangélico de Vila Velha

O Hospital Evangélico utiliza o Sistema MV para regulação de leitos. É conhecido pela sua referência em atendimento cirúrgico cardiovascular. **(ANEXO 6 e 7)**

6.3.1 Situação Encontrada Quanto ao Sistema MV de Regulação de Leitos

O hospital possui vários pontos de instalação do sistema MV, onde diversos profissionais habilitados realizam a alimentação e o monitoramento das informações.

De acordo com entrevista realizada com médico responsável pelo gerenciamento do sistema MV, o hospital possui perfil de atendimento, o qual foi pactuado com a Secretaria de Saúde através do convênio, sendo que em muitos casos tal perfil não é observado pela Central de Regulação, que envia pacientes que não estão de acordo com o perfil do hospital pactuado. Esse fato torna o atendimento e o gerenciamento mais difíceis em muitas situações.

Outro caso presenciado pela equipe de auditoria da operacionalização do sistema MV em tela, foi a constatação de paciente que apontava na tela que aguardava leito, entretanto, já se encontrava a dois dias instalado no hospital. Esse fato aponta que não há tempo real das informações, prejudicando a eficiência do sistema de regulação.

6.3 Visita à Coordenação dos Mandados Judiciais e Aquisição de Leitos Privados

Atualmente existe um setor específico para atender aos mandatos judiciais que objetivam leitos no sistema de saúde. Este setor não está previsto na criação da central de regulação e surgiu de uma distorção do sistema, por não atender prontamente todos os pedidos de leitos originados da sociedade, viu-se por força de mandatos judiciais, a tentar alocar tal demanda. Por não ser previsto no organograma da regulação, o setor não possui processos e controles definidos na sua origem, porém, graças a iniciativa da médica responsável da Coordenação da CRIU, foram desenvolvidos formas de organizar a informação e criar controles individuais para cada tipo de situação demandada.

Um exemplo de caso de leitos é referente aos dependentes químicos e pacientes, no que tange ao registro e ao encaminhamento para regulação, o que não há registro algum do controle dos leitos ou das instituições que prestavam este serviço, nem, tão pouco, equipe designada para o acompanhamento destes pacientes.

7. ANÁLISE DOS COMENTÁRIOS DOS GESTORES

Neste item estão demonstradas os pontos importantes descritos pelos gestores, os quais foram entrevistados durante a realização desta auditoria. Pontos levantados:

- Resistência dos médicos de maneira geral em prestar informações com exatidão, quanto ao preenchimento de formulários;
- Alguns profissionais médicos entendem que estão na condição de gestores dos leitos, dificultando a alocação de determinados leitos para fins de gestão da própria unidade, sem preocupar-se com o sistema e sua eficiência, a expressão “ o médico considera-se dono do leito” foi muitas vezes ouvida pela equipe de auditora, o que denota uma cultura de interesses pessoais em detrimento dos objetivos públicos preocupante;
- O ponto de estrangulamento refere-se à área de alta complexidade, especialidades e urgência/emergência. Nessas áreas a taxa ocupacional

de leitos é 100% dos leitos, em um contexto de demanda alta como nos dias atuais, demonstra que a ausência de uma folga nos nº leitos representa a incapacidade de atendimento de toda demanda de regulação;

- A capacidade de gerencia da regulação sobre os leitos é mínima, girando em torno de 10% dos leitos disponíveis, o que significa que as centrais de regulação não possuem poder de decisão sobre os leitos, tornando seus gestores meros espectadores do processo de regulação, como “pedintes” de leitos, constatação feita pelos próprios gestores;
- recursos escassos de investimento na formação de mais unidades hospitalares de leitos de alta complexibilidade no setor público. Hoje as unidades não possuem estrutura para estes casos , direcionando essa demanda para as unidade particulares, que além de terem sua própria demanda, incorrem em custos muito elevados para o estado.
- é consenso entre os gestores que hoje alguns pacientes querem sobrepor sua vontade aos critérios de regulação, não aceitando unidades hospitalares especificas, exercendo uma predileção por determinada unidade, prejudicial ao bom andamento dos encaminhamentos feitos pela CRIU;
- as macrorregiões norte e sul não possuem suporte de médicos reguladores, contando apenas com enfermeiros, conforme a Gerente de Regulação, sobrecarregando a responsabilidade para Coordenação da CRIU – Central de Regulação de Internação de Urgência;
- a alta rotatividade dos médicos nos postos de atendimento (PA's) e na rede de saúde acarreta uma situação altamente prejudicial no planejamento e desenvolvimento das atividades dentro dessas unidades, contribuindo para ineficiência do atendimento e na gestão das equipes médicas;
- a questão cultural da população que ao necessitar de atendimento procura de imediato as unidades hospitalares, independente do grau de gravidade, sobrecarregando o atendimento, principalmente nos pronto-socorros que estão preparados para atender pacientes com perfis de

gravidade específico e não atendimento generalizado que seriam realizados nos postos de atendimento.

