



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE FISIOLOGIA E FARMACOLOGIA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM FARMACOLOGIA CLÍNICA**

**CRISTIANO WALTER MORAES RÔLA JÚNIOR**

**PERFIL DE PACIENTES ENCAMINHADOS PARA A  
INTERNAÇÃO EM UTI ATRAVÉS DA CENTRAL DE  
REGULAÇÃO DE LEITOS DE FORTALEZA**

**FORTALEZA  
2014**

**CRISTIANO WALTER MORAES RÔLA JÚNIOR**

**PERFIL DE PACIENTES ENCAMINHADOS PARA A INTERNAÇÃO  
EM UTI ATRAVÉS DA CENTRAL DE REGULAÇÃO DE LEITOS DE  
FORTALEZA**

Dissertação apresentada à Universidade Federal do Ceará – Programa de Pós-Graduação em Farmacologia para obtenção do título de Mestre em Farmacologia Clínica.

**Orientador:** Prof. Dr. Manoel Odorico de Moraes

**Co-Orientador:** Profa. Dra. Maria Sônia Felício Magalhães

**FORTALEZA**

**2014**

CRISTIANO WALTER MORAES RÔLA JÚNIOR

PERFIL DE PACIENTES ENCAMINHADOS PARA A INTERNAÇÃO EM UTI  
ATRAVÉS DA CENTRAL DE REGULAÇÃO DE LEITOS DE FORTALEZA

Dissertação apresentada à Universidade Federal do Ceará – Programa de Pós-Graduação em Farmacologia para obtenção do título de Mestre em Farmacologia Clínica.

**Orientador:** Prof. Dr. Manoel Odorico de Moraes.

**Co-Orientadora:** Profa. Dra. Maria Sônia Felício Magalhães.

Aprovada em: 30/ 01/ 2014.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Manoel Odorico de Moraes (Orientador)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Profa. Dra. Maria Sônia Felício Magalhães (co-Orientadora)  
Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA)

---

Prof. Dr. Antônio Ribeiro da Silva Filho  
Centro Universitário Christus (Unichristus)

A Deus, que me permite reunir forças para desempenhar minha jornada diária com saúde, dedicação e coragem. À minha família, que sempre me acolheu tão bem nos seus corações. À minha querida avó materna Dona Suzana Correia Mota "*In Memoriam*", pois sua marca registrada era sempre enaltecer o valor da educação para a vida de um homem.

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus Pais pelo apoio sincero e em particular à minha Mãe Dione pela dedicação e presença marcante na minha formação como profissional e como indivíduo.

À minha mulher Ana Cláudia, companheira de todas as horas, pelo incentivo, compreensão e apoio incondicional demonstrado em toda a minha caminhada.

Aos meus filhos Pedro e Cristiana, meus fieis escudeiros, razão maior da minha vida.

Aos meus irmãos Sérgio e Dione pela amizade e compreensão e a todos os tios, sobrinhos, primos pelo exemplo de família que cultivamos e valorizamos sempre.

Ao meu orientador Prof. Dr. Manoel Odorico de Moraes, pela oportunidade, incentivo, mas principalmente pelo exemplo de pessoa e profissional que pude conhecer melhor.

À minha co-orientadora, Profa. Dra. Maria Sônia Felício Magalhães pela dedicação, orientações, disciplina e empenho profissional, fator decisivo para conclusão da minha dissertação.

À Profa. Maria Elizabete, Coordenadora do Mestrado pela oportunidade, ajuda e disponibilidade demonstrada em todos os momentos.

À Sra. Adelânia Roque Marinho Guedes, colaboradora do Departamento de Farmacologia pelo empenho e dedicação.

A todos que fazem parte do departamento de Farmacologia e da Unifac pela acolhida e generosidade durante estes dois anos de estudo.

Aos componentes da minha Banca de Qualificação e de Defesa, que em nome do Prof. Dr. Antônio Ribeiro da Silva Filho agradeço aos demais, pelas contribuições valiosas que colaboraram para o aprimoramento deste trabalho.

Aos meus colegas de trabalho da Central de Regulação de Leitos pelo carinho e companheirismo de todos e em particular à Maria Francineuza Cândida Gurgel (Neidinha) e Antônio de Pádua Lopes Pinho pela disponibilidade e amizade demonstrada na construção deste trabalho.

Ao Professor Francisco Vagnaldo Fachine Jamacaru pela ajuda na elaboração do estudo estatístico.

Aos meus amigos do Centro Universitário Christus – Unichristus, pelo apoio e incentivo demonstrado em todos os momentos de convivência e em particular à Sheila Peixoto pela ajuda valiosa na formatação da dissertação e aos Profs. Edson Alencar e Elzenir pela disponibilidade e ajuda.

À toda equipe de alunos do Mestrado pelos excelentes momentos que passamos juntos em sala de aula e que me ajudaram a superar as dificuldades encontradas.

“Ninguém ignora tudo. Ninguém sabe tudo. Todos nós sabemos alguma coisa. Todos nós ignoramos alguma coisa. Por isso aprendemos sempre.”

*Paulo Freire*

## RESUMO

**PERFIL DE PACIENTES ENCAMINHADOS PARA A INTERNAÇÃO EM UTI ATRAVÉS DA CENTRAL DE REGULAÇÃO DE LEITOS DE FORTALEZA.** CRISTIANO WALTER MORAES RÔLA JÚNIOR. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Farmacologia. Orientador: Prof. Dr. Manoel Odorico de Moraes.

O presente estudo teve como objetivo caracterizar o perfil dos pacientes adultos encaminhados para internação em uma Unidade de Terapia Intensiva por meio da Central de Referência e Regulação de Leitos de Fortaleza e analisar o desfecho recebido por eles no período de outubro de 2010 a setembro de 2011. O método utilizado foi um estudo descritivo, de corte transversal, com base na abordagem quantitativa e de natureza documental. A partir dos dados do Sistema de Regulação Municipal de Leitos de Fortaleza, foram realizadas análises estatísticas de todas as solicitações de internação em UTI totalizando 5.975 pacientes e compiladas em tabelas, gráficos e planilhas com suas frequências absolutas e relativas verificando associações entre as variáveis. De todas as solicitações, os aspectos demográficos dos pacientes evidenciaram uma predominância do sexo masculino correspondendo a 59,41%; moravam em Fortaleza 60,97% dos pacientes e 49,18% tinham idade inferior a 60 anos. Do total de pacientes encaminhados, 32,12% não receberam priorização formal pelo médico regulador; no entanto, dos que foram priorizados, o maior contingente de pacientes correspondendo a 64,69%, foram classificados como grau I e 32,00% grau II de acordo com os critérios de admissão em UTI da Sociedade Americana de Terapia Intensiva e utilizado pela CRRIFOR, totalizando 96,69% de todas as priorizações avaliadas. Foram realizadas as análises do desfecho e do destino hospitalar do paciente em cada nível de priorização. Pacientes que receberam prioridade I obtiveram um percentual maior no acesso à internação em leito de UTI perfazendo 47,05% das solicitações, seguidos pelos pacientes com grau de prioridade II atingindo um percentual de 43,99%. A mortalidade na fila da UTI foi maior nos pacientes com prioridade III que teve um percentual de 52,17% evoluíram para o óbito. Os pacientes com prioridade II apresentaram a maior frequência de solicitações para internação em UTI canceladas, por mudança no quadro clínico dos pacientes, em 26,04% do total. A Unidade Hospitalar de referência que mais apresentou disponibilidade de leitos de UTI neste período foi o Hospital Geral Waldemar Alcântara, unidade de retaguarda que não dispõe de setor de emergência, sendo responsável por 19,96% das transferências nos pacientes com prioridade I e nos pacientes com prioridade II totalizou 19,15% dos pacientes transferidos para internação em UTI por meio da CRRIFOR. Entre as patologias mais frequentes nas solicitações de internação em UTI destaca-se o Acidente Vascular Cerebral com 16,18%, a infecção respiratória com 8,30% e o politrauma com 7,95%, totalizando 32,43% de todas as solicitações. A média de solicitações mensal de internamentos em UTI adulto na CRRIFOR foi de 498 pacientes e a média de espera na fila de UTI foi de 5,66 dias considerando pacientes classificados em todos os graus de prioridade. A Central de Regulação de leitos de Fortaleza contribuiu para a melhoria do acesso da população aos leitos de UTI da rede de saúde pública; porém, observa-se a necessidade de ampliação do número de leitos de Unidade de Terapia Intensiva no Estado e de políticas públicas voltadas especialmente para as áreas de neurologia, cardiologia e trauma. O cuidado intensivo deve integrar uma rede de atenção à saúde regionalizada, para que a população tenha acesso de forma organizada garantindo a universalidade, a integralidade e a equidade no cuidado à saúde.

**Palavras-Chave:** Unidades de Terapia Intensiva. Terapia Intensiva. Sistema Único de Saúde. Prioridades em Saúde. Sistemas de Saúde.



## ABSTRACT

**PROFILE OF PATIENTS REFERRED TO THE HOSPITAL IN INTENSIVE CARE UNIT (ICU) VIA THE ADJUSTMENT CENTER OF BEDS IN FORTALEZA.** CRISTIANO WALTER MORAES RÔLA JÚNIOR. Thesis (MS). Post-Graduate Program in Pharmacology. Advisor: Prof. Dr. Manoel Odorico de Moraes.

This study aimed at characterizing the profile of adult patients referred for admission in an intensive care unit through the Reference Center and Fortaleza Beds regulation and analyzing the outcome reached by them from October 2010 to September 2011. The method used was a descriptive, cross-sectional, based upon a quantitative approach and a documentary nature. According to the data of the municipal system of beds Municipal regulation in Fortaleza, the statistical analysis for all admission requests were made in ICU totaling 5,975 patients whose profile was compiled in tables, graphs and charts with their absolute and relative frequencies check association among variables. Of all the requests, the demographics of the patients showed a predominance of males accounting for 59.41%; living in Fortaleza 60.97% of patients and 49.18% were younger than 60 years. Among the patients referred, 32,12% did not receive formal prioritization by the medical regulator; however, among those who have been prioritized, the more patients corresponding to 64.69%, were classified as grade I and grade II 32.00% according to the criteria for admission to the ICU of the American Society of Intensive Care and used by CRRIFOR, totaling 96.69% of all evaluated prioritization. Analysis of outcome and hospital destination of the patient at each level of prioritization were performed. Those patients who had received priority and had the highest percentage in access to ICU bed in hospital totalled 47.05% of requests, followed by those with priority II reaching rates of 43.99%. The ICU mortality queue was higher in patients with priority III had a percentage of 52.17% evolved to death. Priority II patients showed the highest frequency of requests for admission to the ICU canceled due to change in the clinical status of patients, in 26.04% of the total. The Hospital Unit of reference that showed availability of ICU beds in this period was the General Hospital Waldemar Alcântara, rear unit that has no emergency sector, accounting for 19.96% of transfers in priority I patients and in patients. Priority II totaled 19.15% of patients transferred to ICU stay by CRRIFOR. Among the most frequent pathologies in ICU admission requests highlighted the stroke with 16.18%, respiratory infections caused by 8.30% and polytrauma with 7.95% to 32.43% of all requests. The average monthly requests for admissions to adult ICU in CRRIFOR was 498 patients and the average waiting time in the queue ICU was 5.66 days considering patients classified at all levels of priority. The Fortaleza beds Regulation Center contributed to improving the population's access to ICU beds of the public health system; however, there is the need of increasing the number of ICU beds in the state and public policies especially in the areas of neurology, cardiology and trauma. Intensive care must integrate a network of regionalized attention to health, so that the population may have an organized access ensuring universality, comprehensiveness and equity in health care.

**Keywords:** Intensive Care Units. Intensive Care. Health System. Priorities. Health Systems.

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Participação nas despesas com ações e serviços públicos de saúde por esfera de governo, 2000 a 2007 .....	15
Gráfico 2 – Número de leitos na cidade de Fortaleza entre os anos de 2006 e 2011 .....	22
Gráfico 3 - Distribuição dos pacientes conforme o gênero .....	37
Gráfico 4 - Distribuição dos pacientes por faixa etária .....	38
Gráfico 5 - Distribuição dos pacientes por procedência .....	39
Gráfico 6 - Distribuição dos pacientes conforme o grau de priorização .....	40
Gráfico 7 - Distribuição dos pacientes com prioridade X desfecho .....	41
Gráfico 8 - Distribuição dos pacientes com prioridade I X hospitais de referência .....	42
Gráfico 9 - Distribuição dos pacientes com prioridade II X desfecho .....	43
Gráfico 10 - Distribuição dos pacientes com prioridade II X hospitais de referência .....	44
Gráfico 11 - Distribuição de pacientes com prioridade III X desfecho .....	44
Gráfico 12 - Distribuição dos pacientes com prioridade III X hospitais de referência .....	45
Gráfico 13 - Distribuição de pacientes com prioridade IV X desfecho .....	46
Gráfico 14 - Distribuição das patologias X internação em UTI .....	47
Gráfico 15 - Média mensal do número de dias de espera dos pacientes na fila de UTI .....	48
Gráfico 16 - Número de pacientes/mês encaminhados à CRRIFOR para internamento em UTI .....	49

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	- Gasto total em saúde como % do PIB, participação do gasto público no gasto total em saúde e <i>per capita</i> do gasto total em saúde e gasto público segundo paridade de poder de compra (PPP int.\$) em países com grandes áreas geográficas .....	16
Tabela 2	- Quantidade de leitos de UTI adulto na cidade de Fortaleza no período de 2006 a 2011 .....	22
Tabela 3	- Número de leitos na cidade de Fortaleza entre os anos de 2006 e 2011 .....	22
Tabela 4	- Distribuição dos pacientes conforme o gênero .....	37
Tabela 5	- Distribuição dos pacientes por faixa etária .....	38
Tabela 6	- Distribuição dos pacientes por procedência .....	39
Tabela 7	- Distribuição dos pacientes conforme o grau de priorização .....	40
Tabela 8	- Distribuição de pacientes com prioridade X desfecho .....	41
Tabela 9	- Distribuição de pacientes com prioridade I X hospitais de referência .....	42
Tabela 10	- Distribuição de pacientes com priorização II X desfecho .....	43
Tabela 11	- Distribuição de pacientes com prioridade II X hospitais de referência .....	43
Tabela 12	- Distribuição de pacientes com prioridade III X desfecho .....	44
Tabela 13	- Distribuição dos pacientes com prioridade III X hospitais de referência .....	45
Tabela 14	- Distribuição de pacientes com prioridade IV X desfecho .....	46
Tabela 15	- Distribuição das patologias X internação em UTI .....	47
Tabela 16	- Média mensal do número de dias de espera dos pacientes na fila de UTI .....	48
Tabela 17	- Número de pacientes/mês encaminhados à CRRIFOR para internamento em UTI .....	49

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Alta Complexidade
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AMIB	Associação de Medicina Intensiva Brasileira
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CRESUS	Central de Regulação Estadual do SUS
CRRIFOR	Central de Referência e Regulação e Internação de Fortaleza
EC	Emenda Constitucional
HGF	Hospital Geral de Fortaleza
HUWC	Hospital Universitário Walter Cantídio
IJF	Instituto Dr. José Frota
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MR	Médico Regulador
NOB	Normas Operacionais Básicas
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
SCCM	Sociedade Americana de Terapia Intensiva
SCCM	Sociedade Americana de Terapia Intensiva
SESA	Secretaria de Saúde do Estado do Ceará
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE	Traumatismo Crânio-Encefálico
TI	Tecnologia da Informática
UFC	Universidade Federal do Ceará
UNICHRISTUS	Centro Universitário Christus
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>14</b>
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b>	<b>30</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>32</b>
<b>3.1</b>	<b>Objetivo Geral</b>	<b>32</b>
<b>3.2</b>	<b>Objetivos Específicos</b>	<b>32</b>
<b>4</b>	<b>MÉTODO</b>	<b>33</b>
<b>4.1</b>	<b>Tipo de Estudo</b>	<b>33</b>
<b>4.2</b>	<b>Local de Estudo</b>	<b>33</b>
<b>4.3</b>	<b>População e Amostra do Estudo</b>	<b>35</b>
<b>4.4</b>	<b>Critérios de Inclusão</b>	<b>35</b>
<b>4.5</b>	<b>Coleta de Dados</b>	<b>36</b>
<b>4.6</b>	<b>Análise e Discussão dos Dados</b>	<b>36</b>
<b>4.7</b>	<b>Aspectos Éticos</b>	<b>36</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>37</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b>	<b>50</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>53</b>
<b>8</b>	<b>CONCLUSÃO</b>	<b>54</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>55</b>
	<b>APÊNDICE A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE FIEL DEPOSITÁRIO</b>	<b>61</b>
	<b>ANEXO A – FLUXOGRAMA OPERACIONAL DA CENTRAL DE REFERÊNCIA E REGULAÇÃO DAS INTERNAÇÕES DE FORTALEZA</b>	<b>62</b>
	<b>ANEXO B – CRITÉRIOS DE PRIORIZAÇÃO</b>	<b>63</b>
	<b>ANEXO C – PROTOCOLO DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO EM UTI</b>	<b>64</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Este estudo visa analisar o perfil dos pacientes encaminhados para internação em UTI, através da Central de Regulação e Referência e Internação de Fortaleza – CRRIFOR e utilizar os resultados obtidos para subsidiar os gestores públicos para a disponibilização de serviços e recursos assistenciais adequados às necessidades da população com base em critérios epidemiológicos.

