

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
EDIÇÃO 2011/2012

**A REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UMA
ANÁLISE POR COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO
GRANDE DO SUL**

DAIANE ELLWANGER ARAUJO

ORIENTADOR: PROF. DR. ROGER DOS SANTOS ROSA

PORTO ALEGRE

JUNHO/2012

DAIANE ELLWANGER ARAUJO

**A REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UMA
ANÁLISE POR COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO
GRANDE DO SUL**

Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Roger Santos da Rosa

PORTO ALEGRE

2012

DAIANE ELLWANGER ARAUJO

**A REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UMA
ANÁLISE POR COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO
GRANDE DO SUL**

Trabalho de Conclusão de Curso
aprovado como requisito parcial para
obtenção do título de Especialista em Saúde
Pública da Universidade Federal do Rio
Grande do Sul.

Aprovado em 02/08/2012

BANCA EXAMINADORA

Prof. Ronaldo Bordin

Prof. Roberto Umpierre

Prof.^a Roberta Alvarenga Reis

Orientador: Prof. Dr. Roger Santos da Rosa

RESUMO

A Política de Atenção às Urgências a nível nacional está devidamente definida por meio de Portarias Ministeriais, que estão ancoradas na legislação que embasa o Sistema Único de Saúde. No Estado do Rio Grande do Sul, a estruturação da rede de atenção às urgências segue os padrões determinados pelo Ministério da Saúde. Este estudo objetiva analisar a estrutura da rede de atenção às urgências no Rio Grande do Sul, por Coordenadoria Regional de Saúde, por meio da identificação da capacidade instalada de serviços de urgência existente e da produção ambulatorial e hospitalar realizada no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2011. Os resultados encontrados demonstram que a estrutura da rede no Rio Grande do Sul está parcialmente organizada, com resultados positivos na cobertura do Serviço Móvel de Atenção às Urgências e na capacidade instalada de prestadores hospitalares que realizam atendimentos de urgência. Contudo, foram identificadas carências na estruturação da atenção básica no atendimento às urgências e na implantação das Unidades de Pronto Atendimento. Algumas discrepâncias entre as Coordenadorias Regionais de Saúde sinalizam falhas de registro das informações que necessitariam estudos aprofundados. Conclui-se que é necessário reforçar aqueles dois últimos componentes, para que eles cumpram o seu papel na rede, priorizando o conceito de que a porta de entrada principal do sistema seja a atenção básica e de que as Unidades de Pronto Atendimento possam servir de retaguarda às emergências hospitalares. Desta forma, poderá ser possível que todas as estruturas tenham a viabilidade de desempenhar o seu papel dentro de uma rede regionalizada de atenção às urgências que objetiva o atendimento universal, integral e com equidade aos usuários do Sistema Único de Saúde.

Descritores:

Regionalização, Política de Saúde, Serviço Hospitalar de Emergência, Socorro de Urgência, Gestão em Saúde.

ABSTRACT

The Politics of Attention to emergencies at the national level is properly set through ministerial decrees, which are anchored in legislation that supports the Unified Health System. In the state of Rio Grande do Sul, the structure of the emergency care network to follow the standards set by the Ministry of Health This study aims to analyze the structure of the network of care for emergencies in Rio Grande do Sul, by Regional Health District, for identifying the capacity of existing services and emergency and hospital outpatient services performed from January 2008 to December 2011. The results show that the network structure in Rio Grande do Sul is partially organized, with positive results in the coverage of Mobile Service and Attention to Emergencies in the capacity of providers who perform hospital emergency room visits. However, we identified deficiencies in the structure of primary care in emergency service and the deployment of Emergency Care Units. Some discrepancies between the Regional Health Coordination failures signal registry of information they would need in-depth studies. We conclude that it is necessary to enforce those two components, so that they fulfill their role in the network, prioritizing the concept that the main entrance door system is the primary and the backup may serve Emergency Care Units to hospital emergency. Thus, it may be possible that all structures have the feasibility to carry out its role within a regionalized network of care for emergency care that aims at universal, comprehensive and equitable to the users of the Unified Health System.

Keywords: Regionalization, Health Policy, Emergency Service Hospital, Emergency Relief, Health Management.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AC – Alta Complexidade

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CF – Constituição Federal

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CS – Centros de Saúde

DATASUS – Departamento de Informática do SUS

GM – Gabinete do Ministro

MC – Média Complexidade

MS – Ministério da Saúde

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PSF – Programa de Saúde da Família

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RS – Rio Grande do Sul

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais

SIH – Sistema de Informações Hospitalares

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Macrorregiões de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul.....	39
Quadro 2 - UPAS em funcionamento no RS no primeiro quadrimestre de 2012.....	87
Quadro 3 - UPAS planejadas no Estado do Rio Grande do Sul.....	89
Quadro 4 - Classificação de Coordenadorias Regionais de Saúde conforme número de Internações de Urgência 2008-2011.	99

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa do Estado do Rio Grande do Sul por Município e População Residente	37
Figura 2 - Divisão regional do Estado do RS em 19 CRS	39
Figura 3- Coordenadorias Regionais de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul por Macrorregião	40
Figura 4 - Critérios para definição do Território da Região de Saúde do RS	42
Figura 5 - Mapa de municípios com bases do SAMU no RS	52
Figura 6- Mapa com Bases do SAMU e Municípios Cobertos da 1ª CRS.....	54
Figura 7- Mapa com Bases do SAMU e Municípios Cobertos da 2ª CRS.....	56
Figura 8 - Mapa com Bases do SAMU e Municípios Cobertos da 3ª CRS.....	57
Figura 9 - Mapa com Bases do SAMU e Municípios Cobertos da 4ª CRS.....	59
Figura 10 - Mapa com Bases do SAMU e Municípios Cobertos da 5ª CRS.....	60
Figura 11 - Mapa com Bases do SAMU e Municípios Cobertos da 6ª CRS.....	62
Figura 12- Mapa com Bases do SAMU e Municípios Cobertos da 7ª CRS.....	63
Figura 13 - Mapa com Bases do SAMU e Municípios Cobertos da 8ª CRS.....	64
Figura 14- Mapa com Bases do SAMU e Municípios Cobertos da 9ª CRS.....	65
Figura 15- Mapa com Bases do SAMU e Municípios Cobertos da 10ª CRS.....	66
Figura 16 - Mapa com Bases do SAMU e Municípios Cobertos da 11ª CRS.....	67
Figura 17 - Mapa com Bases do SAMU e Municípios Cobertos da 12ª CRS.....	69
Figura 18- Mapa com Bases do SAMU e Municípios Cobertos da 13ª CRS.....	70
Figura 19 - Mapa com Bases do SAMU e Municípios Cobertos da 14ª CRS.....	72
Figura 20 - Mapa com Bases do SAMU e Municípios Cobertos da 15ª CRS.....	73
Figura 21 - Mapa com Bases do SAMU e Municípios Cobertos da 16ª CRS.....	75
Figura 22 - Mapa com Bases do SAMU e Municípios Cobertos da 17ª CRS.....	76
Figura 23 - Mapa com Bases do SAMU e Municípios Cobertos da 18ª CRS.....	78
Figura 24 - Mapa com Bases do SAMU e Municípios Cobertos da 19ª CRS.....	79
Figura 25 - Mapa de Regiões de Saúde conforme número de Internações de Urgência.....	100
Figura 26 - Evolução do Total de Internações de Urgência no RS, 2008-2011.	100
Figura 27 - Evolução do total de Internações de Urgência no RS por CRS, 2008-2011.	101
Figura 28 - Coeficiente por 100.000 habitantes do total de Internações de Urgência	

no RS por local de internação, por CRS, 2008-2011.	103
Figura 29 - Coeficiente por 100.000 habitantes do total de Internações de Urgência no RS por local de residência, por CRS, 2008-2011.....	105
Figura 30 - Evolução Internações Hospitalares por 100.000 habitantes, 2008-2011.	107
Figura 31 – Fluxo de Internações de Urgência, por CRS, conforme a origem do paciente, 2008-2011.....	108

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – UBS/CS com atendimento de urgência, por CRS no Estado do Rio Grande do Sul no mês de dezembro de 2011.....	46
Tabela 2 - Procedimentos ambulatoriais de urgência totais e de urgência no estado do RS	47
Tabela 3 – Coeficiente Anual de atendimentos de urgência na atenção básica por 100.000 habitantes, média anual do período 2008-2011, por CRS.....	49
Tabela 4 - Quantidade de USB e USA recomendadas e existentes no RS	52
Tabela 5 - Bases do SAMU da 1ª CRS e população coberta.....	54
Tabela 6- Bases do SAMU da 2ª CRS e população coberta.....	55
Tabela 7- Bases do SAMU da 3ª CRS e população coberta.....	57
Tabela 8 - Bases do SAMU da 4ª CRS e população coberta.....	58
Tabela 9- Bases do SAMU da 5ª CRS e população coberta.....	60
Tabela 10 - Bases do SAMU da 6ª CRS e população coberta.....	61
Tabela 11 - Bases do SAMU da 7ª CRS e população coberta.....	62
Tabela 12 - Bases do SAMU da 8ª CRS e população coberta.....	63
Tabela 13- Bases do SAMU da 9ª CRS e população coberta.....	64
Tabela 14 - Bases do SAMU da 10ª CRS e população coberta.....	65
Tabela 15 - Bases do SAMU da 11ª CRS e população coberta.....	66
Tabela 16- Bases do SAMU da 12ª CRS e população coberta.....	68
Tabela 17 - Bases do SAMU da 13ª CRS e população coberta.....	69
Tabela 18 - Bases do SAMU da 14ª CRS e população coberta.....	71
Tabela 19 - Bases do SAMU da 15ª CRS e população coberta.....	72
Tabela 20 - Bases do SAMU da 16ª CRS e população coberta.....	74
Tabela 21 - Bases do SAMU da 17ª CRS e população coberta.....	75
Tabela 22 - Bases do SAMU da 18ª CRS e população coberta.....	77
Tabela 23 - Bases do SAMU da 19ª CRS e população coberta.....	79
Tabela 24 - Taxa de Cobertura e População Coberta pelo SAMU por CRS.	80
Tabela 25 - Atendimentos pré-hospitalares de urgência no RS de janeiro de 2008 a dezembro de 2011.	82
Tabela 26 - Atendimentos pré-hospitalares de urgência por 100.000 habitantes cobertos pelo SAMU no RS, média anual do período 2008-2011, por CRS.	83
Tabela 27 - Comparativo entre a Cobertura do SAMU e o Coeficiente Anual de	

Atendimentos Pré-Hospitalares de Urgência por 100.000 habitantes, por CRS do Estado do RS.	85
Tabela 28 - Capacidade instalada no RS na área hospitalar, por CRS, em dezembro de 2011.	91
Tabela 29 - Capacidade instalada de Leitos SUS no RS, por CRS, em dezembro de 2011.	92
Tabela 30 - Classificação dos Leitos de Observação e Repouso, por CRS, em dezembro de 2011.	93
Tabela 31 - Coeficiente de Leitos de Urgência por 100.000 habitantes, por CRS, em dezembro de 2011.	94
Tabela 32 - Média Anual de Internações no RS, por CRS, no período 2008-2011 para residentes do mesmo Estado.	96
Tabela 33 - Coeficiente anual de Internações de Urgência no RS por 100.000 habitantes, por CRS, no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2011.	98
Tabela 34 - Coeficiente por 100.000 habitantes do total de Internações de Urgência no RS, por CRS, 2008-2011.	102
Tabela 35 - Coeficiente de Internações por 100.000 habitantes por Local de Residência, por CRS, 2008-2011.	104
Tabela 36 - Coeficiente de Internações por 100.000 habitantes por Local de Internação e por Local de Residência, por CRS, 2008-2011.	106
Tabela 37 - Fluxo de Internações de Urgência, por CRS, conforme a origem do paciente, média anual do período de Janeiro de 2008 a Dezembro de 2011.	107
Tabela 38 - Atendimentos Ambulatoriais no RS, por CRS, 2008-2011.	109
Tabela 39 - Coeficiente Anual de Atendimentos Ambulatoriais de Urgência por 100.000 habitantes no RS, por CRS, 2008-2011.	110

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
1.1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA	14
1.2 JUSTIFICATIVA	14
1.3 OBJETIVOS.....	15
1.3.1 Objetivo geral	15
1.3.2 Objetivos Específicos	16
2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	17
3. DESENVOLVIMENTO DO CONTEÚDO.....	19
3.1 REVISÃO TEÓRICA	19
3.2 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	43
3.2.1 A Rede de Urgência e Emergência no RS.....	43
3.2.1.1 Componente da Atenção Básica em Saúde.....	45
3.2.1.2 Componente do Serviço Médico Móvel de Urgência e suas Centrais de Regulação	50
3.2.1.3 Componente das Unidades de Pronto Atendimento e Salas de Estabilização	86
3.2.1.4 Componente Hospitalar.....	90
3.2.1.5 atendimentos Ambulatoriais de Urgência na atenção especializada ...	108
4. CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	112
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	114
ANEXO I – DIVISÃO DAS COORDENADORIAS REGIONAIS DE SAÚDE DO RS	119

1. INTRODUÇÃO

O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Seus princípios doutrinários, firmados constitucionalmente e por meio das Leis n.º 8.080/90 e n.º 8.142/90, propõem o provimento de ações e serviços de saúde à população de forma universal, com garantia de acesso equânime a uma atenção integral.

A prática destes princípios doutrinários em sua plenitude exige uma organização que garanta a estrutura necessária ao seu desenvolvimento. Tendo como princípios organizacionais a descentralização, a regionalização e a hierarquização, o SUS conta com o desenvolvimento das redes de atenção à saúde, objetivando a resolutividade, a qualidade, a humanização e o tempo de resposta adequado a todos os agravos de saúde da população.

A transição epidemiológica da população demonstrou novos eixos que começaram a preocupar os gestores na área da saúde pública. Os agravos no quadro de morbimortalidade em relação a todas as urgências, inclusive as relacionadas ao trauma e à violência, colocaram a atenção às urgências como temática prioritária (Portaria GM/MS n.º 737/2001).

A maior propensão ao desenvolvimento de doenças crônicas, como o diabetes, as doenças cardiovasculares e o câncer, consequência da maior expectativa de vida da população, demanda um novo modelo de organização dos sistemas de saúde integrado, uma vez que o modelo adotado anteriormente não responde adequadamente a este perfil epidemiológico. O excesso de procura nas portas de atendimento de urgências demonstra esta necessidade, sendo que 90% das pessoas que tentam atendimento em um pronto socorro apresentam agudizações de problemas crônicos (CORDEIRO, 2009).

O estabelecimento de normas para a organização dos serviços de atenção às urgências é de relevância pública, conforme preceitos da legislação constitucional e de criação do SUS. Contudo, apenas a partir de 2002 é que se iniciam os esforços do poder público para normatizar a atenção às urgências por meio da aprovação do

Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência (Portaria GM/MS nº 2.048/2002).

A Política Nacional de Atenção às Urgências foi instituída em 2003, pela Portaria GM/MS nº 1863, objetivando, entre outros, o suprimento das necessidades de implantação e implementação do processo de regulação da atenção às urgências; de estruturação de uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada de cuidados integrais às urgências; e de garantia da adequada referência regulada para os pacientes que, tendo recebido atendimento inicial, em qualquer nível do sistema, necessitem de acesso aos meios adicionais de atenção.

As tecnologias envolvidas no trabalho de saúde, conforme MERHY (2007), podem ser classificadas de acordo com diferentes densidades tecnológicas: leves, leves-duras e duras. É o conjunto destas tecnologias que compõe as ferramentas necessárias para as ações em saúde. Na área das urgências, o conjunto de tecnologias conta com o componente Pré-Hospitalar Fixo, o componente Pré-Hospitalar Móvel, o componente Hospitalar e o componente Pós-Hospitalar.

Seguindo os fundamentos normativos do SUS e o referencial teórico que o embasa, a atenção às urgências deve estar organizada em redes: as redes de atenção às urgências (RAS). As RAS 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* (Portaria GM/MS n.º 4.279/2010).

A organização da rede de atenção às urgências, de forma integral, é um desafio transectorial de responsabilidade pública, que não envolve apenas o sistema de saúde e os seus trabalhadores. A política de atenção às urgências necessita da adoção de estratégias promocionais de qualidade de vida, buscando identificar os determinantes e condicionantes das urgências (Portaria GM/MS nº 1.863/2002) *além da atividade das centrais de regulação médica de urgências, que garantirão a sua estruturação e concretude* (BRASIL, Ministério da Saúde, 2006a).

Os serviços de urgência do SUS compõem um dos serviços de atendimento inicial à saúde do usuário, ou uma das portas de entrada, conforme definição atribuída pelo Decreto 7508/2011. Assim, fica explícita a importância da organização destas redes, por meio do seu planejamento e estruturação de forma que as necessidades de saúde da população estejam atendidas dentro dos princípios que regem o sistema de saúde Brasileiro.

1.1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

No Estado do Rio Grande do Sul, a Política de Atenção às Urgências vem sendo estruturada desde o início da normatização nacional. Serviços e ações em saúde de diferentes densidades tecnológicas foram implantados e outros estão planejados. Considerando que a rede de serviços de urgência deve estar de acordo com os princípios da política nacional, desde o seu planejamento até a sua estruturação, este estudo pretende responder ao seguinte problema de pesquisa: Como se distribuem os serviços de urgência no RS?

1.2 JUSTIFICATIVA

Na organização do SUS, uma das principais portas de entrada do sistema são os serviços de urgência que compõem as RAS. Deficiências na estruturação das linhas de cuidado na atenção primária resultam na utilização desta porta de entrada como alternativa principal de garantia do atendimento. Em consequência desta realidade, surgem a superlotação de serviços de urgência e os altos índices de morbimortalidade na atenção às urgências.

A estruturação da rede de serviços e de mecanismos de regulação do acesso às urgências, aliados ao aprimoramento da assistência primária, são atribuições dos gestores de saúde na organização dos fluxos na busca pela garantia do acesso dentro dos princípios do SUS aos acometidos por agravos de urgência. Neste contexto, a organização das RAS e as Centrais de Regulação de Urgências possuem o papel primordial no sistema por meio da observação das condições de saúde da população e da estruturação e funcionamento da rede assistencial, identificando distorções que irão orientar o planejamento das ações corretivas para otimização da atenção às urgências (BRASIL. Ministério da Saúde, 2006a).

Conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Estado do Rio Grande do Sul está dividido em 30 microrregiões. A análise da rede de atenção às urgências por microrregião geográfica não é diretamente possível uma vez que a divisão do IBGE não é compatível com a divisão adotada pelo Plano Diretor de

Regionalização (PDR) do Estado do Rio Grande do Sul, elaborado pela Secretaria Estadual da Saúde no ano de 2002 e ainda vigente.

Conforme o PDR, o Estado do Rio Grande do Sul está dividido em 96 microrregiões de saúde e 07 macrorregiões de saúde. Como regiões de saúde, o PDR definiu, como ponto de partida, o território administrativo das 19 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS). Esta divisão poderia ser revisada, de acordo com critérios de capacidade instalada, fluxos de usuários, produção de serviços e demanda estimada, resultando em uma definição de regiões de saúde independente do território administrativo. Contudo, tendo em vista que esta revisão ainda não foi realizada, permanece a utilização da definição de região de saúde de acordo com os territórios das CRS. Considerando também que os documentos publicados da SES/RS apresentam a divisão por CRS como norteadora para o planejamento e a definição de políticas, optou-se por utilizar esta mesma divisão regional como critério de análise da presente pesquisa.

A análise da distribuição regional da estruturação da rede assistencial de serviços de saúde de urgência e o seu funcionamento possibilitaria avaliar a adequação para o atendimento às necessidades integrais de saúde à população. De forma complementar e imprescindível, a identificação da utilização de mecanismos de regulação do acesso, tornará possível a avaliação do atendimento ao princípio da equidade preconizado pelo SUS.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo geral

Analisar a estrutura da rede de atenção às urgências do SUS, por Coordenadoria Regional de Saúde do RS.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Identificar a capacidade instalada de serviços de urgência por Coordenadoria Regional de Saúde do RS.

- Identificar a produção de serviços de urgência, hospitalares e ambulatoriais, por Coordenadoria Regional de Saúde do RS, no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2011.

2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este estudo utiliza metodologia de pesquisa quantitativa, de caráter observacional e ecológico, com utilização de dados secundários.

Os serviços de saúde de urgência e os serviços de saúde de emergência são diferenciados de acordo com a classificação do quadro clínico do paciente (Resolução n.º 1451/95 do Conselho Federal de Medicina). A Política Nacional de Atenção às Urgências abrange os dois tipos de classificação, considerando como “atenção às urgências” tanto os serviços de saúde de urgência quanto os de emergência. Neste estudo, foi considerada a definição de atenção às urgências conforme o conceito ampliado adotado pelo Ministério da Saúde.

Para a coleta de dados foi utilizado a análise de dados de domínio público dos Sistemas de Informações do Ministério da Saúde, por meio do aplicativo TabWin¹, cuja base de dados encontra-se disponível no site do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Os sistemas de informações utilizados foram o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA)², o Sistema de Informações Hospitalares (SIH)³ e o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)⁴.

Os dados tabulados foram os da produção ambulatorial e hospitalar de serviços de urgência e emergência no estado do Rio Grande do Sul, de janeiro de 2008 a dezembro de 2011, por Coordenadoria Regional de Saúde (CRS). Em relação aos estabelecimentos de saúde, foram tabulados os dados de capacidade instalada da rede de serviços de urgência e emergência, hospitalar e ambulatorial, no estado do Rio Grande do Sul.

Foi realizada a revisão da legislação do SUS em relação às redes atenção à saúde, à política de atenção às urgências e a revisão da legislação do SUS no RS,

¹ O programa desenvolvido com a finalidade de permitir às equipes técnicas do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, a realização de tabulações rápidas sobre os arquivos que constituem os componentes básicos dos sistemas de informações do SUS, como SIA e SIH, é o TabWin. O TabWin permite identificar a frequência dos procedimentos por CRS, distinguindo-os por área. (BRASIL, 2005)

² O SIA informa a capacidade instalada de municípios, isto é, o número de postos de saúde, policlínicas, consultórios médicos e odontológicos, dentre outros. Informa também a produção ambulatorial, ou seja, o número de procedimentos realizados. (BRASIL, 2005)

³ O SIH é o sistema que processa as Autorizações de Internações Hospitalares (AIH), disponibilizando informações sobre os recursos destinados a cada hospital que integra o SUS e as principais causas de internação. (BRASIL, 2005)

⁴ O CNES é o sistema que contém todas as informações referentes a estabelecimentos de saúde, profissionais vinculados, equipamentos existentes, seja público ou privado.

no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite⁵ do Rio Grande do Sul (CIB/RS) em relação à regionalização e à regulação de urgências.

Os dados foram organizados e separados por componente da rede de urgência e elaboradas planilhas com a evolução dos dados quantitativos coletados. Ferramentas estatísticas foram utilizadas na série histórica através de softwares como o Excel, e elaborados gráficos e tabelas. Por fim os resultados alcançados foram comparados à normatização da política nacional.

⁵ As Comissões Intergestores Bipartite são instâncias de pactuação e deliberação para a realização dos pactos intraestaduais e a definição de modelos organizacionais. (BRASIL, 2006)

3. DESENVOLVIMENTO DO CONTEÚDO

3.1 REVISÃO TEÓRICA

O Sistema Único de Saúde, o SUS, foi criado de acordo com as premissas da Constituição Federal de 1988, pelas Leis n.º 8.080 e nº 8.142 de 1990. O objetivo foi a implantação de um sistema universal, com a disponibilidade de acesso aos serviços públicos de saúde para toda a população.

O SUS tem como princípios doutrinários a universalidade, a integralidade e a equidade. Portanto, busca garantir o direito à saúde a todos, com serviços tanto curativos quanto preventivos, de maneira a oportunizar o acesso ao sistema de saúde a todos, priorizando os casos necessários.

Como princípios organizacionais, o SUS tem a descentralização, a participação da comunidade, a hierarquização e a regionalização. A descentralização aconteceu de forma gradativa no sistema através da transferência de competência e recursos do nível federal para o nível estadual e municipal. A participação da comunidade se dá pelo controle social, através da atuação dos Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde, ambos nas três esferas de governo, federal, estadual e municipal.

O princípio da hierarquização organiza os serviços de acordo com a sua complexidade. O SUS está estruturado em três níveis de atenção: básica, média e alta complexidade.

O primeiro nível da atenção à saúde no SUS é a atenção básica, que se orienta por todos os princípios doutrinários do sistema, inclusive a integralidade, mas emprega tecnologia de baixa densidade. Por tecnologia de baixa densidade, “fica subentendido que a atenção básica inclui um rol de procedimentos mais simples e baratos, capazes de atender à maior parte dos problemas comuns de saúde da comunidade” (BRASIL, 2007a).

A média complexidade compõe o segundo nível de atenção e é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a

disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento (BRASIL, 2007b).

O terceiro nível de atenção, a alta complexidade, é definido como o conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população o acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2007c).

A política do SUS preconiza que os pacientes ingressem no sistema pela atenção básica, e, em caso de incapacidade de resolução neste nível, sejam encaminhados aos níveis superiores da hierarquia. A promoção de saúde e a prevenção de doenças atuam na atenção básica de modo a reduzir as necessidades de acesso à média e alta complexidade.

O profissional do nível básico deverá encaminhar para o nível de maior complexidade somente os casos em que for constatada a insuficiência de capacidade resolutiva. Para tal encaminhamento, o serviço básico emite um documento chamado de referência e contra-referência (ARAUJO, 2008, p.36).

De acordo com Witt (1992) *apud* Juliani & Ciampone (1999) o sistema de referência e contra-referência constitui-se na articulação entre as unidades de níveis de complexidade diferentes, sendo que por referência compreende-se o trânsito do nível menor para o de maior complexidade. Inversamente, a contra-referência compreende o trânsito do nível de maior para o de menor complexidade.

O planejamento das ações e serviços de saúde deve se dar de forma ascendente, por meio da elaboração da Programação Pactuada e Integrada (PPI), preconizada na Norma Operacional Básica de 1996. A PPI objetiva a garantia do acesso da população a todos os serviços de saúde que ela necessita, seja dentro do próprio município ou por encaminhamento ordenado e pactuado a municípios vizinhos, com a proposta de repasse dos respectivos aportes financeiros, sinalizando, assim, com uma lógica de organização regional e ascendente do SUS (BRASIL, 2006a).

A regionalização é o princípio fundamental para que os princípios doutrinários do SUS se consolidem. Parte da lógica da territorialização com foco em um sistema articulado, em rede.

A macroestratégica da regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado de maneira a conformar sistemas funcionais de saúde, ou seja, redes articuladas e cooperativas de atenção, referidas a territórios delimitados e a populações definidas, dotadas de mecanismos de comunicação e fluxos de inter-relacionamento que garantam o acesso dos usuários às ações e serviços de níveis de complexidade necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis (BRASIL, 2001).

A organização do sistema de saúde de forma regionalizada foi definida, inicialmente, no art. 198 da CF/88: *“As ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada [...] e constituem um sistema único organizado de acordo com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade”*. Com a publicação da Lei 8.080/90, em seu art. 7º, II estava a confirmação da definição já ocorrida constitucionalmente: *“[...] conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos, curativos, individuais e coletivos [...]”*.

A Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) n.º 01/2001 abordou, entre os grupos de estratégias articuladas que visavam contribuir para o processo de regionalização, a elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR) e diretrizes para a organização regionalizada da assistência, visando a conformação de sistemas de atenção funcionais e resolutivos nos diversos níveis.

[...] consiste em um processo, coordenado pela Secretaria Estadual de Saúde e que envolve o conjunto de municípios, de delimitação de regiões de saúde que cubram todo o estado e de planejamento das ações/serviços de saúde com enfoque territorial/populacional [...] que garanta níveis adequados de resolução dos problemas de saúde da população (BRASIL, 2001).

O PDR deve ser resultado de um processo de planejamento entre as Secretarias Municipais de Saúde e a Secretaria Estadual de Saúde, constituindo um processo dinâmico e permanente. A perspectiva de territorialização com garantia de acesso e de integração dos municípios nas regiões de saúde do estado deve ser previstas na elaboração do PDR. As regiões de saúde devem ser espaços de referência para o planejamento e não devem reproduzir ou constituir unidades administrativas do sistema.

[...] nos estados que apresentam estruturas de representação regional da Secretaria Estadual de Saúde, as regiões de planejamento em saúde não serão necessariamente coincidentes com a abrangência dessas estruturas (BRASIL, 2001).

