GOVERNO DO Rio de Janeiro
SECRETARIA DE SAÚDE E DEFESA CIVIL

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E DEFESA CIVIL
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE REGULAÇÃO

Setembro 2010

SUPERINTENDÊNCIA DE REGULAÇÃO

SUPERINTENDENTE

Dr. Carlos Alberto Chaves de Carvalho
Telefones: (21) 7826-9179 / 8596-6592
Email: carlos.chaves@saude.rj.gov.br

SUPERINTENDÊNCIA

Rua Henrique Valadares, nº 107 - 3º andar - Prédio anexo
CEP 20231-030 - Centro - RJ
Telefones: (21) 2333-4050
Fax: 2332-7141
Email: regulacao@saude.rj.gov.br

SITUAÇÃO ENCONTRADA

REGULAÇÃO

1. **É um dos quatro projetos estratégicos do governo estadual com total apoio do governo federal.**

2. **Aponta marcos críticos e gargalos, fornecendo índices gerenciais que possibilitam mudanças de rumo e de estratégia.**

3. **Identifica os vazios sanitários e assistenciais e, desta maneira fornece subsídios ao gestor de Gestor de Saúde para que se defina metas e estratégias resolutivas na política de Saúde Pública.**

4. **Não é de nosso escopo apontar e punir culpados e sim colher dados gerenciais, analisá-los e informar ao Gestor de Saúde para que o mesmo decida as ações necessárias para mudança de rumo.**

1. Ausência de sistema informatizado que interligasse em tempo real, o complexo regulatório;
2. Ausência de protocolos de regulação pactuados entre todos os Secretários Municipais de Saúde que definisse especialidades, níveis de complexidade e fluxograma dos diversos canais de atenção;
3. Não disponibilização de leitos para as Centrais de Regulação Regionais e para a Central Estadual e não cadastramento de toda a oferta de serviços para serem efetivamente regulados pela Rede de Centrais de Regulação no Estado;
4. Não condicionamento do pagamento dos procedimentos e internações às ações de Regulação;
5. Ausência de cronograma de capacitação, aperfeiçoamento e programa de educação continuada das equipes reguladoras;
6. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) não atualizado periodicamente;
7. Consórcios Intermunicipais de Saúde sem monitoramento;
8. Ausência de auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, pública e privada, em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial – AUDITORIA;

9. Ausência de integração de informações e ações, para correção e reorientação de eventuais distorções, entre Programação, Planejamento, Controle e Avaliação;

10. Não cumprimento das pactuações da Comissão Intergestora Bipartite e dos Protocolos de Atenção em todo o complexo regulador;

11. Os fluxos regionais não obedeciam os critérios de regionalização que serão monitorados por cada Central Regional e pela Central Estadual;

12. Ausência de Câmaras de Compensação Intermunicipais que funcionassem de forma mais ágil;

13. Ausência de bancos de dados que permitisse gerar relatórios gerenciais sobre os principais agravos de saúde da população no Estado;

14. Ausência de resolução conferindo Autoridade Sanitária para a Superintendência de Regulação, de maneira que se possa cumprir e fiscalizar as resoluções legais estipuladas pelo SUS no processo regulatório.

15. Não definição da capacidade instalada e de censo de todos os pacientes críticos internados em nossas Unidades que demonstrasse o déficit real de leitos de CTI Adulto, Pediátrico, Queimados, Coronarianos, Neo Natal, Gestação de Alto Risco , Doenças Infecto Parasitárias e Urgências Cardiovasculares;

16. Falta de normas e protocolos rígidos pactuados entre os Hospitais da Unidades Próprias, UPAs e Superintendência de Regulação com finalidade de acabar definitivamente com as regulações paralelas de leitos; (em andamento)

17. Falta de comunicação entre as esferas federal, municipal, universitária e estadual com finalidade de implantação do processo regulatório e definição de prazos e responsabilidades de cada esfera; ✓

18. Ausência de Núcleo Interno de Regulação (NIR) nas Unidades da Rede Própria, subordinados a Superintendência de Regulação; ✓

19. Falta de protocolos de procedimentos para remoções inter-hospitalares envolvendo a Superintendência de Regulação, GSE e SAMU, inclusive para remoções entre municípios. (em andamento)

20. Ausência de penalidades para as infrações e irregularidades efetuadas pelos gestores do SUS;

MISSÃO

- De acordo com a Resolução SES-RJ Nº 2102, de 14 de Julho de 2003 o objetivo e missão da Rede de Centrais de Regulação é:

"... agilizar e qualificar o fluxo de acesso do cidadão aos serviços e ações de alta e média complexidade em saúde, de forma organizada, colocando-se a serviço da defesa do direito à saúde".

LEGISLAÇÃO

PORTARIA GM Nº 1.559, DE 1º DE AGOSTO DE 2008

Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS.

Art. 1º Instituir a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão, como instrumento que possibilite a plenitude das responsabilidades sanitárias assumidas pelas esferas de governo.

Art. 2º As ações de que trata a Política Nacional de Regulação do SUS estão organizadas em três dimensões de atuação, necessariamente integradas entre si:

I - Regulação de Sistemas de Saúde: tem como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macro diretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas;

II - Regulação da Atenção à Saúde: exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde; tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo estratégias e macro diretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde, também denominada de Regulação Assistencial e controle da oferta de serviços executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS; e

III - Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.

Art. 3º A Regulação de Sistemas de Saúde efetivada pelos atos de regulamentação, controle e avaliação de sistemas de saúde, regulação da atenção à saúde e auditoria sobre sistemas e de gestão contempla as seguintes ações:
I - Elaboração de decretos, normas e portarias que dizem respeito às funções de gestão;
II - Planejamento, Financiamento e Fiscalização de Sistemas de Saúde;
III - Controle Social e Ouvidoria em Saúde;
IV - Vigilância Sanitária e Epidemiológica;
V - Regulação da Saúde Suplementar;
VI - Auditoria Assistencial ou Clínica; e
VII - Avaliação e Incorporação de Tecnologias em Saúde.

Art. 4º A Regulação da Atenção à Saúde efetivada pela contratação de serviços de saúde, controle e avaliação de serviços e da produção assistencial, regulação do acesso à assistência e auditoria assistencial contempla as seguintes ações:
I - cadastramento de estabelecimentos e profissionais de saúde no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES;
II - cadastramento de usuários do SUS no sistema do Cartão Nacional de Saúde - CNS;
III - contratualização de serviços de saúde segundo as normas e políticas específicas deste Ministério;
IV - credenciamento/habilitação para a prestação de serviços de saúde;
V - elaboração e incorporação de protocolos de regulação que ordenam os fluxos assistenciais;
VI - supervisão e processamento da produção ambulatorial e hospitalar;
VII - Programação Pactuada e Integrada - PPI;
VIII - avaliação analítica da produção;
IX - avaliação de desempenho dos serviços e da gestão e de satisfação dos usuários - PNASS;
X - avaliação das condições sanitárias dos estabelecimentos de saúde;
XI - avaliação dos indicadores epidemiológicos e das ações e serviços de saúde nos estabelecimentos de saúde; e
XII - utilização de sistemas de informação que subsidiam os cadastros, a produção e a regulação do acesso.

Art. 5º A Regulação do Acesso à Assistência efetivada pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão por meio de atendimentos às urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários contempla as seguintes ações:

I - **regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências;**

II - controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados;

III - padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais; e

IV - o estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados. A regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização, do desenho das redes.

Art. 6º Os processos de trabalho que compõem a Regulação do Acesso à Assistência serão aprimorados ou implantados de forma integrada, em todos as esferas de gestão do SUS, de acordo com as competências de cada esfera de governo.

§ 1º As áreas técnicas de regulação, controle e avaliação deverão construir conjuntamente as estratégias de ação e de intervenção necessárias à implantação desta Política, dos processos de trabalho, bem como captação, análise e manutenção das informações geradas.