8. AVALIAÇÃO DO SISTEMA DE REGULAÇÃO

8.1 Pontos Adequados do Sistema Regulação de Internação Hospitalar

- Encaminhamento à Assembléia Legislativa do projeto que trata da criação do Núcleo Especial de Controle, Monitoramento e Avaliação do Terceiro Setor;
- Criação de critérios para prioridade no atendimento para salvar vidas, através de classificação de risco, utilizando as cores para representar a gravidade do paciente;
- Sistema MV2000 (módulo de leitos) auxilia a visão do médico regulador a tomada de decisão;
- sistema MV2000 otimiza os processos operacionais , e, por fim, melhora o atendimento da população carente na rede SUS, reúne os indicadores de resultados, planilhas e gráficos de desempenho e permite acesso pela internet;
- realização de concurso público para profissionais qualificados para função das atividades de regulação;
- em andamento a elaboração dos manuais e protocolos de procedimentos e rotinas para agilizar as informações e o uso do sistema regulador. Exemplo, é a Portaria nº214-R de dezembro de 2010 que esteve em consulta pública na época de realização desta auditoria, que define critérios específicos de admissão de leitos de UTI;
- estão sendo desenvolvidos, através do POA (Plano Operativo Anual), normatização de regras e penalidades para que os hospitais cumpram adequadamente os serviços prestados. Este Plano refere-se a contratualização dos parâmetros de metas a serem cumpridas, dentre várias, o quantitativo de leitos oferecidos. O gestor da saúde avaliará,

através de relatórios emitidos trimestralmente, o desempenho do hospital;

- as coordenações, da Rede Urgência/Emergência, Estratégico, Complexo de Regulação de Internação e Urgência, Mandados Juciciais e Aquisição de leitos Privados, SAMU, Médico do SAMU e Supervisão, se reúnem com a Gerente de Regulação (GERA) por determinados períodos para avaliar os pontos fortes e fracos com o objetivo de construir as possíveis soluções a serem tomadas;
- em geral, há rotinas de reuniões semanais, na sede da Secretaria, e ocasionais para discutir os aspectos gerenciais da regulação;
- apoio das UCI's – Unidade Setorial de Controle Interno , criada através da Lei Complementar n° 516, de 11/12/2209, regulamentada pelo Decreto 2552-R, de 20/07/2010 foram implantado uma unidade da SECONT (Secretaria de Estado de Controle e Transparência) a Unidade Setorial de Controle Interno (USCI) na SESA para verificar o cumprimento de normas legais e, sobretudo, acompanhar o desenvolvimento de metas e avaliar resultados;
- projeto de criação de centros referenciais para atender os casos de grande complexidade
- realização de reuniões para tratar das modificações a serem realizadas no PPI e PDR.

8.2 Pontos Inadequados do Sistema de Regulação de Internação

- As macrorregiões norte e sul não possuem suporte de médico reguladores, contando apenas com enfermeiros, conforme a Gerente de Regulação. Nesse contexto torna as macrorregiões pouco operacionais do ponto de vista da Regulação, transformando-as em pontos de informações, sobrecarregando a responsabilidade para Coordenação da CRIU – Central de Regulação de Internação de Urgência;
- falta de infra-estrutura necessária para o melhor desenvolvimento das funcionalidades do sistema dos hospitais públicos;

- não são realizados o cadastramentos de todos os leitos destinados ao SUS, uma vez que poucos hospitais estão inseridos no sistema MV 2000;
- apenas 2 (dois) hospitais filantrópicos, Hospital Evangélico de Vila Velha e Hospital Ferroviário) e 5 (cinco) hospitais públicos, São Lucas, Antônio Bezerra de Farias, Infantil de Vila Velha, Central e Dr. Dório Silva utilizam o sistema MV2000 para gestão leitos.
- Insuficiência de pessoal para alimentação do sistema MV no Hospital Dório Silva;
- O sistema de regulação não consegue cobrir toda a rede de regulação do Estado;
- não foram normatizados os processos de trabalho;
- lentidão na implantação e/ ou implementação do sistema MV 2000 em outras unidades hospitalares;
- falhas de comunicação em diversos pontos do sistema regulador, com informações distorcidas, incompletas e atrasadas, comprometendo o tempo real necessário para eficiência do sistema;
- como comentado no previsto no Plano Diretor, não há disponibilidade de leitos suficientes de retaguarda para o sistema de urgência e emergência, notadamente na Região Metropolitana da Grande Vitória.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A forma como está funcionando o Sistema Regulador não permite, aos gestores, articular e integrar dispositivos de Regulação do Acesso como Centrais de Internação e outras ações de controle, avaliação e auditoria assistencial, assim como outras funções da gestão como programação e regionalização.

O modelo operante atualmente impede a eficiência do complexo regulador
Diante do exposto, propõe-se recomendar à Secretaria:

- A Elaboração de um plano para realizar a integração das centrais existentes de regulação;

- Intensificar as supervisões aos hospitais para verificar o cumprimento do Plano Operativo Anual (POA) quanto à disponibilização de leitos, atentando para o que foi programado para a capacidade instalada nos estabelecimentos de saúde;
- Construir plano de ação para conclusão da implantação e implementação do Sistema MV nos hospitais;
- Elaborar e tornar normativo o manual de procedimentos para regulação;
- Elaborar, com as Secretarias Municipais de Saúde que possuem a gestão de leitos, um plano para integração das diversas centrais de regulação;

A importância do melhor entendimento e gerenciamento dos recursos de saúde é muito grande, e cabe ao Estado a responsabilidade estratégica de desenvolver ações efetivas para garantir a correta aplicação do recurso público e a eficiência do atendimento ao cidadão.

O diário oficial de 01 de Dezembro de 2010 traz a notícia da renovação dos contratos com hospitais filantrópicos no ordem de R\$86.000.000,00, recurso significativo de investimento e que vêm reforçar a lógica da destinação dos recursos públicos na área de saúde hoje vigentes no País. Segundo o renomado médico sanitaria Gilson de Carvalho, estudioso e pesquisador da área, o gasto com saúde no Brasil no ano de 2009 foi de R\$270 bilhões, sendo deste total R\$ 143 bilhões no setor privado e R\$ 127 bilhões no setor público, o que reforça a necessidade do melhor entendimento sobre a aplicação e uso deste recurso tão caro e tão importante para a sociedade.