Em 1988, a Assembleia Nacional Constituinte criou o Sistema Único de Saúde (SUS), dentro dos preceitos indicativos do movimento da Reforma Sanitária e da 8ª Conferência Nacional de Saúde, sendo reproduzido nas Constituições Estaduais e nas Leis Orgânicas Municipais. A Lei Orgânica da Saúde, Lei 8.080, promulgada em 1990, definiu as atribuições e competências de cada nível de governo.

Através da Constituição do Brasil de 1988 e de sua legislação, foi estabelecido um conceito ampliado de direito à saúde, afirmando-o como direito humano fundamental. Iniciou-se a implantação do Sistema Único de Saúde e aprofundou-se a reforma organizacional do setor Saúde, o INAMPS foi extinto em 1993 e foram transferidas suas responsabilidades para o Ministério da Saúde, e criadas as instâncias de controle social, bem como as pactuações entre gestores.

Desde então, o Ministério da Saúde tem promovido a descentralização das ações e serviços a Estados e Municípios, com a pactuação da gestão pelas diferentes Normas Operacionais Básicas (NOB) do SUS. Implantou também a modalidade de transferência direta de recursos financeiros fundo a fundo, o estabelecimento dos Planos de Saúde, a definição do financiamento pelas três esferas de governo com fontes definidas através da Emenda Constitucional (EC) nº 29, e muitas outras conquistas que têm marcado o processo de aprimoramento do SUS.

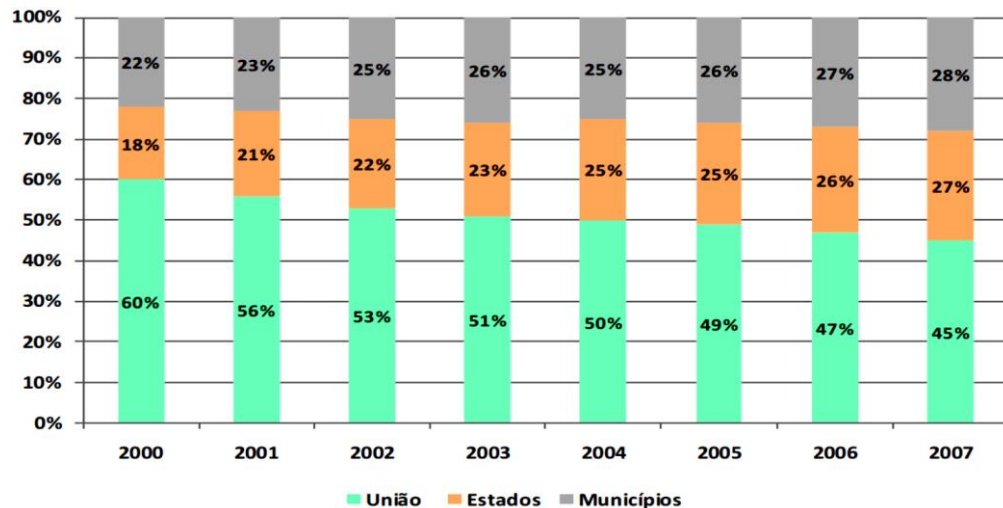
O artigo 196 da Constituição Federal define o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde, mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e

de outros agravos. Com o princípio da universalização da saúde, a responsabilidade do Estado brasileiro passou a garantir o direito a todos os cidadãos e isto repercutiu diretamente na necessidade de ampliar a alocação de recursos financeiros e a definir a fonte de receita para a área da saúde.

A EC nº 29 regulamentou o financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde para as três esferas de governo, definindo uma base de cálculo aos recursos orçamentários mínimos a serem aplicados em saúde pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios. Definiu que a União, no ano 2000, aplicaria no mínimo o equivalente ao montante empenhado em ações e serviços de saúde do exercício financeiro de 1999, acrescido de no mínimo 5%, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). No caso dos Estados e do Distrito Federal, devem ser aplicados 12% do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os artigos 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios e no caso dos Municípios e do Distrito Federal, 15% do produto da arrecadação dos impostos. Está prevista também no § 3º do artigo 198 da Constituição Federal a possibilidade de as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União serem reavaliadas por lei complementar pelo menos a cada cinco anos, desde a data de promulgação da EC nº 29.

Ao longo dos anos, nota-se significativa redução da participação relativa da União no financiamento público da saúde, de aproximadamente 60% em 2000, para 45% em 2007, enquanto se observa uma tendência de aumento da participação relativa dos Estados e dos Municípios no financiamento nesse mesmo período: os estados elevaram sua participação de 19 para 27% e os municípios de 22 para 28%.

Gráfico 1 - Participação nas despesas com ações e serviços públicos de saúde por esfera de governo, 2000 a 2007.



Fonte: Municípios: Série Histórica: 2000 em diante (anual), acesso em 27 fev. 2009.

Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), o gasto com saúde no Brasil, em 2005, representou algo em torno de 7,9% do PIB. Nesse período, o gasto total per capita em saúde padronizado segundo paridade de poder de compra foi de US\$ PPP 755 enquanto o gasto público per capita foi de US\$ PPP 333, muito inferiores aos países desenvolvidos e até mesmo de vários países da América Latina.

Tabela 1 - Gasto total em saúde como % do PIB, participação do gasto público no gasto total em saúde e *per capita* do gasto total em saúde e gasto público segundo paridade de poder de compra (PPP int.\$) em países com grandes áreas geográficas.

País	Gasto total em saúde % do PIB	% do gasto público em saúde/gasto total em saúde	Gasto total <i>per capita</i> em saúde (PPP int.\$)	Gasto público <i>per capita</i> em saúde (PPP int.\$)
Austrália	8,8	67,0	3001	2.012
Brasil (*)	<b>7,9</b>	<b>44,1</b>	<b>755</b>	<b>333</b>
Canadá	9,7	70,3	3.419	2.402
China (*)	4,7	38,8	315	122
EUA	15,2	45,1	6.350	2.862
Índia (*)	5,0	19,0	100	19
Rússia (*)	5,2	62,0	561	348
Média	8,1	49,5	2.072	1.157
Mínimo	4,7	19,0	100	19
Máximo	15,2	70,3	6.350	2.862
Global	8,6	56,0	790	442

Fonte: World health Statistic, 2008.

Entre os países da América do Sul, a situação pode ser considerada como nivelada quando comparada com o grupo anterior. Em valores relativos (% do PIB), o Brasil (7,9%) gasta menos que Argentina (10,2%) e Uruguai (8,1%). Em



valores per capita, perde também para esses países. O país com a mais alta participação pública é a Bolívia (61,6%), e todos os outros, com exceção do Chile (51%), tem participação menor que 46%, sendo que o percentual brasileiro só é mais alto que Paraguai, Uruguai e Argentina.

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) a economia global em saúde está crescendo mais rapidamente que o Produto Interno Bruto (PIB), aumentando sua participação de 8% para 8,6% do PIB mundial, entre 2000 e 2005. Em termos absolutos, ajustados pela inflação, isto representa um crescimento de 35% na despesa mundial com saúde em um período de cinco anos (World Health Organization, 2008).

Os serviços de saúde são caros e os gastos em saúde são altos e crescentes, em razão da existência de problemas estruturais do sistema. No Brasil estamos passando por uma transição demográfica onde a população envelhece e aumenta sua longevidade e os gastos em saúde são maiores nos mais idosos. Passamos também, por uma transição epidemiológica com o aumento relativo das doenças crônicas degenerativas não transmissíveis como o Diabetes e a Hipertensão Arterial, onde os gastos são maiores, aos que se somam às doenças infecciosas re-emergentes como a Dengue, a Cólera e a Leptospirose, principalmente nos países em desenvolvimento.

Acrescido a isto, passamos por um período de forte incorporação tecnológica acrítica e somatória que se faz, cada vez mais por meio de tecnologias de maior densidade e de maiores custos, muitas vezes sem efetividade comprovada. Os prestadores de serviços, a indústria biomédica e a indústria farmacêutica pressionam pela utilização dessas novas tecnologias. A existência de incentivos intrínsecos aos sistemas de saúde expandem constantemente, as estruturas e as práticas médicas estimulam a construção de modernas unidades de saúde, a formação crescente dos recursos humanos e a incorporação de formas de pagamento dos serviços, indutoras para uma maior utilização desta tecnologia.

Portanto, fica evidente que o financiamento da saúde no Brasil é insuficiente para se construir um sistema público universal de qualidade. É verdade que se gasta pouco em saúde no país, especialmente no que se refere ao gasto público, no entanto é importante valorizar a área de auditoria, controle e avaliação no SUS para se cobrar uma melhor qualidade no gasto. Portanto, o desafio do financiamento na saúde tem de ser enfrentado em duas vertentes: da quantidade e

da qualidade do gasto, especialmente quando se trata de alta complexidade de serviços de saúde como internação em leitos nas Unidades de Terapia Intensiva.

A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 no Capítulo II, traz os princípios e as diretrizes que orientam o Sistema Único de Saúde. Os chamados princípios éticos são a universalidade do acesso; a integralidade do cuidado e a igualdade/equidade da assistência, bem com os princípios organizativos: a participação social; a descentralização de responsabilidades de gestão para os Estados e Municípios e a regionalização/hierarquização onde os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente do mais simples para o mais complexo.

Passados 25 anos do processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), nos quais houve uma série de leis e normas direcionadas para o fortalecimento e consolidação de uma saúde pública de acesso universal, pode-se apontar entre os avanços alcançados, o processo de descentralização da gestão e os novos paradigmas sobre sua organização e o funcionamento na busca de atender a atual realidade social e política do país.

#### Segundo Unglert (1990),

O termo “equidade tem como conceito a igualdade no acesso à saúde e deve ser promovido como um direito, de todo o cidadão. Acesso à saúde envolve aspectos que ultrapassam a assistência à saúde. Neles atuam fatores socioeconômicos e culturais que interagem com aspectos interssetoriais ligados à própria estrutura política de cada país. Segundo o autor, a acessibilidade dos serviços de saúde é um fator de fundamental importância para que essa equidade seja concretizada. Essa acessibilidade deve ser garantida do ponto de vista geográfico, através do adequado planejamento da localização dos serviços de saúde; econômico, pela remoção de barreiras derivadas do sistema de pagamento ou contribuição pelo usuário; cultural, com a adequação das normas e técnicas dos serviços aos hábitos e costumes da população em que se inserem; e funcional, através de oferta de serviços oportunos e adequados às necessidades da população.” (UNGLERT, 1990).

Os gestores do SUS vêm tentando viabilizar estes princípios e diretrizes por meio da organização da produção dos serviços de saúde e trouxe como desafio uma necessidade de uma maior ação de regulação do sistema de saúde e fiscalização frente aos prestadores de serviços de saúde. Se, por um lado, a ampliação dos recursos financeiros e a transparência da sua aplicação repercutem positivamente; por outro lado, o foco no cidadão mostra a necessidade de melhorias

no acesso aos serviços de saúde, na qualidade da assistência e a humanização do atendimento, enquanto prioridades da gestão do SUS.

A regulação estatal acontece quando o Estado, investido de seu papel de mediador coletivo, aplica um conjunto de diferentes funções para direcionar os sistemas de serviços de saúde no sentido do cumprimento de seus objetivos e para definir, implementar e avaliar as regras do jogo desses sistemas, de forma a regular o comportamento dos atores sociais envolvidos e a satisfazer as demandas, necessidades e representações da população (MENDES, 2005).

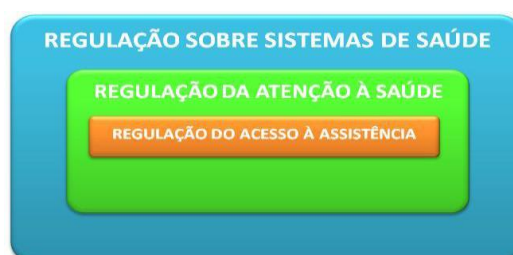
O termo Regulação aplicado ao setor saúde no País, tem diversos entendimentos, concepções e práticas (CONASS, 2006).

Segundo Ferreira (2001), o termo regular tem como significados: sujeitar as regras, dirigir, regradar, encaminhar conforme a lei, esclarecer e facilitar por meio de disposições, regulamentar, estabelecer regras para regularizar.

Em 2006, em consonância com as diretrizes operacionais instituídas pelo Pacto pela Saúde, publicado pela portaria GM/MS nº 1571/2007 foi proposta a implantação da Política Nacional de Regulação e a implantação de complexos reguladores, em todas as unidades federadas (BRASIL, 2007c).

A Portaria nº 1.559 de 01/08/2008, que instituiu a Política Nacional de Regulação diz que a Regulação do Acesso à Assistência é 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.

A partir do conceito ampliado de regulação, o Ministério da Saúde vem buscando superar deficiências conceituais, propondo uma reformulação dos conceitos, definindo a Regulação que contempla as seguintes dimensões: segundo sua ação em sistemas de saúde (Regulação de Sistemas de Saúde), na produção direta das ações e serviços de saúde (Regulação da Atenção à Saúde) e sobre o acesso dos usuários aos serviços de saúde (Regulação do Acesso ou Regulação Assistencial).



A Regulação sobre Sistemas de Saúde, enquanto regulação ampliada contém ações de Regulação da Atenção à Saúde e estas, enquanto ações sobre a produção direta das ações e serviços e, portanto, sobre prestadores de serviços, contêm as ações de Regulação do Acesso à Assistência.

A Regulação do Acesso, operacionalizada pelo gestor público, tem sido direcionada para organizar, controlar, gerenciar e priorizar o acesso e os fluxos assistenciais no âmbito do SUS. Estabelece a promoção dos princípios da equidade e da integralidade do cuidado, seja por meio do controle sobre o fluxo da demanda por assistência à saúde em todas as unidades prestadoras de serviços ou pelo redimensionamento da oferta, diminuição ou expansão, de acordo com as necessidades da população a fim de garantir o acesso aos serviços de saúde com qualidade.