§ 2º As informações geradas pela área técnica da regulação do acesso servirão de base para o processamento da produção, sendo condicionantes para o faturamento, de acordo com normalização específica da União, dos Estados e dos Municípios.

§ 3º Os processos de autorização de procedimentos como a Autorização de Internação Hospitalar - AIH e a Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade - APAC serão totalmente integrados às demais ações da regulação do acesso, que fará o acompanhamento dos fluxos de referência e contra-referência baseado nos processos de programação assistencial.

§ 4º As autorizações para Tratamento Fora de Domicílio - TFD serão definidas pela área técnica da regulação do acesso.

Art. 7º A área técnica da regulação do acesso será estabelecida mediante estruturas denominadas Complexos Reguladores, formados por unidades operacionais denominadas centrais de regulação, preferencialmente, descentralizadas e com um nível central de coordenação e integração.

Art. 8º As atribuições da regulação do acesso serão definidas em conformidade com sua organização e estruturação.
§ 1º São atribuições da regulação do acesso:
I - garantir o acesso aos serviços de saúde de forma adequada;
II - garantir os princípios da eqüidade e da integralidade;
III - fomentar o uso e a qualificação das informações dos cadastros de usuários, estabelecimentos e profissionais de saúde;
IV - elaborar, disseminar e implantar protocolos de regulação;
V - diagnosticar, adequar e orientar os fluxos da assistência;
VI - construir e viabilizar as grades de referência e contrareferência;
VII - capacitar de forma permanente as equipes que atuarão nas unidades de saúde;
VIII - subsidiar as ações de planejamento, controle, avaliação e auditoria em saúde;
IX - subsidiar o processamento das informações de produção; e
X - subsidiar a programação pactuada e integrada.
2º São atribuições do Complexo Regulador:
I - fazer a gestão da ocupação de leitos e agendas das unidades de saúde;
II - absorver ou atuar de forma integrada aos processos autorizativos;
III - efetivar o controle dos limites físicos e financeiros;
IV - estabelecer e executar critérios de classificação de risco; e
V - executar a regulação médica do processo assistencial.

Art. 9º O **Complexo Regulador** é a estrutura que operacionaliza as ações da regulação do acesso, podendo ter abrangência e estrutura pactuadas entre gestores, conforme os **seguintes modelos**:

I - **Complexo Regulador Estadual**: gestão e gerência da Secretaria de Estado da Saúde, regulando o acesso às unidades de saúde sob gestão estadual e a referência interestadual e intermediando o acesso da população referenciada às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito do Estado.

II - **Complexo Regulador Regional**:

a) gestão e gerência da Secretaria de Estado da Saúde, regulando o acesso às unidades de saúde sob gestão estadual e intermediando o acesso da população referenciada às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito da região, e a referência inter-regional, no âmbito do Estado;

b) gestão e gerência compartilhada entre a Secretaria de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde que compõem a região, regulando o acesso da população própria e referenciada às unidades de saúde sob gestão estadual e municipal, no âmbito da região, e a referência inter-regional, no âmbito do Estado; e

III - **Complexo Regulador Municipal**: gestão e gerência da Secretaria Municipal de Saúde, regulando o acesso da população própria às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito do Município, e garantindo o acesso da população referenciada, conforme pactuação.

§ 1º O **Complexo Regulador será organizado** em:

I - Central de Regulação de Consultas e Exames: regula o acesso a todos os procedimentos ambulatoriais, incluindo terapias e cirurgias ambulatoriais;

II - Central de Regulação de Internações Hospitalares: regula o acesso aos leitos e aos procedimentos hospitalares eletivos e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência; e

III - Central de Regulação de Urgências: regula o atendimento pré-hospitalar de urgência e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência.

§ 2º A Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade - CERAC será integrada às centrais de regulação de consultas e exames e internações hospitalares.

§ 3º A operacionalização do Complexo Regulador será realizada em conformidade com o disposto no Volume 6 da Série Pactos pela Saúde: Diretrizes para a Implantação de Complexos Reguladores, acessível na íntegra na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: http://www.saude.gov.br/bvs

Art. 10. **Cabe à União, aos Estados, aos Municípios e ao Distrito Federal** exercer, em seu âmbito administrativo, as seguintes atividades:

I - executar a regulação, o controle, a avaliação e a auditoria da prestação de serviços de saúde;

II - definir, monitorar e avaliar a aplicação dos recursos financeiros;

III - elaborar estratégias para a contratualização de serviços de saúde;

IV - definir e implantar estratégias para cadastramento de usuários, profissionais e estabelecimentos de saúde;

V - capacitar de forma permanente as equipes de regulação, controle e avaliação; e

VI - elaborar, pactuar e adotar protocolos clínicos e de regulação.

§ 1º Cabe à União:

I - cooperar técnica e financeiramente com os Estados, os Municípios e o Distrito Federal para a qualificação das atividades de regulação, controle e avaliação;

II - elaborar e fomentar estratégias de cadastramento de usuários, profissionais e estabelecimentos de saúde;

III - definir e pactuar a política nacional de contratação de serviços de saúde;

IV - elaborar, pactuar e manter as tabelas de procedimentos;

V - apoiar tecnicamente os Estados, os Municípios e o Distrito Federal na implantação, implementação e na operacionalização dos complexos reguladores;

VI - operacionalizar a Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade - CNRAC;

VII - apoiar e monitorar a implementação e a operacionalização das Centrais Estaduais de Regulação da Alta Complexidade - CERAC;

VIII - disponibilizar e apoiar a implantação, em todos os níveis de gestão do SUS, de sistemas de informação que operacionalizem as ações de regulação, controle, avaliação, cadastramento e programação; e

IX - elaborar normas técnicas gerais e específicas, em âmbito nacional.

§ 2º Cabe aos Estados:

I - cooperar tecnicamente com os Municípios e regiões para a qualificação das atividades de regulação, controle e avaliação;
II - compor e avaliar o desempenho das redes regionais de atenção à saúde;
III - realizar e manter atualizado o Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde;
IV - coordenar a elaboração de protocolos clínicos e de regulação, em conformidade com os protocolos nacionais;
V - operacionalizar o Complexo Regulador em âmbito estadual e/ou regional;
VI - operacionalizar a Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade - CERAC;
VII - estabelecer de forma pactuada e regulada as referências entre Estados;
VIII - coordenar a elaboração e revisão periódica da programação pactuada e integrada intermunicipal e interestadual;
IX - avaliar as ações e os estabelecimentos de saúde, por meio de indicadores e padrões de conformidade, instituídos pelo Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde - PNASS;
X - processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios, contratados e conveniados;
XI - contratualizar os prestadores de serviços de saúde; e
XII - elaborar normas técnicas complementares às da esfera federal.

§ 3º Cabe aos Municípios:

I - operacionalizar o complexo regulador municipal e/ou participar em co-gestão da operacionalização dos Complexos Reguladores Regionais;

II - viabilizar o processo de regulação do acesso a partir da atenção básica, provendo capacitação, ordenação de fluxo, aplicação de protocolos e informatização;

III - coordenar a elaboração de protocolos clínicos e de regulação, em conformidade com os protocolos estaduais e nacionais;

IV - regular a referência a ser realizada em outros Municípios, de acordo com a programação pactuada e integrada, integrando-se aos fluxos regionais estabelecidos;

V - garantir o acesso adequado à população referenciada, de acordo com a programação pactuada e integrada;

VI - atuar de forma integrada à Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade - CERAC;

VII - operar o Centro Regulador de Alta Complexidade Municipal conforme pactuação e atuar de forma integrada à Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade - CERAC;

VIII - realizar e manter atualizado o cadastro de usuários;

IX - realizar e manter atualizado o cadastro de estabelecimentos e profissionais de saúde;

X - participar da elaboração e revisão periódica da programação pactuada e integrada intermunicipal e interestadual;

XI - avaliar as ações e os estabelecimentos de saúde, por meio de indicadores e padrões de conformidade, instituídos pelo Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde - PNASS;