De acordo com IBGE, publicado no "site TERRA" em 19/11/2010, o aumento do número de leitos públicos no País foi verificado em todas as regiões, exceto no sul. Conforme o órgão, as pesquisas são baseadas segundo os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Levando em consideração as questões apresentadas ao longo desta auditoria, é importante ressaltar, apesar do aumento de número de leitos, a

importância de fortalecer o Sistema de Regulação, não só no Estado como também nos municípios. A realização de planos de curto, médio e longo prazo para que se possa atingir a eficiência do sistema, pois melhorar a gestão dos leitos é imprescindível.

Vitória, 15 de dezembro de 2010.

Hudson dos Santos
T202.697

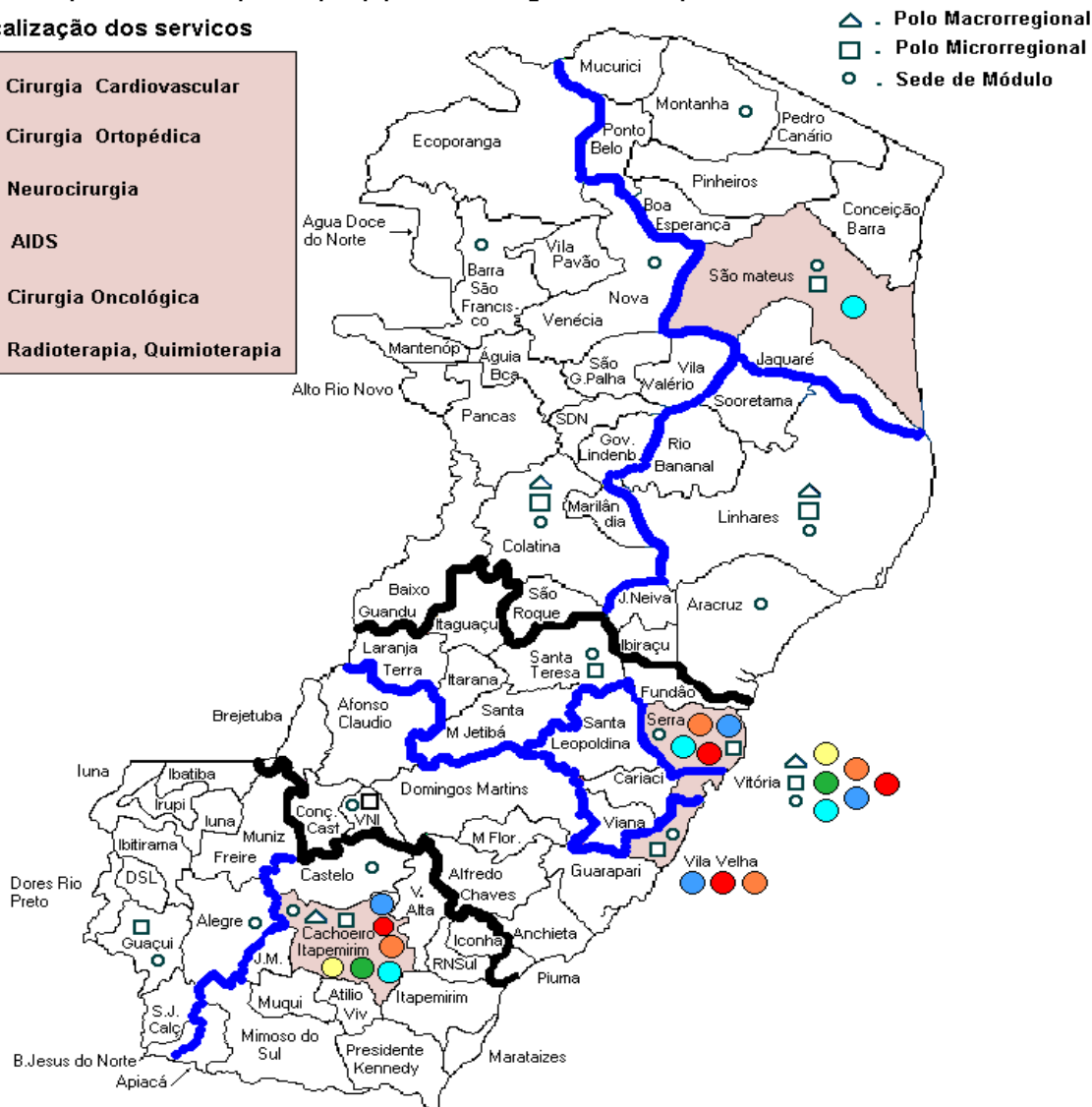
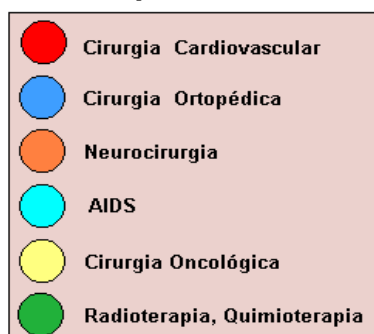
Márcia Andréia Nascimento
T202.585