A NOAS/2001 apresenta diretrizes norteadoras à estruturação do processo de regionalização nos estados, mas deixa algumas definições com conceitos amplos, a

serem flexibilizados de acordo com as diferentes realidades e momentos que cada unidade federativa se encontrava. Desta forma possibilita que alguns estados possuam apenas macrorregiões e microrregiões, outros possuam apenas regiões e outros ainda possuam regiões e microrregiões.

O desgaste da proposta da NOAS/2001 ocorreu devido a dificuldade de *obediência a fluxos teóricos distantes das realidades regionais, associadas à não implementação das redes de atenção devido a restrições financeiras, especialmente no que diz respeito à regionalização*. Desta forma, permaneceram enormes áreas sem cobertura, em especial na área de média e alta complexidade. (BRASIL, 2006a)

Em 2006, por meio da Portaria GM/MS n.º 399, foi instituído o Pacto pela Saúde em que foram definidos regramentos e responsabilidades sanitárias no âmbito do Sistema Único de Saúde. O Pacto pela Saúde incorpora três componentes: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão do SUS. Por meio dele, a regionalização fica definida como uma diretriz do SUS e um eixo estruturante do Pacto de Gestão.

A Regionalização é uma diretriz do Sistema Único de Saúde e um eixo estruturante do Pacto de Gestão e deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores (Brasil, 2006a).

O Pacto de Gestão do SUS reforça a questão de que o PDR é um dos principais instrumentos de planejamento da regionalização, junto com o Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI). Estes três instrumentos devem estar devidamente articulados de forma que os desenhos das redes regionalizadas de atenção à saúde estejam em consonância com as necessidades da assistência programada e pactuada e com o planejamento de investimentos.

A regionalização, a partir do Pacto de Gestão do SUS, possui objetivos que abrangem desde a garantia do acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde, redução das desigualdades sociais e territoriais, promoção da equidade e garantia da integralidade, até a racionalização de gastos e otimização de recursos. Para a efetivação da regionalização faz-se necessário as definições das regiões de saúde: *recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais,*

econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados do território (BRASIL, 2006a).

A pactuação entre todos os gestores envolvidos é imprescindível neste processo, desde a atenção básica até os mais altos níveis de complexidade. O desenho das regiões de saúde deve seguir os critérios que propiciem certo grau de resolutividade àquele território como suficiência na atenção básica e parte da média complexidade. Para garantir a atenção de alta complexidade e parte da média, as regiões devem pactuar entre si.

As regiões podem ter os seguintes formatos: Regiões intraestaduais, compostas por mais de um município, dentro de um mesmo estado; Regiões Intramunicipais, organizadas dentro de um mesmo município de grande extensão territorial e densidade populacional; Regiões Interestaduais, conformadas a partir de municípios limítrofes em diferentes estados; Regiões Fronteiriças, conformadas a partir de municípios limítrofes com países vizinhos (BRASIL, 2006a).

O espaço permanente de pactuação e co-gestão solidária e cooperativa que tem o objetivo de qualificar o processo de regionalização é o Colegiado de Gestão Regional (COGERE). Por meio da atuação do COGERE, a garantia e o aprimoramento dos princípios do SUS são constantemente almejados e priorizados.

O Colegiado de Gestão Regional se constitui num espaço de decisão através da identificação, definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização de uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutiva (BRASIL, 2006a).

A composição do COGERE deve se dar pela representação dos gestores municipais da respectiva região e pela representação do(s) gestor(es) estadual(ais). Por meio de um processo decisório consensuado, estes colegiados deverão instituir o processo de planejamento regional, expressando as responsabilidades dos gestores com a população do território e o conjunto de objetivos e ações que contribuirão para a garantia do acesso e da integralidade da atenção.

É por meio das regiões de saúde que estarão organizadas as redes de atenção à saúde de forma a garantir o cumprimento dos princípios do SUS, já citados anteriormente: universalidade, equidade e integralidade.

Os sistemas fragmentados, voltados para atenção às condições e aos eventos agudos e ações curativas e reabilitadoras, fracassaram em muitos países desenvolvidos e estão fracassando no Brasil. É necessária uma migração para o

modelo das redes de atenção à saúde, voltado para as condições agudas e crônicas e de uma concepção integral de sistemas de atenção à saúde (MENDES, 2011).

Conforme Mendes (2011) o SUS opera com um subfinanciamento e necessita de mais recursos financeiros. Contudo, conforme experiência de outros países, desenvolvidos ou em desenvolvimento, *o simples incremento de recursos financeiros, isoladamente, não contribui para a resolução da crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde*. Este incremento financeiro, para produzir impacto sanitário, deve ser acompanhado de reformas profundas no SUS.

A atual situação de transição demográfica avançada que o Brasil se encontra, contempla uma tripla carga de doenças. As doenças infecciosas e carenciais - ainda não superadas - convivem com as causas externas - que apresentam uma importante carga na situação de saúde atual - e com uma presença hegemônica forte de condições crônicas. Para Mendes (2011) um sistema fragmentado não terá condições de dar respostas positivas à situação sanitária, sendo necessário ter coerência entre a situação de saúde e o SUS. Esta coerência deve se dar pela implantação das redes de atenção à saúde (RAS), uma organização do sistema de atenção à saúde em sistemas integrados.

A implantação das RAS convoca mudanças radicais no modelo de atenção à saúde praticado no SUS e aponta para a necessidade da implantação de novos modelos de atenção às condições agudas e crônicas, alguns experienciados com sucesso, em outros países e que devem ser adaptados à realidade do nosso sistema público (MENDES, 2011).

A implantação das RAS, de sistemas integrados, se propõe a prestar uma atenção à saúde no lugar certo, no tempo certo, com qualidade certa, com custo certo e com responsabilização sanitária e econômica por uma população adscrita. O objetivo é ofertar uma atenção contínua, longitudinal e integral, permitindo responder com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade às condições de saúde da população brasileira.

Em 2010, por meio da Portaria GM/MS n.º 4.279, foram definidas as diretrizes para organização das Redes de Atenção (RAS) no SUS. Os elementos constitutivos da rede de atenção à saúde no SUS são: população/região de saúde definidas, estrutura operacional e um sistema lógico de funcionamento determinado pelo modelo de atenção.

A população sob responsabilidade de uma rede será definida no PDR e a região de saúde deve ser bem definida, com arranjos organizativos de ações e

serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas. As regiões de saúde, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado por meio das Linhas de Cuidado, como forma de articulação de recursos e das práticas de produção de saúde numa dada região de saúde.

A estrutura operacional da RAS é constituída pelos diferentes pontos de atenção à saúde. Incluem: atenção primária à saúde (APS), atenção secundária e terciária, sistemas de apoio, sistemas logísticos e sistema de governança. A APS é o centro de comunicação da RAS e tem um papel chave na sua estruturação; os pontos de atenção secundária e terciária isolados não são suficientes para atender às necessidades de cuidados em saúde da população, eles complementam a APS com as ações especializadas, no lugar e tempo certos; os sistemas de apoio são os lugares da rede onde se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde; os sistemas logísticos são soluções em saúde por meio da referência e contra-referência de pessoas e de trocas eficientes de produtos e de informações; o sistema de governança⁶ na RAS é entendido como a capacidade de intervenção que envolve diferentes atores, mecanismos e procedimentos para a gestão regional compartilhada, sendo o COGERE o ator com importante papel nesse contexto.

Entre as características das RAS estão: a formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo a atenção básica como centro de comunicação; a centralidade nas necessidades de saúde da população; a responsabilização por atenção contínua e integral; o cuidado multiprofissional; e, o compartilhamento de objetivos e compromissos com resultados sanitários e econômicos.

Conforme Mendes (2009) evidências sobre as RAS mostram melhora nos resultados sanitários em condições crônicas; diminuição das referências a especialistas e a hospitais; aumento da eficiência dos sistemas de atenção à saúde; produção de serviços mais custo/efetivos; e, aumento da satisfação das pessoas usuárias.

As estatísticas dos Sistemas de Informações do Ministério da Saúde (Sistema de Mortalidade e Sistemas de Informações Hospitalares e de Informações

⁶ A governança é definida pela Organização das Nações Unidas como o exercício da autoridade política, econômica e administrativa para gerir os negócios do Estado. Constitui-se de complexos mecanismos, processos, relações e instituições através das quais os cidadãos e os grupos sociais articulam seus interesses, exercem seus direitos e obrigações e mediam diferenças (RONDINELLI, 2006 *appud* BRASIL, 2010)

Ambulatoriais) demonstram que situações como a alta morbimortalidade por violência, acidentes de trânsito, doenças do aparelho circulatório e o atendimento por trauma compõem trinta por cento (30%) dos atendimentos nas unidades de urgência e emergência, justificando assim a necessidade de organização da RAS. Assim, o Ministério da Saúde está priorizando a construção de redes temáticas prioritárias, entre elas a Urgência e Emergência.

A atenção às urgências deve fluir em todos os níveis do SUS, organizando a assistência desde as Unidades Básicas, Equipes de Saúde da Família até os cuidados pós-hospitalares na convalescença, recuperação e reabilitação. O estabelecimento de normas para a organização dos serviços de Atenção às Urgências é de relevância pública, conforme preceituam o art. 197 da Constituição Federal e os artigos 1º e 15 da Lei nº 8.080/1990.

O acesso universal e igualitário citados na Constituição Federal refere-se ao acesso ao serviço que a população necessita e não ao que ela identifica como necessário. A população gera demandas espontâneas, que nem sempre são traduzíveis em necessidades clínicas. Estas demandas de carências ou necessidades são mais bem absorvidas na atenção básica, mas muitas vezes os pacientes elegem a emergência hospitalar como lugar de atendimento (O'Dwyer, 2009).

A demanda assistencial espontânea, surgida pelas necessidades individuais, deve ser assumida pela atenção básica, por meio dos Programas de Saúde da Família (PSF), exigindo um esforço de organização do trabalho e que interfere com o trabalho tido como principal - a promoção e a prevenção (O'Dwyer, 2009). Todavia, conforme a Portaria GM/MS n.º 2.048/2002, a responsabilidade de atender à pequena urgência foi transferida formalmente à atenção básica, prática ainda não disseminada nestes serviços.

A atenção básica permanece influenciada pelo modelo assistencial da saúde pública, voltada para ações preferencialmente “preventivas e programáticas”, em detrimento do acolhimento de usuários que apresentam quadros agudos de baixa complexidade, cuja resolução poderia se dar neste nível de atenção. Esta realidade faz com que os usuários do SUS apresentem uma *baixa vinculação da clientela que acaba recorrendo às unidades de urgência, onde recebem tratamento meramente sintomático, com alto prejuízo ao acompanhamento de doenças crônicas com alto*

potencial de morbidade, como a hipertensão, diabetes, asma e outros. (BRASIL, 2006a)

A procura espontânea e voluntária dos pacientes, sem uma estruturação de captação de usuários na atenção básica, tem uma forte tendência a definir o acesso para a população a serviços de saúde de urgência e de emergência. Conseqüentemente, estes serviços tornaram-se uma das principais portas de entrada do sistema, atendendo diretamente grande parte da demanda que deveria ser atendida nas linhas de cuidado da atenção básica, conforme pode ser observado na Portaria GM/MS n.º 2.048/2002.

Abertos nas 24 horas do dia, estes serviços acabam por funcionar como “porta-de-entrada” do sistema de saúde, acolhendo pacientes de urgência propriamente dita, pacientes com quadros percebidos como urgências, pacientes desgarrados da atenção primária e especializada e as urgências sociais (BRASIL, 2002).

Nesta realidade, as demandas se misturam nas unidades de urgência e emergência, dificultando enormemente a alocação racional de serviços e equipamentos de saúde, assim como dos recursos disponíveis. Um agravante a esta problemática é a inexistência ou deficiências na classificação de risco, não realizando a triagem devida de casos não urgentes, urgentes e emergentes.

De acordo com a Resolução n.º 1.451/95 do Conselho Federal de Medicina, a classificação de serviços de emergência e urgência se difere de acordo com o quadro clínico do paciente. O atendimento de Emergência Médica ocorre quando há classificação de quadro grave, clínico, cirúrgico ou misto, de aparecimento ou agravamento súbito e imprevisto, causando risco de vida ou grande sofrimento ao paciente e necessitando de solução imediata, a fim de evitar mal irreversível ou morte. Já o atendimento de Urgência Médica ocorre quando há classificação de quadro grave, clínico, cirúrgico ou misto, de aparecimento ou agravamento rápido, mas não necessariamente imprevisto e súbito, podendo causar risco de vida ou grande sofrimento ao paciente, necessitando de tratamento em curto prazo, a fim de evitar mal irreversível ou morte.

Tanto situações de urgência quanto de emergência necessitam de atendimento imediato, resolutivo e eficaz. As disposições normativas relativas à atenção às urgências, no Brasil, consideram ambas as situações, embora a nomenclatura adotada seja apenas de urgências, em seu conceito ampliado,

tomando como marco ético de avaliação o “imperativo da necessidade humana” (BRASIL, 2006a).

As urgências são então classificadas em níveis e diferenciadas por cores pelo Ministério da Saúde, a saber:

- Nível 1: Vermelho - Emergência ou Urgência de Prioridade Absoluta. Casos em que haja risco imediato de vida e/ou a existência de risco de perda funcional grave, imediato ou secundário;

- Nível 2: Amarelo – Urgência de prioridade moderada. Compreende os casos em que há necessidade de atendimento médico, não necessariamente de imediato, mas dentro de poucas horas;

- Nível 3: Verde – Urgência de prioridade baixa. Casos em que há necessidade de uma avaliação médica, mas não há risco de vida ou de perda de funções, podendo aguardar várias horas;

- Nível 4: Preto – Urgência de Prioridade Mínima. Compreendem as situações em que o médico regulador pode proceder a conselhos por telefone, orientar sobre o uso de medicamentos, cuidados gerais e outros encaminhamentos.

Os serviços de urgência preparam-se para o atendimento no sentido de atender urgências e emergências médicas. Contudo, recebem uma demanda espontânea de atendimento emergencial acreditando que estão atendendo uma parcela da demanda que não é sua, e sim da atenção básica (O’Dwyer, 2009).

Na média complexidade há uma insuficiência de portas de entrada para os casos agudos, o que também afeta a atenção às urgências. No Brasil, *a rede de unidades de “pronto atendimento” com funcionamento 24 horas por dia, foi montada apenas para dar vazão à demanda reprimida de casos agudos de baixa complexidade que não são adequadamente acolhidos na rede básica*. Estes pronto-atendimentos acabam funcionando sem retaguarda mínima de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, essenciais à resolução dos casos de maior gravidade (BRASIL, 2006a).

Enquanto na atenção básica o serviço é desvalorizado e até inexistente e na média complexidade é insuficiente, acabam ocorrendo nos serviços de urgência superlotações e atendimentos inadequados. Este quadro demonstra a importância da organização das RAS nas redes de emergência com a participação ativa de diferentes componentes.

[...] os pacientes acometidos por agravos de urgência, seja qual for a sua gravidade/complexidade, acabam buscando socorro nos grande serviços, sobrecarregando as portas de entrada de maior complexidade, delineando as já conhecidas filas nos referidos estabelecimentos (BRASIL, 2006a).

Há ainda outras particularidade que se referem à insuficiência de leitos hospitalares qualificados, especialmente de Unidade de terapia Intensiva e retaguarda para as urgências, e insipiência dos mecanismos de referência e contra-referência. Se, por um lado, os grandes hospitais estão superlotados, com as salas de “emergência” prestando atendimentos excessivos por falta de vagas em leitos especializados e de terapia intensiva, de outro lado existem hospitais de pequeno porte em que a ocupação não atinge 50%, na média nacional. Esta situação é agravada pela não aplicação do encaminhamento correto, as referências, e do reencaminhando à região de origem quando as necessidades forem atendidas, as contra-referências, o que impediria a saturação dos serviços especializados (BRASIL, 2006a).

Por meio do IV Congresso da Rede Brasileira de Cooperação em Emergências (RBCE), realizado em abril de 2000, em Goiânia, ocorreu uma grande mobilização de técnicos da área de urgências e participação formal do Ministério da Saúde. Este evento desencadeou atividades relacionadas à atenção às urgências que culminaram em um ciclo de discussões e planejamento conjunto de redes regionalizadas de atenção às urgências (BRASIL, 2006a).

As definições por portarias específicas e documentações adicionais relativas à atenção às urgências no SUS, conforme o princípio da regionalização, iniciaram-se no ano de 2002 com a Portaria GM/MS n.º 2.048, seguindo-se das Portarias GM/MS n.º 1.863 e 1.864, do ano de 2003.

O Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, com seus princípios e diretrizes estabelecidos pela Portaria GM/MS n.º 2.048/2002, serviu de embasamento para a estruturação das redes de urgência a nível estadual, baseado na proposta de regionalização da NOAS 01/2002, em uma realidade que o crescimento do número de acidentes e da violência urbana, aliados à insuficiente estruturação da rede, contribuía decisivamente para a sobrecarga de serviços de urgência.

O aumento dos casos de acidentes e violência tem forte impacto sobre o SUS e o conjunto da sociedade. Na assistência, este impacto pode ser medido diretamente pelo aumento de gastos realizados com internação hospitalar, assistência em UTI e a alta taxa de permanência hospitalar deste perfil de pacientes. Na questão social, pode ser verificado pelo aumento de 30% no índice de anos potenciais de vida perdidos em relação à acidentes e violências nos últimos anos, enquanto que por causas naturais este dado encontra-se em queda (BRASIL, 2002).

A Política de Atenção às Urgências definiu como um de seus componentes fundamentais a organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências e a instalação e operação das Centrais de Regulação Médica das Urgências, integradas ao Complexo Regulador da Atenção no SUS (Portaria GM/MS n.º 1.863/2003).

Na organização das redes loco-regionais, devem estar presentes os seguintes componentes (Portaria GM/MS n.º 1.863/2003):

- Pré-Hospitalar Fixo: unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família, equipes de agentes comunitários de saúde, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias, e Unidades Não-Hospitalares de Atendimento às Urgências, conforme Portaria GM/MS n.º 2.048/2002;

- Pré-Hospitalar Móvel: SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgências e os serviços associados de salvamento e resgate, sob regulação médica de urgências e com número único nacional para urgências médicas – 192;

- Hospitalar: portas hospitalares de atenção às urgências das unidades hospitalares gerais de tipo I e II e das unidades hospitalares de referência tipo I, II e III, bem como toda a gama de leitos de internação, passando pelos leitos gerais e especializados de retaguarda, de longa permanência e os de terapia semi-intensiva e intensiva, mesmo que esses leitos estejam situados em unidades hospitalares que atuem sem porta aberta às urgências;

- Pós-Hospitalar: modalidades de Atenção Domiciliar, Hospitais-Dia e Projetos de Reabilitação Integral com componente de reabilitação de base comunitária.

A definição do Ministério de Saúde foi de iniciar a implantação da Política Nacional de Atenção às Urgências pelo componente Pré-Hospitalar Móvel por meio da implantação do Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU) (Portaria GM/MS n.º 1864/2003). A estratégia adotada preconizava que, a partir das Centrais de Regulação, seriam analisadas as informações que permitam indicar que ações

eram necessárias para diminuir os agravos de saúde de urgência à população. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2006a).

O SAMU pode ser prestado por unidades móveis de suporte básico (USB) ou unidades móveis de suporte avançado (USA). As USB são ambulâncias que contam com uma equipe composta de técnico de enfermagem e motorista. Cada unidade tem, além de medicações, no mínimo: rede de oxigênio, prancha longa de madeira para imobilização da coluna, colares cervicais, cilindro de O₂, talas de imobilização de fraturas e ressuscitador manual adulto e infantil. A população de cobertura para cada USB deve ser entre 100.000 a 150.000 habitantes (Portaria GM/MS n.º 1864/2003).

As USAs, conhecidas como UTI móveis, contam com uma equipe composta por médico, enfermeiro e motorista. Cada unidade tem, além de material de consumo, no mínimo: uma incubadora para transporte, um aspirador cirúrgico para ambulância, um respirador a volume, um monitor multiparâmetros, um oxímetro digital e bomba de infusão para seringas, além de todo o material para imobilização e medicamentos de cuidados intensivos. A população de cobertura para cada USA deve ser entre 400.000 a 450.000 habitantes (Portaria GM/MS n.º 1.864/2003).

Inicialmente a proposta era de que apenas municípios com população acima de 100 mil habitantes pudessem apresentar projetos de implantação do SAMU. Após discussões realizadas no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite, ficou definido que a análise e seleção dos projetos deveriam obedecer aos seguintes critérios, que com exceção ao item “a” que seria preferencial, não teriam caráter hierárquico (BRASIL, 2006a):

- a) Municípios já possuidores de serviços da área da saúde que realizem atenção integral às urgências, com atendimento pré-hospitalar móvel regulado por central médica, acessada 24 horas por número telefônico gratuito – 192, conforme disposto na Portaria GM/MS n.º 2.048/2002.
- b) Municípios habilitados na condição de gestão plena do Sistema Municipal;
- c) Municípios com maior porte populacional;
- d) Municípios polos regionais, definidos no PDR.

As atribuições gerais e específicas das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU-192 foram estabelecidos pela Portaria GM/MS n.º 2.657/2004.

As Centrais de Regulação de Urgências – Centrais SAMU-192 constituem-se em “observatório privilegiado da saúde”, com capacidade de monitorar de forma dinâmica, sistematizada e em tempo real, todo o funcionamento do Sistema de Saúde, devendo gerar informes regulares para a melhoria imediata e mediata do sistema de atenção às urgências e da saúde em geral. Os princípios constitucionais de respeito à dignidade da pessoa humana, de cidadania e de promoção do bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação, devem presidir todas as ações da Regulação Médica das Urgências (BRASIL, 2004).

Em 2011, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS n.º 1600/2011, reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências e instituiu a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde, revogando a Portaria GM/MS n.º 1863/2003. De acordo com esta normativa, constituem-se diretrizes, entre outras, da Rede de Atenção às Urgências a ampliação do acesso e acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos; a regionalização do atendimento às urgências com articulação das diversas redes de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde; a atuação territorial, definição e organização das regiões de saúde e das redes de atenção a partir das necessidades de saúde destas populações, seus riscos e vulnerabilidades específicas; e, a regulação articulada entre todos os componentes da Rede de Atenção às Urgências com garantia da equidade e integralidade do cuidado.

A organização da Rede de Atenção às Urgências 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 e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna. A sua implementação deve se dar em todo o território nacional, respeitando-se critérios epidemiológicos e de densidade populacional.

A Rede de Atenção às Urgências é constituída pelos seguintes componentes:

- I - Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde;
- II - Atenção Básica em Saúde;
- III - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências;
- IV - Sala de Estabilização;
- V - Força Nacional de Saúde do SUS;

VI - Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas;

VII - Hospitalar; e

VIII - Atenção Domiciliar.

O Componente da Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde tem por objetivo estimular e fomentar o desenvolvimento de ações de saúde e educação permanente, voltadas para a vigilância e prevenção das violências e acidentes, das lesões e mortes no trânsito e das doenças crônicas não transmissíveis, além de ações intersetoriais, de participação e mobilização da sociedade visando à promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância à saúde.

O Componente da Atenção Básica em Saúde tem por objetivo a ampliação do acesso, fortalecimento do vínculo e responsabilização e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção, quando necessário, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades.

O Componente Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátricas, psiquiátricas, entre outras) que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário, garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS.

O Componente da Sala de Estabilização deverá ser ambiente para estabilização de pacientes críticos e/ou graves, com condições de garantir a assistência 24 horas, vinculado a um equipamento de saúde, articulado e conectado aos outros níveis de atenção, para posterior encaminhamento à rede de atenção a saúde pela central de regulação das urgências.

O Componente da Força Nacional de Saúde do SUS objetiva aglutinar esforços para garantir a integralidade na assistência em situações de risco ou emergenciais para populações com vulnerabilidades específicas e/ou em regiões de difícil acesso, pautando-se pela equidade na atenção, considerando-se seus riscos.

O Componente das Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas está assim constituído:

I - a Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 h) é o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar, devendo com estas compor uma rede organizada de atenção às urgências; e

II - as Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24 h) e o conjunto de Serviços de Urgência 24 Horas não hospitalares devem prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade.

O Componente Hospitalar será constituído pelas Portas Hospitalares de Urgência, pelas enfermarias de retaguarda, pelos leitos de cuidados intensivos, pelos serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório e pelas linhas de cuidados prioritárias.

O Componente da Atenção Domiciliar é compreendido como o conjunto de ações integradas e articuladas de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, que ocorrem no domicílio, constituindo-se nova modalidade de atenção à saúde que acontece no território e reorganiza o processo de trabalho das equipes, que realizam o cuidado domiciliar na atenção primária, ambulatorial e hospitalar.

A Portaria GM/MS n.º 1.601/2011, estabeleceu diretrizes para a implantação do Componente das Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. A definição dada pela referida Portaria para UPA é o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar, devendo com compor uma rede organizada de atenção às urgências. Devem ser implantadas em locais / unidades estratégicas para a configuração da rede de atenção às urgências, em conformidade com a lógica de acolhimento e de classificação de risco.

A UPA 24h tem entre as suas competências na Rede de Atenção às Urgências: o funcionamento de modo ininterrupto nas 24 horas, em todos os dias da semana, incluídos feriados e pontos facultativos; o acolhimento dos pacientes e seus

familiares sempre que buscarem atendimento na UPA 24h; a implantação do processo de Acolhimento com Classificação de Risco; o estabelecimento de protocolos; a articulação com os demais pontos de atenção à saúde da rede; a prestação de atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e a prestação do primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a definir, em todos os casos, a necessidade ou não de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade; o fornecimento de retaguarda às urgências atendidas pela Rede de Atenção Básica; e, o funcionamento como local de estabilização de pacientes atendidos pelo SAMU (BRASIL, 2011).

As UPAs tem o objetivo de diminuir as filas nas emergências dos hospitais. Funcionam 24 horas por dia, sete dias por semana, e podem resolver grande parte das urgências e emergências, especialmente à noite e aos fins de semana, quando a rede básica e a Estratégia Saúde da Família não funcionam. A estratégia de atendimento está diretamente relacionada ao trabalho do Serviço Móvel de Urgência (SAMU) que organiza o fluxo de atendimento e encaminha o paciente ao serviço de saúde adequado à situação. Segundo o Ministério da Saúde, onde as UPAs 24h já estão em funcionamento, a necessidade do paciente buscar o atendimento em hospital foi reduzida em 96%. A implantação das unidades, classificadas em três diferentes portes, privilegia regiões metropolitanas com, no mínimo, 50 mil habitantes.

No ano de 2011, o Decreto n.º 7.508 regulamentou a Lei nº 8.080/90, dispondo sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, entre outras providências. Define Região de Saúde como *o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.*

As Regiões de Saúde, conforme o Decreto n.º 7.508, deverão ser instituídas pelos Estados, em articulação com os Municípios, respeitadas as diretrizes gerais, pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite, podendo ser interestaduais ou até internacionais. Alguns componentes essenciais são definidos para a instituição da

Região de Saúde, a ser realizada conforme pactuação nas comissões intergestores.

São eles:

- 1) Atenção Primária;
- 2) Urgência e Emergência;
- 3) Atenção Psicossocial;
- 4) Atenção Ambulatorial especializada e hospitalar;
- 5) Vigilância em Saúde.

As Regiões de Saúde serão referência para as transferências de recursos entre os entes federativos, o que ressalta a importância da sua constituição. Os entes federativos deverão definir os limites geográficos, população, ações e serviços ofertados e responsabilidades, critérios de acessibilidade e escala para conformação dos serviços, para cada região de saúde.

As Redes de Atenção à Saúde estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde ou de várias delas, sendo que o planejamento da saúde em âmbito estadual deve ser realizado de maneira regionalizada, servindo de base para a composição de Mapas que orientarão a elaboração dos planos de saúde.

O Decreto n.º 7.508 define ainda, entre outros, os conceitos de: Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP) como o acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, por meio das regiões de saúde, com o objetivo de garantir a integralidade da assistência; Portas de Entrada como os serviços de atendimento inicial à saúde do usuário do SUS; Comissões Intergestores como as instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS; de Mapa da Saúde como a descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema; Redes de Atenção à Saúde como o conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde.