XII - processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios, contratados e conveniados;

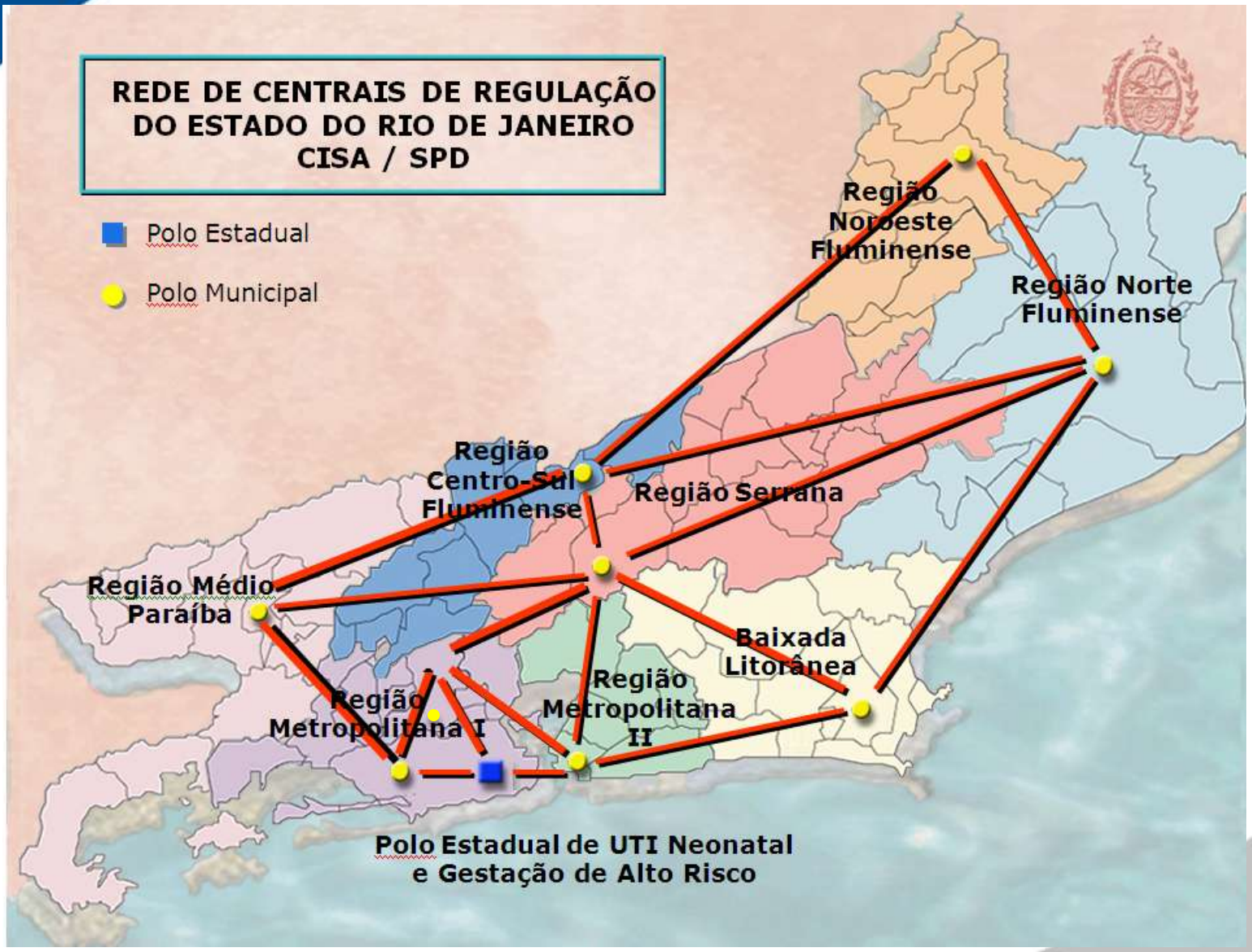
XIII - contratualizar os prestadores de serviços de saúde; e

XIV - elaborar normas técnicas complementares às das esferas estadual e federal.

§ 4º Cabe ao Distrito Federal executar as atividades contidas nos §§ 2º e 3º deste artigo, preservando suas especificidades políticas e administrativas.

Art. 11. A Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, adotará as providências necessárias à plena aplicação da Política Nacional de Regulação do SUS, instituída por esta Portaria.

Art. 12. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação


REDE DE CENTRAIS DE REGULAÇÃO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO CISA / SPD
Polo Estadual
Polo Municipal
Região Noroeste Fluminense
Região Norte Fluminense
Região Centro-Sul Fluminense
Região Serrana
Região Médio Paraíba
Baixada Litorânea
Região Metropolitana I
Região Metropolitana II
Polo Estadual de UTI Neonatal e Gestação de Alto Risco

- No momento são regulados leitos de:

1. UTI Neonatal;
2. Gestação de Alto Risco;
3. Dengue;
4. Doenças Infecto-Parasitárias (DIP);
5. Saúde Mental;
6. Procedimentos Cardiovasculares de alta complexidade;
7. CTI's Adulto, Pediátrico, Coronariano e Queimados;
8. Terapia Renal Substitutiva (TRS);
9. Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade (CERAC –RJ/ CNRAC);
10. Tratamento Fora Domicílio (TFD);
11. Enfermaria Geriátrica;
12. Oncologia;
13. Influenza A H1N1;

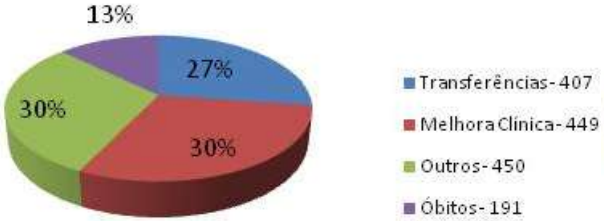
- Próximos procedimentos a serem regulados:

1. Ortopedia;
2. Neurocirurgia;
3. Saúde Auditiva.

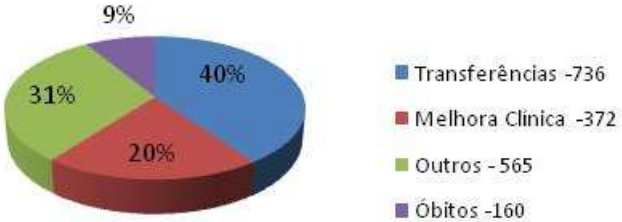
UTI NEO E GAR

PRODUÇÃO UTI NEO

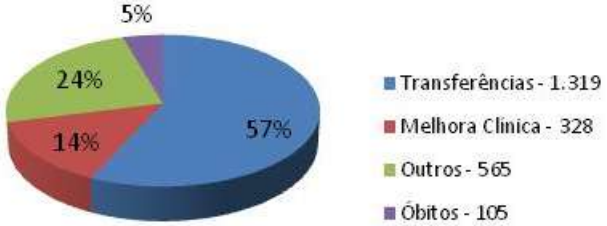
Solicitações UTI Neo 2006 (n= 1.497)



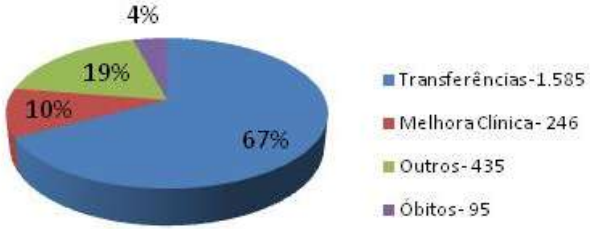
Solicitações UTI Neo 2007 (n= 1.833)



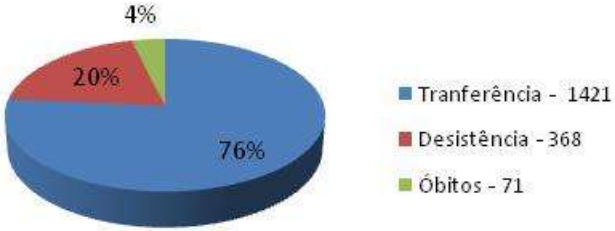
Solicitações UTI Neo 2008 (n=2.212)