Evangelista; Barreto; Guerra (2008), conceituam a regulação como um dos instrumentos de gestão que vincula e organiza a relação dos usuários com os prestadores de saúde. Para estes autores, a regulação da assistência à saúde é uma estratégia de serviço adequada à necessidade do usuário, de forma ordenada e qualificada, que deverá ser efetivada através dos complexos reguladores, unidades de trabalho responsáveis pela regulação das urgências, consultas, leitos, entre outros. Desse modo, a regulação é definida como um conjunto de ações e instrumentos para organizar a oferta, conforme a necessidade da população, estabelecendo qualidade e resolubilidade, em todos os níveis de atenção à saúde.

A regulação subsidia, assim, o estabelecimento de regras claras de obrigações e deveres que se fortalecem através da assinatura de contratos de prestação de serviços, criando mecanismos de responsabilização e se adequando à legislação vigente em relação à compra de serviços por parte do poder público.

Orienta o processo de compra de serviços na rede privada a partir do interesse público e das necessidades assistenciais (PORTAL SISREG, 2010).

A rede de assistência do SUS, as unidades de saúde pública, conveniada ou filantrópica, devem ser organizadas de forma regionalizada e hierarquizada, garantindo os princípios de universalidade, equidade e integralidade da assistência.

No Ceará, as macrorregiões de saúde são formadas por um conjunto de microrregiões que convergem para os polos terciários de Fortaleza, de Sobral e do Cariri. A atenção terciária é constituída por serviços ambulatoriais e hospitalares

especializados de alta complexidade (AC) e alto custo, tais como: serviços de urgência e emergência, atenção à gestante de alto risco, cardiologia, oncologia, neurologia e atenção ao paciente grave.

Garantem o acesso à quimioterapia, radioterapia, terapia renal substitutiva, exames hemodinâmicos, medicina nuclear, radiologia intervencionista e exames de diagnose de maior complexidade. Asseguram também tratamento intensivo, como serviços de urgências clínicas e cirúrgicas e traumatologia e ortopedia proveniente de traumas e internação em leitos de terapia intensiva.

No processo de regionalização, a divisão do território estadual é feita tendo como base as características locais, a situação de saúde da população, a oferta e o acesso aos serviços. Isto requer do poder público, o desenvolvimento de sua capacidade sistemática em responder às diferentes demandas de saúde em seus vários níveis e etapas do processo de assistência.

As macrorregiões de saúde são espaços territoriais compostos por um conjunto de Municípios com forte sentimento de integração e interdependência, com vontade política para pactuarem na busca de soluções de problemas comuns na área da saúde.

Os critérios que determinam a criação das microrregiões de saúde são: malha viária, proximidade dos municípios, deslocamento da população aos serviços de saúde, capacidade máxima dos serviços de saúde existente nos municípios e disposição política para pactuação.

As ações e serviços de saúde que requeiram maior tecnologia ou recursos humanos especializados, nas quais se incluem as UTI's, em geral permanecem concentradas nos grandes centros urbanos que compõem as macrorregionais de saúde.

Pode-se observar, segundo a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) no Brasil tem uma distribuição desigual dos leitos de UTI por região: Sudeste (53,8%), Norte (5%), Sul (16,9%), Centro-Oeste (7,6%) e Nordeste.

A Portaria GM/MS nº 3.432 de 12 de agosto de 1998, estabelece critérios de classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo e é utilizada para o processo de credenciamento dos leitos. Posteriormente, foi incorporada outra legislação para esse processo, a Resolução RDC - 07, de 24 de fevereiro de 2010, na qual o Ministério da Saúde utilizou novos critérios de classificação entre as UTIs

existentes em tipo I, II ou III, de acordo com a incorporação de tecnologia, a especialização dos recursos humanos e a área disponível.

O quantitativo necessário de leitos de terapia intensiva é calculado como 4 a 10% sobre os parâmetros de necessidade de leitos hospitalares e é normatizado pela Portaria GM/MS nº 1.101, de 12 de junho de 2002, distribuído em hospitais com mais de 100 leitos, o define que são necessários de 1 a 3 leitos hospitalares por cada 10.000 habitantes.

Segundo o censo AMIB, que pesquisou 26 Estados e o Distrito Federal, o Brasil tem 1,3 leitos de UTIs para cada 10 mil habitantes, 20 Estados apresentam índices abaixo do recomendado pelo Ministério da Saúde e regiões inteiras, como Norte e Nordeste, também estão aquém da proporção indicada pelo MS.

Pelo censo AMIB, o Brasil conta, atualmente, com 25.367 leitos de UTI, distribuídos em 2.342 Unidades de UTIs em 403 municípios.

Ao fazer a análise dos dados e dividir o número de leitos pela população, os melhores resultados foram alcançados pelo Distrito Federal, que oferece 2,4 leitos por 10 mil habitantes, seguidos pelo Rio de Janeiro (2,1), São Paulo (1,9) e Rio Grande do Sul e Paraná (1,7).

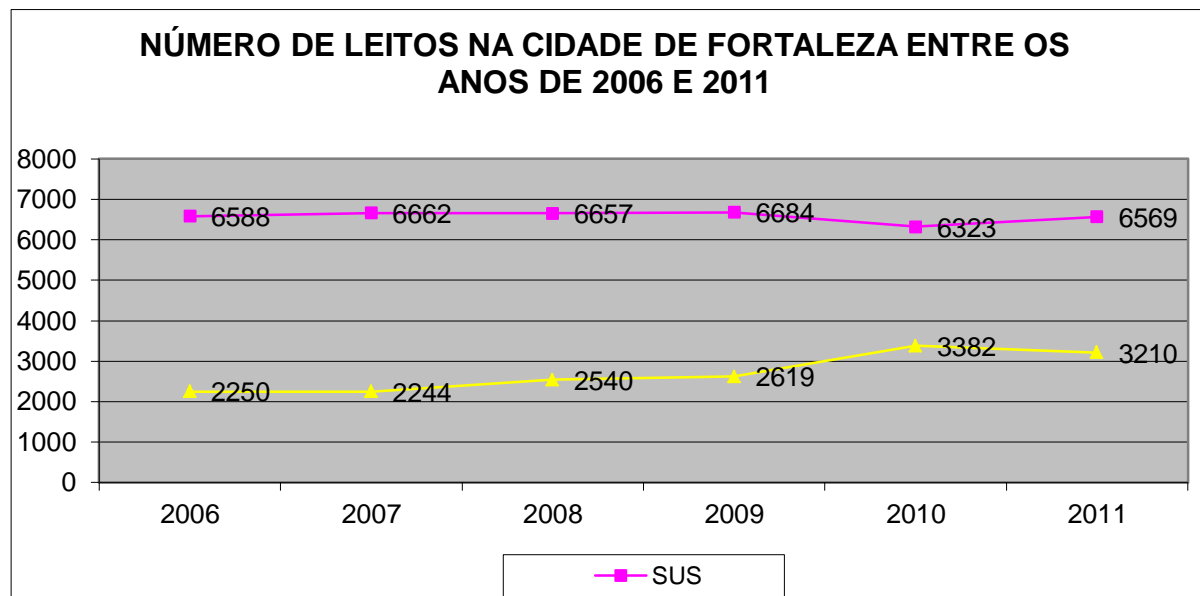
**Tabela 2** – Quantidade de leitos de UTI adulto na cidade de Fortaleza no período de 2006 a 2011

Qtde de Leitos	2006		2007		2008		2009		2010		2011	
	SUS	ÑSUS	SUS	ÑSUS	SUS	ÑSUS	SUS	ÑSUS	SUS	ÑSUS	SUS	ÑSUS
UTI adulto tipo I	156	153	17	97	5	99	5	101	5	84	5	86
UTI adulto tipo II	22	33	214	46	231	80	237	80	237	80	237	80
UTI adulto tipo III	-	-	-	-	0	2	0	2	0	32	0	45
Subtotal	178	186	231	143	236	181	242	183	242	196	242	211
<b>Total geral</b>	<b>364</b>		<b>374</b>		<b>417</b>		<b>425</b>		<b>438</b>		<b>453</b>	

**Tabela 3** – Número de leitos na cidade de Fortaleza entre os anos de 2006 e 2011

Nº LEITOS	2006	2007	2008	2009	2010	2011
SUS	6.588	6.662	6.657	6.684	6.323	6.569
NÃO SUS	2.250	2.244	2.540	2.619	3.382	3.210
<b>TOTAL</b>	<b>8.838</b>	<b>8.906</b>	<b>9.197</b>	<b>9.303</b>	<b>9.705</b>	<b>9.779</b>

Gráfico 2 – Número de leitos na cidade de Fortaleza entre os anos de 2006 e 2011



intensiva, dentre as quais o processo de regulação hospitalar, através da Central de Regulação de Leitos, que assume papel primordial na garantia do acesso organizado dos pacientes às UTI's, de acordo com critérios clínicos tecnicamente pré-definidos.

Para Travassos (2004), o conceito de acesso ao cuidado de saúde é complexo e o enfoque varia entre os autores, ao longo do tempo e de acordo com o contexto empregado. Segundo o autor, a implantação das centrais de regulação assistencial, foi uma estratégia utilizada pelo SUS no Brasil para a garantia do acesso universal dos cidadãos aos serviços de saúde organizados por temas ou áreas assistenciais: obstétrica e neonatal, urgência e emergência, alta complexidade, transplantes, internações,... As centrais fazem o elo entre as demandas existentes e os recursos disponíveis, de modo a oferecer a melhor resposta assistencial, de forma organizada, equânime, com qualidade e em tempo oportuno.

Para garantir a integralidade do acesso é necessária a formação de uma rede de assistência integral, a partir da atenção básica, secundária, da atenção à urgência bem como na atenção hospitalar, integrando todos os recursos disponíveis no Sistema de Saúde por meio de fluxos direcionados de forma singular e guiados pelo projeto terapêutico do usuário, para serem capazes de garantir o acesso seguro e oportuno às tecnologias necessárias à sua assistência e ao restabelecimento de sua autonomia. Portanto, além de contribuir na otimização dos recursos de saúde existentes, a regulação do acesso busca a qualidade da ação por meio da

resolubilidade, a resposta adequada aos problemas clínicos e a satisfação do usuário.

Para Nascimento (2009), a Central de Regulação é uma estrutura onde acontece todo o processo regulatório, ou seja, é o local que recebe as solicitações de atendimento, avalia, prioriza, analisa a oferta existente, garantindo a melhor resposta de forma integral, ágil e de qualidade aos usuários do Sistema de Saúde. Para realizar a regulação é necessário o conhecimento da capacidade instalada e a disponibilidade *on line* das unidades executantes com a utilização de protocolos de acesso e regulação médica para avaliação de cada demanda assistencial. A informação atualizada da oferta de serviços é instrumento fundamental no processo de regulação, pois possibilita identificar os déficits e as falhas do sistema, bem como a tomada de decisões de forma consistente, eficaz e eficiente.

A Central de Regulação é uma importante ferramenta de gestão, constituindo-se em um instrumento que concentra informações e fortalece o papel do gestor, dando maior transparência à relação com a unidade solicitante e a rede prestadora de unidades executantes, com os profissionais de saúde, tornando possível planejar e distribuir equitativamente os recursos de saúde de uma região, tendo como referência sua respectiva Programação Pactuada Integrada.

Para operacionalizar uma Central de Regulação, é necessário que o gestor defina previamente a sua estratégia de regulação, que envolve a abrangência da Central, escopo da Central de Regulação, a definição de unidades solicitantes e unidades executantes e dos profissionais de regulação. Existem Centrais Reguladoras com funções específicas no sistema de saúde. Para a sua operação cotidiana são utilizados recursos normativos, materiais, humanos e financeiros determinados pelo perfil epidemiológico e pela organização do modelo assistencial da região, da natureza do que regula e do território de sua abrangência.

Nessa lógica, a área de Terapia Intensiva vem tentando construir uma política nacional que consiga responder às dificuldades históricas, quais sejam: superlotação dos prontos-socorros, insuficiência de leitos de retaguarda para pós-operatório, falta de alternativa de internação hospitalar para pacientes em leitos semi-intensivo, precariedade da regulação de leitos e carência de recursos humanos qualificados.

O tratamento em terapia intensiva é uma modalidade avançada e indispensável da medicina atual e deve estar acessível a todo paciente grave, após



avaliação por especialista. A UTI tem como propósito prover suporte médico avançado e tecnológico de alta complexidade, de caráter temporário, para pacientes graves potencialmente recuperáveis, conforme critérios pré-estabelecidos.

O fator tempo é importante para garantir a sobrevivência desses pacientes. Segundo Castro Neto (2010), a terapia intensiva tem como definição oferecer cuidados a pacientes em condições graves, potencialmente recuperáveis, que se beneficiem de observação detalhada e tratamento invasivo.

O processo de judicialização da saúde pode impedir que a terapia intensiva cumpra o seu papel diante de liminares e ações judiciais para pacientes que muitas vezes não se beneficiam de UTI, em detrimento de outros que teriam maior probabilidade de recuperação. Apesar de considerar que o processo de judicialização acabe atropelando o processo regulatório do acesso, isto pode ser interpretado como uma insuficiência de leitos de UTI disponibilizado à população e de certo modo uma forma impositória e questionável, de garantir a integralidade da assistência. Nesta perspectiva, o poder judiciário atua de forma individualizada com tratamento diferenciado e privilegiado sobre os demais pacientes que também aguardam um leito de UTI e muitas vezes com maior benefício o que é incompatível e fere os princípios éticos e doutrinários do SUS e da Constituição Federal.

Considerando que a regulação ao acesso a leitos de UTI sem critérios técnicos eleva os custos na saúde, sem necessariamente salvar vidas e ainda muitas vezes torna a morte um processo prolongado, doloroso e indigno, bem como o número reduzido de unidades de terapia intensiva em relação à demanda crescente por esta assistência, houve a necessidade de buscar estratégia para organização do acesso a este tipo de terapia.

Baseado nesta lógica em 20 de maio de 2003 foi criada a Central de Referência e Regulação das Internações de Fortaleza (CRRIFOR) através do decreto do gabinete do prefeito nº 11.411 que disciplina as atividades da Central de Referência e Regulação das Internações de Fortaleza e no seu artigo 1º. decreta que a CRRIFOR passa a regular toda a capacidade de leitos instalados de terapia intensiva e semi-intensiva cadastrados no SUS, localizados no Município de Fortaleza, tanto da rede pública quanto da rede privada de saúde. O art. 2º orienta o fluxo operacional da CRRIFOR que passa a ser regulado na forma estabelecida no Anexo II. Parágrafo Único: toda e qualquer solicitação, autorização e pagamento das internações em leitos de terapia intensiva e semi-intensiva, cadastrados no SUS, fica

condicionada ao cumprimento do fluxo operacional de que trata o Anexo II, referido no caput deste artigo, o art. 3º fica permitido à Central de Referência e Regulação das Internações de Fortaleza, para o desenvolvimento de suas ações e pleno exercício de suas competências, realizar os seguintes atos: I) requisitar bens e serviços para a garantia do processo assistencial a leitos de internação em Unidades de Terapia Intensiva e semi-intensiva; II) definir a alocação de leitos hospitalares e instalações ambulatoriais específicas necessárias para a reorganização da assistência prestada aos usuários do SUS; III) determinar às direções dos hospitais/ambulatórios próprios e/ou contratados do SUS a adoção de medidas administrativas e assistenciais necessárias ao adequado funcionamento da rede de assistência; IV) realocar leitos e/ou pacientes de maneira a garantir a capacidade instalada hospitalar necessária à assistência dos pacientes; V) redefinir prioridades assistenciais dos serviços de saúde de maneira a garantir a assistência aos leitos de terapia intensiva e semi-intensiva cadastrados no SUS, podendo, se necessário, cancelar a execução de procedimentos eletivos; VI) requisitar, caso necessário, a disponibilidade de leitos de terapia intensiva e semi-intensiva existentes em estabelecimentos privados de saúde; VII) definir as diretrizes e regras para o transporte sanitário de usuários do SUS no âmbito municipal o art. 5º - As diretrizes para admissão, alta e triagem em terapia intensiva nos leitos do SUS obedecerão aos critérios técnicos estabelecidos no Anexo III deste decreto o Art. 6º- Os hospitais que possuam leitos de terapia intensiva e semi-intensiva cadastrados no SUS devem fornecer, diariamente, à Central de Referência e Regulação das Internações de Fortaleza, uma listagem atualizada da ocupação dos leitos anteriormente citados, contendo as informações mínimas arroladas no Anexo IV deste decreto e o art. 7º - As disposições deste Decreto aplicam-se aos demais recursos assistenciais e capacidade instalada do Município de Fortaleza, na medida em que forem disponibilizados ao Sistema Único de Saúde.