A Resolução da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) n.º 01/2011 estabeleceu diretrizes gerais para a instituição das Regiões de Saúde no SUS, nos termos do Decreto 7.508/2011, com a necessidade de avaliar o funcionamento das atuais Regiões de Saúde nos Estados, para posterior delimitação das Regiões de

Saúde. Define a constituição da Comissão Intergestores Regional (CIR) com *foco interfederativo regional de negociação e pactuação de matérias relacionadas à organização e ao funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em rede de atenção à saúde, composta por todos os gestores municipais da Região de Saúde e o gestor(s) estadual(is) ou seu(s) representante(s).*

Com todas as definições a nível nacional, legalmente embasadas, os Estados e Municípios devem seguir as normativas de forma a se adequar às exigências nacionais e estarem aptos ao recebimento de recursos que a elas estão vinculados. A seguir, será detalhado o processo de estruturação da regionalização no Estado do Rio Grande do Sul e o seu planejamento para o futuro.

O Estado do Rio Grande do Sul (RS) está localizado na região Sul do Brasil, com uma população de 10.732.770 (IBGE 2011) habitantes distribuída em um território de 268.781,896 km² (IBGE, 2010), resultando em uma densidade demográfica de 39,93 habitantes por km². São 496 municípios, tendo Porto Alegre como sua capital.

A maioria dos municípios do RS é composta por populações de pequeno porte, sendo que 45,8% apresenta população até 5.000 habitantes e 66,7% abaixo de 10.000 habitantes. Na Figura 1 é possível identificar esta distribuição populacional no mapa do RS.

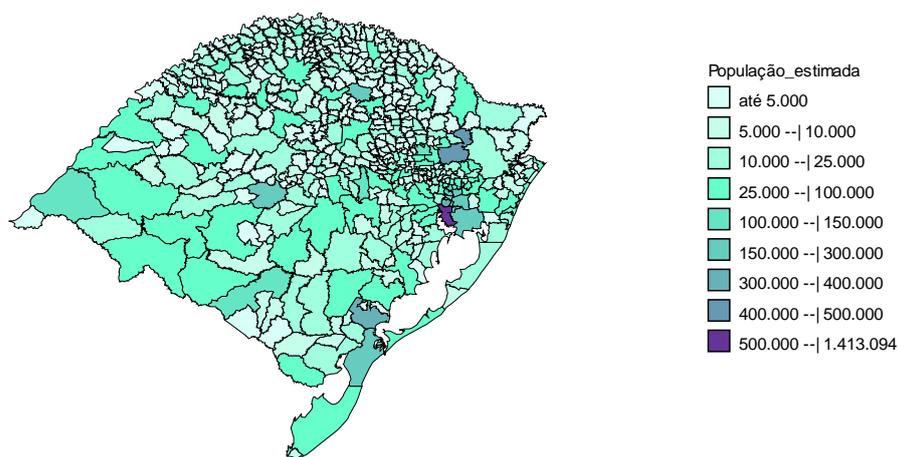


Figura 1 Mapa do Estado do Rio Grande do Sul por Município e População Residente

Fonte: IBGE - Estimativas populacionais para o TCU – 2011, elaboração própria.

Na área da saúde, o Estado está dividido territorialmente em 96 microrregiões, 19 coordenadorias regionais de saúde e 07 macrorregiões.

Esta divisão foi adotada pelo Plano Diretor de Regionalização (PDR) do RS, elaborado no ano de 2002. O PDR/2002 definiu os conceitos de (01) microrregião

de saúde, (02) módulos assistenciais, (03) região de saúde e (04) macrorregião de saúde para o Estado do RS. A seguir serão detalhados estes conceitos:

01 – Microrregião de Saúde: a menor unidade do Sistema Regional de Saúde do Rio Grande do Sul.

02 – Módulos assistenciais: identificados dentro do espaço geográfico microrregional, de forma que os serviços não existentes no município-sede podem ser alcançados fora do seu território.

03 – Região de Saúde: o território administrativo das Coordenadorias utilizado como ponto de partida para a organização do sistema, necessitando de uma avaliação dos critérios de capacidade instalada, fluxo de usuários, produção de serviços e demanda estimada de acordo com o perfil epidemiológico dos municípios, para a revisão dos limites territoriais da região de saúde, independente do território administrativo.

04 – Macrorregião de Saúde: Divisão territorial a partir da organização da Urgência e Emergência, devendo ser revisada de forma a se adequar às outras divisões propostas, incluindo a Alta Complexidade.

Conforme acima exposto, as regiões de saúde no RS foram divididas seguindo a divisão administrativa que já existia na época de 19 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS). As CRS, antes chamadas de Delegacias Regionais de Saúde, existiam desde 1999, tendo sido formalizadas através do Decreto 39.691, de 30 de agosto de 1999.

A partir do PDR/2002, as CRS deixaram de ter o caráter predominantemente administrativo e repassador de demandas dos órgãos centrais da SES, passando a estruturarem-se para assumir suas novas funções, cuja dimensão mais importante é a de articulação do novo sistema de saúde regional.

O desenho territorial das coordenadorias foi instituído pelo decreto 40.991 de 17 de agosto de 2001, passando por alguns ajustes em função do processo de regionalização mais amplo proposto pelo PDR/2002, mas permanecendo com as 19 CRS, conforme Figura 2. Esta divisão tem o objetivo de nortear o planejamento e definição de políticas de redes de atenção no RS, inclusive na área das urgências, e sua composição pode ser consultada de forma detalhada no Anexo I.



Figura 2 - Divisão regional do Estado do RS em 19 CRS
 Fonte: PDR/2002, elaboração própria.

As CRS são responsáveis pelo planejamento, acompanhamento e gerenciamento das ações e serviços de saúde, em cooperação técnica, financeira e operacional com os gestores municipais e prestadores de serviços de saúde. A coordenadoria é a instância responsável pela coordenação dos sistemas de saúde microrregionais e módulos assistenciais, correspondentes à sua área de atuação, dentro de uma macrorregião (PDR,2002).

As Macrorregiões de saúde são: Centro Oeste, Metropolitana, Missioneira, Norte, Serra, Sul e Vales. O quadro 1 mostra as macrorregiões e suas respectivas quantidades de municípios, população, município (s) polo (s) e o percentual da população do município polo em relação ao total da população da macrorregião.

Quadro 1 - Macrorregiões de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul

Macrorregião	Quantidade de Municípios	População	Município (s) Polo (s)
Centro-Oeste	43	1.154.091	Santa Maria
Metropolitana	90	4.623.850	Porto Alegre
Missioneira	85	979.597	Ijuí
Norte	135	1.064.264	Passo Fundo
Serra	49	1.106.132	Caxias do Sul
Sul	26	1.029.152	Pelotas
Vales	69	859.200	Cachoeira do Sul
			Santa Cruz do Sul
			Lajeado

Fonte: PDR/2002 e IBGE - Estimativas populacionais para o TCU – 2011

A distribuição das Coordenadorias Regionais de Saúde por Macrorregião pode ser visualizadas na Figura 3.

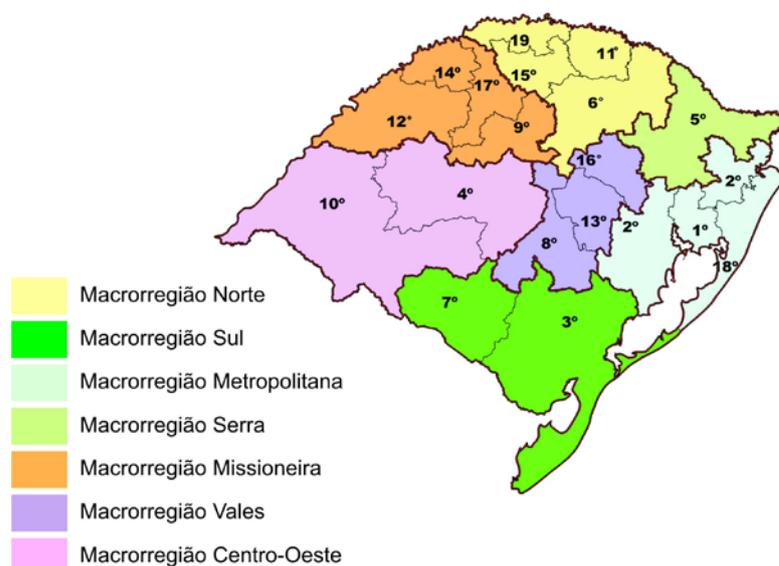


Figura 3- Coordenadorias Regionais de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul por Macrorregião

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde, 2012.

Após a regulamentação da Lei n.º 8.080/90, por meio do Decreto n.º 7.508/2011, o Estado do Rio Grande do Sul iniciou o processo de atualização e desenho das regiões de saúde. Conforme apresentação realizada pela Secretaria Estadual de Saúde no Congresso das Secretarias Municipais de Saúde do RS de 2012, a estratégia adotada seguiu a fragmentação dos territórios de saúde em microrregiões, definido pelo PDR/2002, optando-se por uma metodologia de trabalho a partir de reuniões das diferentes microrregiões, tendo em vista a composição de uma ou mais regiões de saúde.

Em setembro de 2011 iniciaram-se as discussões da reestruturação das regiões de saúde com as CRS. As diretrizes do trabalho foram: a necessidade de avanço no processo de descentralização; a compreensão de que o conceito de Região de Saúde é diferente do conceito de Região Administrativa; a constituição de uma metodologia para o desenho das regiões de saúde em conjunto com os Grupos Técnicos de Monitoramento e Avaliação das Regionais; e, a identificação de 19 articuladores do processo de discussão/desenho das regiões de saúde do RS.

Em outubro de 2011 foram realizadas reuniões com os 19 articuladores, realizando a discussão de metodologia para o desenho das regiões de saúde e

elaborando um instrumento para análise situacional nas CRS e definição de diretrizes para o desenho das regiões.

As etapas da metodologia de trabalho adotada incluem esta primeira fase de definição de critérios para região de saúde, passando para a segunda fase de envio do material para análise situacional às CRS e definição prévia das regiões de saúde, que foi apresentada no Congresso das Secretarias Municipais de Saúde, em maio de 2012, projetando o início da terceira e última etapa com a pactuação na CIB quanto aos critérios para Região de Saúde e o Desenho das Regiões de Saúde.

Os critérios adotados para definição da Região de Saúde foram os abaixo citados (site da Secretaria Estadual de Saúde do RS, acessado em Junho/2012):

1. População de 300.000 habitantes (Desvio-padrão de 200.000), ou seja, a região de saúde pode variar entre 100.000 até 500.000 habitantes.
2. Raio de 100 Km de distância, aproximadamente, considerando a disponibilidade de acesso (estradas).
3. Critérios de ponto de corte da Região de Saúde, descritos em Imagem-situação.
4. Melhor funcionamento da Comissão Intergestores Regionais (CIR), tendo em vista potencializar o processo de planejamento e gestão regional.

Os Pontos de Corte utilizados para definição do território da região de Saúde pela Secretaria Estadual do Rio Grande do Sul foram:

- Atenção Primária à Saúde em todos os municípios;
- Atenção Psicossocial: Hospital Geral de referência adulto com leitos de álcool/drogas (01 leito para cada 15.000 habitantes) e Hospital Geral de Referência à atenção em saúde mental com leitos psiquiátricos (0,16 leitos para cada 1000 habitantes);
- Urgência e Emergência: Pronto Atendimento 24 horas (pediatria, clínica médica, ginecologia/obstetrícia, clínica cirúrgica, traumatologia e saúde mental), SAMU Suporte Básico para cada 100.000 habitantes e tempo de resposta máxima de 20 minutos e SAMU Suporte Avançado para cada 300.000 habitantes e tempo de resposta máximo de 20 minutos;
- Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar: Hospital Regional para população de 100.000 habitantes, no mínimo. Este hospital deve contemplar as clínicas básicas (pediatria, clínica médica, clínica cirúrgica e ginecologia e obstetrícia), Clínicas Especializadas (Cardiologia e Traumato-Ortopedia), Serviços

Estratégicos (Planejamento Familiar), Serviço de Apoio Diagnóstico e Atenção à Pessoa com Deficiência;

- Vigilância em Saúde: Comitê Regional de análise e intervenção do óbito infantil e materno, Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, Estrutura Regional de Armazenamento e Distribuição de Imunobiológicos, Unidade de Vigilância de Zoonoses e Vetores incluindo estrutura regional de armazenamento e distribuição de inseticidas, e Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar nos hospitais de referência da região.

Na figura 4 pode-se visualizar o exemplo de estrutura de região de saúde conforme diretrizes da Secretaria Estadual de Saúde do RS:

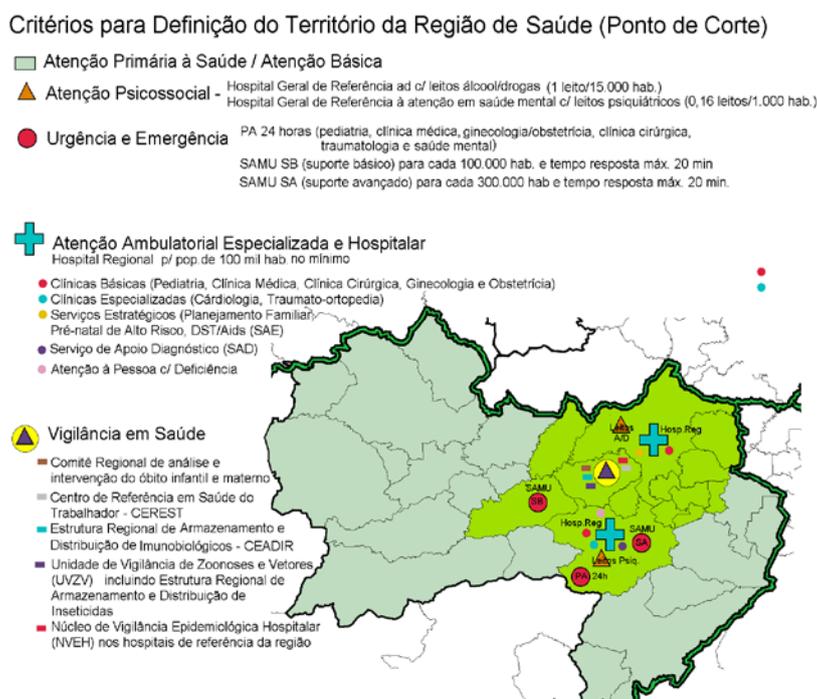


Figura 4 - Critérios para definição do Território da Região de Saúde do RS.
Fonte: site da Secretaria Estadual de Saúde do RS, acessado em junho/2012.

Os resultados deste trabalho de reestruturação da regionalização, com participação ativa do Conselho Estadual de Saúde, se resumem em 30 regiões de saúde, sendo que destas 08 coincidem com as Regiões Administrativas da SES. Os municípios que fazem limite com os estados de Santa Catarina e Paraná serão objeto de discussão posterior com a participação do Ministério da Saúde. Esta proposta depende de aprovação da CIB para posterior validação.

3.2 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

3.2.1 A Rede de Urgência e Emergência no RS

No Estado do Rio Grande do Sul, verifica-se que a rede de atenção às urgências está parcialmente estruturada, com uma cobertura satisfatória do componente Pré-Hospitalar Móvel e do Componente Hospitalar. Foram identificadas carências no componente Pré-Hospitalar Fixo, em relação às UPAS e Rede Básica, que precisam ser supridas para que os demais componentes não fiquem sobrecarregados e para que a proposta de rede de atenção às urgências, como um sistema integrado, hierarquizado e regionalizado possa ser efetivada no Estado do RS.

O modelo de assistência à saúde em prática no Estado do RS, embora haja normativas que definam o contrário, é um modelo ainda muito centrado no hospital. É necessária a adoção, na prática, do modelo das redes de atenção à saúde, conforme previsto na Portaria GM/MS n.º 4.279/2011, voltado para as condições agudas e crônicas e de uma concepção integral de sistemas de atenção à saúde (MENDES, 2011).

As Redes de Atenção à Saúde no RS na área das urgências no RS estão estruturadas de acordo com os princípios e normativas do SUS, seguindo o conceito de que as Redes de Atenção à Saúde 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* (Portaria GM/MS n.º 4.279/2010).

Segue-se a Política Nacional de Atenção às Urgências reformulada por meio da Portaria GM/MS n.º 1.600/2011. Iniciando pelo nível da atenção básica e passando pelas linhas de cuidado até chegar à alta complexidade, a assistência à saúde da população está estruturada para garantir acesso à Rede Integral de Atenção à Saúde no RS, dependendo do nível de atenção necessário (site Secretaria Estadual de Saúde, acessado em junho de 2012).

Os serviços de Urgência e Emergência no RS são umas das portas de entrada do SUS, conforme definição atribuída pelo Decreto n.º 7.508/2011, contudo

não devem ser tratados como o acesso principal. A rede de urgência está planejada para atender situações em que há necessidade de uma intervenção rápida ou que requeiram uma estrutura mais complexa que a dos postos de saúde, com disponibilidade de exames e intervenções.

A Coordenação Geral das Urgências do Estado do RS corrobora a definição da Rede de Atenção às Urgências e Emergências com a finalidade de articulação e integração de todos os equipamentos de saúde para ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência nos serviços de saúde, mais próximos de suas residências, de forma ágil e oportuna. De acordo com a sua definição, compõem a rede os serviços de atenção primária, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), as Unidades de Pronto Atendimento e os serviços de atendimento de média e alta complexidade realizado nos hospitais (RIO GRANDE DO SUL/SES/CES. Ata 20ª Plenária Ordinária do Conselho Estadual de Saúde de 13 de outubro de 2011).

A seguir será detalhada a estruturação dos seguintes componentes da Rede de Atenção às Urgências no RS, definidos na Portaria GM/MS n.º 1.600/2011: Atenção Básica em Saúde, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e suas Centrais de Regulação, Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas, Salas de Estabilização e Hospitalar.

As Unidades de Pronto Atendimento serão apresentadas conjuntamente às Salas de Estabilização por comporem a mesma política nacional e pelo fato de não representarem resultados extensos. O componente das Unidades de Pronto Atendimento será desmembrado no aspecto do conjunto de serviços de urgência 24 horas, sendo tratado separadamente este conjunto no item adicional denominado de “Atendimentos Ambulatoriais de Urgência”, para facilitar a separação dos dados e apresentação dos mesmos, uma vez que podem ser prestados nas unidades hospitalares ou nas UPAS.

3.2.1.1 Componente da Atenção Básica em Saúde

A atenção básica é a principal porta de entrada do sistema de saúde no RS, estando em consonância com as prerrogativas da Política Nacional de Redes de Atenção à Saúde. Este nível de atenção é o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde e seu funcionamento adequado possibilita a resolutividade de grande parte dos problemas de saúde, ajudando a reduzir as necessidades de busca pelos demais níveis de atenção.

No Estado do RS existem cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde 2.587 Unidades Básicas de Saúde/Centros de Saúde, sendo que, destas, 69 prestam atendimento de urgência, o que corresponde a 3% em relação ao total. A distribuição das Unidades Básicas de Saúde/Centros de Saúde (UBS/CS) por CRS pode ser conferida na Tabela 1.

Verifica-se que a CRS com maior percentual de Unidades Básicas de Saúde/Centros de Saúde com atendimento de urgência é a 18ª CRS, com 8%, seguida pela 1ª e 13ª, ambas com 5%. É possível identificar-se, ainda, que 06 das 19 CRS não possuem nenhuma Unidade Básica de Saúde/Centro de Saúde com atendimento de urgência. São elas: 7ª, 8ª, 9ª, 16ª, 17ª e 19ª CRS.

Este pequeno percentual de unidades básicas de saúde com atendimento às urgências vai ao encontro do panorama nacional encontrado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a) em relação ao fato de que a rede básica permanece não cumprindo o seu papel essencial no acolhimento aos casos agudos de menor complexidade, o que pode resultar na sobrecarga dos pronto-atendimentos e das urgências hospitalares. Seria necessário adequar o perfil de atendimento destas unidades, de forma que cumpram seu papel como ponto central da rede de atenção às urgências.

Os atendimentos de urgência neste componente visam o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção, quando necessário, conforme definição da Portaria GM/MS n.º 1.600/2011. Todavia, este percentual reduzido de unidades básicas de saúde que realizam atendimentos de urgência demonstra que este conceito da política nacional não está sendo aplicado no RS.

Tabela 1 – UBS/CS com atendimento de urgência, por CRS no Estado do Rio Grande do Sul no mês de dezembro de 2011.

Coordenadoria Regional de Saúde	UBS/CS Totais	UBS/CS com atendimento de urgência	Percentual UBS/CS com atendimento de Urgência
1ª CRS - Porto Alegre	434	21	5%
2ª CRS - Porto Alegre	212	7	3%
3ª CRS – Pelotas	195	5	3%
4ª CRS - Santa Maria	147	2	1%
5ª CRS - Caxias do Sul	243	5	2%
6ª CRS - Passo Fundo	218	2	1%
7ª CRS – Bagé	57	0	0%
8ª CRS - Cachoeira do Sul	79	0	0%
9ª CRS - Cruz Alta	59	0	0%
10ª CRS – Alegrete	105	2	2%
11ª CRS – Erechim	76	3	4%
12ª CRS - Santo Ângelo	143	4	3%
13ª CRS - Santa Cruz do Sul	91	5	5%
14ª CRS - Santa Rosa	98	1	1%
15ª CRS - Palmeira das Missões	78	3	4%
16ª CRS – Lajeado	100	0	0%
17ª CRS – Ijuí	76	0	0%
18ª CRS – Osório	110	9	8%
19ª CRS - Frederico Westphalen	66	0	0%
Total	2.587	69	3%

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, elaboração própria.

Em uma situação de deficiências do registro dos sistemas de informação, com dados incompletos ou inconsistentes junto ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, este percentual pode não ser, na prática, tão reduzido quando se apresenta, sendo necessário, neste caso um reforço na exigência da atualização dos cadastros.

Em relação aos atendimentos ambulatoriais de urgência prestados no RS, verifica-se que foram realizados, em média, 7.347.198 procedimentos no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2011. Do total de atendimentos ambulatoriais de urgência, 27% foram realizados na atenção básica, conforme pode ser visualizado na Tabela 2.

Tabela 2 - Procedimentos ambulatoriais de urgência totais e de urgência no estado do RS

Coordenadoria Regional de Saúde	Média Anual Atend. Urgência Total	Média Anual Atend. Urgência Atenção Básica	% Atendimento de Urgência na Atenção Básica
1ª CRS - Porto Alegre	2.965.337	727.051	25%
2ª CRS - Porto Alegre	450.586	206.761	46%
3ª CRS – Pelotas	658.042	41.130	6%
4ª CRS - Santa Maria	223.372	33.729	15%
5ª CRS - Caxias do Sul	619.618	459.687	74%
6ª CRS - Passo Fundo	317.014	36.210	11%
7ª CRS – Bagé	77.425	5.091	7%
8ª CRS - Cachoeira do Sul	141.616	42.128	30%
9ª CRS - Cruz Alta	39.364	4.685	12%
10ª CRS – Alegrete	267.482	12.171	5%
11ª CRS – Erechim	159.269	53.926	34%
12ª CRS - Santo Ângelo	156.844	44.305	28%
13ª CRS - Santa Cruz do Sul	311.738	153.210	49%
14ª CRS - Santa Rosa	105.892	25.715	24%
15ª CRS - Palmeira das Missões	20.512	6.171	30%
16ª CRS – Lajeado	139.961	35.595	25%
17ª CRS – Ijuí	101.221	22.032	22%
18ª CRS – Osório	549.111	40.374	7%
19ª CRS - Frederico Westphalen	42.794	6.199	14%
Total	7.347.198	1.956.168	27%

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais/DATASUS – Janeiro 2008 à Dezembro 2011.

Verifica-se que a CRS com maior percentual de atendimentos de urgência na atenção básica em relação ao total foi a 5ª CRS, com 74%, seguida pela 13ª e 2ª, com 49% e 46%, respectivamente. É possível identificar-se, ainda, que 04 das 19 CRS apresentaram percentuais inferiores a 10%: 10ª, 3ª, 7ª e 18ª CRS.

Com estes resultados é possível inferir que unidades básicas de saúde não cadastradas como realizadoras de atendimento às urgências realizam estes atendimentos, pois na 5ª CRS, 2% das UBS não seria capaz de realizar 74% dos atendimentos ambulatoriais da rede. Esta situação se repete na 13ª CRS e 2ª CRS,

em que 5% e 3% das UBS, respectivamente, dificilmente teriam condições de realizar 49% e 46% dos atendimentos ambulatoriais totais.

Confirma-se a hipótese de que a rede básica de saúde no Estado do RS não cumpre com o seu papel central na rede de atenção às urgências, absorvendo apenas 27% dos atendimentos ambulatoriais de urgência. Estas unidades permanecem voltadas a ações preferencialmente “preventivas e programáticas” em detrimento do acolhimento e atendimento de usuários que precisam de atendimento de urgência de baixa complexidade.

Fazendo-se uma relação populacional dos atendimentos ambulatoriais de urgência na atenção básica por meio de um coeficiente por 100.000 habitantes a partir da média anual do período de janeiro de 2008 a dezembro de 2011, verifica-se que, para o Estado do RS, este coeficiente é de 18.226. A distribuição por CRS deste coeficiente apresentou variação de 2.626 até 46.618, conforme pode ser observado na Tabela 3.

Observa-se assim que as realidades de atendimentos de urgência na atenção básica apresentam diferentes realidades para a população no Estado do RS, dependendo da CRS. Enquanto a 10ª CRS é a que apresenta o menor coeficiente por 100.000 habitantes, 2.626, a 13ª é a que apresenta o maior valor, 46.618.

A CRS com maior percentual de unidades básicas com atendimento de urgência, 18ª CRS, é a terceira menor em percentual de atendimentos de urgência neste nível de atenção em relação ao total e que apresenta um coeficiente destes atendimentos por 100.000 habitantes inferior à média do Estado. Por outro lado, a CRS com maior coeficiente de atendimentos de urgência na atenção básica por 100.000 habitantes, a 13ª CRS, apresentou percentuais de unidades básicas com atendimento de urgência e de atendimentos de urgência na atenção básica, acima da média do Estado do RS.

Tabela 3 – Coeficiente Anual de atendimentos de urgência na atenção básica por 100.000 habitantes, média anual do período 2008-2011, por CRS.

Coordenadoria Regional de Saúde	Coeficiente por 100.000 hab.
1ª CRS - Porto Alegre	20.475
2ª CRS - Porto Alegre	27.168
3ª CRS – Pelotas	4.859
4ª CRS - Santa Maria	6.265
5ª CRS - Caxias do Sul	42.253
6ª CRS - Passo Fundo	6.094
7ª CRS – Bagé	2.786
8ª CRS - Cachoeira do Sul	21.052
9ª CRS - Cruz Alta	3.087
10ª CRS – Alegrete	2.626
11ª CRS – Erechim	25.083
12ª CRS - Santo Ângelo	15.355
13ª CRS - Santa Cruz do Sul	46.618
14ª CRS - Santa Rosa	11.367
15ª CRS - Palmeira das Missões	3.825
16ª CRS – Lajeado	9.726
17ª CRS – Ijuí	9.884
18ª CRS – Osório	11.690
19ª CRS - Frederico Westphalen	3.071
Estado do RS	18.226

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais/DATASUS; IBGE 2011.

Desta forma, ao serem examinados o percentual de unidades básicas com atendimento de urgência, o número absoluto de atendimentos de urgência na atenção básica e o coeficiente destes atendimentos por 100.000 habitantes verifica-se que a relação entre estes indicadores nem sempre é direta. Confirma-se assim, a hipótese de que o cadastro de UBS com atendimento às urgências não está consistente com a realidade dos atendimentos de urgência realizados pela rede básica e este nem sempre é condizente à cobertura da população daquela regional.

3.2.1.2 Componente do Serviço Médico Móvel de Urgência e suas Centrais de Regulação

No RS, as situações de necessidade de intervenções rápidas são realizadas pelo Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), o serviço organizado para atender pacientes graves, dentro de cada região de abrangência e transportá-los com segurança, por meio de bases de atendimento compostas por Unidades de Suporte Básico (USB) e Unidades de Suporte Avançado (USA), até a unidade hospitalar. O acionamento ao SAMU é, conforme padrão nacional, pelo contato telefônico no número 192 e os atendimentos prestados por este componente devem ser registrados como atendimentos pré-hospitalares de urgência.

O Componente Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências têm como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátricas, psiquiátricas, entre outras) que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário, garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS.

O serviço incorpora-se ao sistema regionalizado e hierarquizado do Sistema Estadual de Atendimento às Urgências e Emergências do RS, tendo sido implantado dentro dos padrões definidos pela Portaria GM/MS n.º 1864/2003.

As equipes das Unidades de Suporte Básico (USB) são compostas por técnico de enfermagem e condutor. E as equipes das Unidades de Suporte Avançado (USA) são compostas por médico, enfermeiro e condutor.