Solicitações UTI Neo 2009 (n=2.361)

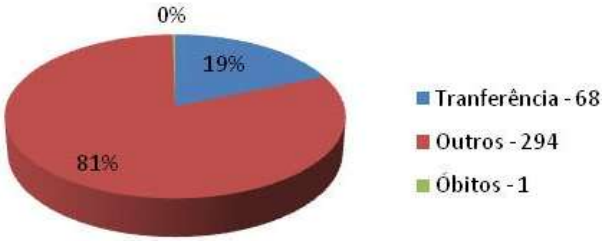


Solicitações UTI Neo- 2010 até 14 de set (n=1.860)

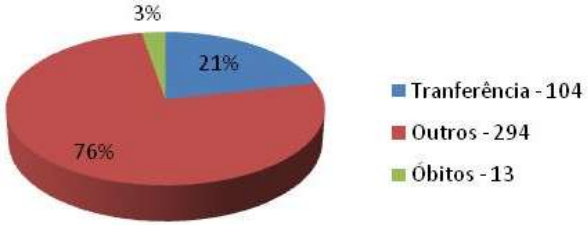


PRODUÇÃO GAR

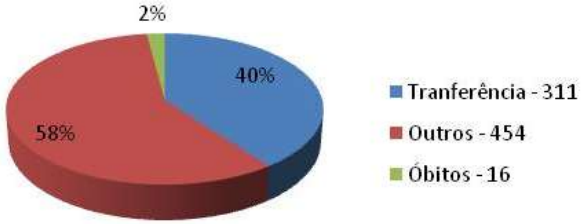
Solicitações GAR - 2006
(n=363)



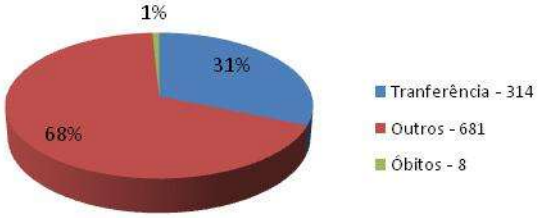
Solicitações GAR - 2007
(n=484)



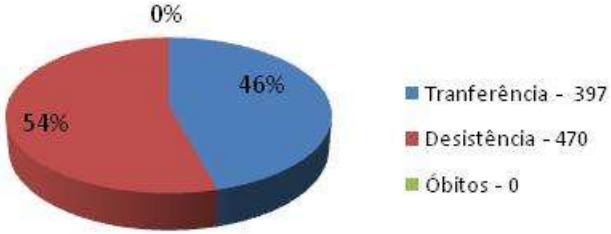
Solicitações GAR - 2008
(n=781)



Solicitações GAR - 2009
(n=1.043)



Solicitações GAR - 2010
até 14/set (n=867)



DENGUE

	2008	2009	2010	TOTAL
Solicitações	8.967	266	547	9.780
Internações	6.069	179	309	6.557

Solicitação x Internação
04/03/2008 a 14/09/2010
Solicitações
Internações
4500
4000
3500
3000
2500
2000
1500
1000
500
0
mar/08
mai/08
jul/08
set/08
nov/08
jan/09
mar/09
mai/09
jul/09
set/09
nov/09
jan/10
mar/10
mai/10
jul/10

DIP

	2008	2009	2010	TOTAL
Solicitações	912	1813	1.293	4.018
Internações	477	876	694	2.047

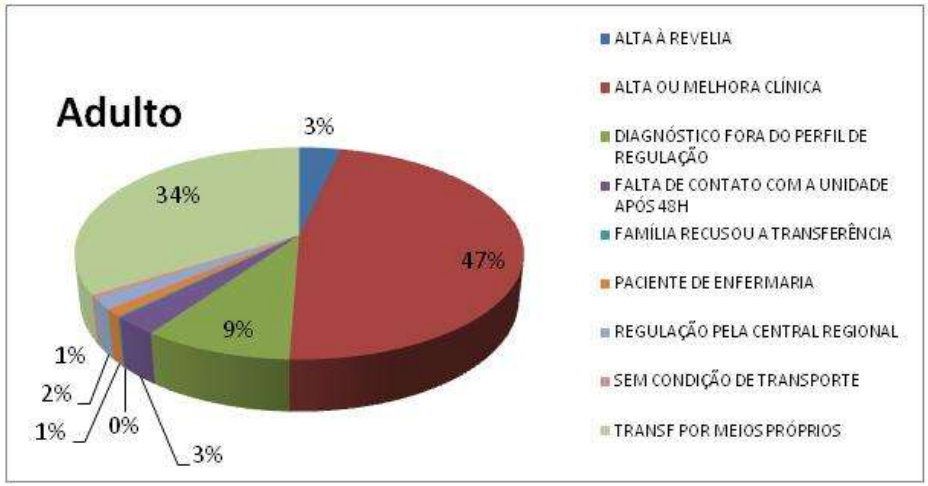
TRS

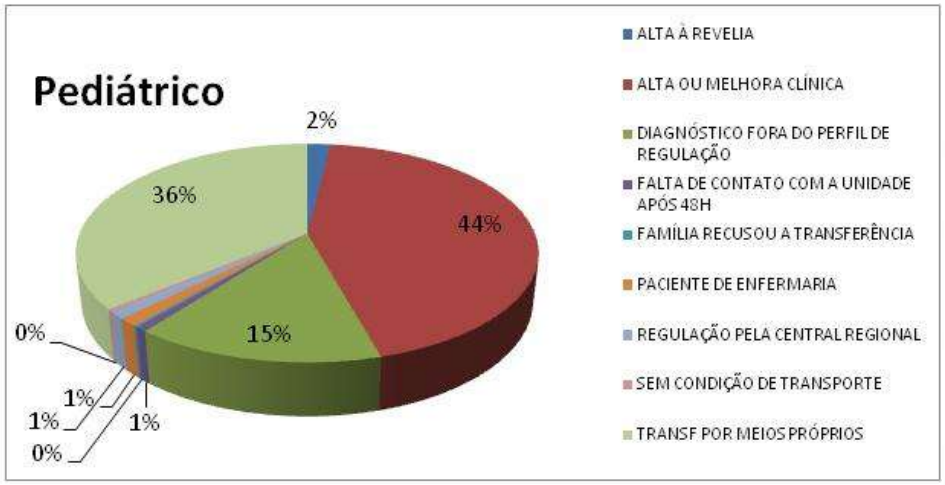
Tipo de Solicitação	2008	2009	2010	TOTAL
Ingresso	1.932	4.160	2.956	**9.048**
Renovação de APAC	9.151	34.202	23.967	**67.320**
Implante de Cateter	907	2.527	1.509	**4.943**
Acesso Vascular	903	2.384	1.635	**4.922**
Troca de Procedimento	295	513	318	**1.126**
Hemodialise Extra	1.621	2.534	1.474	**5.629**
Treinamento	145	347	271	**763**
Transferencia de Unidade	703	2.542	1.949	**5.194**
TOTAL	**15.657**	**49.209**	**36.089**	**100.955**

CTI
ADULTO E PEDIÁTRICO

Histórico	(04/11/2008 a 14/09/2010)			
	Solicitações		Total	Média (diária)
	Adulto	Pediátrico		
Solicitações	22.554	3.067	25.621	38
Internações	7.340	1.344	8.684	13
Desistências	10.745	1.583	12.328	18
Óbitos	4.325	136	4.461	7

ANÁLISE DAS DESISTÊNCIAS





MANDADOS JUDICIAIS

Mandados Judiciais de CTI
04/11/08 a 14/09/10

Tipo de CTI	Pacientes	%
ADULTO	1.681	93,7%
PEDIÁTRICO	97	5,4%
NEONATAL	16	0,9%
TOTAL	**1794**	