Foram elaborados pela equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, juntamente com Conselho Regional de Medicina do Ceará e representantes da Sociedade de Terapia Intensiva, um protocolo com base nas diretrizes da Sociedade Americana de Terapia Intensiva (SCCM) que estabelece critérios para admissão da UTI, com a finalidade de priorizar, no processo de triagem, a internação dos pacientes que mais se beneficiarão do tratamento intensivo e para melhorar alocação dos recursos disponíveis. Sendo assim, os

pacientes são divididos em quatro prioridades para internação, ou seja, prioridade 1) pacientes graves, instáveis, que necessitam de tratamento intensivo e monitorização em UTI, até prioridade 4) pacientes sem indicação de admissão em UTI. Estes critérios para admissão de pacientes em leitos de UTI, levam em conta o perfil clínico, o nível de instabilidade hemodinâmica e o prognóstico, além da possibilidade de acompanhamento clínico fora de ambiente.

Este protocolo foi adotado pela equipe médica da Central de Regulação de Leitos de Fortaleza que serve para agilizar a escolha do paciente a ser encaminhado e respalda tecnicamente a decisão do médico regulador. Em seguida, o regulador analisa qual UTI é a mais indicada ao caso clínico descrito, ponderando inúmeros dados do quadro clínico do paciente como necessidade de suporte específico para hemodiálise, cirurgia cardíaca, cirurgia neurológica, existência de exames de imagem, equipamentos e equipes médicas especializadas, unidade de saúde onde se encontra o paciente, condições de transporte em UTI móvel, decidindo pela UTI mais adequada para aquele caso específico.

Com a implantação da CRRIFOR, houve a centralização das solicitações para internação em leito de UTI advinda de todas as unidades de saúde tanto da capital como do interior, possibilitando identificar e quantificar a real necessidade de leitos de UTI para a macrorregião de Fortaleza, e adequar à rede de assistência baseada em dados que correspondem às necessidades da população.

A partir da implantação das Centrais de Regulação de leitos de UTI em todos os Estados do país, esperava-se que os usuários do SUS conseguissem a garantia de um atendimento com mais equidade no acesso, baseado em critérios técnicos evitando interferências externas pessoais ou políticas. No entanto, é necessária a implantação de uma regulação sistematizada de leitos de UTI, viabilizando uma gestão adequada das filas de espera. A partir da regulação, consegue-se desenhar um fluxo melhor e, assim, garantir o atendimento desejado de acordo com a real necessidade da população (REGULAR ..., 2010).

A ampliação de leitos de UTI faz parte da Política Nacional de Terapia Intensiva do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2010d). Porém, as dificuldades para a ampliação de novos leitos de UTI ultrapassam a simples aquisição de equipamentos e adequação de estrutura física, uma vez que existe uma carência de recursos humanos tecnicamente qualificados para atuar nesta especialidade.

O funcionamento da Central de Regulação de Internações, em particular leitos de terapia intensiva, está baseado na concepção de que o sistema de saúde é responsável por garantir a oferta da melhor alternativa assistencial do momento, de acordo com as reais necessidades do paciente. O médico regulador (MR), considerado autoridade sanitária, determinada pelo gestor de competência, sob os serviços de referência, deverá priorizar e qualificar o processo assistencial a ser oferecido ao paciente crítico.

Ao receber a solicitação de leito em UTI, deverá o MR se municiar de todas as informações referentes ao paciente a ser transferido (conforme protocolo estabelecido), tipo e disponibilidade de transporte e disponibilidade assistencial do momento, com o intuito de definir a conduta mais adequada. Todo o processo de avaliação, reavaliação e conduta fica registrado em sistema informatizado próprio, permitindo o resgate das motivações determinantes das condutas adotadas.

Na necessidade de maior conhecimento técnico na área de terapia intensiva, deverá o MR consultar a retaguarda assistencial em medicina intensiva, com o intuito de qualificar a conduta assistencial a ser tomada.

Concomitantemente, a Central de Regulação deverá ser municiada com informações relacionadas à disponibilidade assistencial das UTIs credenciadas pelo sistema, dentre as quais destacamos: altas e óbitos da unidade; bloqueio e leitos; internações intra-hospitalares em situações de emergência e disponibilidade de leitos.

Deve ficar absolutamente claro que nenhuma internação deve ser autorizada sem a autorização do médico regulador. Este último decide e acompanha a internação em leito de UTI/SUS, fazendo-o com base nos princípios de equidade, integralidade e universalidade da assistência, aplicados à lista de espera para internação (regulação médica e grau de priorização).

Da mesma forma, enquanto representante do gestor, está o médico auditor na tarefa de avaliar *in locu* a utilização dos leitos de terapia intensiva credenciados pelo SUS, fornecendo informações ao MR (conforme protocolo) que possam qualificar e subsidiar a tomada de decisão deste último quanto à busca da melhor alternativa assistencial do momento, de acordo com a necessidade do paciente.

A implementação da regulação pública é hoje um dos principais desafios do SUS e principalmente a utilização da regulação do acesso como instrumento de

gestão. As ações de melhoria na regulação assistencial repercutirão diretamente no acesso do cidadão aos serviços de saúde, ajudará no planejamento das políticas de saúde na área de terapia intensiva e estabelecerá a adequação da oferta de leitos de UTI baseado nas necessidades reais da população, garantindo uma assistência equânime e ordenada seguindo as orientações dos princípios do SUS.

Buscando a solução desse problema, o Ministério da Saúde está trabalhando em parceria com os demais gestores do SUS e profissionais da área, considerando quatro eixos estruturantes para a formulação da política específica desse setor: organização de rede regionalizada e hierarquizada de serviços; identificação da necessidade real de serviços na rede; qualificação dos serviços de terapia intensiva e semi-intensiva e o financiamento.

Este estudo através da tabulação dos dados do sistema municipal de regulação do acesso a leitos de UTI realizou a análise das características dos pacientes com solicitações para internação em UTI's adulto, considerando o perfil epidemiológico e clínico dos pacientes encaminhados, das prioridades aplicadas na regulação para internação em UTI correlacionando com o desfecho do paciente, o tempo médio de espera na fila de UTI, a distribuição temporal das solicitações, bem como a natureza das patologias mais frequentes e os hospitais de referência que mais internaram os pacientes encaminhados pela CRRIFOR neste período, identificando possíveis entraves no processo.

## 2 JUSTIFICATIVA

Pelo tempo de atuação na CRRIFOR como médico regulador vivenciando dificuldades diárias e crescentes na regulação do acesso de pacientes para internação em um leito de UTI, de forma ágil, oportuna e qualificada como preconiza os princípios do Sistema Único de Saúde, resolvi desenvolver um estudo em que os resultados obtidos pudessem contribuir para subsidiar os gestores, na reformulação de políticas públicas na área da regulação do sistema e colaborar para fortalecer o desempenho das funções do médico regulador na CRRIFOR e ainda possivelmente contribuir com as demais Centrais de Regulação do país.

O banco de dados da Central de Regulação de Leitos de Fortaleza, certamente contém dados relevantes relacionados ao processo regulatório assistencial, os quais são pouco explorados como ferramenta de gestão, através da análise destas informações para superar as iniquidades do acesso dos pacientes no SUS e na utilização destas informações para estruturar um sistema de saúde, que consiga disponibilizar recursos assistenciais, que se aproximem cada vez mais das reais necessidades da população.

A opção pela análise dos dados na central de regulação de leitos de UTI adulto como modelo, justifica a realização deste estudo, considerando que o conhecimento do perfil dos pacientes que necessitam de acesso aos leitos de UTI, agiliza todas as etapas do processo de regulação e ajuda na organização e no planejamento de ações voltadas para correção das dificuldades existentes no setor.

Com a evolução científica e tecnológica da medicina, novas abordagens diagnósticas e terapêuticas melhoraram a qualidade e a expectativa de vida dos pacientes. Com isso, houve a redefinição de demandas por leitos de UTI, tanto por parte dos profissionais de saúde, como pela própria população, hoje mais informada sobre os recursos disponíveis nestas unidades de atendimento.

Sabe-se que alguns pacientes que não se beneficiam da internação na UTI para a mudança do seu prognóstico, acabam ocupando estes leitos, enquanto que outros com reais necessidades, não conseguem a referida vaga.

Devido à atenção especializada, ao alto custo, à insuficiência de oferta de leitos em terapia intensiva em relação ao aumento da demanda, a solicitação de internação em leito de UTI deverá ser criteriosa no momento da sua indicação e embasada em critérios clínicos, de fácil identificação pelos profissionais de saúde

não especialistas, e de acordo com os princípios da bioética, ou seja, beneficência, não maleficência, autonomia e justiça distributiva.

As prioridades clínicas deverão ser somadas às operacionais para nortear a tomada de decisão, tanto na indicação de terapia intensiva, quanto nas situações em que a demanda superar a oferta por leitos de UTI.

As prioridades clínicas são amplamente discutidas e definidas junto às comunidades acadêmicas e às Sociedades de Especialistas. Dependem do diagnóstico clínico inicial, da necessidade de recursos humanos competentes, e de recursos tecnológicos que buscam a resolutividade para aquela situação especial.

As prioridades operacionais trazem embutidas o julgamento na esfera ética, na responsabilidade social e na transparência. Elas não possuem um caráter absoluto, nem tem necessariamente prioridade um sobre o outro, mas servem como linhas gerais para orientar na tomada de decisão frente a problemas éticos e para ordenar os argumentos nas discussões de casos individuais, tornando ainda mais difícil a decisão do médico regulador.

O médico regulador é responsável para garantir a oferta da melhor alternativa assistencial do momento, de acordo com as reais necessidades dos pacientes, em geral com condições clínicas reversíveis e que tenha uma previsão de sobrevida substancial.

Como em qualquer outro setor, na saúde a informação torna-se extremamente relevante e deve ser compreendida como um redutor de incertezas, ou seja, é um instrumento para detectar focos prioritários, induzindo a um planejamento responsável e a execução de ações que condicionem na realidade às transformações necessárias para racionalizar a admissão de pacientes em UTI.

A opção pela análise da regulação do acesso para leitos de UTI, como modelo, justifica a relevância desta pesquisa por despertar uma atenção direcionada às Centrais de Regulação de Leitos, às instituições hospitalares, aos profissionais de saúde, aos juristas, à sociedade, uma vez que, possibilita a participação efetiva e estratégica, no processo de reorganização da atenção à saúde e melhorias no processo de regulação assistencial, com grande impacto social em saúde pública no país e em particular no Ceará.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Caracterizar o perfil dos pacientes encaminhados para a internação em UTI na cidade de Fortaleza.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Identificar faixa etária, sexo e procedência dos pacientes encaminhados à Central de Regulação de Leitos com solicitação de internação para UTI adulto.
- Identificar as patologias mais frequentes nas solicitações de internação em UTI encaminhadas à CRRIFOR.
- Quantificar o percentual de cada grau de priorização recebido pelos pacientes encaminhados à CRRIFOR para internação em UTI adulto.
- Correlacionar as priorizações recebidas das solicitações de internamento em UTI com o desfecho dos pacientes.
- Correlacionar cada nível de priorização recebida pelos pacientes com as unidades hospitalares de transferência.
- Identificar o tempo médio dos pacientes na fila de UTI adulto na CRRIFOR.
- Analisar a frequência mensal das solicitações de internamento em UTI adulto na Central de Regulação de Leitos.



## **4 MÉTODO**

O estudo adotou procedimento metodológico incluindo princípios e procedimentos quantitativos.

Foi desenvolvido no período de outubro de 2010 a setembro de 2011 na Central de Regulação e Referência de Internações de Fortaleza – CRRIFOR.

A pesquisa descritiva procura descobrir, com a precisão possível, a frequência com que um fenômeno ocorre, sua relação e conexão com os outros, sua natureza e características, correlacionando fatos ou fenômenos sem manipulá-lo (CERVO; BERVIAN, 1996).

Estudos descritivos na área de regulação do acesso são de fundamental interesse, pois existe escassez de trabalhos científicos nesta área, podendo os profissionais da assistência e gestores lançarem mão dos resultados destes para caracterizar as demandas aos serviços de Fortaleza.

Estudos transversais ou de corte transversal são estudos que visualizam a situação de uma população em um determinado momento, como instantâneos da realidade (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2006).

### **4.1 Tipo de Estudo**

Estudo descritivo do tipo corte transversal com base na abordagem quantitativa e de natureza documental.

### **4.2 Local do Estudo**

O estudo foi realizado na Central de Regulação e Referência e Internações de Fortaleza – CRRIFOR, a partir dos dados de solicitação de internação em Unidade de Terapia Intensiva adulto do Sistema Municipal de Regulação de Leitos no período de outubro de 2010 a setembro de 2011.

A CRRIFOR funciona 24h com quadro de pessoal formado por dois médicos reguladores, oito vídeofonistas e um supervisor a cada turno de 6 horas que utiliza um sistema informatizado de regulação municipal para analisar, priorizar, registrar e autorizar todas as solicitações de internações, de todas as Unidades de Saúde de Fortaleza (públicas, filantrópicas ou conveniadas com o SUS).

Realiza internações eletivas e de urgências, internações em enfermarias e de UTI (adulto, pediátrica ou neonatal) e de todas as especialidades médicas, tanto clínicas como cirúrgicas, totalizando uma média de 20 mil internações/mês.

Todas as Unidades de Saúde, chamadas unidades solicitantes são informatizadas e tem o sistema de internação hospitalar interligado com a CRRIFOR via *Web*. A equipe de tecnologia da informática (TI) da CRRIFOR fornece treinamento para todas as unidades solicitantes e executantes que devem atualizar *on line* todas as informações de admissão e alta, via *web*. Após o recebimento da solicitação de internamento é realizada uma análise pelo médico regulador que autoriza ou devolve à unidade solicitante para correção das informações. Quando autorizada, a solicitação recebe um número de protocolo para cobrança, juntamente com a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) do procedimento realizado junto à Secretaria Municipal de Saúde. Para acessar o Sistema da Regulação de Leitos de Fortaleza, cada profissional tanto das Unidades de Saúde quando da CRRIFOR, tem necessidade de um cadastro profissional com fornecimento de uma senha e são identificados em todos os registros realizados no sistema de regulação.