A Central de Regulação de Atendimento Pré-Hospitalar do RS atende e regula solicitações de atendimento de urgência e emergência e aciona as equipes de unidades móveis. Além disso, autoriza transferências inter-hospitalares de pacientes graves, operando 24 horas por dia (Plano Estadual de Saúde do RS, 2009-2011).

A Central de Regulação do SAMU conta com profissionais de saúde e médicos reguladores treinados para dar orientações de primeiros socorros por telefone. São estes profissionais que definem o tipo de atendimento, ambulância e equipe adequados a cada caso, sendo que o atendimento será realizado no local

em que o usuário estiver. Além destes profissionais as equipes são compostas por telefonistas e rádio-operadores.

Ao receber uma ligação, telefonista da Central de Regulação Médica de Urgência faz pelo menos quatro perguntas: motivo da ligação, endereço, município e, em caso de acidentes, o número de vítimas. Em seguida a ligação é transferida para um médico regulador, que faz o diagnóstico, orienta sobre as primeiras ações e avalia a necessidade de envio de uma ambulância. Esta sistemática, preconizada pelo Ministério da Saúde, tem o objetivo de garantir o encaminhamento mais adequado e permite que o médico regulador vá prestando as primeiras recomendações sobre o socorro, ainda pelo telefone, enquanto a pessoa aguarda a chegada da ambulância (site da Secretaria Estadual de Saúde do RS, acessado em junho 2012).

A indicação de atendimento dada pelo médico regulador é adaptada a cada necessidade, e pode ser orientação por telefone ou ativação de unidades móveis. Existe também a chamada Regulação Inversa, adotada pelo Estado desde julho de 2011. Por esta modalidade, autoridades como corpo de bombeiros, brigada militar e profissionais de saúde de hospitais ou emergências, com aval das Secretarias Municipais de Saúde, podem solicitar ambulância em casos de maior risco.

Estão estruturadas, e em funcionamento, 05 Centrais de Regulação no Estado do RS:

- 1) Central Estadual: atende 247 municípios;
- 2) Central de Porto Alegre: atende Porto Alegre;
- 3) Central de Pelotas: atende 10 municípios da 3ª CRS;
- 4) Central de Bagé: atende 04 municípios;
- 5) Central de Caxias do Sul: atende Caxias e Vacaria.

Atualmente, 157 municípios do RS têm base do SAMU. A localização destas bases, no mapa do RS pode ser visualizada na Figura 5.

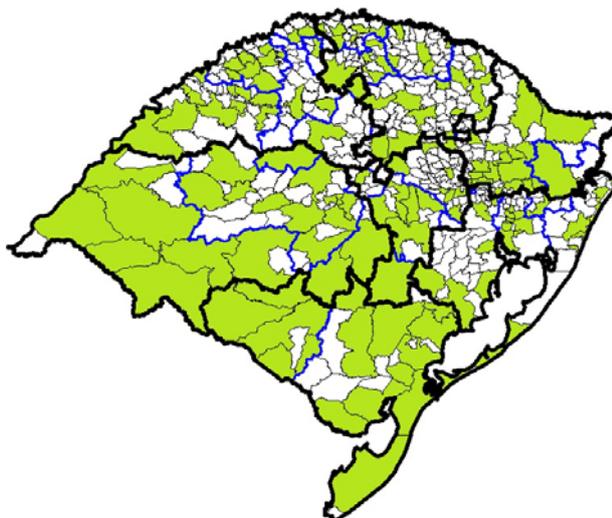


Figura 5 - Mapa de municípios com bases do SAMU no RS
Fonte: Site da Secretaria Estadual de Saúde, elaboração própria.

As bases podem atender municípios isolados ou ser referência para os municípios vizinhos, dependendo de critérios geográficos de localização, condição de acesso e concentração populacional. Os critérios populacionais, recomendados pela Portaria GM/MS n.º 1.864/2003, nem sempre são possíveis de serem alcançados, tendo em vista as outras variáveis como o tempo máximo de resposta que pode ser comprometido em algumas localizações geográficas.

No total, as bases acima citadas atendem um total de 265 municípios, que, com seus 9.527.198 habitantes, representam 89% da população do Estado.

Ao todo são 213 ambulâncias em funcionamento no RS, sendo 31 de Suporte Avançado e 182 de Suporte Básico. Com esta capacidade instalada de bases do SAMU, o Estado do RS está superando os parâmetros recomendados pelo Ministério da Saúde de acordo com a população (100.000 a 150.000 habitantes para cada USB e 400.000 a 450.000 habitantes para cada USA), conforme Tabela 4.

Tabela 4 - Quantidade de USB e USA recomendadas e existentes no RS

	Recomendado	Existente	Diferença
Portaria 1.604/2003			
USB	107	182	75
USA	27	31	4
Total	134	213	79

Fonte: Portaria GM/MS n.º 1.864/2003, IBGE 2011 e Site da Secretaria Estadual de Saúde do RS, acessado em maio/2012.

Observa-se que o Estado do RS já superou a recomendação do Ministério da Saúde em 75 no quantitativo de USB e em 04 no quantitativo de USA, sendo, no total, 79 Unidades de Suporte do SAMU de diferença em relação às recomendações de cobertura populacional. Contudo, considerando as particularidades de cada município e região, como acesso geográfico, rede hospitalar de retaguarda e concentração populacional, mesmo com este quantitativo ainda não foi possível atingir 100% de cobertura da população.

A seguir será detalhada a distribuição das bases deste componente por Coordenadoria Regional de Saúde, de acordo com os municípios atendidos, a população coberta e os tipos de ambulância. Na sequência, serão apresentados os resultados obtidos sobre os atendimentos pré-hospitalares de urgência prestados.

Na 1ª Coordenadoria Regional de Saúde, são 20 municípios atendidos de um total de 24 municípios nesta regional. A cobertura destes municípios pelo SAMU ocorre com 30 unidades de suporte básico (USB) e 9 unidades de suporte avançado (USA), atingindo 3.524.375 habitantes que correspondem a 99% da população desta CRS. O detalhamento por município pode ser observado na Tabela 5.

Observa-se que, dependendo do total da população e da localização geográfica, algumas bases atendem apenas a população do seu próprio município, como Porto Alegre e Sapucaia do Sul. Outras chegam a atender cinco municípios como Novo Hamburgo. Existem municípios nesta CRS que, de acordo com a distribuição microrregional, estão cobertos por bases localizadas na 2ª CRS como Nova Hartz, Araricá e Sapiranga.

Tabela 5 - Bases do SAMU da 1ª CRS e população coberta

Bases	Municípios Atendidos	População Coberta	USB	USA
Alvorada	Alvorada e Viamão (com base)	436.873	2	1
Canoas	Canoas e Nova Santa Rita	348.439	4	1
Esteio	Esteio	80.809	1	
Gravataí	Gravataí, Cachoeirinha (com base) e Santo Antônio da Patrulha (com base).	376.528	4	1
Novo Hamburgo	Novo Hamburgo, Estância Velha, Ivoti, Campo Bom (com base) e Dois Irmãos (com base).	391.025	4	1
Porto Alegre	Porto Alegre	1.413.094	12	3
São Leopoldo	São Leopoldo e Portão	247.065	2	1
Sapucaia do Sul	Sapucaia do Sul	131.587	1	1
Referência fora da CRS	Nova Hartz	18.597	-	-
	Araricá	4.928	-	-
	Sapiranga	75.430	-	-
Total	20 municípios	3.524.375	30	9
Taxa de Cobertura 1ª CRS			99%	

Fonte: Site da Secretaria Estadual de Saúde, acessado em junho de 2012.

A visualização no mapa da cobertura e localização das bases desta CRS pode ser observada na Figura 6.



Figura 6- Mapa com Bases do SAMU e Municípios Cobertos da 1ª CRS

Fonte: Site da Secretaria Estadual da Saúde, acessado em junho de 2012.

Na 2ª Coordenadoria Regional de Saúde são 15 municípios atendidos de um total de 41 municípios nesta regional. A cobertura destes municípios por 11 USB e 03 USA, atinge 490.938 habitantes que correspondem a 65% da população desta CRS. O detalhamento por município pode ser observado na Tabela 6.

Tabela 6- Bases do SAMU da 2ª CRS e população coberta.

Bases	Municípios Cobertos	População Coberta da CRS	USB	USA
Camaquã	Camaquã	62.947	1	
Dom Feliciano	Dom Feliciano	14.442	1	
Guaíba	Guaíba, Arroio dos Ratos, Eldorado do Sul, Charqueadas (com base) e São Jerônimo.	201.793	2	1
Montenegro	Montenegro, Triunfo (com base) e Capela de Santana.	97.616	2	1
São Francisco de Paula	São Francisco de Paula	20.599	1	
São Sebastião do Caí	São Sebastião do Caí	22.103	1	
Tapes	Tapes	16.655	1	
Taquara	Taquara, Araricá, Nova Hartz, Parobé e Sapiranga (com base).	54.783	2	1
Total	15 municípios	490.938	11	3
Taxa de Cobertura 2ª CRS			65%	

Fonte: Site da Secretaria Estadual de Saúde, acessado em junho de 2012.

Dependendo do total da população, da localização geográfica e extensão territorial, algumas bases atendem apenas a população do seu próprio município,

como Camaquã e Dom Feliciano. Outras chegam a atender cinco municípios como Guaíba e Taquara.

A visualização no mapa da cobertura e localização das bases desta CRS pode ser observada na Figura 7.

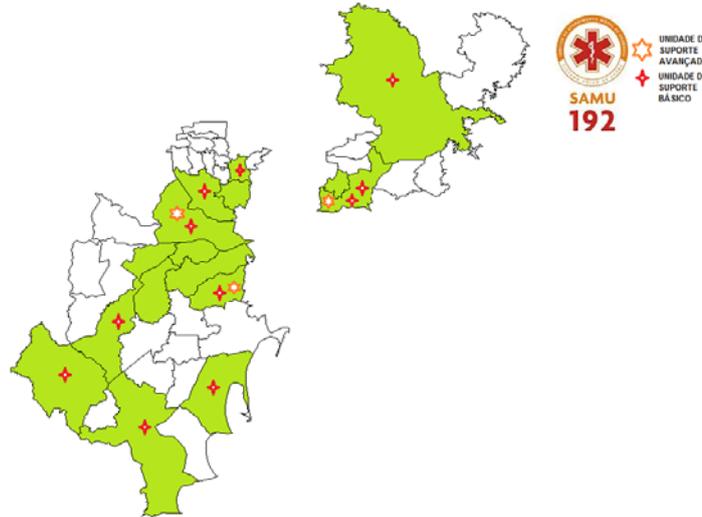


Figura 7- Mapa com Bases do SAMU e Municípios Cobertos da 2ª CRS
Fonte: Site da Secretaria Estadual da Saúde, acessado em junho de 2012

Na 3ª Coordenadoria Regional de Saúde são 12 municípios atendidos de um total de 22 municípios nesta regional. A cobertura destes municípios é realizada por 12 USB e 2 USA, atingindo 785.765 habitantes que correspondem a 93% da população desta CRS. O detalhamento por município pode ser observado na Tabela 7.

Observa-se que nesta CRS todas as bases atendem apenas a população do seu próprio município. Esta característica deve-se a distribuição geográfica destes municípios, com grande extensão territorial, o que exige unidades de suporte básico próprias para garantir o atendimento em tempo hábil devido ao deslocamento.

Tabela 7- Bases do SAMU da 3ª CRS e população coberta.

Bases	Municípios Cobertos	População Coberta	USB	USA
Arroio Grande	Arroio Grande	18.418	1	
Canguçu	Canguçu	53.398	1	
Capão do Leão	Capão do Leão	24.343	1	
Cristal	Cristal	7.330	1	
Jaguarão	Jaguarão	27.765	1	
Pelotas	Pelotas	328.864	1	1
Piratini	Piratini	19.874	1	
Rio Grande	Rio Grande	198.048	1	1
Santa Vitória do Palmar	Santa Vitória do Palmar	30.812	1	
Santana da Boa Vista	Santana da Boa Vista	8.213	1	
São José do Norte	São José do Norte	25.634	1	
São Lourenço do Sul	São Lourenço do Sul	43.066	1	
Total	12 municípios	785.765	12	2
Taxa de Cobertura 3ª CRS			93%	

Fonte: Site da Secretaria Estadual de Saúde, acessado em junho de 2012.

A visualização no mapa da cobertura e localização das bases desta CRS pode ser observada na Figura 8.

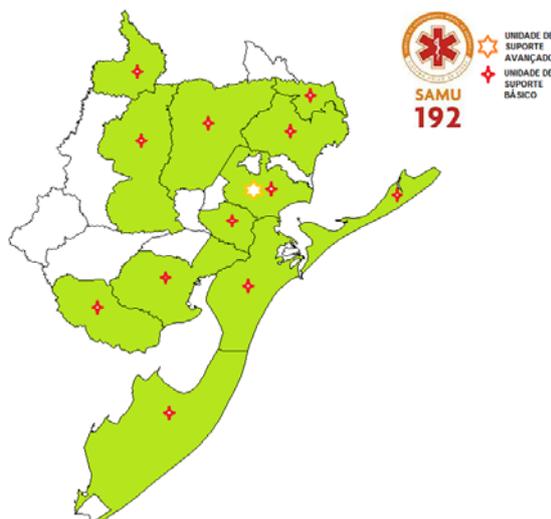


Figura 8 - Mapa com Bases do SAMU e Municípios Cobertos da 3ª CRS

Fonte: Site da Secretaria Estadual da Saúde, acessado em junho de 2012

Na 4ª Coordenaria Regional de Saúde são 12 municípios atendidos de um total de 31 municípios nesta regional. A cobertura destes municípios por 13 USB e

01 USA, atinge 446.594 habitantes que correspondem a 83% da população desta CRS. O detalhamento por município pode ser observado na Tabela 8.

Tabela 8 - Bases do SAMU da 4ª CRS e população coberta

Bases	Municípios Cobertos	População Coberta	USB	USA
Agudo	Agudo	16.666	1	
Dona Francisca	Dona Francisca	3.363	1	
Faxinal do Soturno	Faxinal do Soturno e São João do Polêsine	9.286	1	
Jaguari	Jaguari	11.395	1	
Júlio de Castilhos	Júlio de Castilhos	19.515	1	
Restinga Seca	Restinga Seca	15.807	1	
Santa Maria	Santa Maria	262.368	3	1
Santiago	Santiago	49.004	1	
São Francisco de Assis	São Francisco de Assis	19.135	1	
São Pedro do Sul	São Pedro do Sul	16.320	1	
São Sepé	São Sepé	23.735	1	
Total	12 municípios	446.594	13	1
Taxa de Cobertura 4ª CRS		83%		

Fonte: Site da Secretaria Estadual de Saúde, acessado em junho de 2012.

Observa-se que, nesta CRS, apenas uma das bases, Faxinal do Soturno, atende a sua população e a do município vizinho. O restante das bases atende apenas a sua população própria. Esta característica, a exemplo da 3ª CRS, deve-se a distribuição geográfica destes municípios, com grande extensão territorial.

A visualização no mapa da cobertura e localização das bases desta CRS pode ser observada na Figura 9.

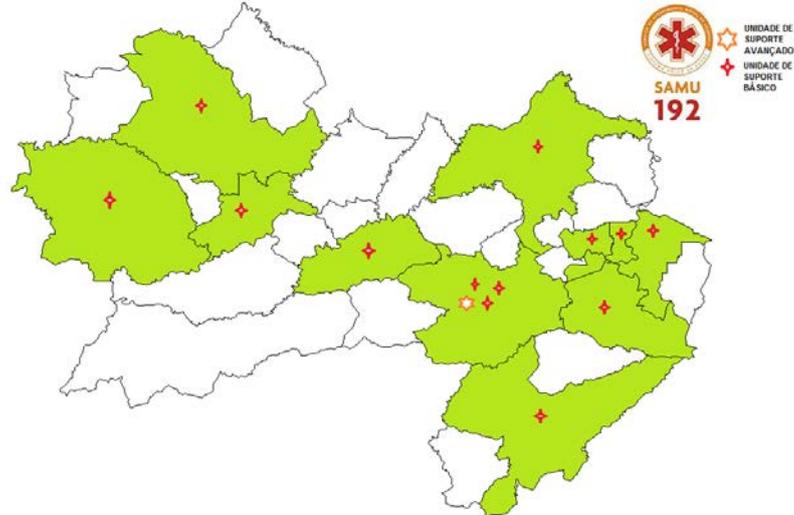


Figura 9 - Mapa com Bases do SAMU e Municípios Cobertos da 4ª CRS
Fonte: Site da Secretaria Estadual da Saúde, acessado em junho de 2012

Na 5ª Coordenadoria Regional de Saúde são 17 municípios atendidos de um total de 48 municípios nesta regional. A cobertura destes municípios por 20 USB e 2 USA, atinge 966.226 habitantes que correspondem a 89% da população desta CRS. O detalhamento por município pode ser observado na Tabela 9.

Observa-se que, nesta CRS, todas as bases atendem apenas a sua população. Esta característica deve-se à grande extensão territorial dos dois maiores municípios, Bom Jesus e Vacaria, e à região montanhosa que exige ao menos uma unidade básica para atendimento da população local.

Tabela 9- Bases do SAMU da 5ª CRS e população coberta

Bases	Municípios Cobertos	População Coberta	USB	USA
Antônio Prado	Antônio Prado	12.826	1	
Bento Gonçalves	Bento Gonçalves	108.490	1	1
Bom Jesus	Bom Jesus	11.481	1	
Bom Princípio	Bom Princípio	11.965	1	
Canela	Canela	39.659	1	
Carlos Barbosa	Carlos Barbosa	25.551	1	
Caxias do Sul	Caxias do Sul	441.332	4	1
Farroupilha	Farroupilha	64.274	1	
Feliz	Feliz	12.439	1	
Flores da Cunha	Flores da Cunha	27.391	1	
Garibaldi	Garibaldi	31.014	1	
Gramado	Gramado	32.555	1	
Guaporé	Guaporé	23.025	1	
Nova Petrópolis	Nova Petrópolis	19.210	1	
Nova Prata	Nova Prata	23.174	1	
São Marcos	São Marcos	20.191	1	
Vacaria	Vacaria	61.649	1	
Total	17 municípios	966.226	20	2
Taxa de Cobertura 5ª CRS			89%	

Fonte: Site da Secretaria Estadual da Saúde, acessado em junho de 2012.

A visualização no mapa da cobertura e localização das bases desta CRS pode ser observada na Figura 10.

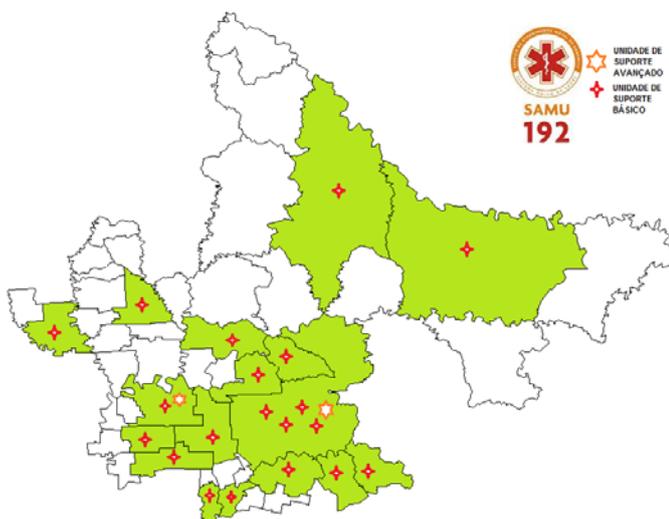


Figura 10 - Mapa com Bases do SAMU e Municípios Cobertos da 5ª CRS
 Fonte: Site da Secretaria Estadual da Saúde, acessado em junho de 2012

Na 6ª Coordenadoria Regional de Saúde são 14 municípios atendidos de um total de 58 municípios nesta regional. A cobertura destes municípios por 11 USB atinge 425.156 habitantes que correspondem a 72% da população desta CRS. O detalhamento por município pode ser observado na tabela 10.

Tabela 10 - Bases do SAMU da 6ª CRS e população coberta

Base	Municípios Cobertos	População Coberta	USB	USA
Carazinho	Carazinho	59.445	1	
David Canabarro	David Canabarro, Ciríaco, Vanini e Muliterno	13.383	1	
Espumoso	Espumoso	15.240	1	
Lagoa Vermelha	Lagoa Vermelha	27.495	1	
Marau	Marau	36.978	1	
Passo Fundo	Passo Fundo	186.082	1	
Sananduva	Sananduva	15.421	1	
São José do Ouro	São José do Ouro	6.893	1	
Serafina Corrêa	Serafina Corrêa	14.511	1	
Soledade	Soledade	30.068	1	
Tapejara	Tapejara	19.640	1	
Total	14 municípios	425.156	11	0
Taxa de Cobertura 6ª CRS		72%		

Fonte: Site da Secretaria Estadual da Saúde, acessado em junho de 2012.

Observa-se que, nesta CRS, quase todas as bases atendem apenas a sua população, com exceção de David Canabarro, que atende um total de 3 municípios. Esta característica deve-se à localização geográfica dispersa dos municípios com bases, concentração populacional de alguns, como Passo Fundo, e extensão territorial dos dois maiores municípios, Lagoa Vermelha e Soledade.

A visualização no mapa da cobertura e localização das bases desta CRS pode ser observada na Figura 11.

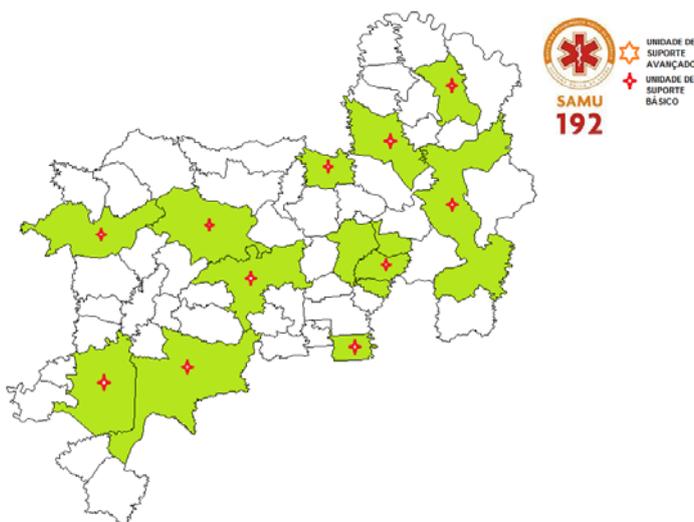


Figura 11 - Mapa com Bases do SAMU e Municípios Cobertos da 6ª CRS
Fonte: Site da Secretaria Estadual da Saúde, acessado em junho de 2012

Na 7ª Coordenadoria Regional de Saúde são 5 municípios atendidos de um total de 6 municípios nesta regional. A cobertura destes municípios por 5 USB atinge 176.627 habitantes que correspondem a 97% da população desta CRS. O detalhamento por município pode ser observado na Tabela 11.

Tabela 11 - Bases do SAMU da 7ª CRS e população coberta.

Bases	Municípios Cobertos	População Coberta	USB	USA
Aceguá	Aceguá	4.430	1	
Bagé	Bagé	116.944	1	
Candiota	Candiota	8.825	1	
Dom Pedrito	Dom Pedrito	38.782	1	
Lavras do Sul	Lavras do Sul	7.646	1	
Total	5 municípios	176.627	5	0
Taxa Cobertura 7ª CRS			97%	

Fonte: Site da Secretaria Estadual da Saúde, acessado em junho de 2012

Nesta CRS, todas as bases atendem apenas a sua população. A grande extensão territorial dos municípios que a compõem explica esta característica, sendo Dom Pedrito e Bagé os maiores.

A visualização no mapa da cobertura e localização das bases desta CRS pode ser observada na Figura 12.

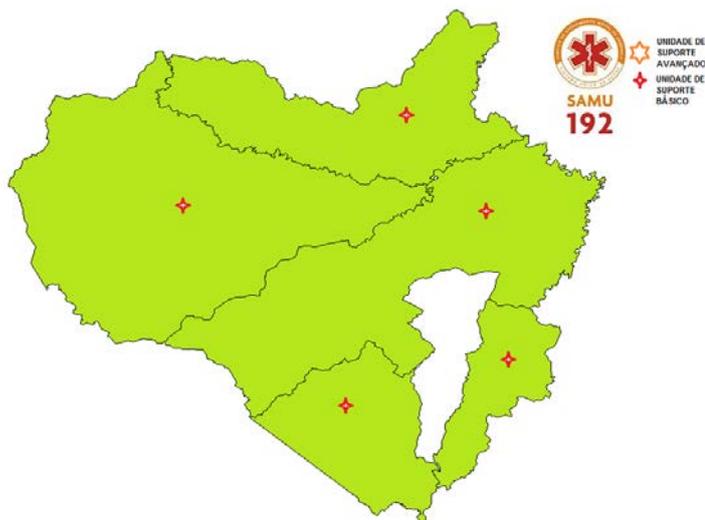


Figura 12- Mapa com Bases do SAMU e Municípios Cobertos da 7ª CRS.

Fonte: Site da Secretaria Estadual da Saúde, acessado em junho de 2012

Na 8ª Coordenadoria Regional de Saúde são 4 municípios atendidos de um total de 12 municípios nesta regional. A cobertura destes municípios por 4 USB e 1 USA atinge 154.417 habitantes que correspondem a 77% da população desta CRS. O detalhamento por município pode ser observado na Tabela 12.

Tabela 12 - Bases do SAMU da 8ª CRS e população coberta.

Bases	Municípios Cobertos	População Coberta	USB	USA
Arroio do Tigre	Arroio do Tigre	12.681	1	
Caçapava do Sul	Caçapava do Sul	33.617	1	
Cachoeira do Sul	Cachoeira do Sul	83.516	1	1
Encruzilhada do Sul	Encruzilhada do Sul	24.603	1	
Total	04 municípios	154.417	4	1
Taxa de Cobertura 8ª CRS			77%	

Fonte: Site da Secretaria Estadual da Saúde, acessado em junho de 2012.

Nesta CRS, todas as bases atendem apenas a sua população. A grande extensão territorial de três maiores municípios que a compõem, Cachoeira do Sul, Encruzilhada do Sul e Caçapava do Sul e da localização geográfica do outro município com base nesta regional, explicam esta característica.

A visualização no mapa da cobertura e localização das bases desta CRS pode ser observada na Figura 13.

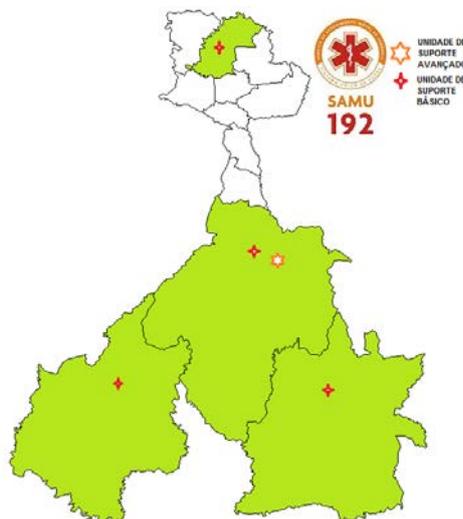


Figura 13 - Mapa com Bases do SAMU e Municípios Cobertos da 8ª CRS.
Fonte: Site da Secretaria Estadual da Saúde, acessado em junho de 2012.

Na 9ª Coordenadoria Regional de Saúde são 04 municípios atendidos de um total de 13 municípios nesta regional. A cobertura destes municípios é realizada por 02 USB, atingindo 87.296 habitantes que correspondem a 58% da população. O detalhamento por município pode ser observado na Tabela 13.

Tabela 13- Bases do SAMU da 9ª CRS e população coberta.

Base	Municípios Cobertos	População Coberta	USB	USA
Cruz Alta	Cruz Alta	62.474	1	
Tupanciretã	Tupanciretã	22.383	1	
	Boa Vista do Cadeado	2.438		
Total	03 municípios	87.296	2	0
Taxa de Cobertura 9ª CRS			58%	

Fonte: Site da Secretaria Estadual da Saúde, acessado em junho de 2012.

Nesta CRS, as duas bases atendem apenas a sua população. A concentração populacional de Cruz Alta e a grande extensão territorial Tupanciretã,

explicam esta característica. Existe ainda um município nesta regional, Boa Vista do Cadeado, que é coberto por uma base existente em outra CRS.

A visualização no mapa da cobertura e localização das bases desta CRS pode ser observada na Figura 14.