ANEXO 2–Plano de Regulação Controle e Avaliação – Alta Complexidade

Plano de Regulação Controle e Avaliação - 2004

Alta Complexidade hospitalar (SIH) por microrregião e município

Localização dos serviços



ANEXO 3 – Hospital Dório Silva



ANEXO 4 – Construção do Novo Dório Silva



ANEXO 5 – HOSPITAL SÃO LUCAS



ANEXO 6 – Hospital Evangélico do ES



ANEXO 7- Hospital Evangélico do ES



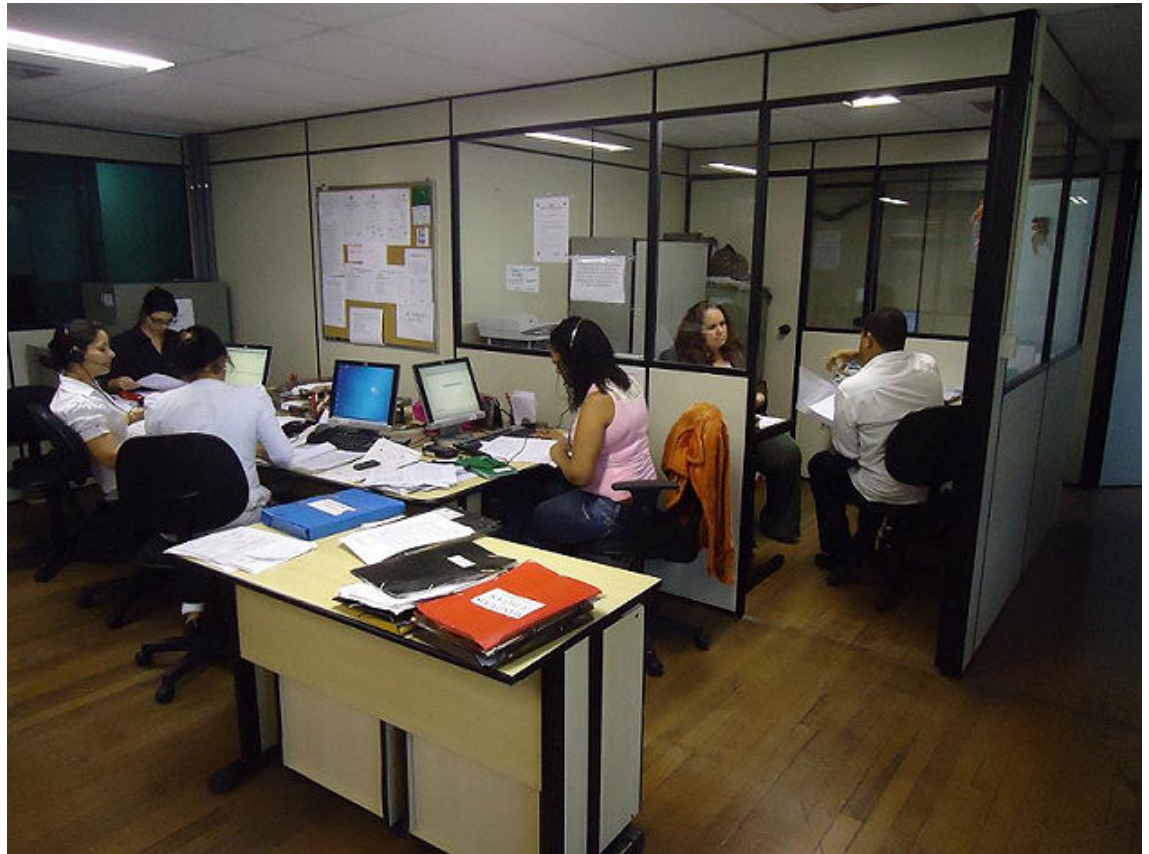
ANEXO 8 – Central de Regulação



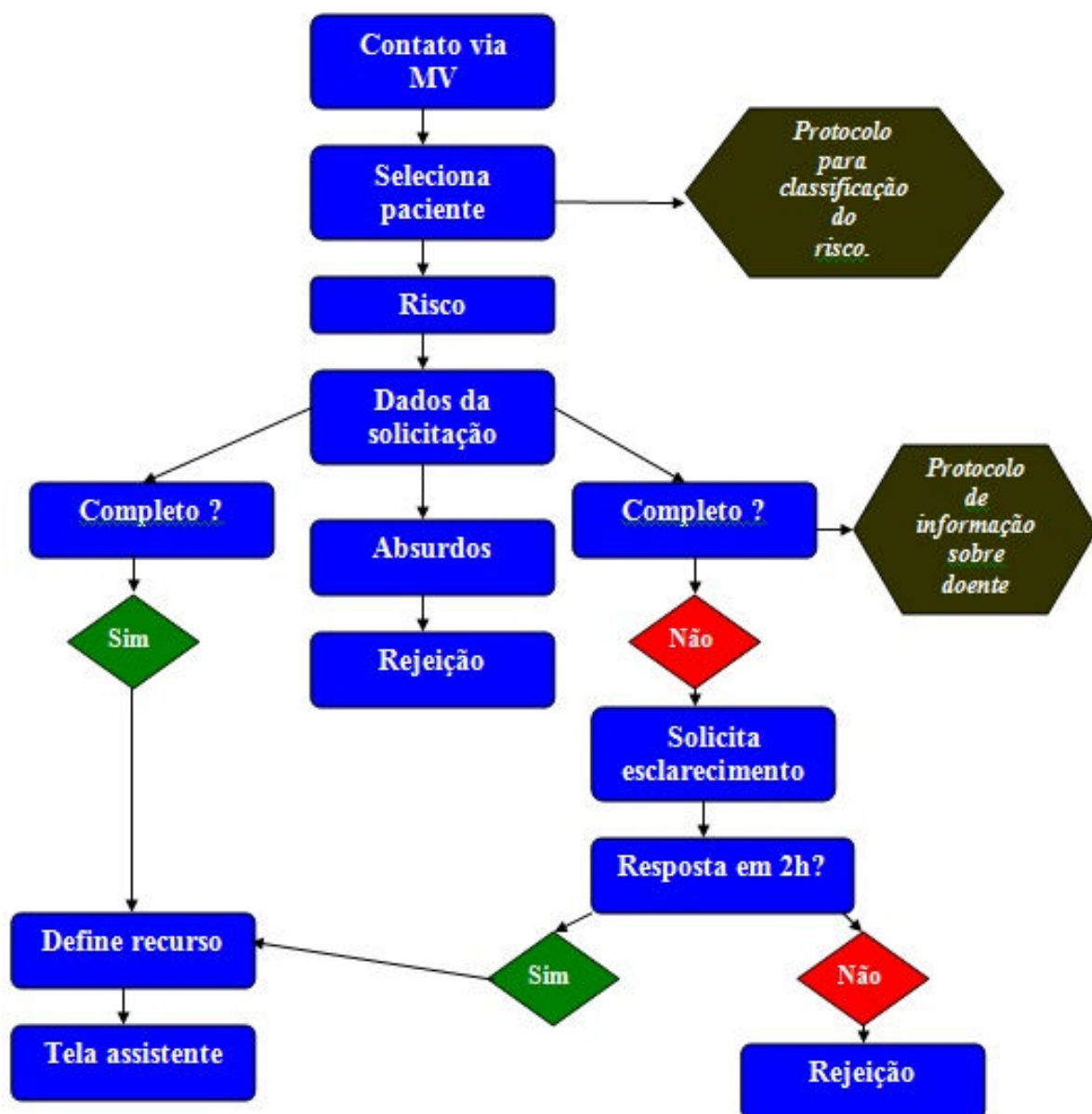
ANEXO 9 – Setor Operacional da Central de Regulação