Esfera das Unidades Solicitantes dos Mandados Judiciais
04/11/08 a 14/09/10

Esfera das Unidades solicitantes	Pacientes	%
Públicas	867	48,3%
Particular	927	51,7%
TOTAL	**1794**	

Principais Unidades Solicitantes

Esfera Particular	Pacientes	%
H MEMORIAL	383	41%
H BALBINO	69	7%
DOMICÍLIO	42	5%
H SANTA MARIA MADALENA	30	3%
H CEMERU (AMESC)	19	2%

Esfera Pública	Pacientes	%
HE GETÚLIO VARGAS	38	4%
UPA 08 DUQUE DE CAXIAS I	38	4%
UPA 16 JACAREPAGUÁ	35	4%
UPA 13 SARAPUÍ (CAXIAS II)	31	4%
UPA 05 CAMPO GRANDE	30	3%

APOIO AO RESGATE

REMOÇÃO AEROMÉDICA

REGULAÇÃO DE LEITOS

Resgate - Transporte Primário

1. Transporte dos pacientes do local da ocorrência do incidente até a Unidade de Saúde.
2. Locais de difícil acesso à ambulância.
3. Colisões com encarceramento em veículos.
4. Quedas superiores a 6 metros ou equivalentes ao terceiro andar de edifícios.
5. Explosões.
6. Afogamentos ou acidentes de mergulho.
7. Exposição a produtos tóxicos.
8. Inalações ou queimaduras graves.
9. Lesões penetrantes na cabeça, pescoço ou tronco.
10. Fraturas na coluna vertebral, fêmur ou pélvis.
11. Pacientes em coma ou choque.
12. Dificuldade respiratória.

"O atendimento e estabilização inicial do paciente são feitas no local, seguida do preparo e transporte para uma unidade de saúde ou hospital prèviamente contatado pelo médico a bordo, para a unidade de saúde ou hospital estar devidamente preparado para dar continuidade ao atendimento do paciente."

Neto - 2000

Remoção - Transporte Secundário

1. É sempre feita entre unidades de saúde quando os mesmos não têm recursos (humanos, tecnológicos ou terapêuticos) para o seu tratamento e que também o paciente apresente condições para tal procedimento.
2. Problemas respiratórios com necessidade de respirador.
3. Problemas neurológicos que necessitem de monitorização intra craniana.
4. Pacientes submetidos a transplantes.
5. Pacientes obstétricos que necessitem de cuidados intensivos.
6. Pacientes críticos necessitando de cuidados intensivos.

"A remoção é de responsabilidade do médico e envolve diversos aspectos (éticos, logísticos , financeiros, operacionais e legais)

Junior – 2001

Análise de leitos CTQ

Região	Estado	População	Existentes SUS	Necessários	Déficit
Centro-Oeste	Distrito Federal	2.606.885	6	87	-81
Centro-Oeste	Goias	5.926.300	5	198	-193
Centro-Oeste	Mato Grosso	3.001.692	0	100	-100
Centro-Oeste	Mato Grosso do Sul	2.360.498	0	79	-79
Nordeste	Alagoas	3.156.108	0	105	-105
Nordeste	Bahia	14.637.364	4	488	-484
Nordeste	Ceará	8.547.809	4	285	-281
Nordeste	Maranhão	6.367.138	12	212	-200
Nordeste	Paraíba	3.769.977	6	126	-120
Nordeste	Pernambuco	8.810.256	2	294	-292
Nordeste	Piauí	3.145.325	0	105	-105
Nordeste	Rio Grande do Norte	3.137.541	0	105	-105
Nordeste	Sergipe	2.019.679	0	67	-67
Norte	Tocantins	1.292.051	12	43	-31
Norte	Acre	691.132	0	23	-23
Norte	Amapa	626.609	0	21	-21
Norte	Amazonas	3.393.369	0	113	-113
Norte	Pará	7.431.020	2	248	-246
Norte	Rondônia	1.503.928	0	50	-50
Norte	Roraima	421.499	0	14	-14
Sudeste	Espírito Santo	3.487.199	12	116	-104
Sudeste	Minas Gerais	20.033.665	20	668	-648
Sudeste	Rio de Janeiro	16.010.429	10	534	-524
Sudeste	São Paulo	41.384.039	63	1379	-1316
Sul	Paraná	10.686.247	10	356	-346
Sul	Rio Grande do Sul	10.914.128	7	364	-357
Sul	Santa Catarina	6.118.743	8	204	-196

IBGE 2009
CNES – 06/09/2010

Análise de leitos CTI

Região	Estado	População	Existentes SUS	Necessidade	Défit
Centro-Oeste	Distrito Federal	2.606.885	317	261	56
Centro-Oeste	Goias	5.926.300	458	593	-135
Centro-Oeste	Mato Grosso	3.001.692	227	300	-73
Centro-Oeste	Mato Grosso do Sul	2.360.498	196	236	-40
Nordeste	Alagoas	3.156.108	207	316	-109
Nordeste	Bahia	14.637.364	634	1464	-830
Nordeste	Ceará	8.547.809	504	855	-351
Nordeste	Maranhão	6.367.138	98	637	-539
Nordeste	Paraíba	3.769.977	320	377	-57
Nordeste	Pernambuco	8.810.256	489	881	-392
Nordeste	Piauí	3.145.325	138	315	-177
Nordeste	Rio Grande do Norte	3.137.541	176	314	-138
Nordeste	Sergipe	2.019.679	149	202	-53
Norte	Tocantins	1.292.051	98	129	-31
Norte	Acre	691.132	24	69	-45
Norte	Amapa	626.609	26	63	-37
Norte	Amazonas	3.393.369	202	339	-137
Norte	Pará	7.431.020	375	743	-368
Norte	Rondônia	1.503.928	73	150	-77
Norte	Roraima	421.499	20	42	-22
Sudeste	Espírito Santo	3.487.199	262	349	-87
Sudeste	Minas Gerais	20.033.665	2067	2003	64
Sudeste	Rio de Janeiro	16.010.429	1065	1601	-536
Sudeste	São Paulo	41.384.039	4415	4138	277
Sul	Paraná	10.686.247	1204	1069	135
Sul	Rio Grande do Sul	10.914.128	1388	1091	297
Sul	Santa Catarina	6.118.743	578	612	-34

IBGE 2009
CNES – 06/09/2010
Portaria 1.101 MS 09/10

HOSPITAL ESTADUAL ADÃO PEREIRA NUNES

PROJETO DE IMPLANTAÇÃO

do

SERVIÇO DE RESGATE AEROMÉDICO

PT-YDF
HEAPN
DUQUE DE CAXIAS
FotoArte © 2006 Marcelo Dau
www.universocriativo.com.br

Nos EUA, em 1972, a National Highway Transport Safety Administration (NHTSA)

"Helicopters and Emergency Medical Services"

Em 1973, no St. Anthony's Hospital, na cidade de Denver, foi iniciado com sucesso o primeiro serviço aeromédico associado à um centro de trauma, com heliponto e base aeromédica.

LCY 4793
28 11:17

RECURSOS LOGÍSTICOS

Segurança no Transporte;
Alcance;
Sistemas de Comunicação eficiente;
Condições Meteorológicas;
Custo;
Disponibilidade de ambulância para apoio;
Equipamentos e Materiais;
Espaço da Cabina;
Exigências de Treinamento de Pessoal(Manual de Treinamento);
Exigências Especiais para o Transporte(Manual de Operações);
Resposta à Desastres;
Tempo de Resposta; e
Triagem Clínica do Caso (Observando : a Patologia,
a Evolução Clínica e o Custo-Benefício do Transporte em cada atendimento).

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

CILINDROS DE OXIGÊNIO;
- ✓ **FIXO e PORTÁTIL**

RESPIRADOR;

ASPIRADOR;

MONITOR ECG / DESFIBRILADOR;

MATERIAL DE IMOBILIZAÇÃO E TRANSPORTE;

MEDICAMENTOS;

CONTROLADOS.