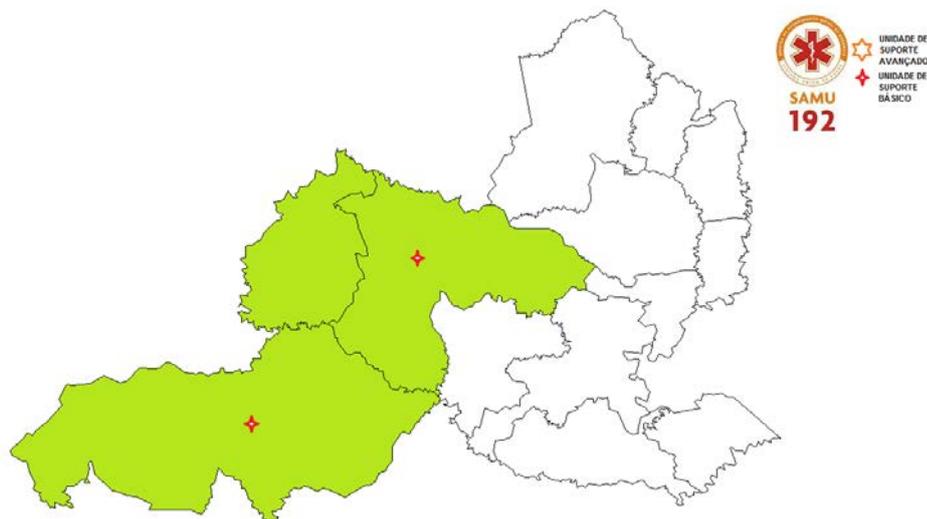


Figura 14- Mapa com Bases do SAMU e Municípios Cobertos da 9ª CRS.

Fonte: Site da Secretaria Estadual da Saúde, acessado em junho de 2012.

Na 10ª Coordenadoria Regional de Saúde são 7 municípios atendidos de um total de 11 nesta regional. A cobertura destes municípios por 7 unidades de suporte básico (USB) atinge 445.316 habitantes que correspondem a 96% da população desta CRS. O detalhamento por município pode ser observado na Tabela 14.

Tabela 14 - Bases do SAMU da 10ª CRS e população coberta.

Bases	Municípios Cobertos	População Coberta	USB	USA
Alegrete	Alegrete	77.140	1	
Itaqui	Itaqui	38.035	1	
Quaraí	Quaraí	22.946	1	
Rosário do Sul	Rosário do Sul	39.603	1	
Santana do Livramento	Santana do Livramento	81.820	1	
São Gabriel	São Gabriel	60.452	1	
Uruguaiana	Uruguaiana	125.320	1	
Total	07 municípios	445.316	7	0
Taxa de Cobertura 10ª CRS			96%	

Fonte: Site da Secretaria Estadual da Saúde, acessado em junho de 2012.

As bases existentes nesta CRS atendem apenas a sua população. A localização geográfica destes municípios e a grande extensão territorial dos mesmos, explicam esta característica, além da grande concentração populacional de municípios como Uruguaiana e Alegrete.

A visualização no mapa da cobertura e localização das bases desta CRS pode ser observada na Figura 15.

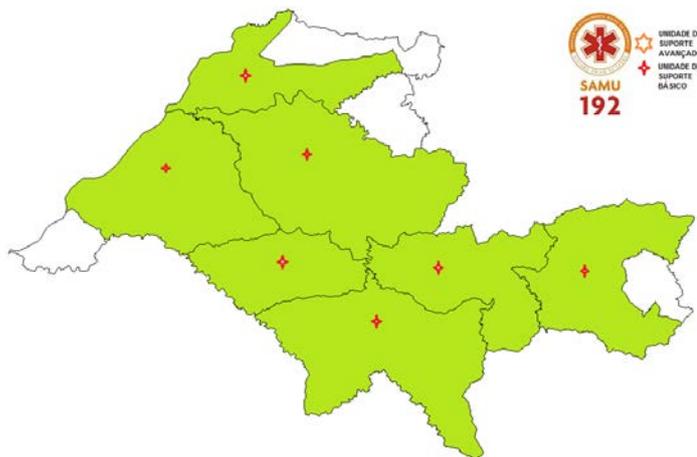


Figura 15- Mapa com Bases do SAMU e Municípios Cobertos da 10ª CRS.

Fonte: Site da Secretaria Estadual da Saúde, acessado em junho de 2012.

Na 11ª Coordenadoria Regional de Saúde são 08 municípios atendidos de um total de 31 municípios nesta regional. A cobertura destes municípios é realizada por 05 USB e atinge 135.451 habitantes, que correspondem a 63% da população desta CRS. O detalhamento por município pode ser observado na Tabela 15.

Tabela 15 - Bases do SAMU da 11ª CRS e população coberta

Base	Municípios Cobertos	População Coberta	USB	USA
Campinas do Sul	Campinas do Sul	5.490	1	
Erechim	Erechim	96.756	1	
Ervál Grande	Ervál Grande	5.126	1	
Getúlio Vargas	Getúlio Vargas, Erebangó, Florianópolis e Ipiranga do Sul	23.020	1	
Marcelino Ramos	Marcelino Ramos	5.059	1	
Total	08 municípios	135.451	5	0
Taxa de Cobertura 11ª CRS			63%	

Fonte: Site da Secretaria Estadual da Saúde, acessado em junho de 2012.

Nesta CRS, as bases existentes atendem apenas a sua população, com exceção da base de Getúlio Vargas que concentra a cobertura de 4 municípios. A localização geográfica esparsa das bases nestes municípios e a grande concentração populacional do município de Erechim justificam esta característica para possibilidade de atendimento da população em tempo hábil.

A visualização no mapa da cobertura e localização das bases desta CRS pode ser observada na Figura 16.

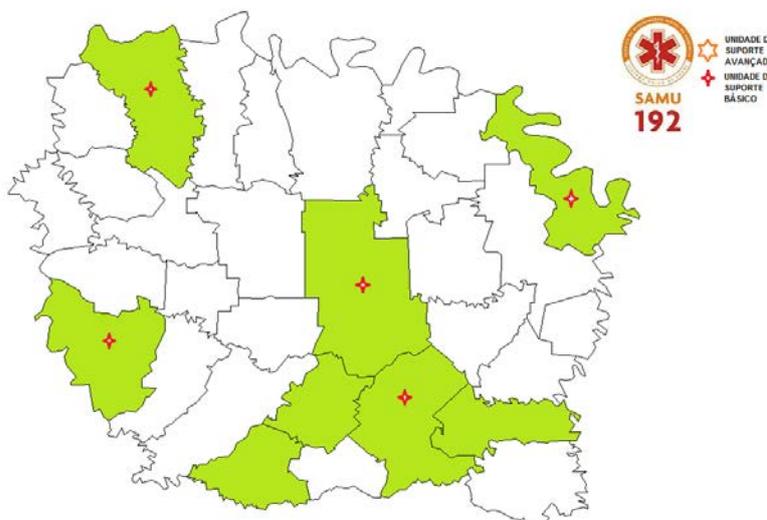


Figura 16 - Mapa com Bases do SAMU e Municípios Cobertos da 11ª CRS.

Fonte: Site da Secretaria Estadual da Saúde, acessado em junho de 2012.

Na 12ª Coordenadoria Regional de Saúde são 15 municípios atendidos de um total de 25 municípios nesta regional. A cobertura destes municípios por 10 USB e 2 USA atinge 253.149 habitantes que correspondem a 88% da população. O detalhamento por município pode ser observado na Tabela 16.

Nesta CRS, apenas duas bases atendem a sua população e municípios de referência, Cerro Largo e Santo Ângelo. As demais bases atendem apenas a sua população própria, característica que pode ser explicada pela grande extensão territorial de alguns municípios como São Borja, Santo Antônio das Missões e São Luiz Gonzaga.

Tabela 16- Bases do SAMU da 12ª CRS e população coberta.

Base	Municípios Cobertos	População Coberta	USB	USA
Caibaté	Caibaté	4.934	1	
Cerro Largo	Cerro Largo, Salvador das Missões e São Pedro do Butiá.	23.639	1	
Entre-Ijuís	Entre-Ijuís	8.879	1	
Guarani das Missões	Guarani das Missões	8.048	1	
Porto Xavier	Porto Xavier	10.509	1	
Santo Ângelo	Santo Ângelo, Eugênio de Castro, Sete de Setembro e Vitória das Missões.	84.550	1	1
Santo Antônio das Missões	Santo Antônio das Missões	11.096	1	
São Borja	São Borja	61.426	1	1
São Luiz Gonzaga	São Luiz Gonzaga	34.393	1	
São Nicolau	São Nicolau	5.675	1	
Total	15 municípios	253.149	10	2
Taxa de Cobertura 12ª CRS			88%	

Fonte: Site da Secretaria Estadual da Saúde, acessado em junho de 2012.

A visualização no mapa da cobertura e localização das bases desta CRS pode ser observada na Figura 17.

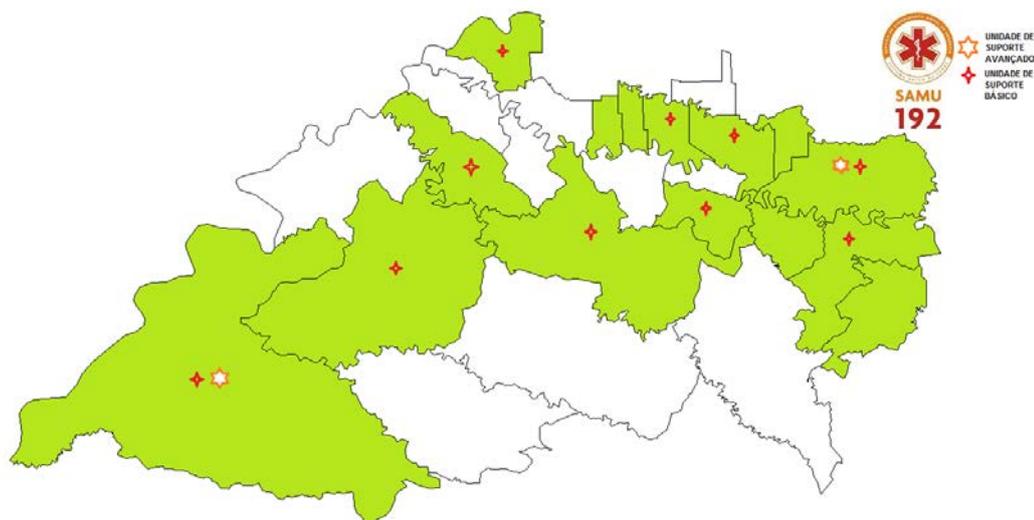


Figura 17 - Mapa com Bases do SAMU e Municípios Cobertos da 12ª CRS
Fonte: Site da Secretaria Estadual da Saúde, acessado em junho de 2012

Na 13ª Coordenadoria Regional de Saúde são 09 municípios atendidos de um total de 13 municípios nesta regional. A cobertura destes municípios por 06 USB e 01 USA atinge 300.773 habitantes que correspondem a 92% da população desta CRS. O detalhamento por município pode ser observado na Tabela 17.

Tabela 17 - Bases do SAMU da 13ª CRS e população coberta.

Bases	Municípios Cobertos	População Coberta	USB	USA
Candelária	Candelária	30.216	1	
Rio Pardo	Rio Pardo	37.576	1	
Santa Cruz do Sul	Santa Cruz do Sul	119.199	1	1
Sinumbu	Sinumbu	10.057	1	
Venâncio Aires	Venâncio Aires, Passo do Sobrado, Mato Leitão e Vale Verde.	79.536	1	
Vera Cruz	Vera Cruz	24.189	1	
Total	09 municípios	300.773	6	1
Taxa Cobertura 13ª CRS			92%	

Fonte: Site da Secretaria Estadual da Saúde, acessado em junho de 2012.

Constata-se que, nesta CRS, apenas a base de Venâncio Aires atende a sua população e municípios de referência, em um total de 04 municípios. As demais bases atendem apenas a sua população própria, característica que pode ser explicada pela grande extensão territorial de seus municípios como Rio Pardo e Candelária e a concentração populacional do município de Santa Cruz do Sul.

A visualização no mapa da cobertura e localização das bases desta CRS pode ser observada na Figura 18.



Figura 18- Mapa com Bases do SAMU e Municípios Cobertos da 13ª CRS.

Fonte: Site da Secretaria Estadual da Saúde, acessado em junho de 2012.

Na 14ª Coordenadoria Regional de Saúde são 23 municípios atendidos de um total de 22 municípios nesta regional e 01 de fora da regional. A cobertura destes municípios é realizada por 08 USB e 01 USA atingindo 226.213 habitantes que correspondem a 100% da população desta CRS. O detalhamento por município pode ser observado na Tabela 18.

Nesta CRS, nenhuma base atende apenas a sua população, sendo que todas estão regionalmente organizadas com as referências intermunicipais. As proximidades regionais entre os municípios e a cobertura total da população possibilitam esta característica.

Tabela 18 - Bases do SAMU da 14ª CRS e população coberta.

Base	Municípios Cobertos	População Coberta	USB	USA
Boa Vista do Buricá	Boa Vista do Buricá, Nova Candelária, São José do Inhacorá e São Martinho.	11.498	1	
Cândido Godói	Cândido Godoi e S. Paulo das Missões.	12.793	1	
Giruá	Giruá e Sen. Salgado Filho.	19.752	1	
Horizontina	Horizontina, Novo Machado, Tucunduva e Dr. Maurício Cardoso.	33.364	1	
Santa Rosa	Unidade SA é referência para toda 14ª CRS, a SB atende Santa Rosa.	68.861	1	1
Santo Cristo	Santo Cristo, Porto Lucena, Porto Vera Cruz e Alecrim.	28.415	1	
Três de Maio	Três de Maio, Independência e Alegria.	34.479	1	
Tuparendi	Tuparendi e Porto Mauá.	11.003	1	
Total	23 municípios	226.213	8	1
Taxa de Cobertura 14ª CRS			100%	

Fonte: Site da Secretaria Estadual da Saúde, acessado em junho de 2012

A visualização no mapa da cobertura e localização das bases desta CRS pode ser observada na Figura 19.

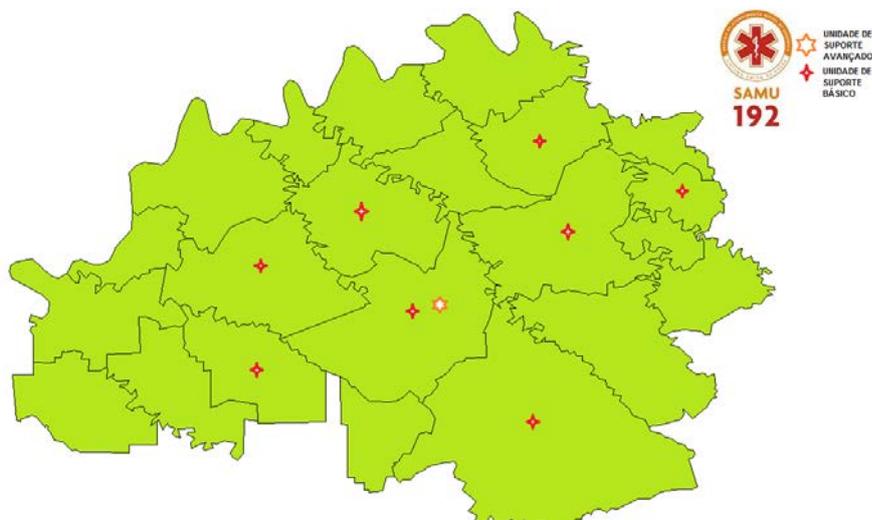


Figura 19 - Mapa com Bases do SAMU e Municípios Cobertos da 14ª CRS

Fonte: Site da Secretaria Estadual da Saúde, acessado em junho de 2012

Na 15ª Coordenadoria Regional de Saúde são 15 municípios atendidos de um total de 26 municípios nesta regional. A cobertura destes municípios por 07 USB e 01 USA atinge 127.802 habitantes que correspondem a 79% da população desta CRS. O detalhamento por município pode ser observado na Tabela 19.

Tabela 19 - Bases do SAMU da 15ª CRS e população coberta.

Base	Municípios Cobertos	População Coberta	USB	USA
Chapada	Chapada	9.349	1	
Constantina	Constantina, Engenho Velho, Novo Xingu e Liberato Salzano.	12.977	1	
Palmeira das Missões	Palmeira das Missões	34.169	1	1
Redentora	Redentora, Braga e Coronel Bicaco	21.687	1	
Ronda Alta	Ronda Alta e Rondinha	15.707	1	
Sarandi	Sarandi	21.525	1	
Trindade do Sul	Trindade do Sul, Três Palmeiras e Gramado dos Loureiros	12.388	1	
Total	15 municípios	127.802	7	1
Taxa de Cobertura 15ª CRS			79%	

Fonte: Site da Secretaria Estadual da Saúde, acessado em junho de 2012.

Nesta CRS, três bases atendem apenas a sua população, Chapada, Palmeira das Missões e Sarandi, enquanto as outras quatro atendem a população própria e referenciada, Constantina, Redentora, Ronda Alta e Trindade do Sul. As características diferentes, de extensão geográfica dos maiores municípios e aglomeração entre os municípios menores podem explicar estas situações distintas.

A visualização no mapa da cobertura e localização das bases desta CRS pode ser observada na Figura 20.

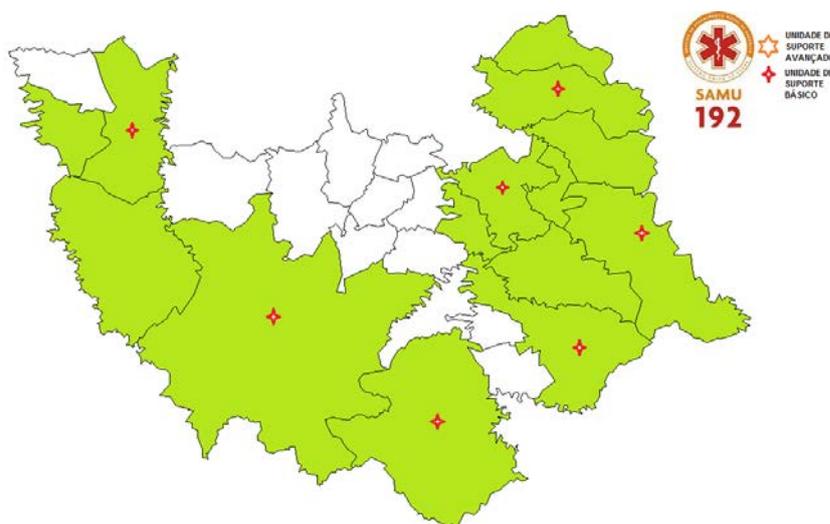


Figura 20 - Mapa com Bases do SAMU e Municípios Cobertos da 15ª CRS.

Fonte: Site da Secretaria Estadual da Saúde, acessado em junho de 2012.

Na 16ª Coordenadoria Regional de Saúde são 32 municípios atendidos de um total de 42 municípios nesta regional. A cobertura destes municípios é realizada por 07 USB e 01 USA, atingindo 310.541 habitantes que correspondem a 85% da população. O detalhamento por município pode ser observado na Tabela 20.

Nesta CRS, duas bases atendem apenas a sua população, Barros Cassal e Taquari, enquanto as demais atendem a população própria e referenciada. A grande concentração populacional e localização geográfica de algumas bases podem ser fatores que explicam este comportamento.

Tabela 20 - Bases do SAMU da 16ª CRS e população coberta.

Bases	Municípios Cobertos	População Coberta	USB	USA
Arvorezinha	Arvorezinha, Itapuca, Ilópolis e Anta Gorda.	22.683	1	
Barros Cassal	Barros Cassal	11.117	1	
Encantado	Encantado, Dois Lajeados, São Valentim do Sul, Muçum, Vespasiano Corrêa, Doutor Ricardo, Relvado, Coqueiro Baixo, Nova Bréscia e Roca Sales.	52.106	1	
Estrela	Estrela e Fazenda Vilanova.	34.629	1	
Lajeado	Lajeado, Boqueirão do Leão, Progresso, Pouso Novo, Canudos do Vale, Forquetinha, Sério, Santa Clara do Sul, Arroio do Meio e Marques de Souza.	123.261	1	1
Taquari	Taquari	26.108	1	
Teutônia	Teutônia, Poço das Antas, Paverama e Westfália.	40.637	1	
Total	32 municípios	310.541	7	1
Taxa de Cobertura 16ª CRS			85%	

Fonte: Site da Secretaria Estadual da Saúde, acessado em junho de 2012.

A visualização no mapa da cobertura e localização das bases desta CRS pode ser observada na Figura 21.

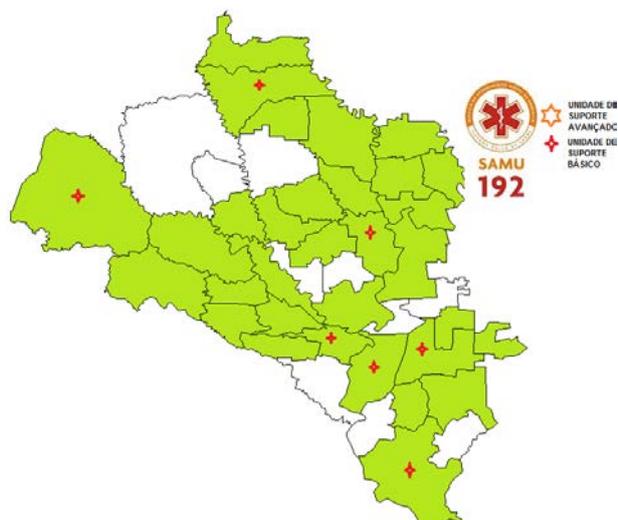


Figura 21 - Mapa com Bases do SAMU e Municípios Cobertos da 16ª CRS.

Fonte: Site da Secretaria Estadual da Saúde, acessado em junho de 2012.

Na 17ª Coordenadoria Regional de Saúde são 11 municípios atendidos de um total de 20 municípios existentes nesta regional. A cobertura destes municípios se dá por 02 USB e uma 01 USA, atingindo 192.271 habitantes que correspondem a 86% da população. O detalhamento por município pode ser observado na Tabela 21.

Tabela 21 - Bases do SAMU da 17ª CRS e população coberta.

Base	Municípios Cobertos	População Coberta	USB	USA
Ijuí	Ijuí, Ajuricaba, Augusto Pestana, Boa Vista do Cadeado, Bozano, Catuípe, Coronel Barros, Jóia, Condor e Pejuçara.	126.173	1	1
Panambi	Panambi	38.476	1	
Total	11 municípios	192.271	2	1
Taxa de Cobertura 17ª CRS			86%	

Fonte: Site da Secretaria Estadual da Saúde, acessado em junho de 2012.

Nesta CRS que possui apenas duas bases, uma atende um total de 10 municípios, a de Ijuí, enquanto a outra atende apenas a sua própria população, a de Panambi. A existência de municípios com pequena população e fácil acesso geográfico explica a existência da base com muitas referências, enquanto a outra necessita de base exclusiva para atendimento à população.

A visualização no mapa da cobertura e localização das bases desta CRS pode ser observada na Figura 22.



Figura 22 - Mapa com Bases do SAMU e Municípios Cobertos da 17ª CRS

Fonte: Site da Secretaria Estadual da Saúde, acessado em junho de 2012.

Na 18ª Coordenadoria Regional de Saúde são 23 municípios atendidos que correspondem ao total de municípios nesta regional. A cobertura destes municípios por 11 USB e 04 USA atinge 345.365 habitantes que correspondem a 100% da população desta CRS. O detalhamento por município pode ser observado na Tabela 22.

Nesta CRS, que comporta grande parte da faixa litorânea do estado, existem bases que atendem apenas a sua população e outras que atendem a população própria e referenciada. O acesso geográfico e a concentração populacional variável entre os municípios que a compõe, explicam esta dupla característica. Existe ainda um município, Santo Antônio da Patrulha, coberto por base localizada em outra CRS.

Tabela 22 - Bases do SAMU da 18ª CRS e população coberta

Bases	Municípios Cobertos	População Coberta	USB	USA
Balneário Pinhal	Balneário Pinhal, Cidreira, Capivari do Sul, Mostardas, Palmares do Sul (com base), D. Pedro de Alcântara e Três Forquilhas. Em caso de necessidade, a SA é referência para os municípios do Litoral Norte.	56.596	2	1
Capão da Canoa	Capão da Canoa, Arroio do Sal (com base) e Terra de Areia (com base). Em caso de necessidade, a SA é referência para os municípios do Litoral Norte.	60.830	3	1
Osório	Osório	41.273	1	
Tavares	Tavares	5.352	1	
Torres	Torres, Mampituba, Morrinhos do Sul e Itatí. Em caso de necessidade, a SA é referência para os municípios do Litoral Norte.	43.660	1	1
Tramandaí	Tramandaí, Imbé, Maquiné e Caraá. Em caso de necessidade, a SA é referência para os municípios do Litoral Norte.	74.737	1	1
Três Cachoeiras	Três Cachoeiras	10.270	1	
Xangri-lá	Xangri-lá	12.759	1	
	Santo Antônio da Patrulha	39.888		
Total	23 municípios	345.365	11	4
Taxa de Cobertura 18ª CRS			100%	

Fonte: Site da Secretaria Estadual da Saúde, acessado em junho de 2012.

A visualização no mapa da cobertura e localização das bases desta CRS pode ser observada na Figura 23.

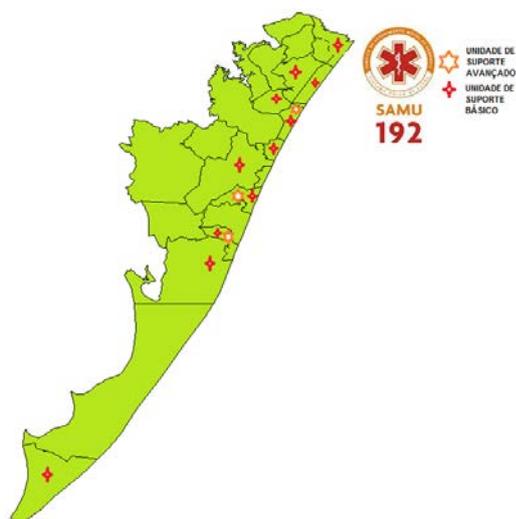


Figura 23 - Mapa com Bases do SAMU e Municípios Cobertos da 18ª CRS.

Fonte: Site da Secretaria Estadual da Saúde, acessado em junho de 2012.

Na 19ª Coordenadoria Regional de Saúde são 08 municípios atendidos de um total de 28 municípios nesta regional. A cobertura destes municípios por 08 USB atinge 154.603 habitantes que correspondem a 77% da população desta CRS. O detalhamento por município pode ser observado na Tabela 23.

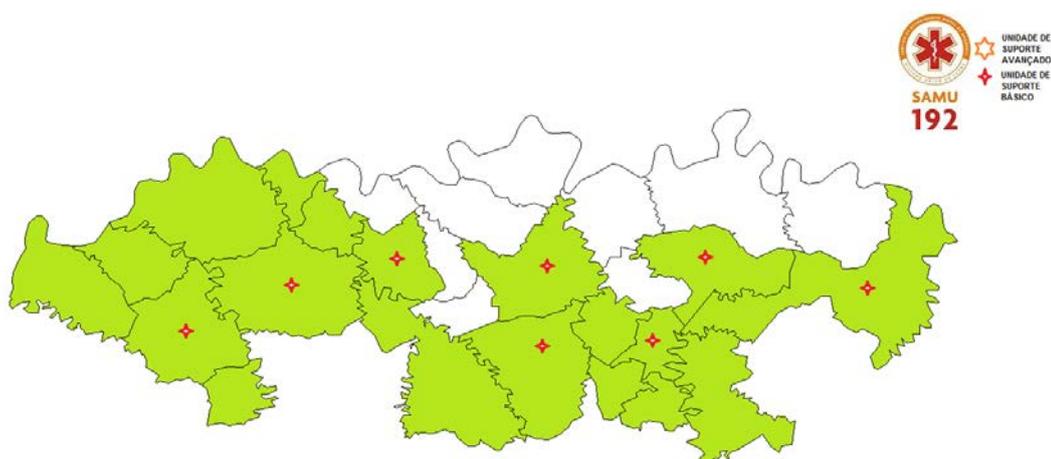
As bases que compõem esta CRS estão divididas em bases que atendem apenas a sua população e bases que atendem a população própria e referenciada. A proximidade e o acesso geográficos, além da concentração populacional variável entre os municípios, podem explicar estas características.

Tabela 23 - Bases do SAMU da 19ª CRS e população coberta.