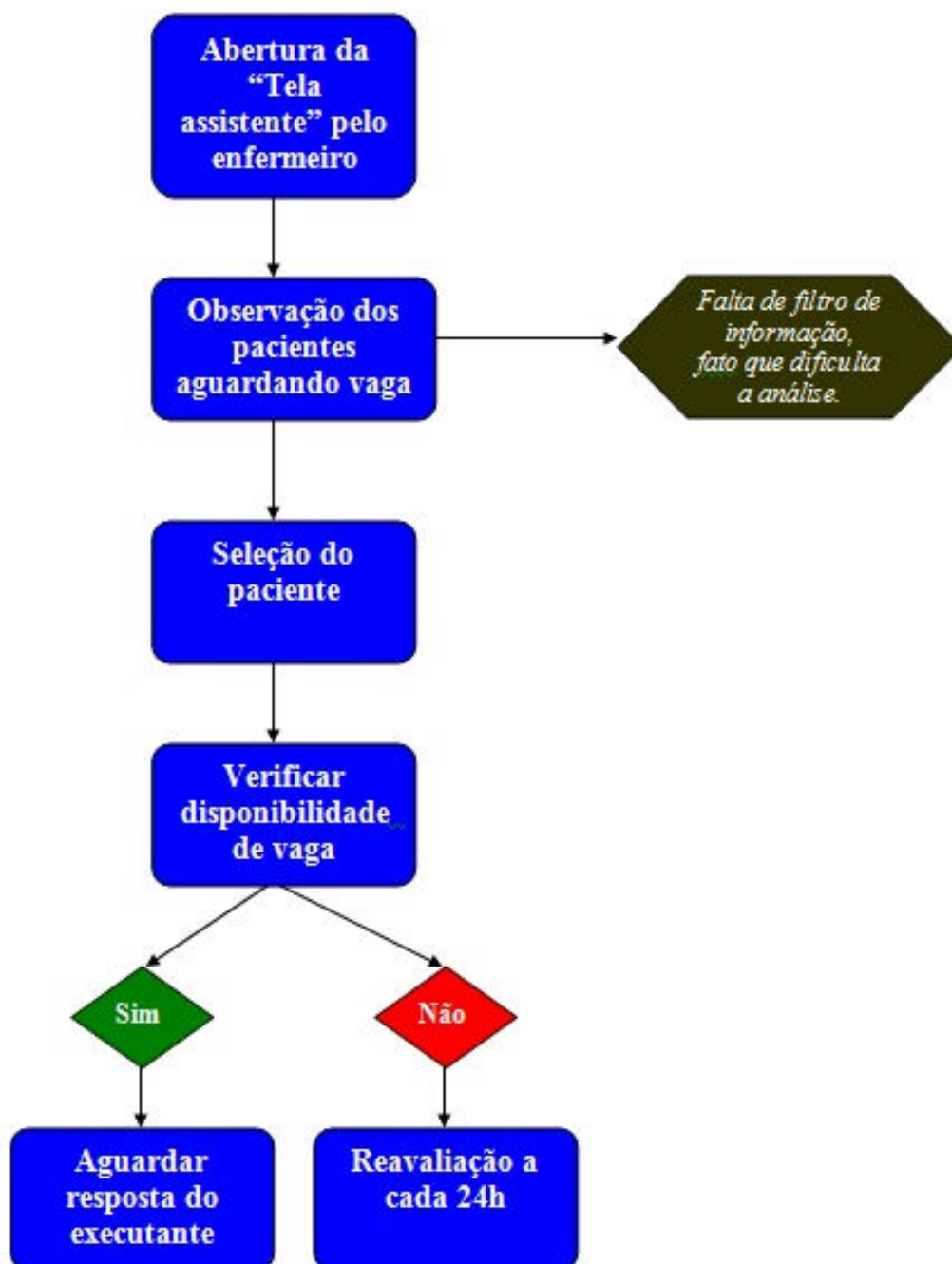
ANEXO 10 – SETOR OPERACIONAL DA CENTRAL DE REGULAÇÃO



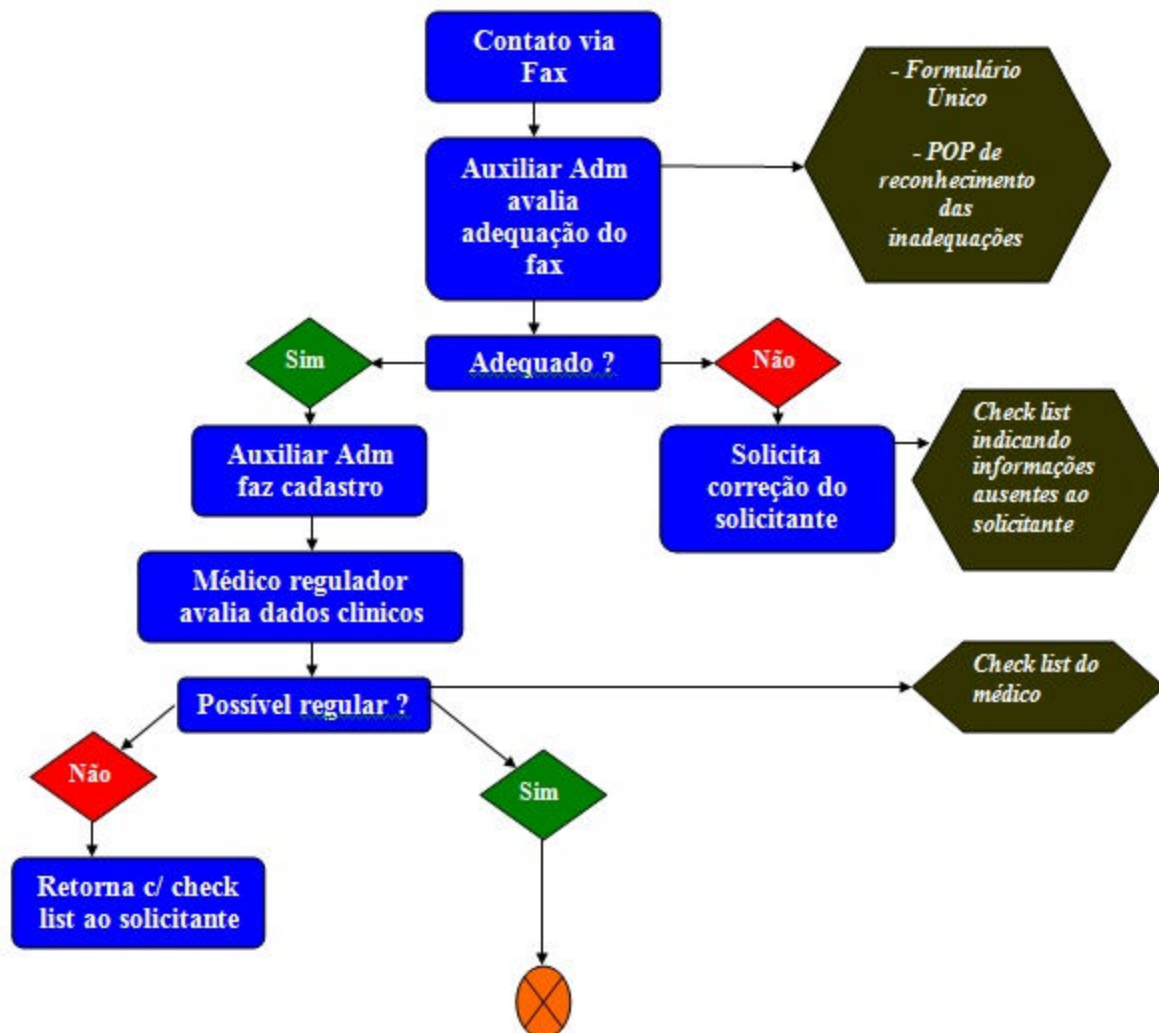
ANEXO 11 – Fluxo de Regulação do Sistema MV – Médico Regulador