Em relação às internações em UTI, a CRRIFOR recebe solicitações de internamento de todas as Unidades de Saúde de Fortaleza e das cidades do interior através da Central de Regulação Estadual do SUS (CRESUS). Embora a abrangência seja apenas a macrorregião de Saúde de Fortaleza, a central municipal de regulação de leitos acaba recebendo solicitações de internação de todo o estado do Ceará, pela carência de Unidades de Terapia Intensiva especializadas nas macrorregiões de Sobral e do Cariri.

A CRRIFOR utiliza como critério de admissão de pacientes em UTI, o protocolo desenvolvido pela Sociedade Americana de Terapia Intensiva com a finalidade de priorizar o processo de triagem, a internação dos pacientes que mais se beneficiarão do tratamento intensivo e para melhorar alocação dos recursos disponíveis. Sendo assim, os pacientes são divididos em quatro prioridades para internação, ou seja, prioridade 1) pacientes graves, instáveis, que necessitam de tratamento intensivo e monitorização em UTI, até prioridade 4) pacientes sem indicação de admissão em UTI.

Este protocolo facilita e agiliza a regulação de pacientes e respalda cientificamente o trabalho do médico regulador, no momento de decidir qual paciente da fila de UTI deverá ocupar aquele leito vago.

A solicitação de internação em UTI é realizada pelos médicos das unidades hospitalares solicitantes, através do preenchimento de uma ficha padronizada contendo os dados de identificação do paciente, história da doença atual, descrição de exame físico, hipótese diagnóstica e resultados dos principais exames laboratoriais e de imagem do paciente e encaminhado à CRRIFOR para regulação e priorização pelo médico regulador. Após receber a priorização o paciente entra na fila da UTI e aguarda o encaminhamento para um leito, conforme disponibilidade das vagas ofertadas pelas unidades hospitalares executantes.

Quando surge a disponibilidade de uma vaga de UTI é feita a escolha do paciente com base no grau de prioridade recebido e o perfil da unidade hospitalar. Por meio de contato telefônico é realizada a regulação do paciente, transmitindo seu quadro clínico atualizado e os recursos necessários para o médico plantonista daquela UTI. Em seguida é contatado o médico da Unidade Móvel de suporte avançado, que transportará o paciente até a Unidade de destino. A regulação finaliza, quando o paciente é efetivamente internado no leito da UTI da Unidade executante.

### **4.3 População e Amostra do Estudo**

Foram analisadas todas as solicitações de internamento para Unidades de Terapia Intensiva adultos, encaminhadas pelas Unidades de Saúde de Fortaleza e do interior do Estado por meio da Central de Regulação Estadual do SUS (CRESUS).

### **4.4 Critérios de inclusão**

Foram incluídos na pesquisa, todos os pacientes adultos com solicitações de internação em UTI. As UTI's pediátricas limitam a admissão para a idade até 14 anos. Sendo assim, foram incluídos no estudo, pacientes com idade maior ou igual à 14 anos, residentes na cidade de Fortaleza e no interior do Estado, de ambos os sexos.

#### **4.5 Coleta de Dados**

Os dados foram coletados do Sistema Municipal de Internação e Regulação de Leitos pertencente à Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza.

Foi utilizado para tabular os dados, um programa de compilação chamado TABWin que extrai os dados do servidor e estratifica através de filtros, organizando os dados por variáveis.

#### **4.6 Organização e Análise dos Dados**

Para tabular os dados organizados, foi utilizado um programa de compilação chamado TABWin e transportados para planilhas de Microsoft Excel 2010 e realizado estatística descritiva, por meio do cálculo das frequências relativas e absolutas, sendo os dados apresentados em forma de tabelas e gráficos. As variáveis estudadas foram: idade, sexo, procedência, grau de priorização, desfecho, destino, tipos de doença que motivaram as solicitações, média de dias na fila de espera e frequência mensal de pacientes encaminhados à CRRIFOR para internação em UTI.

#### **4.7 Aspectos Éticos**

O pesquisador observou os direitos garantidos e assegurados pela Resolução 196/96 revogada pela Resolução 466/12 Conselho Nacional de Saúde.

Os dados foram coletados com autorização da Instituição, mediante assinatura do Termo de Autorização de Fiel Depositário (Apêndice 1).

## 5 RESULTADOS

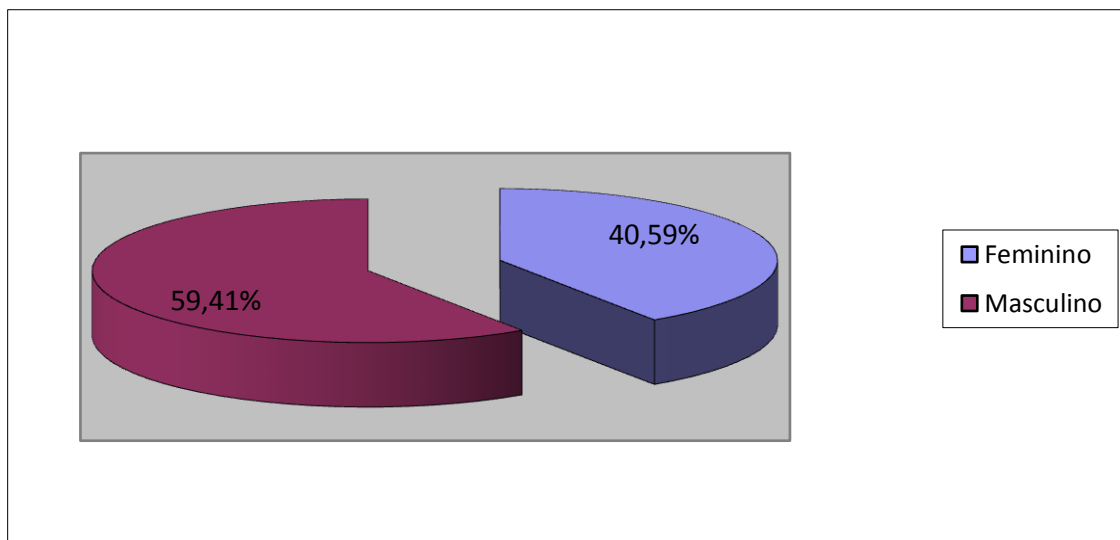
Foram coletados no estudo todos os pacientes com solicitação de internação em UTI adulto, através da CRRIFOR, no período de 12 meses, compreendido entre outubro de 2010 e setembro de 2011. Estes dados foram coletados do Sistema de Regulação de Internação de leitos de Fortaleza e totalizaram 5.975 pacientes tabulados em planilhas e gráficos para facilitar a análise descritiva.

A Tabela 4, descreve os aspectos dos pacientes com predominância do sexo masculino. Das 5.975 solicitações de internação em UTI adulto pela CRRIFOR, 3.550 foram solicitações do sexo masculino, correspondendo a 59,41% e 2.425 solicitações do sexo feminino, correspondendo a 40,59%.

Tabela 4 – Distribuição dos pacientes conforme o gênero

Gênero	Valores Absolutos	Valores Percentuais %
Masculino	3.550	59,41
Feminino	2.425	40,59
Total	5.975	100,00

Gráfico 3 – Distribuição dos pacientes conforme o gênero



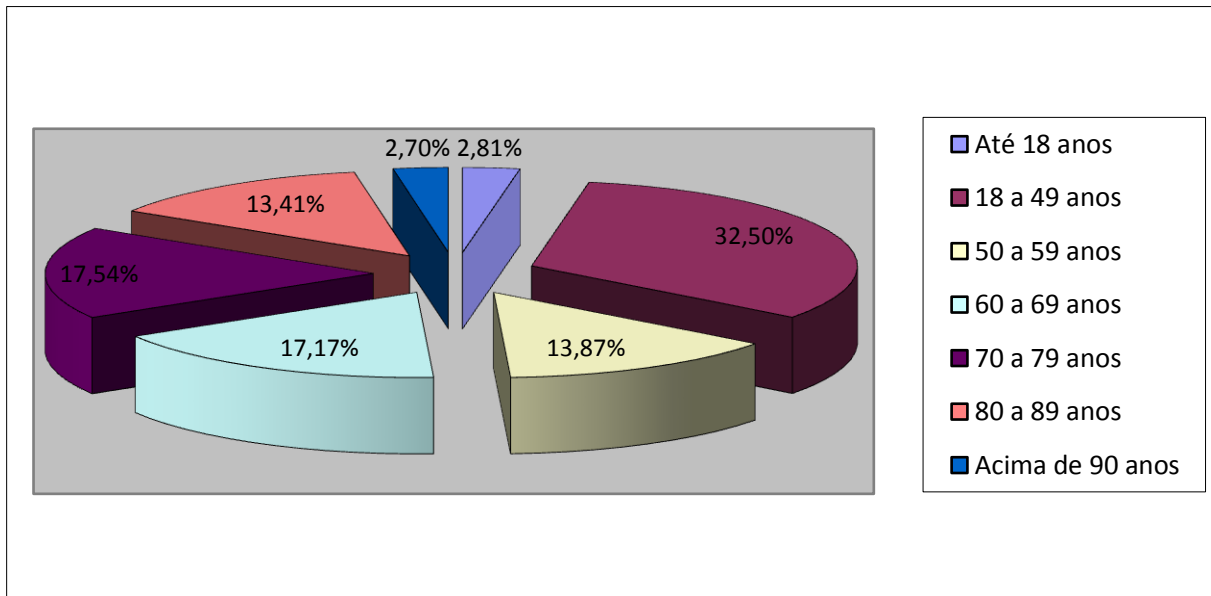
A análise da idade dos participantes do estudo, permitiu verificar os dados observados na Tabela 5, que os pacientes com idade menor que 60 anos

representaram 49,18% e apontaram para uma clientela com idade menor que 50 anos de 35,31% de todos os encaminhamentos a CRRIFOR para internação em UTI neste período.

Tabela 5 – Distribuição dos pacientes por faixa etária

Faixa Etária	Valores Absolutos	Valores Percentuais %
≤ 18 anos	168	2,81
18 a 49 anos	1942	32,50
50 a 59 anos	829	13,87
60 a 69 anos	1026	17,17
70 a 79 anos	1048	17,54
80 a 89 anos	801	13,41
≥ 90 anos	161	2,70
Total	5975	100,00

Gráfico 4 – Distribuição dos pacientes por faixa etária



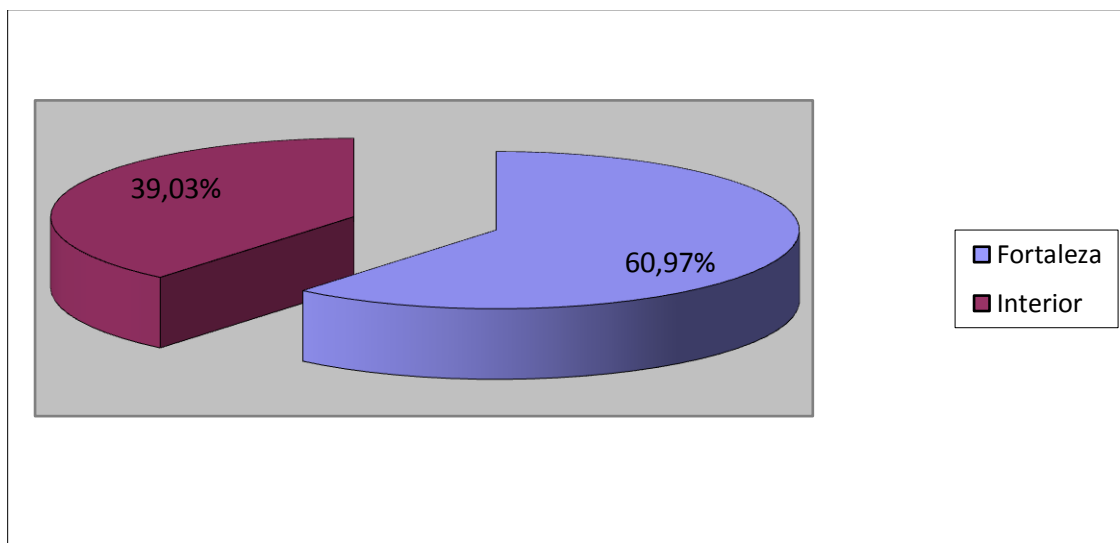
A Tabela 6 descreve a procedência dos pacientes com solicitação de internamento em UTI adulto, onde 3.643 tinham residência no município de Fortaleza, correspondendo a 60,97% e 2.332 pacientes foram encaminhados do interior do Estado totalizando 39,03%. Esta quantidade de pacientes que residem fora de Fortaleza se justifica, pois os leitos de UTI foram planejados para atender a macrorregião de saúde e não somente o município de Fortaleza. Soma-se a isto,

uma concentração de leitos especializados de UTI na capital, dependentes de recursos humanos especializados em terapia intensiva, concentrados nos grandes centros e o fator mais grave deve-se à falta de investimento financeiro e tecnológico nas Unidades e Sistemas de Saúde no interior do estado, sendo uma prática comum, o encaminhamento dos pacientes de alta complexidade para a Capital, superlotando as Unidades de Saúde Terciárias de Fortaleza e desorganizando o Sistema de Saúde Local.

Tabela 6 – Distribuição dos pacientes por procedência

Gênero	Valores Absolutos	Valores Percentuais %
Fortaleza	3643	60,97
Interior	2332	39,03
Total	5975	100,00

Gráfico 5 – Distribuição dos pacientes por procedência



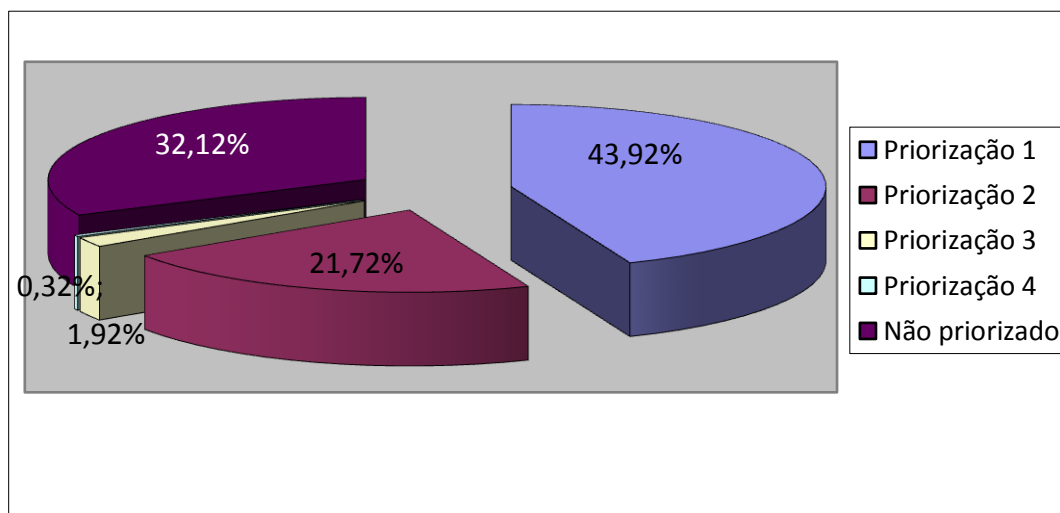
A Tabela 7 descreve a distribuição dos pacientes, de acordo com o grau de priorização recebida pelo médico regulador. Do total de 5.975 pacientes encaminhados apenas 4.056 receberam priorização representando 67,88% e 1.919 não receberam priorização, representando um percentual de 32,12%. Dos pacientes que receberam priorização 64,69% foram classificados como grau I e 32,00% como grau II. Portanto, do total de pacientes encaminhados a CRRIFOR que receberam priorização, foram classificados 96,69% como grau I ou II.