Base	Municípios Cobertos	População Coberta	USB	USA
Frederico Westphalen	Frederico Westphalen	29.003	1	
Nonoai	Nonoai	12.017	1	
Palmitinho	Palmitinho	6.918	1	
Planalto	Planalto	10.464	1	
Rodeio Bonito	Rodeio Bonito, Pinhal, Cristal do Sul e Novo Tiradentes	13.345	1	
Seberi	Seberi e Erval Seco	18.640	1	
Tenente Portela	Tenente Portela, Derrubadas, Miraguaí, Barra do Guarita e Vista Gaúcha	22.680	1	
Três Passos	Três Passos, Bom Progresso, Crissiumal, Esperança do Sul, Humaitá, Sede Nova e Tiradentes do Sul.	35.817	1	
Total	08 municípios	154.603	8	0
Taxa de Cobertura 19ª CRS			77%	

Fonte: Site da Secretaria Estadual da Saúde, acessado em junho de 2012.

A visualização no mapa da cobertura e localização das bases desta CRS pode ser observada na Figura 24.

**Figura 24 - Mapa com Bases do SAMU e Municípios Cobertos da 19ª CRS.**

Fonte: Site da Secretaria Estadual da Saúde, acessado em junho de 2012.

Realizando-se um consolidado da cobertura das bases do SAMU por CRS, verifica-se que apenas duas CRS possuem cobertura para 100% da população, 14ª CRS - Santa Rosa e 18ª CRS – Osório. A seguir, com cobertura entre 90% e 99%, estão a 1ª CRS – Porto Alegre, a 7ª CRS – Bagé, a 10ª CRS – Alegrete, a 3ª CRS – Pelotas e a 12ª CRS – Santa Cruz do Sul, com 99%, 97%, 96%, 93% e 92% de cobertura, respectivamente. O restante das CRS apresentam percentuais de cobertura inferiores a 90%. As menores coberturas identificadas estão na 9ª CRS – Cruz Alta, 11ª CRS – Erechim e 2ª CRS – Porto Alegre, com coberturas correspondentes a 58%, 63% e 65%. A distribuição do percentual de cobertura e população coberta por CRS pode ser visualizado na Tabela 24.

Tabela 24 - Taxa de Cobertura e População Coberta pelo SAMU por CRS.

Coordenadoria Regional de Saúde	Cobertura SAMU	População Coberta
1ª CRS - Porto Alegre	99%	3.524.375
2ª CRS - Porto Alegre	65%	490.938
3ª CRS – Pelotas	93%	785.765
4ª CRS - Santa Maria	83%	446.594
5ª CRS - Caxias do Sul	89%	966.226
6ª CRS - Passo Fundo	72%	425.156
7ª CRS – Bagé	97%	176.627
8ª CRS - Cachoeira do Sul	77%	154.417
9ª CRS - Cruz Alta	58%	87.296
10ª CRS – Alegrete	96%	445.316
11ª CRS – Erechim	63%	135.451
12ª CRS - Santo Ângelo	88%	253.149
13ª CRS - Santa Cruz do Sul	92%	300.773
14ª CRS - Santa Rosa	100%	226.213
15ª CRS - Palmeira das Missões	79%	127.802
16ª CRS – Lajeado	85%	310.541
17ª CRS – Ijuí	86%	192.271
18ª CRS – Osório	100%	345.365
19ª CRS - Frederico Westphalen	77%	154.603
Total	89%	9.548.878

Fonte: Site da Secretaria Estadual da Saúde e IGBE 2011.

No total do Estado do Rio Grande do Sul a cobertura populacional pelo serviço chega a 89%, o que corresponde a 9.548.878 habitantes cobertos. Em relação à população coberta, o equivalente a 83% encontram-se em CRS com cobertura acima de 80%, e 17% em CRS com cobertura abaixo de 80%.

Este resultado demonstra que o componente pré-hospitalar está bem estruturado no Estado do Rio Grande do Sul, com uma cobertura de satisfatória. Embora o número de municípios não cobertos pelo serviço seja elevado, de 232 municípios, a população destes municípios corresponde a apenas 11% do total. A característica epidemiológica do RS contribui para esta questão, uma vez que cerca de 70% dos municípios do estado possui população inferior a 10.000 habitantes.

Em relação aos registros de atendimentos pré-hospitalares de urgência observa-se que a média anual no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2011, foi de 173.147 procedimentos. Verifica-se que a participação de algumas coordenadorias é mínima ou até inexistente, como a 2ª, 7ª e 9ª CRS. A distribuição destes atendimentos por CRS pode ser verificada na Tabela 25.

Considerando que existem bases do SAMU implantadas em todas as regionais de saúde com cobertura 89% no RS, o quantitativo de atendimentos pré-hospitalares de urgência não poderia ser inexistente em algumas CRS. Sabe-se que existe demanda para estes serviços, pois os chamados nas Centrais de Regulação ocorrem, e a estrutura está organizada para receber esta demanda. A possibilidade então, para esta situação, é a ausência de registro fidedigno dos atendimentos realizados no sistema oficial do Ministério da Saúde na área ambulatorial, o SIA.

Tabela 25 - atendimentos pré-hospitalares de urgência no RS de janeiro de 2008 a dezembro de 2011.

Região de saúde	Média Anual	% CRS
1ª CRS - Porto Alegre	9.957	5,75%
2ª CRS - Porto Alegre	36	0,02%
3ª CRS - Pelotas	86	0,05%
4ª CRS - Santa Maria	106	0,06%
5ª CRS - Caxias do Sul	161.007	92,99%
6ª CRS - Passo Fundo	17	0,01%
7ª CRS - Bagé	-	0,00%
8ª CRS - Cachoeira do Sul	716	0,41%
9ª CRS - Cruz Alta	-	0,00%
10ª CRS – Alegrete	115	0,07%
11ª CRS – Erechim	-	0,00%
12ª CRS - Santo Ângelo	-	0,00%
13ª CRS - Santa Cruz do Sul	-	0,00%
14ª CRS - Santa Rosa	60	0,03%
15ª CRS - Palmeira das Missões	-	0,00%
16ª CRS – Lajeado	-	0,00%
17ª CRS – Ijuí	12	0,01%
18ª CRS – Osório	1.035	0,60%
19ª CRS - Frederico Westphalen	-	0,00%
Total	173.147	100%

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais/DATASUS

Realizando-se uma análise populacional da média anual de atendimentos pré-hospitalares de urgência, por meio de um coeficiente por 100.000 habitantes, considerando apenas a população coberta de cada CRS, e comparando-se as CRS com maior existência de registro, verifica-se que a 5ª CRS possui um coeficiente de 16.664 atendimentos pré-hospitalares de urgência por 100.000 habitantes cobertos, a 8ª CRS 464, a 18ª CRS, 300 e a 1ª CRS, 283, conforme Tabela 26.

Tabela 26 - atendimentos pré-hospitalares de urgência por 100.000 habitantes cobertos pelo SAMU no RS, média anual do período 2008-2011, por CRS.

Regional de Saúde	Coeficiente por 100.000 hab.
1ª CRS - Porto Alegre	283
2ª CRS - Porto Alegre	7
3ª CRS – Pelotas	11
4ª CRS - Santa Maria	24
5ª CRS - Caxias do Sul	16.664
6ª CRS - Passo Fundo	4
7ª CRS – Bagé	-
8ª CRS - Cachoeira do Sul	464
9ª CRS - Cruz Alta	-
10ª CRS – Alegrete	26
11ª CRS – Erechim	-
12ª CRS - Santo Ângelo	-
13ª CRS - Santa Cruz do Sul	-
14ª CRS - Santa Rosa	27
15ª CRS - Palmeira das Missões	-
16ª CRS - Lajeado	-
17ª CRS – Ijuí	6
18ª CRS – Osório	300
19ª CRS - Frederico Westphalen	-
Estado do RS	1.813

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais/DATASUS e IBGE 2011.

Como justificativa para a diferença tão elevada é possível estar o sub-registro em alguns municípios ou a superestimativa em outros. A impossibilidade de extração dos dados do SIA conforme os dados de residência do paciente, na área ambulatorial, restringe a realização da pesquisa pela única informação possível, que é as informações por local de ocorrência. Considerando que pode haver situações de atendimentos de pacientes de fora da referência, pode haver situações em que este coeficiente apresentado, na prática, para a população residente exclusivamente, seja maior ou menor.

Fica comprometida a análise dos cumprimentos das referências estabelecidas para o SAMU. Primeiramente pelas falhas de registros identificadas a partir das grandes disparidades no que diz respeito aos registros de atendimentos pré-hospitalares de urgência para cada CRS, existindo coeficientes elevados para algumas CRS e inexistentes para outras. E, segundo, pela limitação do SIA na análise desta produção pelo local de residência do paciente. A exigência do registro fidedigno às equipes do SAMU, por parte da Secretaria Estadual de Saúde do RS, e a inclusão da informação do local de residência do paciente no registro dos atendimentos pré-hospitalares de urgência pelo, por parte do Ministério da Saúde, possibilitariam esta análise detalhada dos fluxos e cumprimento das referências.

Realizando-se um comparativo entre a cobertura do SAMU e o coeficiente de atendimentos pré-hospitalares de urgência por 100.000 habitantes para a população coberta, por meio da média anual do período de janeiro de 2008 a dezembro de 2011, verifica-se que não há uma relação direta entre a cobertura e o número de atendimentos. A justificativa para esta afirmação é que as duas CRS com coberturas plenas, 14^a CRS - Santa Rosa e 18^a CRS – Osório, apresentam coeficientes com uma diferença considerável, sendo 27 atendimentos para cada 100.000 habitantes para a primeira e 300 para a segunda, conforme Tabela 27.

Tabela 27 - Comparativo entre a Cobertura do SAMU e o Coeficiente Anual de Atendimentos Pré-Hospitalares de Urgência por 100.000 habitantes, por CRS do Estado do RS.

Regional de Saúde	Cobertura SAMU	Atendimentos Pré-hospitalares anuais por 100.000 habitantes
1ª CRS - Porto Alegre	99%	283
2ª CRS - Porto Alegre	65%	7
3ª CRS – Pelotas	93%	11
4ª CRS - Santa Maria	83%	24
5ª CRS - Caxias do Sul	89%	16.664
6ª CRS - Passo Fundo	72%	4
7ª CRS - Bagé	97%	-
8ª CRS - Cachoeira do Sul	77%	464
9ª CRS - Cruz Alta	58%	-
10ª CRS - Alegrete	96%	26
11ª CRS - Erechim	63%	-
12ª CRS - Santo Ângelo	88%	-
13ª CRS - Santa Cruz do Sul	92%	-
14ª CRS - Santa Rosa	100%	27
15ª CRS - Palmeira das Missões	79%	-
16ª CRS - Lajeado	85%	-
17ª CRS - Ijuí	86%	6
18ª CRS - Osório	100%	300
19ª CRS - Frederico Westphalen	77%	-
Total	89%	1.813

Fonte: Site da Secretaria Estadual de Saúde, acessado em junho de 2012; IBGE 2011; e Sistema de Informações Ambulatoriais/DATASUS – 2008-2011.

Enquanto a 5ª CRS – Caxias do Sul apresenta um coeficiente de 16.664 atendimentos para cada 100.000 habitantes, há oito CRS que não apresentaram nenhum registro destes atendimentos, sendo que duas destas apresentam cobertura superior a 90%. A existência de registros com grande variabilidade entre os mesmos, sem uma relação direta com a cobertura do serviço, corrobora a análise de que possam existir falhas nos processos de registro destes atendimentos.

3.2.1.3 Componente das Unidades de Pronto Atendimento e Salas de Estabilização

As Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24 horas funcionam como estruturas de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde e as portas de urgência hospitalares. As UPAs são classificadas de acordo com a população da região a ser coberta e a capacidade instalada, dimensões estas que definirão o número de atendimentos médicos durante 24 horas, a composição da equipe de médicos plantonistas e o número de leitos de observação. (Plano Estadual de Saúde do RS, 2008-2011)

As Salas de Estabilização (SE) são estruturas que funcionarão como locais de estabilização de pacientes para sua posterior transferência à rede de atenção à saúde. Estas devem localizar-se em posições estratégicas junto às bases do SAMU, funcionando como pontes de apoio ao atendimento, transporte e transferência de pacientes em estado grave. (Plano Estadual de Saúde do RS, 2008-2011)

No RS, a proposta de implantação das UPAS e SE foi aprovada por em 2009, por meio da Resolução CIB/RS n.º 111/2009. Os municípios indicados inicialmente para a implantação das UPAS, de acordo com esta normativa, foram:

- Porte I: Frederico Westphalen e Vacaria;
- Porte II: Canoas, Lajeado, Cachoeira do Sul, Santa Rosa, Santo Ângelo, Erechim, Alegrete e Novo Hamburgo.
- Porte III: Porto Alegre (02), Santa Maria, Rio Grande, Passo Fundo e Pelotas.

No primeiro quadrimestre do ano de 2012, em funcionamento no RS existiam 04 UPAS, estando distribuídas conforme Quadro 2.

Quadro 2 - UPAS em funcionamento no RS no primeiro quadrimestre de 2012.

CRS	Município	Capacidade de Atendimento	Estrutura	Inauguração
1ª	Novo Hamburgo	300 pacientes/dia	Pronto Atendimento, Apoio Diagnóstico Terapêutico, 12 leitos de Observação, Urgência, Apoio Técnico Logístico e Administrativo, Exames de laboratório, raio X e eletrocardiograma.	Setembro/2011
5ª	Bom Princípio	120 pacientes/dia	Equipada com aparelho de raio X, ventiladores pulmonares, eletrocardiógrafo multicanal, oxímetros de verificação contínua, instrumental cirúrgico, desfibrilador/cardioversor, detector fetal, macas de transporte e outros aparelhos para diagnóstico, monitoramento ou ressuscitação cardiorrespiratória. Uma base do SAMU.	Novembro/2011
5ª	Vacaria	150 paciente/dia	Pronto Atendimento, Apoio Diagnóstico e Terapêutico, 08 leitos de Observação, Urgência e salas para eletrocardiografia, inalação, procedimentos e raio X. Uma base do SAMU.	Abril/2012
4ª	Santa Maria	500 a 600 pacientes/dia	Salas de consultórios para diagnósticos, tratamento terapêutico, observação, atendimento de urgências e emergências, além de serviços laboratoriais, raios-X e pequenas cirurgias.	Abril/2012

Fonte: Site da Secretaria Estadual de Saúde do RS, acessado em junho de 2012.

Com o Projeto Nacional tendo sido criado em 2002, e as diretrizes estabelecidas em 2009, apenas no terceiro quadrimestre do ano de 2011 é que foram inauguradas as duas primeiras unidades no Rio Grande do Sul. Observa-se que a estrutura das UPAs segue um mesmo padrão de acordo com a política nacional, classificadas pela complexidade dos atendimentos prestados e capacidade de atendimento.

Das 04 UPAS em funcionamento, 03 estavam indicadas na normativa da CIB de 2009: Vacaria, Novo Hamburgo e Santa Maria. Havia a possibilidade de que, se os municípios não se enquadrassem aos requisitos, fossem substituídos pela listagem prevista para o ano de 2010.

Os indicados para o ano de 2010 foram: Tramandaí, Campo Bom, Caxias do Sul, Uruguaiana, Santa Cruz do Sul, Ijuí, São Luiz Gonzaga, Três Passos, Bagé, Esteio, São Lourenço do Sul, Bento Gonçalves, Farroupilha, Camaquã, Santana do Livramento, Palmeira das Missões, Guaíba, Cruz Alta, Viamão, Canoas e Porto Alegre (02).

Observa-se que a terceira UPA em funcionamento, localizada em Bom Princípio, não constava no planejamento de 2009 nem de 2010, sendo viabilizada no decorrer deste período de acordo com os requisitos alcançados e possibilidade de financiamento.

No Projeto Estratégico de Governo do RS de ampliação da Rede de Urgência e Emergência está planejado a construção de 30 UPAs no RS até o ano de 2014. A construção de sete destas unidades é de responsabilidade do Governo do Estado, enquanto as obras das outras vinte e três são de responsabilidade dos próprios municípios, que contam com a contrapartida do Estado para aquisição de equipamentos e/ou complemento para a construção da obra. A localização, porte e responsabilidade de construção, por CRS, estão apresentados no Quadro 3.

Quadro 3 - UPAS planejadas no Estado do Rio Grande do Sul.

CRS	Município	Porte	Responsabilidade
1ª	Campo Bom	Porte I	Municipal
	Canoas	Porte II	Municipal
	Esteio	Porte I	Municipal
	Novo Hamburgo	Porte II	Municipal
	Porto Alegre	Porte III	Estadual
	Porto Alegre	Porte III	Estadual
3ª	Pelotas	Porte III	Municipal
	Rio Grande	Porte III	Estadual
4ª	Santa Maria	Porte III	Estadual
5ª	Bento Gonçalves	Porte III	Municipal
	Bom Princípio	Porte I	Municipal
	Caxias do Sul	Porte III	Municipal
	Vacaria	Porte I	Municipal
6ª	Passo Fundo	Porte III	Municipal
7ª	Bagé	Porte II	Municipal
8ª	Cachoeira do Sul	Porte I	Estadual
9ª	Cruz Alta	Porte I	Municipal
10ª	Santana do Livramento	Porte I	Municipal
	Uruguaiana	Porte II	Municipal
	Alegrete	Porte I	Municipal
11ª	Erechim	Porte II	Municipal
12ª	Santo Ângelo	Porte II	Estadual
	São Borja	Porte I	Municipal
13ª	Santa Cruz do Sul	Porte II	Municipal
14ª	Santa Rosa	Porte II	Municipal
16ª	Lajeado	Porte II	Estadual
17ª	Ijuí	Porte I	Municipal
18ª	Tramandaí	Porte II	Municipal
19ª	Frederico Westphalen	Porte I	Municipal
	Três Passos	Porte I	Municipal

Fonte: Site da Secretaria Estadual de Saúde do RS, acessado em junho de 2012.

Em relação à normativa da CIB, com indicações de UPAS a serem implantadas, existe uma diferença entre o planejamento apresentado, com UPA adicional (São Borja) e outras subtraídas (São Luiz Gonzaga, São Lourenço do Sul, Guaíba, Camaquã, Palmeira das Missões e Viamão). Estas diferenças, entre a indicação realizada no ano de 2009 e o planejado em 2012, foram previstas na

normativa uma vez que os requisitos da política nacional devem ser atendidos pelos municípios e deve haver disponibilidade financeira do Ministério da Saúde e dos demais gestores envolvidos.

Observa-se que existe planejamento de construção de UPAs dos três tipos de classificação por porte: Tipo I, Tipo II e Tipo III, estando de acordo com a política nacional das redes de urgência, com o componente pré-hospitalar fixo de acordo com o perfil da população e em diferentes níveis de atendimento. Das 30 UPAs planejadas 12 serão de porte I, 10 de porte II e 08 de porte III.

Todas as CRS, exceto a 2ª CRS e a 15ª CRS, possuem planejamento de UPAs a serem construídas. Esta ausência de planejamento poderá fazer com que a população destas CRS fique desassistida neste componente, dependendo da referência em outras regionais, enquanto todas as outras possuirão unidades do componente na própria regional. Ressalta-se que na indicação da SES/RS realizada em 2009, havia indicações de municípios destas regionais (2ª CRS - Guaíba e 15ª CRS – Palmeira das Missões). Contudo, no planejamento atual, estas indicações não se realizam, sendo necessário um detalhamento dos processos de negociação nestes dois casos pontuais para identificação das causas específicas que levaram a este cenário.

O correspondente a 77% de UPAs planejadas para construção estarem sob a responsabilidade dos municípios evidencia a participação efetiva dos municípios na estruturação da rede de atenção às urgências no estado do RS, estando de acordo com os princípios do SUS de descentralização.

3.2.1.4 Componente Hospitalar

O Estado do Rio Grande do Sul possui 346 hospitais cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Destes, 215 estão cadastrados como hospitais com atendimento de urgência, o que corresponde a 62,1%. A distribuição da capacidade instalada de hospitais gerais e de urgência por CRS pode ser visualizada na tabela 28.

Tabela 28 - Capacidade instalada no RS na área hospitalar, por CRS, em dezembro de 2011.

Regional de Saúde	Total de Hospitais	Hospitais com Atendimento de Urgência	Percentual de Hospitais Urgência
1ª CRS - Porto Alegre	53	31	58,5%
2ª CRS - Porto Alegre	24	14	58,3%
3ª CRS – Pelotas	24	19	79,2%
4ª CRS - Santa Maria	25	11	44,0%
5ª CRS - Caxias do Sul	27	17	63,0%
6ª CRS - Passo Fundo	37	22	59,5%
7ª CRS – Bagé	6	3	50,0%
8ª CRS - Cachoeira do Sul	8	1	12,5%
9ª CRS - Cruz Alta	11	8	72,7%
10ª CRS – Alegrete	8	6	75,0%
11ª CRS – Erechim	13	8	61,5%
12ª CRS - Santo Ângelo	10	10	100,0%
13ª CRS - Santa Cruz do Sul	9	9	100,0%
14ª CRS - Santa Rosa	19	11	57,9%
15ª CRS - Palmeira das Missões	13	10	76,9%
16ª CRS – Lajeado	22	10	45,5%
17ª CRS – Ijuí	14	7	50,0%
18ª CRS – Osório	5	5	100,0%
19ª CRS - Frederico Westphalen	18	13	72,2%
Total	346	215	62,1%

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde/DATASUS.

Observa-se que na 12ª, 13ª e 18ª CRS o percentual de hospitais com atendimento de urgência é de 100%, o que garante à população a possibilidade de acesso de urgência em todos os hospitais da regional. A seguir estão a 3ª, 15ª e 10ª, com percentuais de 79%, 77% e 75%, respectivamente.

Os menores percentuais encontrados estão na 8ª, 4ª e 16ª CRS, com 12,5%, 44% e 45,5% de hospitais com atendimento de urgência, respectivamente. Estes percentuais, principalmente o primeiro, resultam em uma situação de dificuldades de acesso da população a atendimentos de urgência hospitalar na própria regional,

dependendo, dependendo da referência fora da regional para a grande maioria da sua população.

Em relação à capacidade instalada de leitos hospitalares, o Estado do RS conta com 20.859 leitos gerais disponíveis ao SUS. Destes, 2024 são leitos de repouso/observação nas urgências, o que corresponde a um percentual equivalente a 9,7% em relação ao total de leitos, conforme discriminado na Tabela 29.

Tabela 29 - Capacidade instalada de Leitos SUS no RS, por CRS, em dezembro de 2011.

Regional de Saúde	Leitos SUS	Leitos Urgência - Repouso/Observação	% Urgência
1ª CRS - Porto Alegre	6.597	778	11,8%
2ª CRS - Porto Alegre	1.061	140	13,2%
3ª CRS – Pelotas	2.179	135	6,2%
4ª CRS - Santa Maria	1.085	140	12,9%
5ª CRS - Caxias do Sul	1.481	197	13,3%
6ª CRS - Passo Fundo	1.742	110	6,3%
7ª CRS – Bagé	300	6	2,0%
8ª CRS - Cachoeira do Sul	408	43	10,5%
9ª CRS - Cruz Alta	337	8	2,4%
10ª CRS – Alegrete	710	33	4,6%
11ª CRS – Erechim	496	65	13,1%
12ª CRS - Santo Ângelo	500	26	5,2%
13ª CRS - Santa Cruz do Sul	458	65	14,2%
14ª CRS - Santa Rosa	618	35	5,7%
15ª CRS - Palmeira das Missões	434	21	4,8%
16ª CRS – Lajeado	822	45	5,5%
17ª CRS – Ijuí	539	50	9,3%
18ª CRS – Osório	418	108	25,8%
19ª CRS - Frederico Westphalen	674	19	2,8%
Total	20.859	2.024	9,7%

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde/DATASUS.

Observa-se que a 18ª CRS é que possui o maior percentual de leitos de urgência em relação ao total de leitos daquela região, correspondendo a 25,8%. Em seguida estão a 13ª, 5ª e 2ª CRS, com percentuais equivalentes a 14,2%, 13,3% e 13,2%, respectivamente. A CRS com menor percentual de leitos de urgência em

relação ao total é a 7ª CRS, com 2%, seguida 9ª, 19ª e 10ª CRS, com 2,4%, 2,8% e 4,6%, nesta ordem.

Os leitos de urgência de observação e repouso estão classificados conforme o atendimento prestado, podendo ser Pediátrico, Feminino, Masculino ou Indiferente. Do total de leitos desta natureza, 55% estão classificados como indiferentes, 20% estão classificados como pediátricos, 13% como masculinos e 12% como femininos, conforme Tabela 30.

Tabela 30 - Classificação dos Leitos de Observação e Repouso, por CRS, em dezembro de 2011.

Coordenadoria Regional de Saúde	Pediátrico	Feminino	Masculino	Indiferente
1ª CRS - Porto Alegre	27%	6%	9%	57%
2ª CRS - Porto Alegre	16%	16%	16%	52%
3ª CRS – Pelotas	8%	10%	10%	73%
4ª CRS - Santa Maria	21%	12%	12%	54%
5ª CRS - Caxias do Sul	23%	10%	8%	59%
6ª CRS - Passo Fundo	15%	24%	20%	42%
7ª CRS – Bagé	0%	17%	17%	67%
8ª CRS - Cachoeira do Sul	12%	21%	21%	47%
9ª CRS - Cruz Alta	38%	0%	0%	63%
10ª CRS – Alegrete	3%	3%	6%	88%
11ª CRS – Erechim	11%	23%	18%	48%
12ª CRS - Santo Ângelo	8%	27%	27%	38%
13ª CRS - Santa Cruz do Sul	49%	12%	12%	26%
14ª CRS - Santa Rosa	14%	34%	34%	17%
15ª CRS - Palmeira das Missões	0%	24%	24%	52%
16ª CRS – Lajeado	11%	13%	13%	62%
17ª CRS – Ijuí	20%	22%	22%	36%
18ª CRS – Osório	1%	19%	19%	62%
19ª CRS - Frederico Westphalen	11%	11%	16%	63%
Total	20%	12%	13%	55%

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde/DATASUS

Observa-se que apenas a 13ª CRS possui um percentual de leitos de urgência pediátricos superior ao percentual de leitos classificados como indiferentes. Esta característica evidencia a generalização deste tipo de atendimento ao invés da

especialização, em que a classificação exata dos leitos não se faz presente pelo fato de que o atendimento da demanda espontânea não possui fatores determinados como faixa etária ou sexo.

A partir de uma análise percapita dos leitos de urgência por meio de um coeficiente por 100.000 habitantes, é possível identificar que no Estado do RS existem 19 leitos desta natureza para cada grupo de 100.000 habitantes, discriminado por CRS conforme Tabela 31.

Tabela 31 - Coeficiente de Leitos de Urgência por 100.000 habitantes, por CRS, em dezembro de 2011.

Coordenadoria Regional de Saúde	Leitos de Urgência por 100.000 hab.
1ª CRS - Porto Alegre	22
2ª CRS - Porto Alegre	18
3ª CRS - Pelotas	16
4ª CRS - Santa Maria	26
5ª CRS - Caxias do Sul	18
6ª CRS - Passo Fundo	19
7ª CRS - Bagé	3
8ª CRS - Cachoeira do Sul	21
9ª CRS - Cruz Alta	5
10ª CRS - Alegrete	7
11ª CRS - Erechim	30
12ª CRS - Santo Ângelo	9
13ª CRS - Santa Cruz do Sul	20
14ª CRS - Santa Rosa	15
15ª CRS - Palmeira das Missões	13
16ª CRS - Lajeado	12
17ª CRS - Ijuí	22
18ª CRS - Osório	31
19ª CRS - Frederico Westphalen	9
Total	19

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde/DATASUS

Na distribuição por CRS chega-se a um coeficiente de 31 na 18ª CRS, seguida pela 11ª, 4ª e 1ª CRS, com 30, 26 e 22, respectivamente. Estes quantitativos, acima da média estadual, significam maiores possibilidades de acesso à população a atendimentos de urgência hospitalar.

Os menores coeficientes são encontrados na 7ª, 9ª e 10ª CRS, com quantitativos correspondentes a 3, 5 e 7 leitos de urgência para cada mil habitantes. Estes quantitativos, muito abaixo da média estadual, fazem com que as possibilidades de acesso a estes atendimentos sejam reduzidas nas próprias regionais, dependendo da referência em outras regionais para garantir o atendimento.

Estes baixos coeficientes se enquadram na dificuldade nacional de insuficiência de leitos hospitalares qualificados, inclusive de retaguarda para as urgências. Os grandes hospitais acabam com um grande número de leitos concentrados, mesmo que improvisados em macas e com a utilização das salas de emergências para internações, enquanto nos hospitais de pequeno porte esta concentração é mínima, e ainda com possibilidades de baixa ocupação. (BRASIL, 2006a)

No período de janeiro de 2008 a dezembro de 2011 foram realizadas 2.885.460 internações no Estado do Rio Grande do Sul para pacientes residentes do mesmo estado, correspondendo a uma média anual de 721.365 internações, distribuídas nas 19 CRS conforme Tabela 32. No mesmo período foram realizadas 4138 internações no Estado do RS para pacientes residentes de outros Estados, correspondendo 1034 internações anuais, as quais foram desconsideradas deste estudo para possibilitar a análise percapita do Estado do RS e por representarem um quantitativo correspondente a menos de 0,5% em relação ao total.