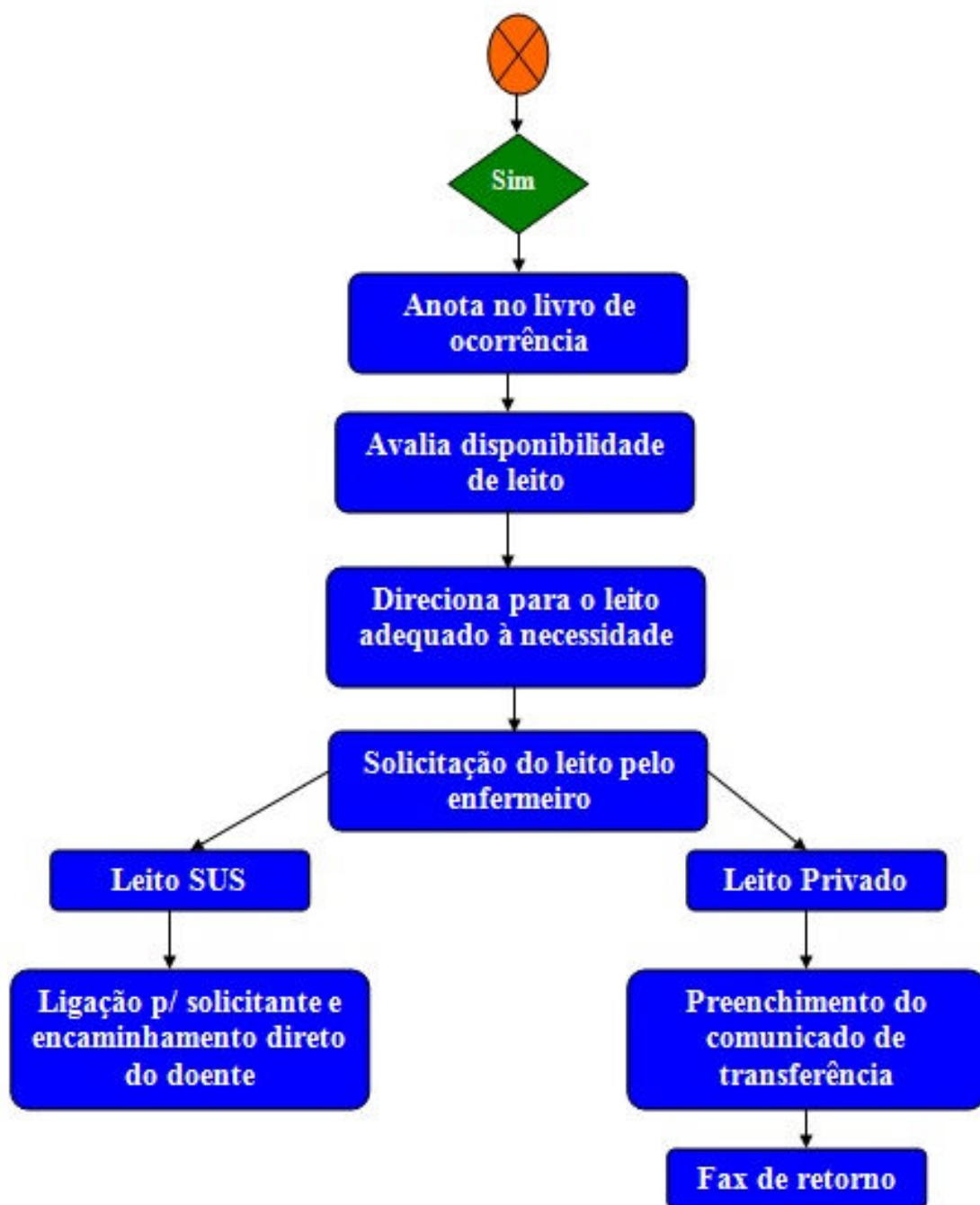
ANEXO 11 – Continuação do Fluxo de Regulação do Sstema MV – Médico Regulador