EQUIPE OPERACIONAL

SEGURANÇA DE VÔO;

PILOTOS;

OPERADORES DE EQUIPAMENTOS (MÉDICOS);

OPERADORES DE EQUIPAMENTOS (TÉCNICOS);

COORDENADORES.

PROGRAMA DE TREINAMENTO

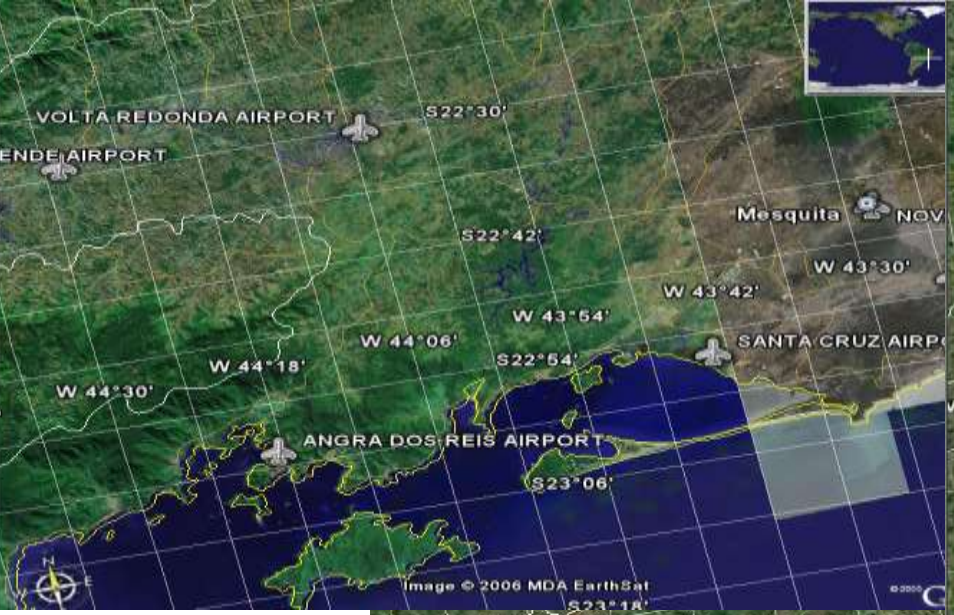
- Sistema da Aviação Civil;
- Segurança de Vôo;
- Introdução a Fisiologia de Vôo;
- Conhecimento Gerais de Aviação;
- Combate a Incêndio;
- Resgate e Transporte Aeromédico;
- Operações com helicóptero.

PT-YDF

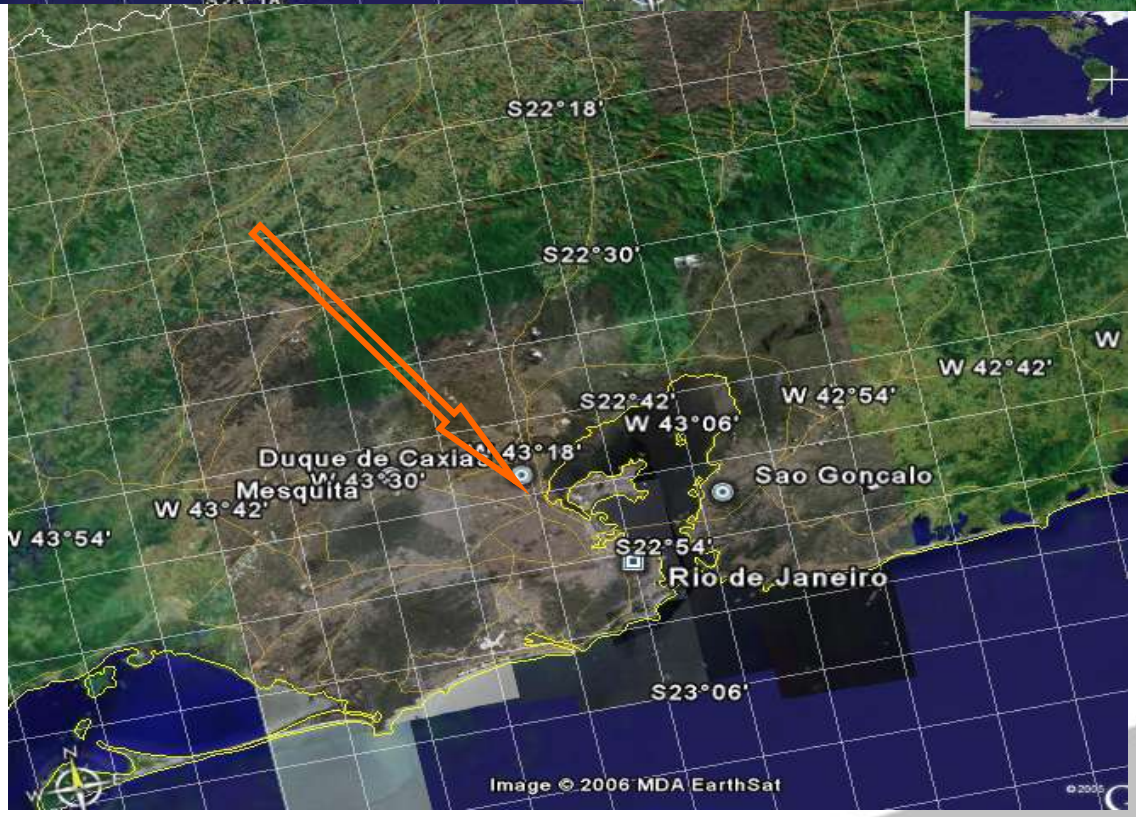
MISSÃO OPERACIONAL

TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR

Transporte de enfermos, de um hospital de pequeno porte, para um hospital de grande porte.


VOLTA REDONDA AIRPORT
S22°30'
Mesquita
S22°42'
W 43°30'
W 43°42'
W 43°54'
W 44°06'
SANTA CRUZ AIRP
S22°54'
W 44°18'
W 44°30'
ANGRA DOS REIS AIRPORT
S23°06'
Image © 2006 MDA EarthSat

ITAPERUNA AIRPORT
S21°18'
S21°30'
W 41°30'
W 41°42'
S21°42'
W 41°54'
W 42°06'
S21°54'
Image © 2006 MDA EarthSat


S22°18'
S22°30'
W 42°42'
W 42°54'
S22°42'
W 43°06'
Duque de Caxias
W 43°18'
W 43°30'
Mesquita
W 43°42'
W 43°54'
Sao Goncalo
S22°54'
Rio de Janeiro
S23°06'
Image © 2006 MDA EarthSat

ESTIMADO DE TEMPO

Hospital Estadual Adão Pereira Nunes

(Base operacional)

Para os seguintes hospitais de referência:
Hospital Estadual Pedro II- 19 minutos
Hospital Estadual Rocha Faria- 14 minutos
Hospital Estadual Carlos Chagas- 10 minutos
Hospital Estadual Albert Schweitzer- 10 minutos
Hospital Estadual Getúlio Vargas- 08 minutos
Hospital Estadual Azevedo Lima- 12 minutos

Hospital Estadual Getúlio Vargas para Hospital Estadual Pedro II
11 minutos

“ Uma organização que opera com poucos acidentes,em um ambiente de alto risco, é mais segura que uma organização cuja única razão para não ter acidentes é operar em um ambiente de baixo risco”

Vice-Almirante Álvaro Luiz Pinto

PT-YDF
TAXI AEREO
HEAPN
RESGATE AEROMÉDICO
DUQUE DE CAXIAS

SUS
HOSPITAL ESTADUAL
ADÃO PEREIRA NUNES
5
PT-YZD

GOVERNO DO Rio de Janeiro

SECRETARIA DE SAÚDE E DEFESA CIVIL

METAS PARA REFLEXÃO

1. Implantação de acolhimento humanizado e classificação de riscos em todas as Unidades de Saúde capacitadas para receberem pacientes críticos.