Do total de internações realizadas no Estado do RS no período pesquisado, 79,7% foram por caráter de atendimento de urgência, correspondendo a uma média anual de 574.596 internações. Em relação ao percentual de internações de urgência por CRS, observa-se que a 8ª, 10ª, 15ª e 19ª tiveram percentuais acima de 90% no período pesquisado, e que apenas a 7ª teve percentual abaixo de 55%.

Tabela 32 - Média Anual de Internações no RS, por CRS, no período 2008-2011 para residentes do mesmo Estado.

Coordenadoria Regional de Saúde	Média Anual	Média Anual Urgência	% Urgência
1ª CRS - Porto Alegre	272.098	213.876	78,6%
2ª CRS - Porto Alegre	30.399	25.037	82,4%
3ª CRS – Pelotas	58.098	46.598	80,2%
4ª CRS - Santa Maria	32.285	24.038	74,5%
5ª CRS - Caxias do Sul	63.691	53.305	83,7%
6ª CRS - Passo Fundo	50.377	38.907	77,2%
7ª CRS – Bagé	11.181	5.864	52,4%
8ª CRS - Cachoeira do Sul	13.867	12.532	90,4%
9ª CRS - Cruz Alta	10.243	7.838	76,5%
10ª CRS – Alegrete	29.185	26.285	90,1%
11ª CRS – Erechim	15.329	11.404	74,4%
12ª CRS - Santo Ângelo	18.995	15.956	84,0%
13ª CRS - Santa Cruz do Sul	21.425	14.053	65,6%
14ª CRS - Santa Rosa	15.910	13.356	84,0%
15ª CRS - Palmeira das Missões	8.264	7.614	92,1%
16ª CRS – Lajeado	23.240	18.029	77,6%
17ª CRS – Ijuí	16.520	13.477	81,6%
18ª CRS – Osório	15.219	12.844	84,4%
19ª CRS - Frederico Westphalen	15.042	13.584	90,3%
Total	721.365	574.596	79,7%

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares/DATASUS

Estes resultados podem ser explicados pelo modelo assistencial ainda fortemente centrado na oferta de serviços e não nas necessidades dos cidadãos. Assim, a estruturação das redes de assistência permanece fortemente influenciada por interesses do mercado, cujo consumo foi introjetado pela própria população, que gera uma grande demanda espontânea para estes serviços, sem antes procurar o serviço da rede que melhor se enquadra com a sua situação (BRASIL, 2006a).

A ausência de uma estruturação de captação de usuários na atenção básica tem uma forte tendência a definir o acesso para a população a serviços de saúde de urgência e de emergência. Estes serviços tornaram-se uma das principais portas de entrada do sistema, conforme observado na Portaria GM/MS n.º 2.048/2002.

A falta de acolhimento dos casos agudos de menor complexidade na atenção básica também contribui para estes resultados de altas taxas de internações de urgência no RS. A baixa vinculação da clientela à atenção básica, resulta na recorrência da procura direta pelos serviços hospitalares de urgência, com prejuízos ao acompanhamento de doenças crônicas, que podem se agravar nesta sistemática.

A insuficiência de portas de entrada para os caso agudos de média complexidade e a má utilização das portas de entrada de alta complexidade fazem com que o socorro seja buscado nos grandes serviços, seja pela garantia do acesso ou pela confiabilidade nos serviços, que acabam sobrecarregados. Desta forma, alguns casos realmente prioritários e de necessidade de atendimento nestes grandes serviços podem acabar sendo prejudicados.

Os atendimentos eletivos acabam ficando com uma parcela pequena no total de atendimentos, uma vez que a capacidade instalada e recursos são priorizados para as situações de urgência. Retoma-se assim, a característica de que nem sempre uma urgência atendida em um hospital não poderia ter seu atendimento adequado em serviços de outros níveis da rede, como a atenção básica ou as UPAS. É necessário o fortalecimento dos demais componentes da rede de atenção às urgências para que estes assumam o seu papel no sistema de forma que a população possa ser atendida no componente que mais se adéqua às suas necessidades, garantindo assim, a equidade do acesso.

A partir de uma análise populacional da média anual, verifica-se que o coeficiente de internações de urgência por 100.000 habitantes é de 5.354 no Estado do RS. Na análise por CRS, verifica-se que a 19ª CRS é a que apresenta maior coeficiente de internações de urgência por 100.000 habitantes, correspondendo a 6.730 internações desta natureza. A seguir aparecem a 6ª, 8ª e 17ª CRS, com 6.548, 6.263 e 6.043 internações de urgência por 100.000 habitantes, respectivamente, conforme Tabela 33.

Tabela 33 - Coeficiente anual de Internações de Urgência no RS por 100.000 habitantes, por CRS, no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2011.

Coordenadoria Regional de Saúde	Coeficiente por 100.000 hab.	% CRS
1ª CRS - Porto Alegre	6.023	37,2%
2ª CRS - Porto Alegre	3.290	4,4%
3ª CRS – Pelotas	5.505	8,1%
4ª CRS - Santa Maria	4.465	4,2%
5ª CRS - Caxias do Sul	4.900	9,3%
6ª CRS - Passo Fundo	6.548	6,8%
7ª CRS – Bagé	3.209	1,0%
8ª CRS - Cachoeira do Sul	6.263	2,2%
9ª CRS - Cruz Alta	5.165	1,4%
10ª CRS – Alegrete	5.671	4,6%
11ª CRS – Erechim	5.304	2,0%
12ª CRS - Santo Ângelo	5.530	2,8%
13ª CRS - Santa Cruz do Sul	4.276	2,4%
14ª CRS - Santa Rosa	5.904	2,3%
15ª CRS - Palmeira das Missões	4.719	1,3%
16ª CRS – Lajeado	4.927	3,1%
17ª CRS – Ijuí	6.046	2,3%
18ª CRS – Osório	3.719	2,2%
19ª CRS - Frederico Westphalen	6.730	2,4%
Total	5.354	

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares/DATASUS; IBGE 2011.

Em relação às CRS com menores coeficientes de internações de urgência por 100.000 habitantes, encontra-se a 2ª CRS, com um quantitativo de 3209, seguida da 2ª, 18ª e 13ª, com 3290, 3719 e 4276, nesta ordem.

Em relação ao total das internações de urgência no Estado, no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2011, verifica-se uma distribuição entre as 19 CRS conforme tabela X. Observa-se que a 1ª CRS apresentou 37,2% das internações totais de urgência, enquanto as demais CRS apresentaram percentuais individuais abaixo de 10%.

Conforme os dados da Tabela 33, observa-se que o maior percentual de internações de urgência do Estado do RS, no período de janeiro de 2008 a

dezembro de 2011 foi na 1ª CRS, correspondendo a 37,2% em relação ao total, com 855.502 internações de urgência, o que equivale a uma média anual de 213.875 internações de urgência e a uma média mensal de 17.823. A segunda microrregião com maior percentual é a 5ª CRS, seguida pela 3ª CRS e 6ª CRS, apresentando, respectivamente, 9,3%, 8,1% e 6,8% das internações de urgência no período, em relação ao total.

Com base nos dados de média mensal das internações por caráter de urgência por CRS do Estado do Rio Grande do Sul, os resultados foram divididos em 10 classes, a cada 6.000 internações, exceto a maior classe na qual foi utilizado o seu próprio valor por ser consideravelmente superior aos demais, de forma a possibilitar a ilustração dos diferentes níveis entre as CRS.

Desta forma, classificando as CRS, de acordo com o descrito acima, observa-se que: uma CRS apresentou quantitativos médios anuais inferiores a 6.000; três apresentaram resultados entre 6.000 e 12.000; oito, entre 12.000 e 20.000; uma, entre 20.000 e 25.000; duas, entre 25.000 e 32.000; uma, entre 38.000 e 42.000; uma, entre 42.000 e 50.000; uma, entre 50.000 e 58.000; e, uma, acima de 59.000. Estes resultados podem ser visualizados no Quadro 4.

Quadro 4 - Classificação de Coordenadorias Regionais de Saúde conforme número de Internações de Urgência 2008-2011.

Coordenadoria Regional de Saúde	Internações Urgência Média Anual
7ª CRS	até 6000
9ª, 11ª e 15ª CRS	6.000 - 12.000
8ª, 12ª, 13ª, 14ª, 15ª, 18ª e 19ª CRS	12.000 - 18.000
16ª CRS	18.000 - 24.000
2ª, 4ª e 10ª CRS	24.000 - 30.000
-	30.000 - 36.000
6ª CRS	36.000 - 42.000
3ª CRS	42.000 - 48.000
5ª CRS	48.000 - 54.000
1ª CRS	54.000 - 213.876

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares/DATASUS

Quatro regiões de saúde correspondem a 61,4% das internações de urgência no Estado, sendo que as outras 15 regiões apresentam, no total, 38,6%. Destas 15

regiões, todas apresentam quantitativos individuais inferiores a 30.000 internações de urgência como média anual, que equivalem a percentuais individuais inferiores a 5% em relação ao total.

Na Figura 25, é possível identificar a distribuição do quantitativo médio anual de internações de urgência no mapa do Estado do Rio Grande do Sul, por CRS, no período de Janeiro de 2008 à Dezembro de 2011.

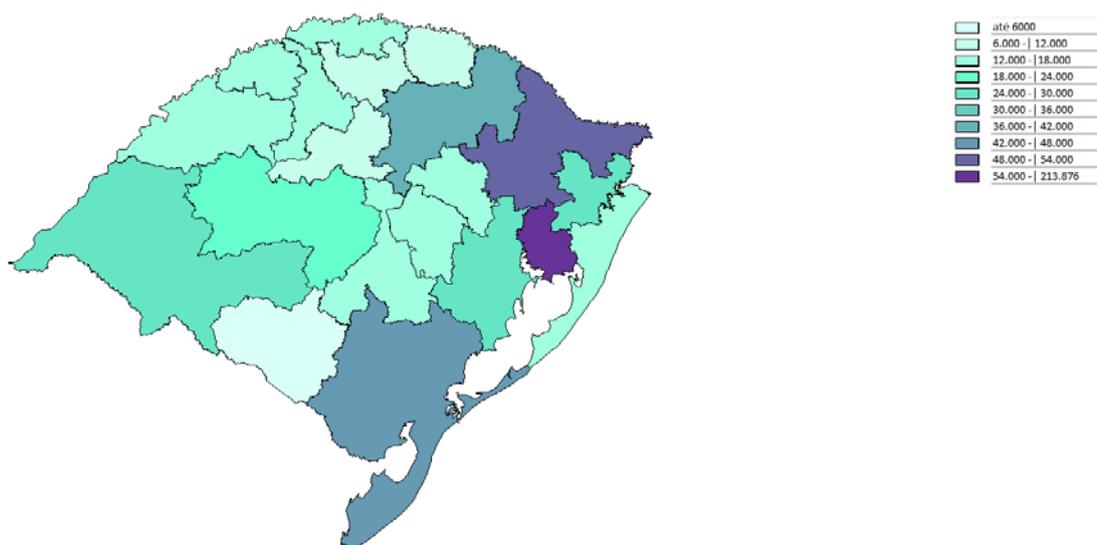


Figura 25 - Mapa de Regiões de Saúde conforme número de Internações de Urgência
Fonte: Sistema de Informações Hospitalares/DATASUS – Janeiro 2008 a Dezembro 2011

No período pesquisado observa-se que o total anual das internações de urgência apresentou uma tendência de crescimento linear positivo, embora os números absolutos nos anos de 2010 e 2011 tenham sido inferiores em relação ao ano de 2009, conforme Figura 26.

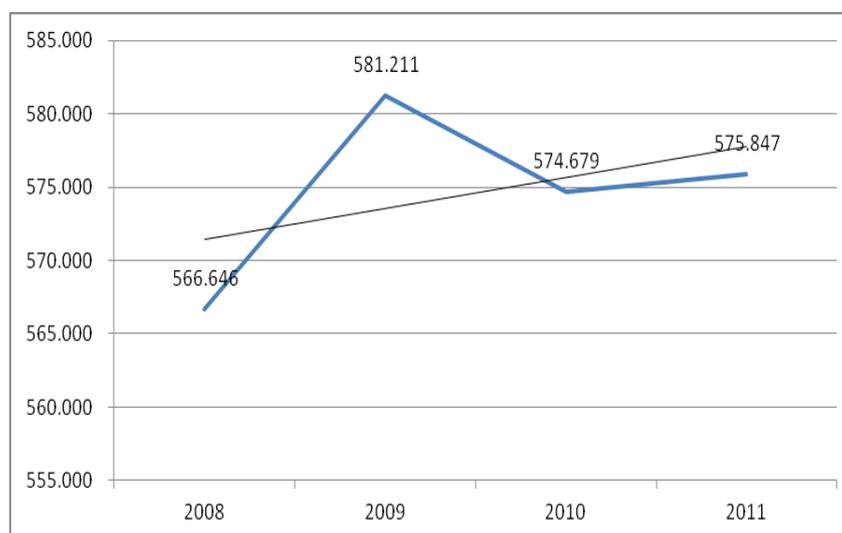


Figura 26 - Evolução do Total de Internações de Urgência no RS, 2008-2011.
Fonte: Sistema de Informações Hospitalares/DATASUS.

Quando se realiza esta análise por região de saúde, observa-se que em apenas cinco regiões a tendência de crescimento linear positivo se repetiu, e em todas as outras o comportamento foi adverso. As regiões em que o crescimento linear positivo foi observado são: 1ª CRS, 3ª CRS, 4ª CRS, 7ª CRS e 18ª CRS, conforme ilustra a Figura 27.

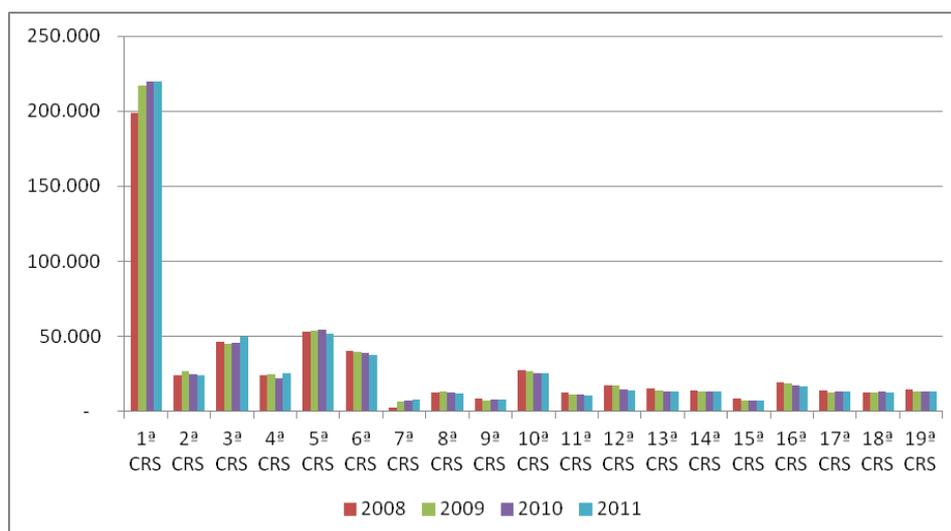


Figura 27 - Evolução do total de Internações de Urgência no RS por CRS, 2008-2011.
 Fonte: Sistema de Informações Hospitalares/DATASUS.

A partir de uma análise percapita do total de internações de urgência por local de internação, no período pesquisado, por meio de um coeficiente por 100.000 habitantes, observa-se que há uma tendência de crescimento linear positivo, com uma leve queda último ano, conforme Tabela 34.

Tabela 34 - Coeficiente por 100.000 habitantes do total de Internações de Urgência no RS, por CRS, 2008-2011.

Coordenadoria Regional de Saúde por local de Internação	2008	2009	2010	2011
1ª CRS - Porto Alegre	5.509	5.955	6.218	6.189
2ª CRS - Porto Alegre	3.203	3.478	3.303	3.170
3ª CRS - Pelotas	5.346	5.173	5.384	5.843
4ª CRS - Santa Maria	4.372	4.500	4.037	4.705
5ª CRS - Caxias do Sul	5.039	5.070	5.038	4.763
6ª CRS - Passo Fundo	6.663	6.541	6.527	6.291
7ª CRS - Bagé	1.455	3.396	3.765	4.236
8ª CRS - Cachoeira do Sul	6.110	6.455	6.122	6.058
9ª CRS - Cruz Alta	5.578	4.609	4.996	5.081
10ª CRS - Alegrete	5.835	5.689	5.476	5.524
11ª CRS - Erechim	5.680	5.150	5.321	4.761
12ª CRS - Santo Ângelo	5.924	5.934	5.016	4.899
13ª CRS - Santa Cruz do Sul	4.537	4.214	4.095	4.120
14ª CRS - Santa Rosa	6.143	5.751	5.760	5.793
15ª CRS - Palmeira das Missões	5.093	4.354	4.629	4.568
16ª CRS - Lajeado	5.220	5.036	4.756	4.614
17ª CRS - Ijuí	6.186	5.680	6.031	6.083
18ª CRS - Osório	3.664	3.739	3.895	3.711
19ª CRS - Frederico Westphalen	6.956	6.190	6.688	6.512
Total	5.220	5.325	5.373	5.365

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares/DATASUS.

Quando se realiza esta análise por região de saúde, observa-se que em apenas cinco regiões a tendência de crescimento linear positivo se repetiu, e em todas as outras o comportamento foi adverso. As regiões em que o crescimento linear positivo foi observado são: 1ª CRS, 3ª CRS, 4ª CRS, 7ª CRS e 18ª CRS, conforme ilustra a Figura 28.

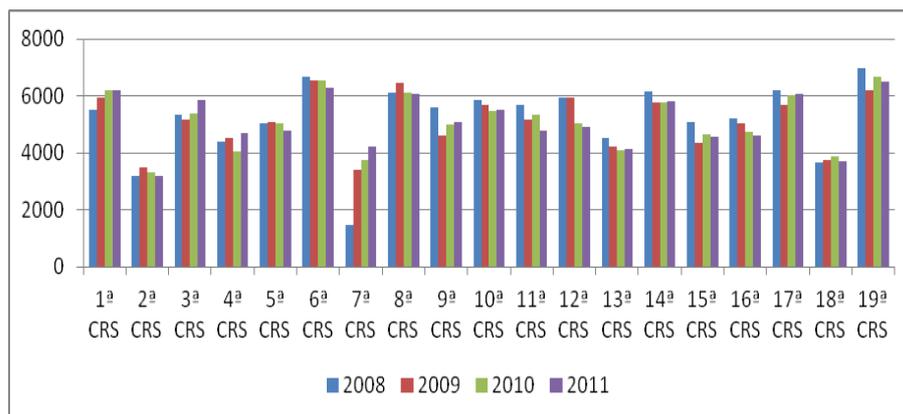


Figura 28 - Coeficiente por 100.000 habitantes do total de Internações de Urgência no RS por local de internação, por CRS, 2008-2011.

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares/DATASUS.

Na área hospitalar, a possibilidade de análise dos dados a partir do local de residência do paciente, viabilizada pela exigência desta informação no processamento das informações pelo Sistema de Informações Hospitalares, permite uma análise dos fluxos de pacientes e dos atendimentos prestados para determinadas populações, independente do local de sua ocorrência. No período pesquisado, por meio de um coeficiente por 100.000 habitantes, observa-se que há uma tendência de crescimento linear positivo das internações por local de residência no RS, conforme Tabela 35.

Tabela 35 - Coeficiente de Internações por 100.000 habitantes por Local de Residência, por CRS, 2008-2011.

Coordenadoria Regional de Saúde por Local de Residência	2008	2009	2010	2011
1ª CRS - Porto Alegre	4.886	5.324	5.578	5.554
2ª CRS - Porto Alegre	4.841	5.234	5.169	4.996
3ª CRS - Pelotas	5.237	5.084	5.235	5.700
4ª CRS - Santa Maria	4.336	4.437	4.039	4.591
5ª CRS - Caxias do Sul	5.109	5.113	5.083	4.836
6ª CRS - Passo Fundo	5.840	5.701	5.730	5.394
7ª CRS – Bagé	1.775	3.603	4.057	4.572
8ª CRS - Cachoeira do Sul	6.534	6.891	6.541	6.350
9ª CRS - Cruz Alta	6.043	4.991	5.394	5.526
10ª CRS - Alegrete	6.098	5.967	5.739	5.859
11ª CRS - Erechim	5.999	5.532	5.652	5.105
12ª CRS - Santo Ângelo	6.287	6.232	5.287	5.296
13ª CRS - Santa Cruz do Sul	5.093	4.750	4.594	4.658
14ª CRS - Santa Rosa	6.525	6.035	6.096	6.268
15ª CRS - Palmeira das Missões	6.642	6.000	6.393	6.522
16ª CRS - Lajeado	5.550	5.415	5.103	4.939
17ª CRS - Ijuí	5.980	5.432	5.491	5.258
18ª CRS - Osório	4.856	4.969	5.040	4.909
19ª CRS - Frederico Westphalen	7.022	6.247	6.724	6.624
Total	5.220	5.325	5.373	5.365

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares/DATASUS.

Quando se realiza esta análise por CRS, observa-se que em apenas seis CRS a tendência de crescimento linear positivo se repetiu, e em todas as outras o comportamento foi adverso. As CRS em que o crescimento linear positivo foi observado são: 1ª CRS, 2ª CRS, 3ª CRS, 4ª CRS, 7ª CRS e 18ª CRS, conforme ilustra a Figura 29.

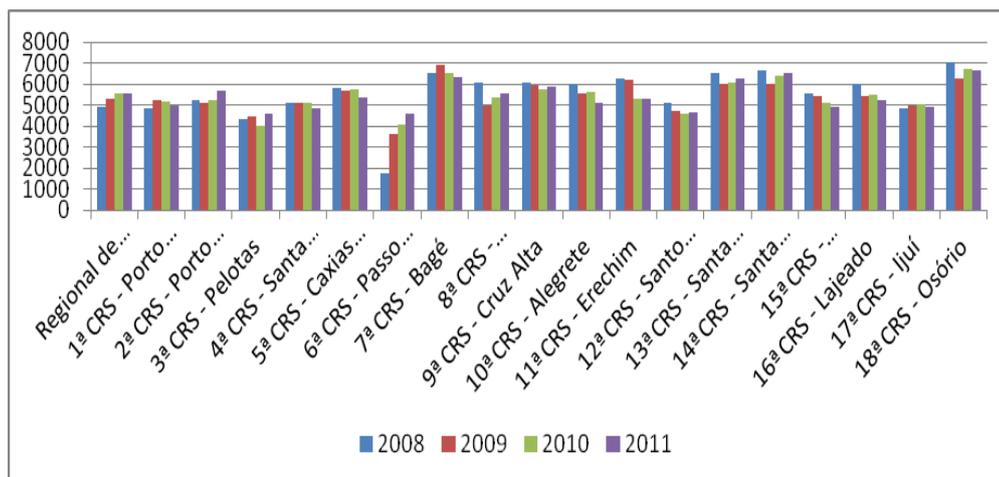


Figura 29 - Coeficiente por 100.000 habitantes do total de Internações de Urgência no RS por local de residência, por CRS, 2008-2011.

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares/DATASUS.

Realizando-se um comparativo entre os coeficientes por Local de Internação e por Local de Residência, observa-se que as CRS que são polos de referência macrorregional realizam atendimento de pacientes referenciados em um quantitativo superior ao quantitativo de atendimentos que os seus pacientes realizam no total, com exceção da 5ª CRS – Caxias do Sul. As regionais com este comportamento, conforme Tabela 36, são: 1ª CRS – Porto Alegre, 3ª CRS – Pelotas, 4ª CRS – Santa Maria, 6ª CRS – Passo Fundo, 17ª CRS – Ijuí.

Este comportamento demonstra que, nos polos regionais, as referências para os atendimentos de internações de urgência estão sendo respeitados, de forma que o atendimento total da população própria, incluindo os atendimentos realizados fora da regional, não supera os atendimentos totais realizados na CRS.

Tabela 36 - Coeficiente de Internações por 100.000 habitantes por Local de Internação e por Local de Residência, por CRS, 2008-2011.

Coordenadoria Regional de Saúde	Local Internação	Local de Residência
1ª CRS - Porto Alegre	6.189	5.554
2ª CRS - Porto Alegre	3.170	4.996
3ª CRS - Pelotas	5.843	5.700
4ª CRS - Santa Maria	4.705	4.591
5ª CRS - Caxias do Sul	4.763	4.836
6ª CRS - Passo Fundo	6.291	5.394
7ª CRS - Bagé	4.236	4.572
8ª CRS - Cachoeira do Sul	6.058	6.350
9ª CRS - Cruz Alta	5.081	5.526
10ª CRS - Alegrete	5.524	5.859
11ª CRS - Erechim	4.761	5.105
12ª CRS - Santo Ângelo	4.899	5.296
13ª CRS - Santa Cruz do Sul	4.120	4.658
14ª CRS - Santa Rosa	5.793	6.268
15ª CRS - Palmeira das Missões	4.568	6.522
16ª CRS - Lajeado	4.614	4.939
17ª CRS - Ijuí	6.083	5.258
18ª CRS - Osório	3.711	4.909
19ª CRS - Frederico Westphalen	6.512	6.624
Total	5.365	5.365

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares/DATASUS; IBGE, 2011.

A Figura 30 demonstra esta situação em que no ano de 2008 eram 5.220 internações de urgência no Estado do RS para cada 100.000 habitantes, passando por 5.325 no ano de 2009, 5373 no ano de 2010 e chegando a 5365 no ano de 2011.

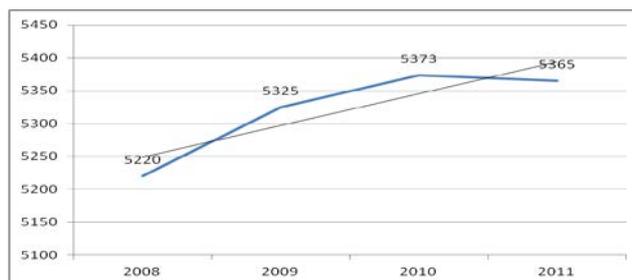


Figura 30 - Evolução Internações Hospitalares por 100.000 habitantes, 2008-2011.

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares/DATASUS; IBGE.

Em relação ao fluxo de atendimentos de internações de urgência, observa-se que, no período pesquisado, a 6ª CRS foi a que atendeu o maior percentual de pacientes de fora da sua área de abrangência, que corresponderam a 15% dos atendimentos desta natureza naquela CRS. A 17ª, 19ª e 1ª CRS foram as seguintes que mais atenderam pacientes de outras CRS, correspondendo a 13,8%, 13,4%% e 10,9% respectivamente, conforme se pode visualizar na Tabela 37.

Tabela 37 - Fluxo de Internações de Urgência, por CRS, conforme a origem do paciente, média anual do período de Janeiro de 2008 a Dezembro de 2011.

CRS	% CRS	% Fora CRS
1ª CRS	89,1%	10,9%
2ª CRS	98,3%	1,7%
3ª CRS	95,4%	4,6%
4ª CRS	95,3%	4,7%
5ª CRS	98,8%	1,2%
6ª CRS	85,0%	15,0%
7ª CRS	97,4%	2,6%
8ª CRS	94,6%	5,4%
9ª CRS	96,0%	4,0%
10ª CRS	98,6%	1,4%
11ª CRS	96,7%	3,3%
12ª CRS	96,2%	3,8%
13ª CRS	98,8%	1,2%
14ª CRS	98,2%	1,8%
15ª CRS	93,9%	6,1%
16ª CRS	94,4%	5,6%
17ª CRS	86,2%	13,8%
18ª CRS	98,1%	1,9%
19ª CRS	86,6%	13,4%

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares/DATASUS; IBGE, 2011.

Na Figura 31, é possível visualizar o mapa da média anual do Fluxo de Internações de Urgência, conforme a origem do paciente, no período pesquisado. As linhas de fluxo têm sua largura proporcional ao volume de internações, bem como o círculo nas sedes de cada CRS .