Diante desse índice de pacientes priorizados como grau I ou II, podemos afirmar que os profissionais das Unidades de Saúde que encaminham pacientes a CRRIFOR para internação em UTI, obedecem às diretrizes da Sociedade Americana de Terapia Intensiva (SCCM), que estabelece critérios para admissão da UTI, com a finalidade de priorizar, no processo de triagem, a internação dos pacientes que mais se beneficiarão do tratamento intensivo e para melhorar alocação dos recursos disponíveis. Vale ressaltar, que foi elevado o percentual de 32,12% dos encaminhamentos que não receberam priorização formal na Central de Regulação de Leitos de Fortaleza neste período

Tabela 7 – Distribuição dos pacientes conforme o grau de priorização

Priorização	Valores Absolutos	Valores Percentuais %
Priorização 01	2624	43,92
Priorização 02	1298	21,72
Priorização 03	115	1,92
Priorização 04	19	0,32
Não priorizado	1919	32,12
Total	5975	100,00

Gráfico 6 – Distribuição dos pacientes conforme o grau de priorização



A análise do desfecho dos pacientes que receberam prioridade I, conforme Tabela 8, descreve que 47,05% dos pacientes conseguiram ser internados em um leito de UTI no próprio hospital ou transferidos para outra Unidade de Saúde.

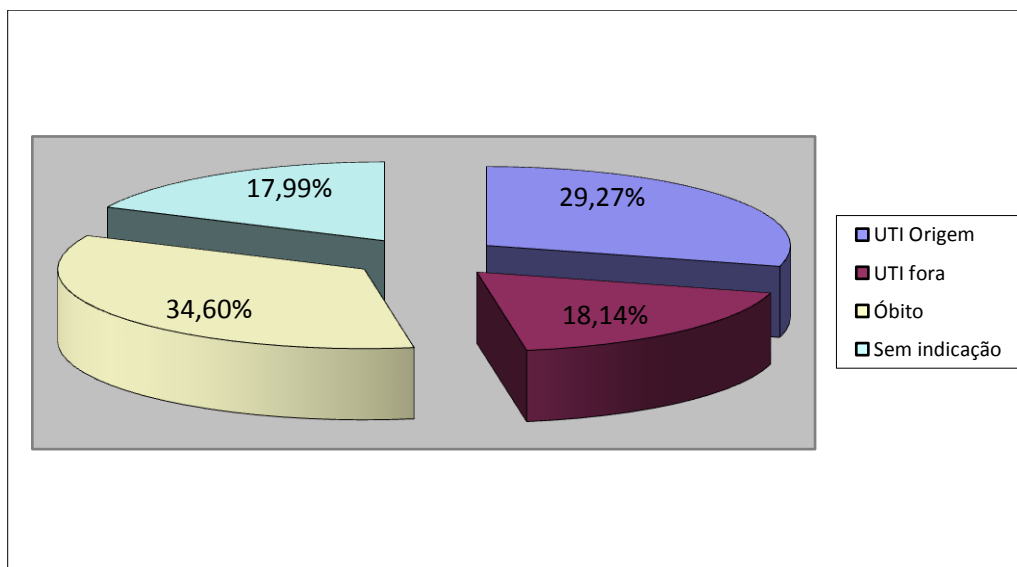


Esse grupo de pacientes apresentou um índice de mortalidade de 34,60% na fila de UTI, confirmando a gravidade de suas doenças

Tabela 8 – Distribuição de pacientes com prioridade X desfecho

Destino	Valores Absolutos	Valores Percentuais %
UTI origem	768	29,27
UTI fora	476	18,14
Óbito	908	34,60
Sem indicação	472	17,99
Total	5975	100,00

Gráfico 7 – Distribuição dos pacientes com prioridade X desfecho

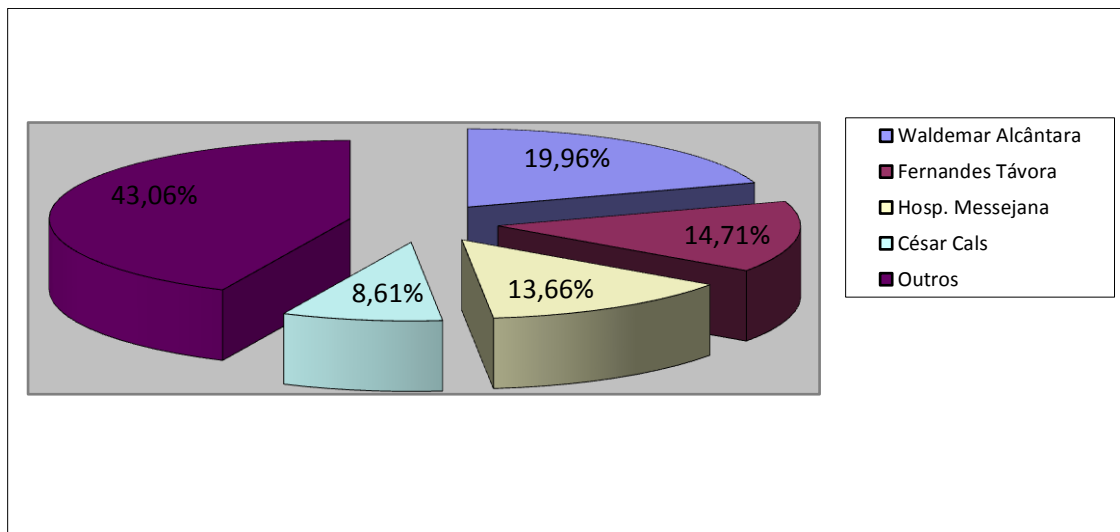


A Tabela 9 descreve a relação dos hospitais que mais internaram em UTI os pacientes com prioridade I encaminhados pela CRRIFOR neste período. Os hospitais da rede SUS que mais receberam pacientes com prioridade I foram os hospitais de retaguarda que não dispõem de setor de emergência com percentual de 19,96% para Hospital Geral Waldemar Alcântara, de 14,71% o Hospital Fernandes Távora e de 8,61% para o Hospital Geral César Cals. O outro hospital que teve 13,66% foi o Hospital do Coração em Messejana, especializado em cardiologia. Os quatro hospitais relacionados acima somaram 56,94% das internações em UTI no período.

Tabela 9 – Distribuição de pacientes com prioridade I X hospitais de referência

Hospitais	Valores Absolutos	Valores Percentuais %
Hospital Geral Waldemar Alcântara	95	19,96
Hospital Fernandes Távora	70	14,71
Hospital de Messejana	65	13,66
Hospital Geral César Cals	41	8,61
Outros	205	43,06
<b>Total</b>	<b>5975</b>	<b>100,00</b>

Gráfico 8 – Distribuição dos pacientes com prioridade I X hospitais de referência

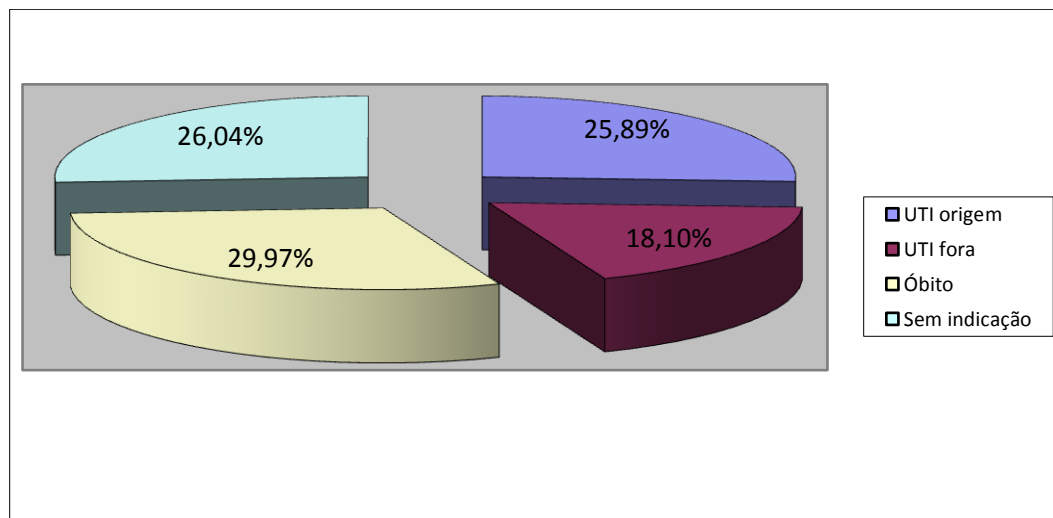


A Tabela 10 descreve a frequência e o percentual de pacientes que receberam prioridade II relacionando com o desfecho. Foram encaminhados para um leito de UTI 43,99%. Foram a óbito na fila de UTI 29,97% dos pacientes e 26,04% ficaram sem indicação para internação em UTI posteriormente, de acordo com os médicos das Unidades de Saúde solicitantes.

Tabela 10 – Distribuição de pacientes com priorização II X desfecho

Destino	Valores Absolutos	Valores Percentuais %
UTI origem	336	25,89
UTI fora	235	18,10
Óbito	389	29,97
Sem indicação	338	26,04
Total	1298	100,00

Gráfico 9 – Distribuição dos pacientes com priorização II X desfecho

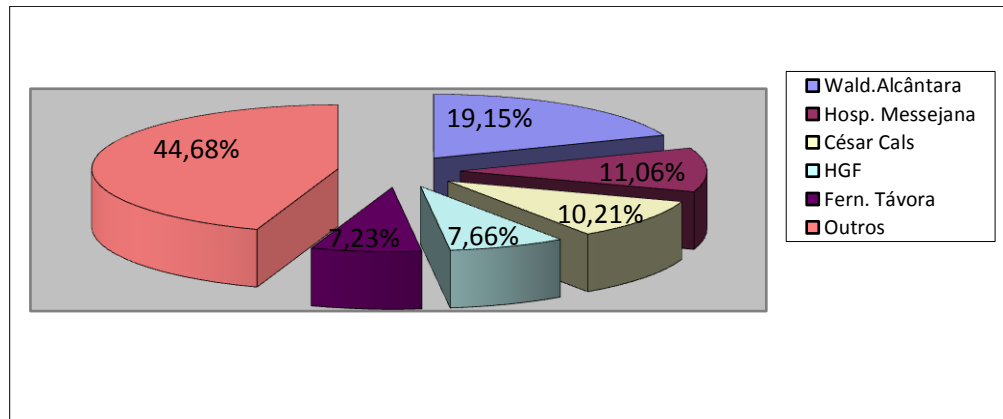


A Tabela 11 descreve o destino dos 235 pacientes com prioridade II transferidos. Foram os mesmos destinos recebidos pelos pacientes com prioridade I, mais o Hospital Geral de Fortaleza que dispõe de Unidade de Terapia Intensiva especializado em leitos de Acidente Vascular Cerebral. Os cinco hospitais somam 55,31% das transferências dos pacientes com prioridade II neste período.

Tabela 11 – Distribuição de pacientes com prioridade II X hospitais de referência

Hospitais	Valores Absolutos	Valores Percentuais %
Hospital Geral Waldemar Alcântara	45	19,15
Hospital de Messejana	26	11,06
Hospital Geral César Cals	24	10,21
Hospital Geral de Fortaleza	18	7,66
Hospital Fernandes Távora	17	7,23
Outros	105	44,69
Total	235	100,00

Gráfico 10 – Distribuição dos pacientes com prioridade II X hospitais de referência

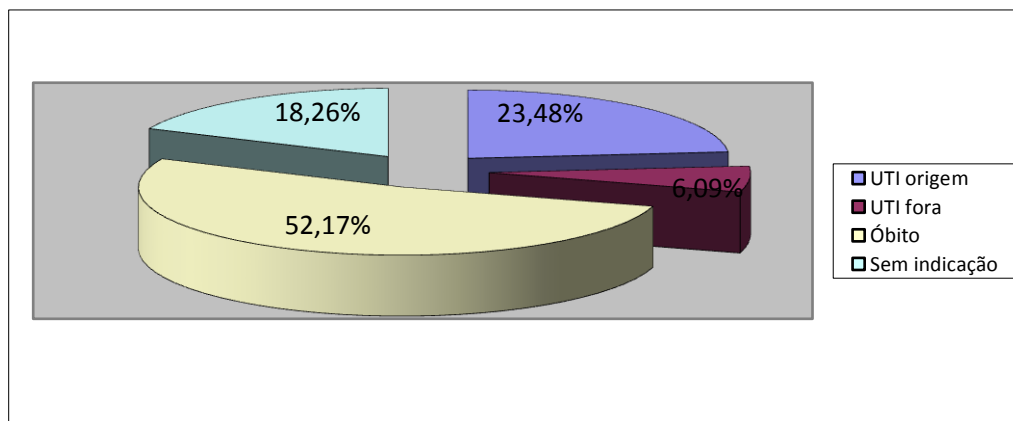


A Tabela 12 descreve a frequência dos pacientes com prioridade III e correlaciona com o desfecho. Apenas 1,92% foram priorizados como grau III e apresentou uma de mortalidade na fila de UTI de 52,17% e 18,26% dos pacientes ficaram sem indicação para internação em UTI posteriormente, segundo seus médicos assistentes.

Tabela 12 – Distribuição de pacientes com prioridade III X desfecho

Destino	Valores Absolutos	Valores Percentuais %
UTI origem	27	23,48
UTI fora	07	6,09
Óbito	60	52,17
Sem indicação	21	18,26
Total	115	100,00

Gráfico 11 – Distribuição de pacientes com prioridade III X desfecho

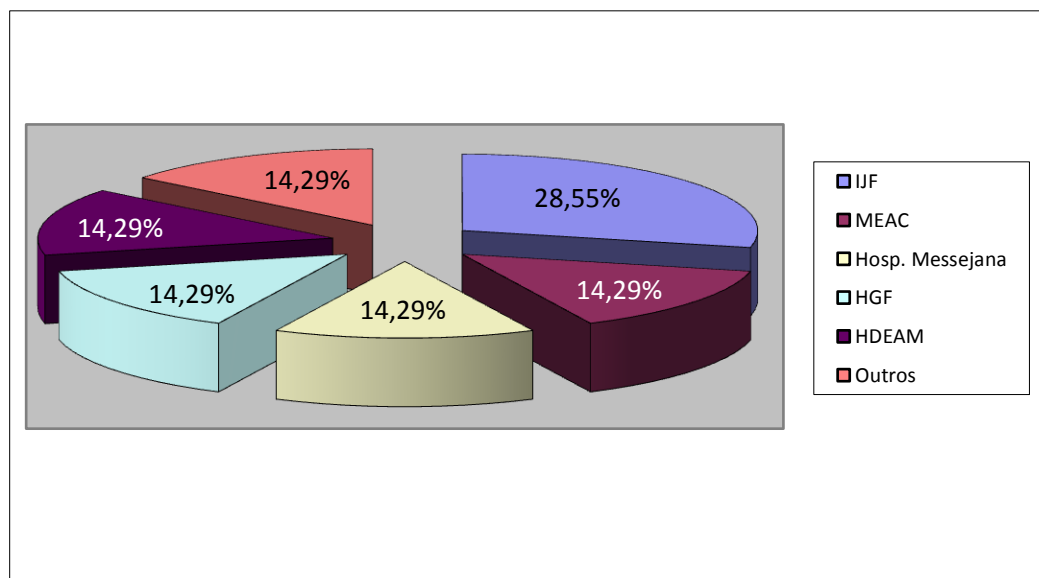


A Tabela 13 descreve o destino recebido pelos 07 pacientes com prioridade III, que apresentavam co-morbidades graves e que foram transferidos para outros hospitais. Neste grupo estudado, todos os hospitais de referência têm leitos de UTI especializados, sendo o IJF em trauma, o Hospital de Messejana em cardiologia, a Maternidade Escola em obstetrícia, o HGF em AVC e apenas o Hospital Distrital Evandro Aires de Moura tem características de hospital geral.