OMS

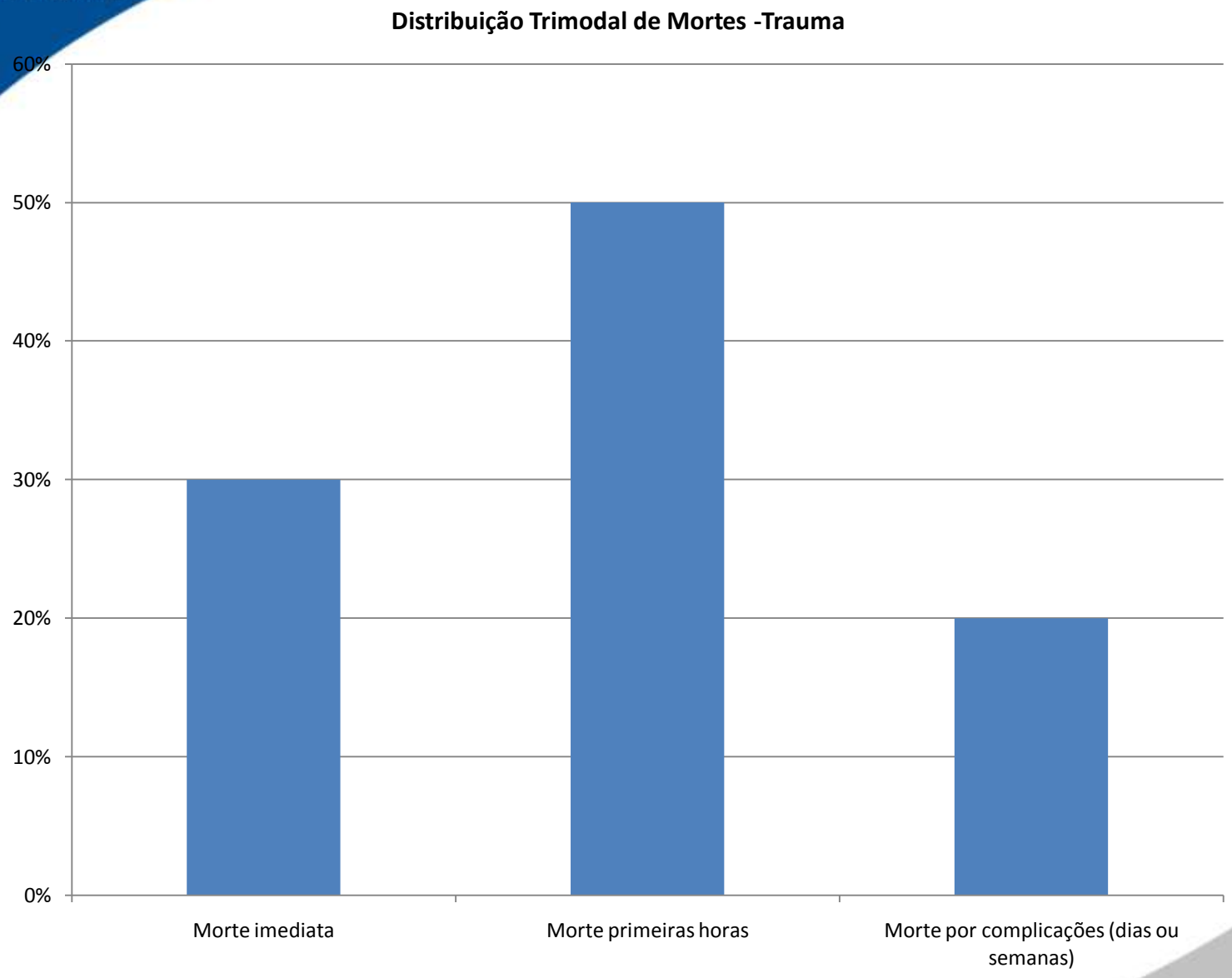
“Paciente certo, no lugar certo, com profissionais certos, terá MAIOR probabilidade de ser salvo”

GOVERNO DO Rio de Janeiro
SECRETARIA DE SAÚDE E DEFESA CIVIL

PORQUE UM CENTRO DE POLITRAUMATIZADOS, TRAUMATIZADOS E QUEIMADOS?

- Maior problema de saúde pública global segundo a OMS;
- Pacientes: Diferenciados por lesões de alta complexidade;
- Especializado e adequado para assistëncia de Excelëncia;
- Minimiza sobrecarga e desperdícios em Hospitais gerais;
- Operacionaliza, Organiza e Regula o Sub-sistema Trauma;
- Referëncia para Desastres, Catástrofes, Eventos especiais;
- Traz Treinamento, Ensino, Pesquisa, Prevenção, Checklist;
- Segurança para o Paciente: Inovação e Investimentos SES;

GOVERNO DO Rio de Janeiro
SECRETARIA DE SAÚDE E DEFESA CIVIL



GOVERNO DO Rio de Janeiro
SECRETARIA DE SAÚDE E DEFESA CIVIL

SESDEC
Política de Enfrentamento ao Trauma

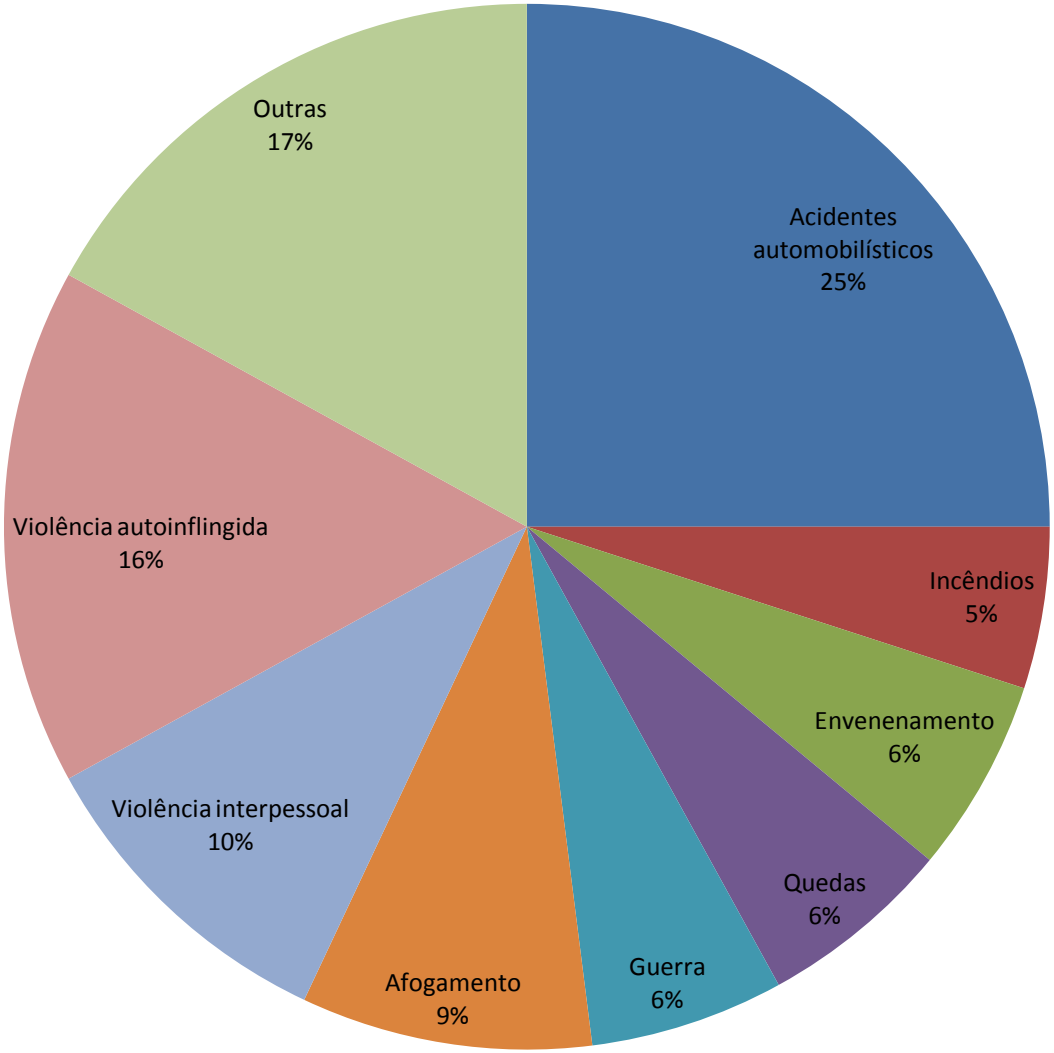
- Estudos e Pesquisas para Investimentos planejados;