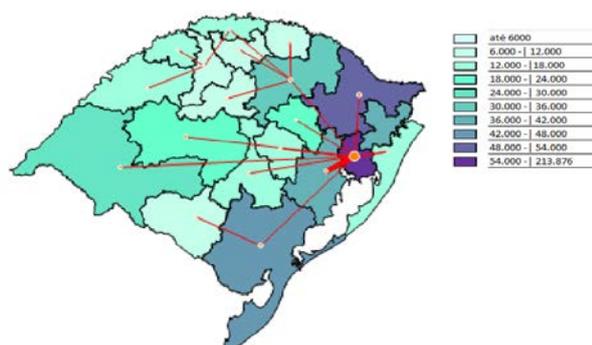


Figura 31 – Fluxo de Internações de Urgência, por CRS, conforme a origem do paciente, 2008-2011.

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares/DATASUS.

Observa-se que a 1ª CRS recebe um grande fluxo de pacientes da 2ª CRS e da 18ª CRS, além do fluxo recebido de todas as demais CRS. A 6ª recebe um grande volume de fluxo de pacientes da 15ª CRS, 16ª CRS e 19ª CRS. A 17ª CRS recebe um fluxo elevado da 12ª, 14ª e 15ª CRS. A 19ª recebe grande fluxo de pacientes da 11ª, 15ª e 17ª CRS.

3.2.1.5 Atendimentos Ambulatoriais de Urgência na atenção especializada

Os atendimentos ambulatoriais de urgência são realizados nos hospitais, unidades de pronto-atendimentos e centros de saúde que realizem o atendimento de urgência. Considerando a mínima capacidade instalada de UPAs – apenas quatro - e o percentual reduzido de Unidades de Saúde/Centros de Saúde com atendimento à urgência – de 3% - conclui-se que a grande maioria destes atendimentos são realizados nas emergências hospitalares.

No período de janeiro de 2008 a dezembro de 2011, foram realizados, em média, 7.347.198 atendimentos ambulatoriais de urgência, incluindo aqueles prestados no componente da atenção básica e no componente de atendimento

móvel. Destes, 5.391.030, em média, foram realizadas na atenção especializada, o que corresponde a 73% em relação ao total, conforme pode ser visualizado na Tabela 38.

Tabela 38 - atendimentos Ambulatoriais no RS, por CRS, 2008-2011.

Coordenadoria Regional de Saúde	Média Anual Atend. Urgência Total	Média Anual Atend. Urgência Atenção Especializada	% Urg. Atenção Especializada
1ª CRS - Porto Alegre	2.965.337	2.238.287	75%
2ª CRS - Porto Alegre	450.586	243.825	54%
3ª CRS – Pelotas	658.042	616.912	94%
4ª CRS - Santa Maria	223.372	189.644	85%
5ª CRS - Caxias do Sul	619.618	159.931	26%
6ª CRS - Passo Fundo	317.014	280.805	89%
7ª CRS – Bagé	77.425	72.334	93%
8ª CRS - Cachoeira do Sul	141.616	99.488	70%
9ª CRS - Cruz Alta	39.364	34.679	88%
10ª CRS – Alegrete	267.482	255.311	95%
11ª CRS – Erechim	159.269	105.343	66%
12ª CRS - Santo Ângelo	156.844	112.540	72%
13ª CRS - Santa Cruz do Sul	311.738	158.529	51%
14ª CRS - Santa Rosa	105.892	80.178	76%
15ª CRS - Palmeira das Missões	20.512	14.340	70%
16ª CRS – Lajeado	139.961	104.367	75%
17ª CRS – Ijuí	101.221	79.189	78%
18ª CRS – Osório	549.111	508.737	93%
19ª CRS - Frederico Westphalen	42.794	36.595	86%
Total	7.347.198	5.391.030	73%

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais/DATASUS.

Verifica-se que a 5ª CRS – Caxias do Sul apresenta um percentual baixo em relação às demais CRS e à média do Estado, correspondendo a 26% de atendimentos de urgência na atenção especializada em relação aos demais atendimentos. A segunda CRS com menor percentual é a 13ª – Santa Cruz do Sul, com 51%, seguida da 2ª CRS – Porto Alegre, com 54%. As demais CRS apresentam percentuais superiores a 65%, sendo que a 3ª CRS – Pelotas, a 7ª CRS

– Bagé, a 10ª CRS – Alegrete e a 18ª CRS – Osório, apresentam resultados superiores a 90% de atendimentos de urgência na atenção especializada em relação ao total de atendimentos.

Estes resultados vão ao encontro dos resultados encontrados nas taxas de internação hospitalar, uma vez que a procura pelo atendimento ambulatorial de urgência nos hospitais acaba sendo alternativa encontrada pelos usuários, em consequência das deficiências na estrutura da atenção básica e UPAS.

Realizando-se uma análise populacional, por meio de um coeficiente de atendimentos de urgência na atenção especializada para cada 100.000 habitantes, a partir de uma média anual do período de janeiro de 2008 a dezembro de 2011, verifica-se que este coeficiente no estado do RS é de 50.230 atendimentos, conforme Tabela 39.

Tabela 39 - Coeficiente Anual de Atendimentos Ambulatoriais de Urgência por 100.000 habitantes no RS, por CRS, 2008-2011.

Coordenadoria Regional de Saúde	Coeficiente Anual por 100.000 hab.
1ª CRS - Porto Alegre	63.033
2ª CRS - Porto Alegre	32.038
3ª CRS – Pelotas	72.884
4ª CRS - Santa Maria	35.226
5ª CRS - Caxias do Sul	14.700
6ª CRS - Passo Fundo	47.261
7ª CRS – Bagé	39.587
8ª CRS - Cachoeira do Sul	49.716
9ª CRS - Cruz Alta	22.853
10ª CRS – Alegrete	55.084
11ª CRS – Erechim	48.999
12ª CRS - Santo Ângelo	39.004
13ª CRS - Santa Cruz do Sul	48.236
14ª CRS - Santa Rosa	35.443
15ª CRS - Palmeira das Missões	8.888
16ª CRS – Lajeado	28.519
17ª CRS – Ijuí	35.527
18ª CRS – Osório	147.304
19ª CRS - Frederico Westphalen	18.129
Estado do RS	50.230

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais/DATASUS.

A partir da análise por CRS, obtêm-se resultados com grande variabilidade entre as CRS, atingindo 147.304 atendimentos na atenção especializada para cada 100.000 habitantes na 18ª CRS – Osório, enquanto na 15ª CRS – Palmeira das Missões este quantitativo é de 8.888.

Novamente aparecem neste estudo as deficiências nas informações por local de residência do paciente no Sistema de Informações Ambulatoriais, pois é de conhecimento que, no período do verão, há um aumento extraordinário da população na faixa litorânea, região de abrangência da 18ª CRS, realizando um grande número de atendimentos para residentes de outras CRS, que não são sua referência, fato que poderia explicar esta grande diferença. Contudo, a impossibilidade de análise por local de residência, não permite que esta hipótese seja confirmada.

As limitações deste trabalho dizem respeito, primeiramente, à disponibilidade das informações nos Sistemas de Informação do Ministério da Saúde, havendo deficiência na análise populacional por local de residência na área ambulatorial pela não exigência destas informações. E, em segundo lugar aparecem as limitações ocasionadas pela confiabilidade nos dados disponíveis, uma vez que alguns resultados apontam para hipóteses de registros inadequados, superestimados ou subestimados. De qualquer forma, o grande volume de informações disponíveis pelas bases de domínio público, permite uma análise apurada da estruturação dos serviços da rede de atenção às urgências no RS, mesmo que, alguns ainda necessitem de qualificação no registro destas informações.

4. CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES FINAIS

A estruturação dos componentes da rede de atenção às urgências está parcialmente realizada no Estado do RS, com resultados positivos no que diz respeito à taxa de cobertura do componente pré-hospitalar móvel e na capacidade instalada de unidades hospitalares com atendimento às urgências. Contudo, as carências detectadas no componente pré-hospitalar fixo, tanto na atenção básica quanto nas UPAS, faz com que sobrecargas resultem nas estruturas com maior organização, que ocasionam atendimentos inadequados à população que deles necessita.

De uma maneira geral, o Estado do RS seguiu as orientações e determinações da Política Nacional de Atenção às Urgências, com a estruturação dos componentes da rede. Contudo, a superlotação dos serviços de urgência, ocasionados por deficiências na atenção básica e pela inexistência da UPAS devidamente estruturadas na rede, aparece nos resultados deste trabalho por meio do alto índice de internações de urgência, alto quantitativo de atendimentos ambulatoriais prestados nas emergências em relação à pequena capacidade instalada de unidades básicas de saúde que realizam atendimentos de urgência, ao pequeno coeficiente de atendimentos ambulatoriais de urgência na rede básica e pela disponibilidade de poucas UPAS no estado.

Os baixos índices de serviços na atenção básica de unidades básicas com atendimento de urgência, e os baixos quantitativos de atendimentos de urgência prestados neste nível da assistência, demonstram a necessidade de redefinição do perfil destas estruturas na rede de atenção às urgências do estado. São estas estruturas que devem ser o centro de atendimento na rede, absorvendo os casos agudos de menor complexidade e acompanhando doenças crônicas de alto grau de morbidade, de forma que estes casos, que correspondem a uma grande parcela dos atendimentos demandados, não sobrecarreguem as estruturas hospitalares, para que elas possam assumir o seu perfil no atendimento aos casos mais graves e de alta complexidade.

A cobertura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de 89% comparado ao quantitativo de atendimentos pré-hospitalares de urgência registrado no SIA, impossibilita uma análise do perfil destes atendimentos. É necessário

esforços no sentido de conscientização do registro destas informações, bem como da qualificação dos dados que as estruturam. A disparidade entre as regionais, no que diz respeito aos atendimentos pré-hospitalares de urgência registrados, aponta a necessidade de análise detalhada destas realidades, de forma a verificar se realmente estas diferenças existem ou se resultam de alimentações indevidas dos sistemas de informações.

As UPAS, mesmo que o planejamento exista, ainda não cumprem o seu papel no RS, uma vez que apenas 04 estavam em funcionamento no primeiro quadrimestre de 2012. A execução do planejamento deve se dar de forma imediata, para que seja garantido à população o atendimento pré-hospitalar 24 horas, fora das emergências hospitalares.

As altas taxas de internação hospitalar confirmam as falhas existentes na estruturação da rede nos demais componentes. Uma taxa de internação por caráter de urgência em 79% demonstra que a urgência virou a regra e que a porta de entrada principal no sistema é esta. Enquanto o modelo assistencial de atenção primária como eixo principal das ações e serviços de saúde não for colocado em prática, as estruturas de maior complexidade continuarão sobrecarregadas e prestando atendimentos no modelo hospitalocêntrico, focado nas demandas espontâneas sem a retaguarda devida nos demais componentes da rede de atenção às urgências.

A reestruturação das regiões de saúde no estado, de acordo com o perfil demográfico e epidemiológico da população, e com a capacidade instalada existente, faz-se necessária uma vez que esta estruturação é que tornará possível a operacionalização da rede de atenção às urgências. Uma análise aprofundada dos motivos que ocasionam as diferenças entre as CRS, bem como da estrutura da rede de atenção às urgências proposta pela Secretaria Estadual de Saúde, possibilitaria uma análise da viabilidade deste planejamento, e sugestões para a sua melhoria.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAUJO, D.E.; **A Contratualização dos Hospitais de Ensino e o seu impacto sobre a oferta de serviços de média e alta complexidade.** Monografia da Universidade Estadual do Rio Grande do Sul. 2008.

BITTENCOURT, R.J; HORALE, V.A. **Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergências hospitalares: uma revisão sistemática.** Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p.1439-1454, jul.2009

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, DF, 05 out. 1988. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm Acesso em: 21 abr. 2012.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União.** Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm> Acesso em: 21 abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 737, de 2001. Aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. **Diário Oficial da União.** Brasília, DF, 18 mai. 2001. Disponível em < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0737_16_05_2001.html> Acesso em: 21 abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. . Portaria GM/MS n.º 1600, de 2011. Reformula a política nacional de atenção às urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União.** Brasília, DF, 07 jul. 2011. Disponível em < bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html> Acesso em: 21 mai. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 1.601, de 2001. Estabelece diretrizes para a implantação do componente unidades de pronto atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da rede de atenção às urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. **Diário Oficial da União.** Brasília, DF, 08 jul. 2011. Disponível em < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1601_07_07_2011_rep.html > Acesso em: 21 mai. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 1.601, de 2001. Estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das centrais SAMU – 192. **Diário Oficial da União.** Brasília, DF, 17 dez. 2004. Disponível em < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2657_16_12_2004.html > Acesso em: 21 mai. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de

Descentralização da Gestão da Assistência. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: **Norma Operacional da Assistência à Saúde/ NOAS-SUS 01/02 e Portaria GM/MS n.º 373**, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. – 2. Ed. Revista e atualizada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 2048, de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 12 nov. 2002. Disponível em < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html > Acesso em: 20 abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 1863, de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 06 out. 2003. Disponível em < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html > Acesso em: 28 mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 1864, de 2003. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território Brasileiro: SAMU – 192. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 06 out. 2003. Disponível em < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1864_29_09_2003.html > Acesso em: 28 mar. 2012.

BRASIL. **Regulação médica das urgências**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências**. Ministério da Saúde. – 3. ed. ampl. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Resolução CIT n.º 01/2011**. Estabelece diretrizes gerais para a instituição de regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) nos termos do Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Técnico da Comissão Intergestores Tripartite. **Diretrizes para Organização das redes de Atenção à Saúde do SUS**. Brasília: Dezembro, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 399, de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 23 fev. 2006. Disponível em <

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html >
Acesso em: 20 fev. 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2007a.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Organização das Redes de Atenção Integral às Urgências - Qualisus**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/default.cfm>. Acesso em: 15 out. 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z**. Brasília: CONASS, 2007c.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Regulação em Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2007d.

BRASIL. Decreto n.º 7508, de 28 de junho de 2010. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 29 jun, 2011. Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm > Acesso em: 09 jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 4279/2010. Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 31 dez. 2010. < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html > Acesso em: 21 abr. 2012.

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Disponível em : <http://cnes.datasus.gov.br>. Acesso em: 5 dez, 2012.

CAMARGO, K.R.J. **Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade**. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003; p.35-44.

CECÍLIO, L.C.O. **As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde**. In: Mattos R e Pinheiro R, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS - UERJ/ABRASCO, 2001, p.113-26.

CORDEIRO. W.J. **A classificação de risco como linguagem da rede de urgência e emergência. Faculdade de Ciências Econômicas**. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais. Associação dos Hospitais de Minas Gerais. Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde. Ano 1. N.º 02 – jan/jun 2009.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução n.º 1454/1995. Define normas

mínimas para o funcionamento de Pronto Socorro. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 17 mar. 1995. Disponível em < http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1995/1451_1995.htm > Acesso em: 21 abr. 2012.

GIL, A.C., 1946. **Como elaborar projetos de pesquisa** / Antonio Carlos Gil. – 4.ed. – São Paulo: Atlas, 2002.

JULIANI, C.M.; CIAMPONE, M.H.T. **Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde**: a percepção de enfermeiros. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 33, n. 4, p. 323-33, dez. 1999.

LUZ, M. T. **Demanda em Saúde: construção social no campo multidisciplinar da saúde coletiva**. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, ABRASCO, 2006. p.27-31

MARCONI, M.A. e LAKATOS, E.M.. **Fundamentos da metodologia científica**. 5. ed, São Paulo: Atlas, 2003.

MATTOS, A. M. **Normas para apresentação de trabalhos acadêmicos da Escola de Administração: adequada à NBR 14724 de 2011** / Ana Maria Mattos, Tânia Marisa de Abreu Fraga. – 2011.

MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade - algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos**. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS - UERJ/ABRASCO, 2001, p. 39-64.

MATTOS, R. A. **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/CEPESC, ABRASCO, 2007. p.42-62

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009.

MENDES. E. V. **As redes de atenção à saúde**. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília. Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MERHY, E.E. **Engravidando palavras: o caso da integralidade**. In: Pinheiro R & Mattos RA, organizadores. Construção social da demanda. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2005, p.195-206.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde**: um desafio para o público. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p.71-111.

O'DWYER, Gisele. **O princípio da integralidade e o SAMU**. Tese de doutorado da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. 2009

PEREIRA, A. L. **O SUS no seu município: garantindo saúde para todos** - Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

RS/SES/CES. **Ata 20ª Plenária Ordinária do Conselho Estadual de Saúde de 13 de outubro de 2011.**

RS/SES/ASSTEPLAN. **Plano Estadual de Saúde do RS – 2008-2011.** Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br>> Acesso em: 5 jun, 2012.

RS/SES/CIB. **Resolução n.º 111/09 – CIB/RS.** Aprova a proposta de implantação do componente Pré-Hospitalar Fixo para todas as Macrorregiões do Estado do Rio Grande do Sul. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br>> Acesso em: 7 jun, 2012.

ANEXO I – DIVISÃO DAS COORDENADORIAS REGIONAIS DE SAÚDE DO RS

CRS	Município
1	Alvorada
1	Araricá
1	Cachoeirinha
1	Campo Bom
1	Canoas
1	Dois Irmãos
1	Estância Velha
1	Esteio
1	Glorinha
1	Gravataí
1	Ivoti
1	Lindolfo Collor
1	Morro Reuter
1	Nova Hartz
1	Nova Santa Rita
1	Novo Hamburgo
1	Portão
1	Porto Alegre
1	Presidente Lucena
1	Santa Maria do Herval
1	São Leopoldo
1	Sapiranga
1	Sapucaia do Sul
1	Viamão
2	Arambaré
2	Arroio dos Ratos
2	Barão
2	Barão do Triunfo
2	Barra do Ribeiro
2	Brochier
2	Butiá
2	Camaquã
2	Cambará do Sul
2	Capela de Santana
2	Cerro Grande do Sul
2	Charqueadas
2	Chувиска
2	Dom Feliciano
2	Eldorado do Sul
2	General Câmara
2	Guaíba
2	Harmonia

2	Igrejinha
2	Maratá
2	Mariana Pimentel
2	Minas do Leão
2	Montenegro
2	Pareci Novo
2	Parobé
2	Riozinho
2	Rolante
2	Salvador do Sul
2	São Francisco de Paula
2	São Jerônimo
2	São José do Hortêncio
2	São José do Sul
2	São Pedro da Serra
2	São Sebastião do Caí
2	Sentinela do Sul
2	Sertão Santana
2	Tapes
2	Taquara
2	Três Coroas
2	Triunfo
2	Tupandi
3	Amaral Ferrador
3	Arroio do Padre
3	Arroio Grande
3	Canguçu
3	Capão do Leão
3	Cerrito
3	Chuí
3	Cristal
3	Herval
3	Jaguarão
3	Morro Redondo
3	Pedras Altas
3	Pedro Osório
3	Pelotas
3	Pinheiro Machado
3	Piratini
3	Rio Grande
3	Santa Vitória do Palmar
3	Santana da Boa Vista
3	São José do Norte
3	São Lourenço do Sul
3	Turuçu

4	Agudo
4	Cacequi
4	Capão do Cipó
4	Dilermando de Aguiar
4	Dona Francisca
4	Faxinal do Soturno
4	Formigueiro
4	Itaara
4	Ivorá
4	Jaguari
4	Jari
4	Júlio de Castilhos
4	Mata
4	Nova Esperança do Sul
4	Nova Palma
4	Paraíso do Sul
4	Pinhal Grande
4	Quevedos
4	Restinga Seca
4	Santa Maria
4	Santiago
4	São Francisco de Assis
4	São João do Polêsine
4	São Martinho da Serra
4	São Pedro do Sul
4	São Sepé
4	São Vicente do Sul
4	Silveira Martins
4	Toropi
4	Unistalda
4	Vila Nova do Sul
5	Alto Feliz
5	Antônio Prado
5	Bento Gonçalves
5	Boa Vista do Sul
5	Bom Jesus
5	Bom Princípio
5	Campestre da Serra
5	Canela
5	Carlos Barbosa
5	Caxias do Sul
5	Coronel Pilar
5	Cotiporã
5	Esmeralda
5	Fagundes Varela

5	Farroupilha
5	Feliz
5	Flores da Cunha
5	Garibaldi
5	Gramado
5	Guabiju
5	Guaporé
5	Ipê
5	Jaquirana
5	Linha Nova
5	Monte Alegre dos Campos
5	Monte Belo do Sul
5	Muitos Capões
5	Nova Araçá
5	Nova Bassano
5	Nova Pádua
5	Nova Petrópolis
5	Nova Prata
5	Nova Roma do Sul
5	Paraí
5	Picada Café
5	Pinhal da Serra
5	Protásio Alves
5	Santa Tereza
5	São Jorge
5	São José dos Ausentes
5	São Marcos
5	São Vendelino
5	União da Serra
5	Vacaria
5	Vale Real
5	Veranópolis
5	Vila Flores
5	Vista Alegre do Prata
6	Água Santa
6	Almirante Tamandaré do Sul
6	Alto Alegre
6	André da Rocha
6	Barracão
6	Cacique Doble
6	Camargo
6	Campos Borges
6	Capão Bonito do Sul
6	Carazinho

6	Casca
6	Caseiros
6	Ciríaco
6	Coqueiros do Sul
6	Coxilha
6	David Canabarro
6	Ernestina
6	Espumoso
6	Gentil
6	Ibiaçá
6	Ibiraiaras
6	Ibirapuitã
6	Lagoa dos Três Cantos
6	Lagoa Vermelha
6	Lagoão
6	Machadinho
6	Marau
6	Mato Castelhano
6	Maximiliano de Almeida
6	Montauri
6	Mormaço
6	Muliterno
6	Não-Me-Toque
6	Nicolau Vergueiro
6	Nova Alvorada
6	Paim Filho
6	Passo Fundo
6	Pontão
6	Sananduva
6	Santa Cecília do Sul
6	Santo Antônio do Palma
6	Santo Antônio do Planalto
6	Santo Expedito do Sul
6	São Domingos do Sul
6	São João da Urtiga
6	São José do Ouro
6	Serafina Corrêa
6	Sertão
6	Soledade
6	Tapejara
6	Tapera
6	Tio Hugo
6	Tunas
6	Tupanci do Sul
6	Vanini

6	Victor Graeff
6	Vila Lângaro
6	Vila Maria
7	Aceguá
7	Bagé
7	Candiota
7	Dom Pedrito
7	Hulha Negra
7	Lavras do Sul
8	Arroio do Tigre
8	Caçapava do Sul
8	Cachoeira do Sul
8	Cerro Branco
8	Encruzilhada do Sul
8	Estrela Velha
8	Ibarama
8	Lagoa Bonita do Sul
8	Novo Cabrais
8	Passa Sete
8	Segredo
8	Sobradinho
9	Boa Vista do Cadeado
9	Boa Vista do Incra
9	Colorado
9	Cruz Alta
9	Fortaleza dos Valos
9	Ibirubá
9	Jacuizinho
9	Quinze de Novembro
9	Saldanha Marinho
9	Salto do Jacuí
9	Santa Bárbara do Sul
9	Selbach
9	Tupanciretã
10	Alegrete
10	Barra do Quaraí
10	Itaqui
10	Maçambará
10	Manoel Viana
10	Quaraí
10	Rosário do Sul
10	Santa Margarida do Sul
10	Santana do Livramento
10	São Gabriel
10	Uruguaiana

11	Aratiba
11	Áurea
11	Barão de Cotegipe
11	Barra do Rio Azul
11	Benjamin Constant do Sul
11	Campinas do Sul
11	Carlos Gomes
11	Centenário
11	Charrua
11	Cruzaltense
11	Entre Rios do Sul
11	Erebango
11	Erechim
11	Erval Grande
11	Estação
11	Faxinalzinho
11	Florianópolis
11	Gaurama
11	Getúlio Vargas
11	Ipiranga do Sul
11	Itatiba do Sul
11	Jacutinga
11	Marcelino Ramos
11	Mariano Moro
11	Paulo Bento
11	Ponte Preta
11	Quatro Irmãos
11	São Valentim
11	Severiano de Almeida
11	Três Arroios
11	Viadutos
12	Bossoroca
12	Caibaté
12	Cerro Largo
12	Dezesseis de Novembro
12	Entre-Ijuís
12	Eugênio de Castro
12	Garruchos
12	Guarani das Missões
12	Itacurubi
12	Mato Queimado
12	Pirapó
12	Porto Xavier
12	Rolador
12	Roque Gonzales

12	Salvador das Missões
12	Santo Ângelo
12	Santo Antônio das Missões
12	São Borja
12	São Luiz Gonzaga
12	São Miguel das Missões
12	São Nicolau
12	São Pedro do Butiá
12	Sete de Setembro
12	Ubiretama
12	Vitória das Missões
13	Candelária
13	Gramado Xavier
13	Herveiras
13	Mato Leitão
13	Pantano Grande
13	Passo do Sobrado
13	Rio Pardo
13	Santa Cruz do Sul
13	Sinimbu
13	Vale do Sol
13	Vale Verde
13	Venâncio Aires
13	Vera Cruz
14	Alecrim
14	Alegria
14	Boa Vista do Buricá
14	Campina das Missões
14	Cândido Godói
14	Doutor Maurício Cardoso
14	Giruá
14	Horizontina
14	Independência
14	Nova Candelária
14	Novo Machado
14	Porto Lucena
14	Porto Mauá
14	Porto Vera Cruz
14	Santa Rosa
14	Santo Cristo
14	São José do Inhacorá
14	São Paulo das Missões
14	Senador Salgado Filho
14	Três de Maio

14	Tucunduva
14	Tuparendi
15	Barra Funda
15	Boa Vista das Missões
15	Braga
15	Cerro Grande
15	Chapada
15	Constantina
15	Coronel Bicaco
15	Dois Irmãos das Missões
15	Engenho Velho
15	Gramado dos Loureiros
15	Jaboticaba
15	Lajeado do Bugre
15	Miraguaí
15	Nova Boa Vista
15	Novo Barreiro
15	Novo Xingu
15	Palmeira das Missões
15	Redentora
15	Ronda Alta
15	Rondinha
15	Sagrada Família
15	São José das Missões
15	São Pedro das Missões
15	Sarandi
15	Três Palmeiras
15	Trindade do Sul
16	Anta Gorda
16	Arroio do Meio
16	Arvorezinha
16	Barros Cassal
16	Bom Retiro do Sul
16	Boqueirão do Leão
16	Canudos do Vale
16	Capitão
16	Colinas
16	Coqueiro Baixo
16	Cruzeiro do Sul
16	Dois Lajeados
16	Doutor Ricardo
16	Encantado
16	Estrela
16	Fazenda Vilanova
16	Fontoura Xavier

16	Forquetinha
16	Ilópolis
16	Imigrante
16	Itapuca
16	Lajeado
16	Marques de Souza
16	Muçum
16	Nova Bréscia
16	Paverama
16	Poço das Antas
16	Pouso Novo
16	Progresso
16	Putinga
16	Relvado
16	Roca Sales
16	Santa Clara do Sul
16	São José do Herval
16	São Valentim do Sul
16	Sério
16	Tabaí
16	Taquari
16	Teutônia
16	Travesseiro
16	Vespasiano Correa
16	Westfalia
17	Ajuricaba
17	Augusto Pestana
17	Bozano
17	Campo Novo
17	Catuípe
17	Chiapetta
17	Condor
17	Coronel Barros
17	Crissiumal
17	Humaitá
17	Ijuí
17	Inhacorá
17	Jóia
17	Nova Ramada
17	Panambi
17	Pejuçara
17	Santo Augusto
17	São Martinho
17	São Valério do Sul
17	Sede Nova

18	Arroio do Sal
18	Balneário Pinhal
18	Capão da Canoa
18	Capivari do Sul
18	Caraá
18	Cidreira
18	Dom Pedro de Alcântara
18	Imbé
18	Itati
18	Mampituba
18	Maquiné
18	Morrinhos do Sul
18	Mostardas
18	Osório
18	Palmares do Sul
18	Santo Antônio da Patrulha
18	Tavares
18	Terra de Areia
18	Torres
18	Tramandaí
18	Três Cachoeiras
18	Três Forquilhas
18	Xangri-lá
19	Alpestre
19	Ametista do Sul
19	Barra do Guarita
19	Bom Progresso
19	Caiçara
19	Cristal do Sul
19	Derrubadas
19	Erval Seco
19	Esperança do Sul
19	Frederico Westphalen
19	Iraí
19	Liberato Salzano
19	Nonoai
19	Novo Tiradentes
19	Palmitinho
19	Pinhal
19	Pinheirinho do Vale
19	Planalto
19	Rio dos Índios
19	Rodeio Bonito
19	Seberi
19	Taquaruçu do Sul

19	Tenente Portela
19	Tiradentes do Sul
19	Três Passos
19	Vicente Dutra
19	Vista Alegre
19	Vista Gaúcha