Tabela 13 – Distribuição dos pacientes com prioridade III X hospitais de referência

Hospitais	Valores Absolutos	Valores Percentuais %
IJF	02	28,55
MEAC	01	14,29
HM	01	14,29
HGF	01	14,29
HDEAM	01	14,29
Outros	01	14,29
Total	07	100,00

Gráfico 12 – Distribuição dos pacientes com prioridade III X hospitais de referência

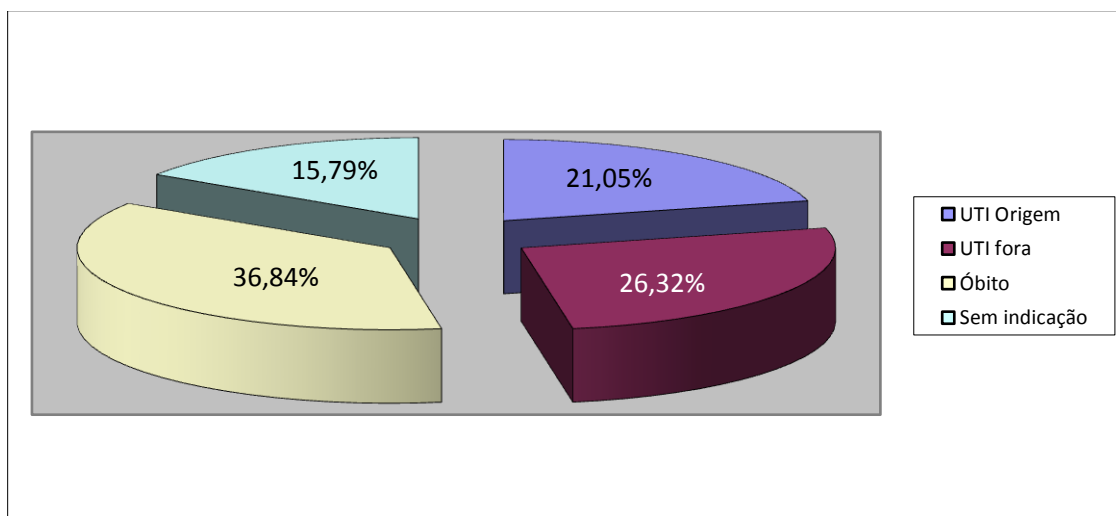


A Tabela 14 descreve a distribuição dos pacientes com prioridade IV e o desfecho recebido por eles. Dos 5975 de pacientes encaminhados à CRRIFOR receberam prioridade IV apenas 19 pacientes, sendo que 07 foram a óbito na fila de UTI, 03 ficaram sem indicação de internação em UTI e 09 foram transferidos para um leito de UTI.

Tabela 14 – Distribuição de pacientes com prioridade IV X desfecho

Destino	Valores Absolutos	Valores Percentuais %
UTI origem	04	21,05
UTI fora	05	26,32
Óbito	07	36,84
Sem indicação	03	15,79
Total	19	100,00

Gráfico 13 – Distribuição de pacientes com prioridade IV X desfecho

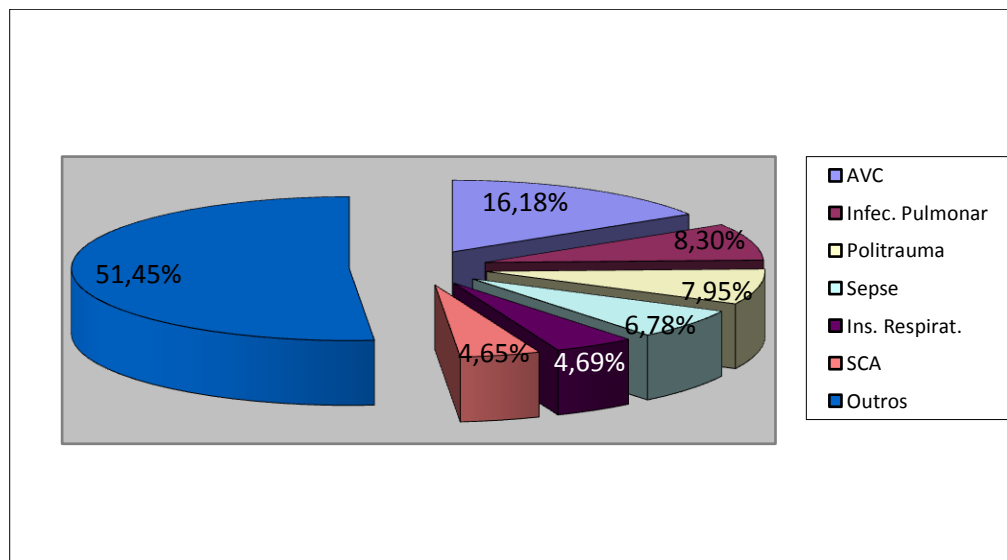


A Tabela 15 descreve as doenças que motivaram a solicitação de internação dos pacientes na UTI, mostrando a frequência absoluta e o percentual. Acentuado número de solicitações apresentavam mais de um diagnóstico na sua solicitação, sendo necessário selecionar os diagnósticos primários, que geraram os encaminhamentos. A distribuição das doenças mais frequentes foram AVC (16,18%), infecção pulmonar (8,30%), politrauma (7,95%), sepse (6,78%), insuficiência respiratória (4,69%) e síndrome coronariana aguda (4,65%). As seis principais doenças somaram 48,55% de todos os pacientes enviados de internação em leito de UTI, encaminhados para a CRRIFOR no período.

Tabela 15 – Distribuição das patologias X internação em UTI

Patologias	Frequência	Percentual
Acidente Vascular Cerebral	967	16,18
Infecção pulmonar	496	8,30
Politrauma	475	7,95
Sepse	405	6,78
Insuficiência respiratória	280	4,69
Síndrome coronariana aguda	278	4,65
Diabetes melitus descompensada	226	3,78
Intoxicação exógena	183	3,06
Insuficiência cardíaca congestiva	182	3,04
DPOC	174	2,91
Neoplasia	150	2,52
Edema agudo do pulmão	139	2,33
Emergência hipertensiva	132	2,21
Insuficiência renal aguda	123	2,06
Outros	1765	29,54
Total	5975	100,00

Gráfico 14 – Distribuição das patologias X internação em UTI

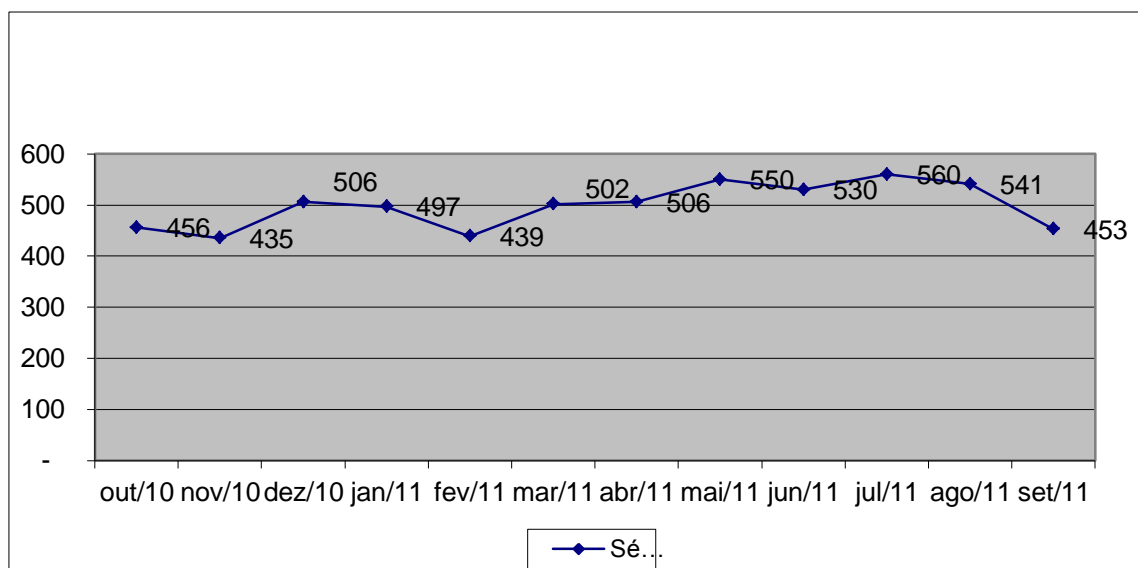


A Tabela 16 descreve a média mensal por dias de espera dos pacientes na fila de UTI. Foram incluídos todos os pacientes dos diversos graus de priorização. A média no período de foi 5,66 dias e o mês que teve o maior tempo de espera foi dezembro com 6,88 dias e o menor tempo de espera na fila de UTI foi o mês de março.

Tabela 16 – Média mensal do número de dias de espera dos pacientes na fila de UTI

Número de dias de espera na fila UTI no período out/2010 a set/2011												
Mês/Ano	OUT 10	NOV 10	DEZ 10	JAN 11	FEV 11	MAR 11	ABR 11	MAI 11	JUN 11	JUL 11	AGO 11	SET 11
Média dias espera	6,30	5,85	6,88	6,25	5,99	5,83	5,82	6,43	6,64	6,09	5,93	5,96

Gráfico 15 – Média mensal do número de dias de espera dos pacientes na fila de UTI



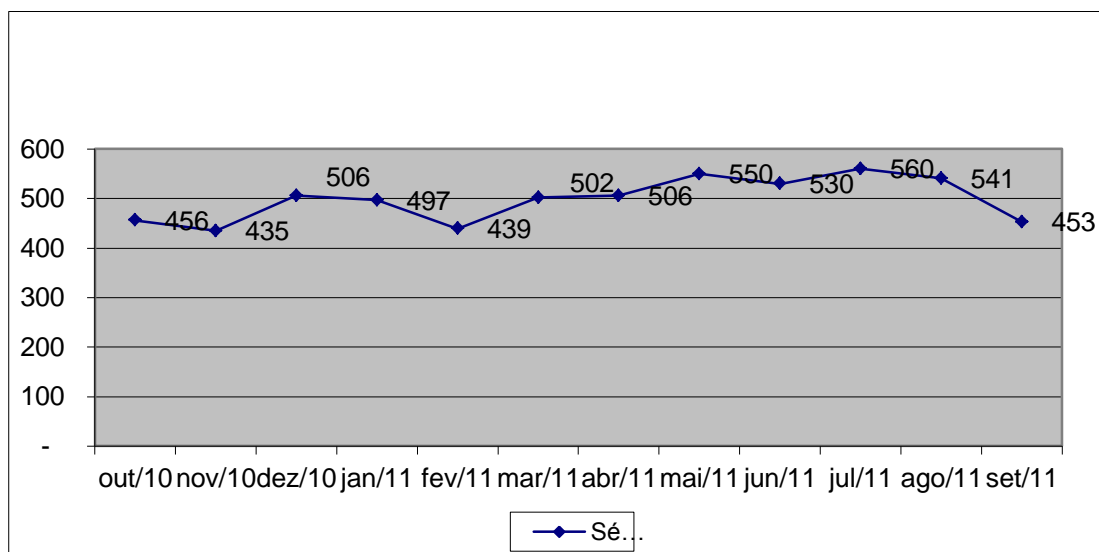
A Tabela 17 descreve o número de pacientes encaminhados mensalmente com solicitação de internação em UTI. A média de encaminhamentos/mês no período foi 498 pacientes. O mês que teve o maior número de solicitações foi julho com 560 solicitações e o mês que teve menor número de solicitações foi novembro com 435 solicitações de internação em UTI encaminhadas a CRRIFOR. Entre os meses de maio a agosto houve um acréscimo nas solicitações.



Tabela 17 – Número de pacientes/mês encaminhados à CRRIFOR para internamento em UTI

<b>Distribuição mensal de pacientes encaminhados para admissão em UTI no período de outubro/2010 à setembro/2011</b>												
Mês/Ano	Out 10	Nov 10	Dez 10	Jan 11	Fev 11	Mar 11	Abr 11	Mai 11	Jun 11	Jul 11	Ago 11	Set 11
QUANT	456	435	506	497	439	502	506	550	530	560	541	453

Gráfico 16 – Número de pacientes/mês encaminhados à CRRIFOR para internamento em UTI



## 6 DISCUSSÃO

Dentre as características demográficas encontradas, o estudo evidenciou a predominância de pacientes do sexo masculino, com uma taxa de 59,41% que vai de encontro com a maioria dos trabalhos pesquisados. Dados da literatura informados a seguir, apontam um predomínio do sexo masculino entre os pacientes de UTI. Segundo Rocha *et al.* (2007) de 384 pacientes pesquisados, 227 (59,1%) correspondem ao sexo masculino e 157 (40,9%) ao sexo feminino. Acuna *et al.* (2007) referem o sexo masculino (67,1%) como o mais afetado. A distribuição dos pacientes em relação ao sexo foi similar ao observado por Georges *et al.* (2006) em um estudo prospectivo realizado em UTI de um hospital na França.

A análise da idade dos participantes do estudo, permitiu verificar que os dados observados corroboraram também outros estudos pesquisados e apontaram para uma clientela com a maioria de idosos com uma taxa de 50,82% com mais de 60 anos, também encontrada em uma UTI de um Hospital Universitário de Santa Catarina. A elevada faixa etária observada em pacientes de UTI pode ser justificada, pois o indivíduo idoso está mais susceptível a alterações fisiológicas e aos procedimentos invasivos. Dessa forma, frequentemente necessitam de internação hospitalar para cuidarem de suas condições clínicas. O estudo realizado por Feijó *et al.* (2006) na UTI do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) da Universidade Federal do Ceará, detectou uma prevalência de pacientes com idade acima de 60 anos. Isso provavelmente reflete uma maior incidência de doenças nessa faixa etária, mesmo em cenários diferentes. Segundo Rocha *et al.* (2007), de 384 pacientes atendidos na UTI, 59,1% eram do sexo masculino, com predominância da idade acima de 60 anos. Sabe-se que a população idosa utiliza os serviços hospitalares de maneira mais intensiva que os demais grupos etários, implicando maiores custos, duração do tratamento e recuperação mais lenta.

A procedência dos pacientes encaminhados para internação em UTI teve um percentual de 60,97% dos pacientes que residiam em Fortaleza e 39,03% foram encaminhados do interior do estado. Estes resultados encontrados são justificados pela concentração dos leitos de UTI nas capitais e paralelamente falta de investimento na área da saúde, principalmente na alta complexidade nas cidades do interior do estado, superlotando as emergências dos hospitais terciários de Fortaleza.

A utilização de critérios para admissão de pacientes em leitos de UTI, agiliza a escolha do paciente a ser transferido e respalda tecnicamente a decisão do médico regulador. Dos pacientes encaminhados a CRRIFOR não receberam priorização formal 32,12% dos casos. A aplicação de critérios objetivos para admissão e alta da UTI promove a ocupação dos leitos de forma mais racional e evita a exposição do paciente a riscos desnecessários. Dos pacientes que recebem priorização 64,69% foram classificados como grau I e 32,00% com grau II. Constatou-se que 96,69% do total das solicitações foram classificadas como prioridades 1 e 2 sugerindo a correta indicação recebida pelas unidades de saúde, para internação em UTI por este tipo de cuidado.