- Completar CICLO Assistencial ao Traumatizado:
  Resgate > Centro de Trauma > Reabilitação

- Implantação de Centros Especializados em regíões de maior índice de atendimentos a causas externas- ERJ: HEAPN + HEAT + HEAL + HERB + Apoio à 5 novos Centros de Trauma de Municípios (Ex: RJ = HMMC);

GOVERNO DO Rio de Janeiro
SECRETARIA DE SAÚDE E DEFESA CIVIL

Distribuição Global (OMS) por Causa da Mortalidade por Trauma

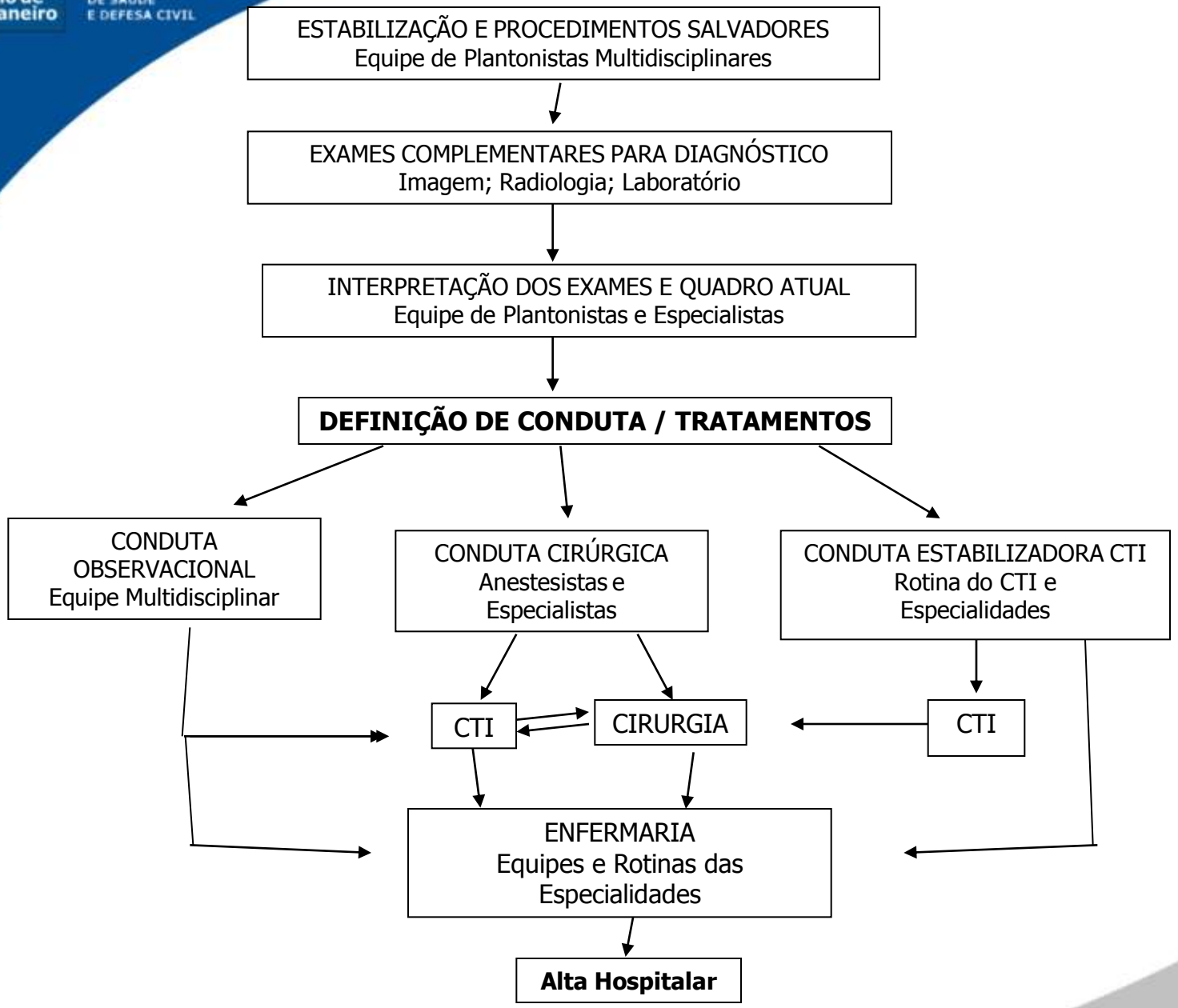


ESTRUTURA BÁSICA DO CT

- **Estrutura** física adequada, moderna, equipada, fluxo lógico;
- **Fluxo**: Acesso > Identificação > Box de Choque – Trauma – Estabilização > Exames Diagnósticos (+ TC) > Observação > > Centro Cirúrgico e RPA > CTI > USI > Enfermarias > F.Up;
- **Equipe** Básica: Cirurgião Geral + Neurocirurgião + Vascular + Ortopedista + Anestesista + Intensivista + Radiologista e demais alcançáveis (Cardio, Pediatra, Plastico, Torax, etc) + Enfermeiros + Técnicos + Apoio + Administrativos + Gerais;
- **Para** cada 4 BOXES de Estabilização: 1 Sala de Cirurgia; 2 Leitos RPA; 6 Leitos CTI; 12 Leitos de Enfermaria; 1 SADT;

GOVERNO DO Rio de Janeiro
SECRETARIA DE SAÚDE E DEFESA CIVIL

ROTINA GERENCIAL ASSISTENCIAL A PACIENTES EMERGENCIAIS



Quantitativo estimado de produção de cirurgias de trauma:

1. Coluna e Pelve = 5%
2. M. Inferior = 20%
3. M. Superior= 15%
4. Cirurgia Geral = 25%
5. Neurocirurgia= 15%
6. Outras áreas = 20%

VANTAGENS E BENEFÍCIOS

- Segundo a OMS 5.8 milhões de óbitos ao ano no Planeta, o dobro de DIP e AIDS somadas;
- ESTATÍSTICAS em regiões assistidas por CT: Redução em até 50% de óbitos e sequelas; Ampliação da formação de profissional especializado, pelo treinamento avançado;
- Países com Sub sistema de Trauma Organizado tem 27% a menos de óbitos e mais ações de prevenção e conscientização da população;

METAS PARA REFLEXÃO

1. Implantação de acolhimento humanizado e classificação de riscos em todas as Unidades de Saúde capacitadas para receberem pacientes críticos.

2. Definição do perfil de todas as Unidades de Saúde.

3. Regionalização.

4. Intercâmbio entre todas as esferas (Federal, Estadual, Municipal e Universitária).

5. Treinamento continuado para todos os profissionais de saúde em relação ao manuseio do paciente crítico.

6. Intercâmbio e integração com serviços especializados de todos os estados sem qualquer implicação política.

7. Treinamento e capacitação nas comunidades para formação de grupos capacitados para o primeiro atendimento com ênfase em desastres ambientais e acidentes com múltiplas vítimas – Processo APELL.

8. Inserção de matérias referentes à Saúde Pública, SUS e Regulação nos currículos escolares nas universidades que formam profissionais da área de saúde.

ANAC_bxres.wmv