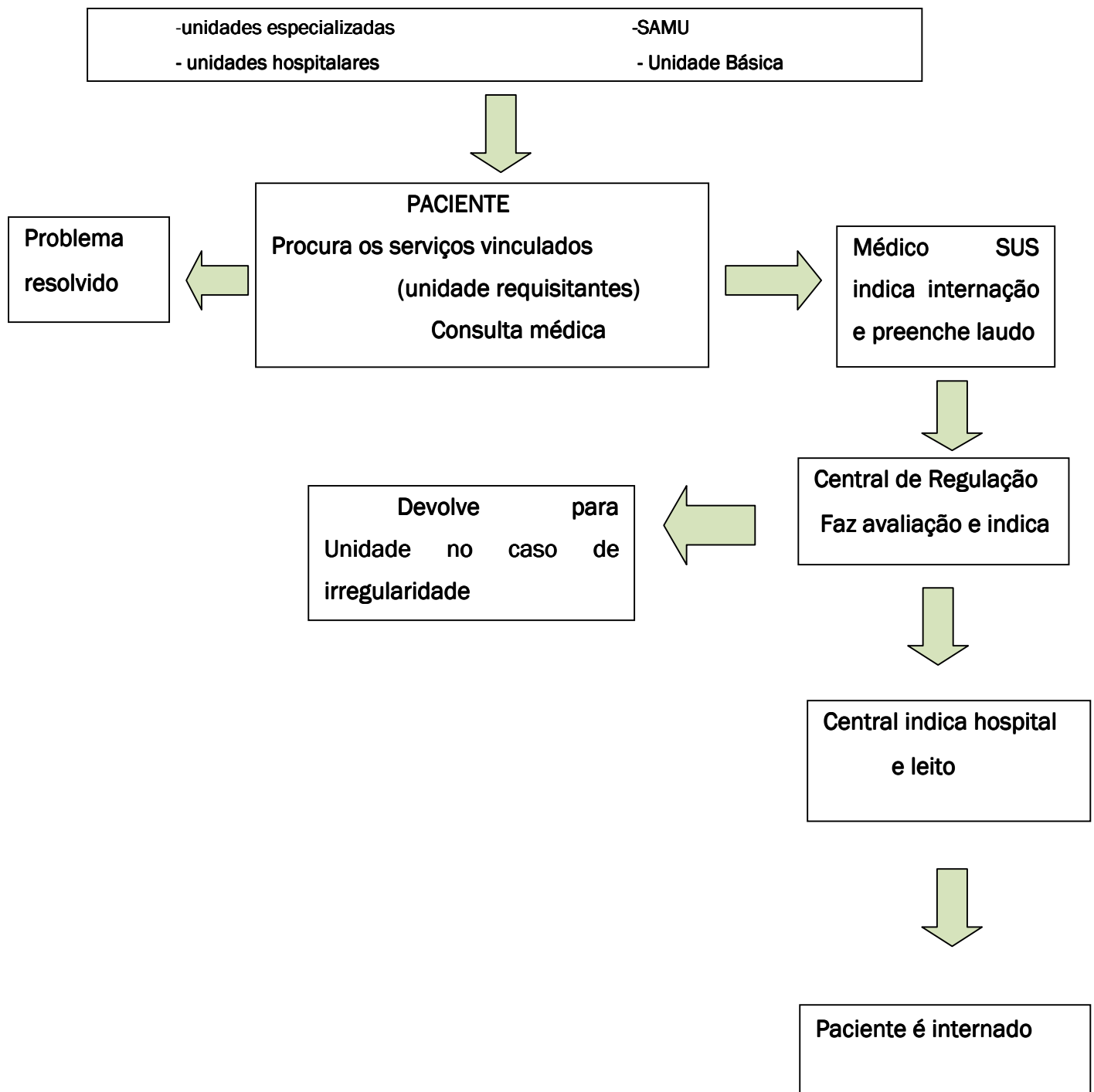
ANEXO 12 – Fluxo de Regulação Via Fax



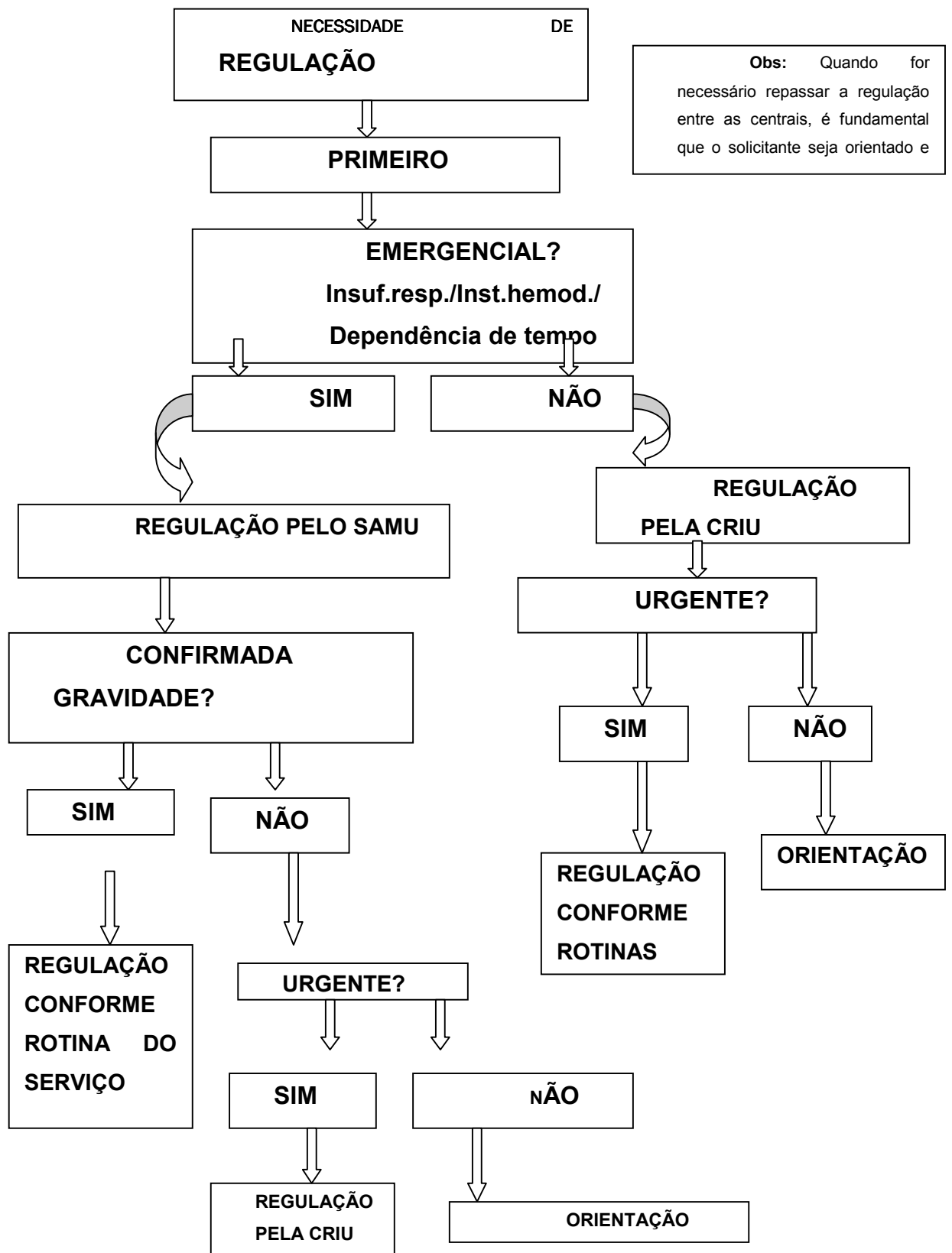
ANEXO 12 – Continuação do Fluxo de Regulação Via Fax



ANEXO 13 – Fluxo para Serviço de Internações Eletivas



ANEXO 14 – Fluxo para Serviço de Urgência



**ANEXO 15 – Relação de Hospitais Públicos, Filantrópicos e Privados por
Macrorregião e Microrregião**

TCE-ES	
Processo:	8948/2010
Rubrica:	<i>Fls. 73</i>