No desfecho recebido pelos pacientes, três opções foram levadas em consideração: internação em um leito de UTI, óbito ou sem indicação para admissão em UTI. Durante o período estudado os pacientes tiveram desfechos distintos dependendo da priorização recebida. Os pacientes com grau de prioridade I foram internados em UTI em 47,05% e foram a óbito na fila de UTI 34,60% dos pacientes. Pacientes que receberam priorização grau II foram transferidos para um leito de UTI em 43,99% dos casos e foram a óbito 29,97% dos casos. Pacientes com prioridade grau III, 52,17% evoluíram para óbito na fila de UTI, 18,26% ficaram sem indicação de internação em UTI e 29,57% foram internados em UTI. O elevado percentual de mortalidade, pode ser explicado pelas co-morbidades encontradas nestes pacientes que apresentam agudizações de doenças crônicas.

Isto demonstra a necessidade de realizar ações que possam melhorar e ampliar o acesso de pacientes para um leito de UTI. Assegurar uma boa gestão dos leitos de terapia intensiva é importante não só aumentar a quantidade de leitos de UTI, mas também o potencial de resolução destas unidades. Através de medidas de qualificação da gestão dos leitos de UTI, utilizando cada vez mais a avaliação, controle e auditoria, tem por objetivo ampliar o acesso a este tipo de serviço. Medidas como manter uma Taxa de Ocupação média de 80% dos leitos, ampliar de unidades semi-intensiva utilizadas para evitar internação direto em UTI de pacientes com prioridade II que necessitam apenas de monitorização, bem como aumentar o percentual de alta da UTI em pacientes que melhoram o quadro clínico, implementar serviços de internação domiciliar para pacientes com cuidados paliativos fora de possibilidade terapêutica que acabam ocupando leitos de UTI desnecessariamente, evitar a ocupação de leitos de UTI com pacientes necessitando de cuidados pós-

operatório por falta de sala de recuperação pós-anestésica e melhorar os critérios de indicação de internação em UTI levando a ações judiciais com base na indicação médica equivocada e sem critérios.

As unidades hospitalares que não dispõem do setor de emergência tiveram uma maior participação na recepção dos pacientes transferidos pela CRRIFOR. O Hospital Geral Waldemar de Alcântara teve um percentual maior na recepção de pacientes transferidos com 19,96% dos pacientes com prioridade I e 19,15% dos pacientes com prioridade II. O percentual de transferência é insuficiente para suprir a demanda de pacientes na fila de UTI e isto piora pela existência de certos obstáculos no processo regulatório. Fatores como a má indicação de UTI pelo médico assistente, transferências por fora de fluxo da central, aumento do número de mandados e ações judiciais, dificuldade no contato com unidades solicitantes sem que haja medidas corretivas, desatualização das disponibilidades de vagas das unidades executantes, longo tempo de espera para realização das remoções de pacientes regulados, falta de atualização do quadro clínico dos pacientes com informações imprecisas nas fichas de solicitação de internação em UTI influenciam negativamente na agilidade do processo regulatório.

A categoria mais frequente de diagnósticos relacionada aos pacientes encaminhados a CRRIFOR para admissão em UTI foi acidente vascular cerebral com 16,18% dos casos, infecção respiratória com 8,30% e politrauma com 7,95%, corroborou com outros estudos encontrados na literatura. Quanto às injúrias de base, o estudo de Menezes *et al.* (2005) apresentou as três principais causas de internação como sendo: injúrias neurológicas (TCE, AVC e disfunções neuromusculares), doenças cardiovasculares e insuficiência respiratória.

A média de 5,66 dias à espera na fila de UTI para internação, reflete a necessidade de rápida intervenção estrutural e de processos de trabalho, no intuito de se prover um acesso a leitos de UTI de forma equânime, de acordo com as bases doutrinárias do SUS.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo pode contribuir para fornecer subsídios e gerar oportunidade crítica de avaliar possíveis desigualdades no acesso de pacientes à internação em UTI e criar instrumentos de avaliação de forma a se construir um Sistema de Regulação mais equânime. Políticas Públicas em Saúde devem se apoiar em informações objetivas, respaldadas por evidências científicas, fundamentais para responder às necessidades atuais da gestão do SUS no cuidado à saúde, fazendo com que sejam alcançados os direitos preconizados, constitucionalmente, em termos de universalidade, integralidade e equidade do Sistema Único de Saúde.

## 8 CONCLUSÃO

Este estudo evidenciou um perfil de pacientes admitidos através da Central de Regulação de Leitos, com predominância de idosos do sexo masculino e procedentes de Fortaleza, com uma gravidade acentuada no momento da admissão (96,69%); receberam priorização I ou II e com limitado acesso a um leito de UTI apenas 47,05% dos casos com prioridade I e 43,99% dos pacientes com prioridade II.

Tão importante quanto o investimento em novos recursos de tratamentos e tecnologias de ponta nas Unidades de Terapia Intensiva é o conhecimento de dados epidemiológicos da população atendida. A caracterização de pacientes encaminhados para internação em UTI, pode auxiliar nas diretrizes das admissões e altas dessas unidades, pois o conhecimento do perfil dos doentes críticos evidencia informações essenciais para planejar e organizar a assistência nas UTI's e nas unidades hospitalares que recebem os pacientes.

## REFERÊNCIAS

ACUÑA, K.; COSTA, É.; GROVER, A.; CAMELO, A.; JÚNIOR, R.S. Clinical-Epidemiological Characteristics of Adults and Aged Interned in na Intensive Care Unity of the Amazon (Rio Branco, Acre). **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v.19, Suppl. 3, p.304-309, 2007.

BRASIL. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde - **Coleção Pró-Gestores - Para entender a gestão do SUS 1**. Brasília: CONASS, 2007. p.165-179 do SUS Reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. **Lei 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. Disponível em [http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080\\_190990.htm](http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Alinhamento conceitual sobre rede de atenção à saúde de Eugênio Vilaça Mendes**. Brasília. Jun. 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB 01-SUS 96**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Diretrizes operacionais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS. Uma construção coletiva**. Organização e funcionamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS. Uma construção coletiva. Instrumentos básicos**. Brasília: Ministério da Saúde.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **SUS Instrumentos de gestão em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política para a área de terapia intensiva**. Brasília, DF, 2003b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399/GM** de 22 de fevereiro de 2006. Define as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 699/GM** de 30 de março de 2006. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648/GM** de 28 de março de 2006. Cria a Política Nacional da Atenção Básica.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 372/GM** de 16 de fevereiro de 2007. Altera a Portaria 699/GM.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 325/GM**, de 21 de fevereiro de 2008. Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1097/GM** de 22 de maio de 2006: Define o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 325/GM** de 21 de fevereiro de 2008: Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 372/GM** de 16 de fevereiro de 2007: Altera a Portaria 699/GM.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 699/GM** de 30 de março de 2006: Regulamenta as diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 91/GM** de 10 de janeiro de 2007: Regulamenta a unificação do processo de pactuação de indicadores.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e **Portaria MS/GM nº 373**, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. **Portaria GM nº 3.332** de 28 de dezembro de 2006. Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS. Diário Oficial da União, 29 de dezembro de 2006.

\_\_\_\_\_. **Portaria GM nº 548** de 12 de abril de 2001. Aprova o documento "Orientações Gerais para elaboração e aplicação da Agenda de Saúde, do Plano de Saúde, dos Quadros de Metas e do Relatório de Gestão como Instrumentos de Gestão do SUS. Diário Oficial da União. 16 de abril de 2001.

BRASIL. **Lei 8.142**, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 4.320**, de 17 de março de 1964, institui normas gerais de direito financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal.

\_\_\_\_\_. **Lei Complementar 101**, de 04 de maio de 2000, estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências, regulamenta o art. 163 da CF 88.



\_\_\_\_\_. **Lei 8142** de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em [http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142\\_281290.htm](http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm).

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n.º 322**, de 8 de maio de 2003, aprova as diretrizes acerca da aplicação da Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, para definição de recursos mínimos a serem aplicados em saúde

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n.º 333**, de 4 de novembro de 2003, aprova as diretrizes para criação reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde.

\_\_\_\_\_. **Portaria GM/ MS nº 2047/2002**. Aprova as Diretrizes Operacionais para a Aplicação da Emenda Constitucional nº 29, de 2000.

\_\_\_\_\_. **Portaria GM/MS nº 2.023**, de 23 de setembro de 2004. Define que os municípios e o Distrito Federal sejam responsáveis pela gestão do sistema municipal de saúde na organização e na execução das ações de atenção básica, e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. **Portaria GM /MS nº 204**, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.

\_\_\_\_\_. **Portaria GM /MS nº 837**, de 23 de abril de 2009. Altera e acrescenta dispositivos à Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, para inserir o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

\_\_\_\_\_. **Portaria GM/MS nº. 2.048**, de 3 de setembro de 2009. Aprova o Regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS).

\_\_\_\_\_. **Portaria GM/MS nº. 2.230**, de 23 de setembro de 2009. Dispõe sobre a aplicação da Portaria Nº 2.048/GM, de 3 de setembro de 2009, que aprovou o Regulamento técnico das Urgências do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Economia da Saúde. **A implantação da EC 29: Apresentação dos Dados do SIOPS, 2000 a 2003**. Brasília, 2005

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Manual de orientações para Contratação de Serviços de Saúde**. Brasília, 2006. (disponível em [www.saude.gov.br/sas](http://www.saude.gov.br/sas))

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria **GM/MS nº 3277** de 22 de dezembro de 2006. Dispõe sobre a participação complementar dos serviços de assistência à saúde, no âmbito do sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília, DF.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 403** de 20 de outubro de 2000." Cria o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde no país".

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 403** de 20 de outubro de 2000. Cria o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES.

BRASIL. Ministério da Saúde. Alinhamento conceitual sobre rede de atenção à saúde de Eugênio Vilaça Mendes, Junho 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Manual de orientações para Contratação de Serviços de Saúde**. Brasília, 2006. (disponível em [www.saude.gov.br/sas](http://www.saude.gov.br/sas))

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3277** de 22 de dezembro de 2006. Dispõe sobre a participação complementar dos serviços de assistência à saúde, no âmbito do sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, DF.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **A Estratégia de Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde: Princípios e Diretrizes** para sua implementação no SUS. Abril 2008. (Versão para construção com CONASS e CONASEMS)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1559**, de 01/08/2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**. Brasília, p.48-9 Seção, 04 agosto 2008.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDES (Brasil). **Política Nacional de Regulação**. Brasília, DF, 2006.

CERVO, A.; BERVIAN, P. **A metodologia científica**, 4.ed. São Paulo: Makron Books, 1996.

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

ERBAY, A.; BODUR, H.; AKINCI, E.; COLPAN, A. Evaluation of antibiotic use in intensive care units of a tertiary care hospital in Turkey. **Journal of Hospital Infection**, v.59, Suppl.1, p.53-61, 2005.

EVANGELISTA, P.A.; BARRETO, S.M.; GUERRA, H.L. Central de Regulação de leitos do SUS em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: avaliação de seu papel pelo estudo das internações por doenças isquêmicas do coração. **Caderno de Saúde Pública**. v.24, n.4, p.767-776, 2008.

FEIJÓ, C.A.R.; LEITE, F.O.J.; MARTINS, A.C.S.; FURTADO, A.H.J.; CRUZ, L.L.S.; MENESES, F.A. Gravidade dos pacientes admitidos à Unidade de Terapia. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v.18, n.1, p.18-21, 2006.

FERREIRA, A. B. H. **Regular**. In: \_\_\_\_\_. **Miniaurélio século XXI escolar: o minidicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001. p. 593.

GEORGES, B.; CONIL, J.M.; DUBOUIX, A.; ARCHAMBAUD, M.; BONNET, E.; SIVIN, S.; et al. Risk of emergence of *Pseudomonas aeruginosa* resistance to  $\beta$ -lactam antibiotics in intensive care units. **Intensive Care Medicine**, v. 34, suppl. 6, p.1636-1641, 2006.

MENDES, E. V. **A Regulação Estatal dos Sistemas de Serviços de Saúde**. Trabalho apresentado ao Seminário sobre Regulação do CONASS. Brasília, 10 de agosto de 2005.

MENESES, F. A. et al. Perfil dos pacientes admitidos à Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um Hospital-Escola de Fortaleza, Brasil. In: REUNIÃO ANUAL DA SBPC, 57, 2006, Fortaleza. **Anais eletrônicos...** São Paulo: SBPC/UFSC, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Regulação no Setor Saúde** - buscando seus fundamentos públicos. 2004.

NASCIMENTO, A.A.M. et al. Regulação em saúde: aplicabilidade para concretização do pacto de gestão do SUS. **Coagitare Enfermagem**, Curitiba, v.14, n.2, p.346-522, abr./jun. 2009.

NOGUEIRA, L.S.; SANTOS, M.R.; MATALOUN, S.E.; MOOCK, M. Nursing Activities Score: comparado com o índice APACHE II e a mortalidade em pacientes admitidos em unidade de terapia intensiva. **Rev. Bras. de Terapia Intensiva**. v.19, n.3, p.327-30, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **The World Health Report: Primary Health Care Now More Than Ever**. Geneva: World Health Organization, 2008.

PORTAL SISREG. Reorganização da assistência.

ROCCO, J.R.; SOARES, M.; GAGO, M.F. Pacientes clínicos referenciados, mas não internados na Unidade de Terapia Intensiva: prevalência, características clínicas e prognóstico. **Rev. Bras. de Terapia Intensiva**. v.18, n.2, p.114-120, 2006.

ROCHA, M.S.; et al. Caracterização da população atendida em unidade de terapia intensiva: subsídio para a assistência. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v.15, n.3, p.411-416, 2007.

ROUQUAYROL, M.Z, ALMEIDA FILHO, N.. **Epidemiologia e saúde**. 6. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

SILVA, M.C.M. **Fatores relacionados com a alta, óbito e readmissão em unidade de terapia intensiva**. [Tese de doutorado]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2007. 84 p

TASK FORCE OF THE AMERICAN COLLEGE OF CRITICAL CARE MEDICINE. Society of Critical Care Medicine. Guidelines for ICU admission, discharge, and triage. **Critical Care Medicine**. v.27, n.3, p.633-38, 1999.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p.S190-198, 2004.

UNGLERT, C. V. S. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 24, p.445-452, 1990. PORTAL SISREG.

VIEIRA, F.S. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14 (Supl. 1), p.1565-1577, 2009.

ZENI, M. **índice APACHE II e avaliação subjetiva seriados para a avaliação prognóstica dos pacientes internados na UTI – HU/UFSC**. [Trabalho de conclusão de curso]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2006. 42 p.

## APÊNDICE A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE FIEL DEPOSITÁRIO



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
CRRIFOR



### TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE FIEL DEPOSITÁRIO

Eu, Maria das Graças Oliveira Campos, chefe da Central de Referência e Regulação das Internações de Fortaleza – CRRIFOR, fiel depositário dos prontuários e da base de dados desta instituição Secretaria de Saúde do Município situada em Fortaleza – Ceará, declaro que o aluno Cristiano Walter Moraes Rôla Júnior está autorizado a realizar nesta Instituição o projeto de pesquisa: ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE O GRAU DE PRIORIDADE DE INTERNAÇÃO EM UTI E O DESTINO DADO AO PACIENTE”, sob a responsabilidade do pesquisador Prof. Dr. Manoel Odorico de Moraes, cujo objetivo geral é “Correlacionar o grau de prioridade nas internações em UTI com o destino dado ao paciente na Central de Regulação de Leitos de Fortaleza”.

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, de:

- 1) Garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros.
- 2) Que não haverá riscos para o sujeito de pesquisa.
- 3) Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa.
- 4) Retorno dos benefícios obtidos através deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado.

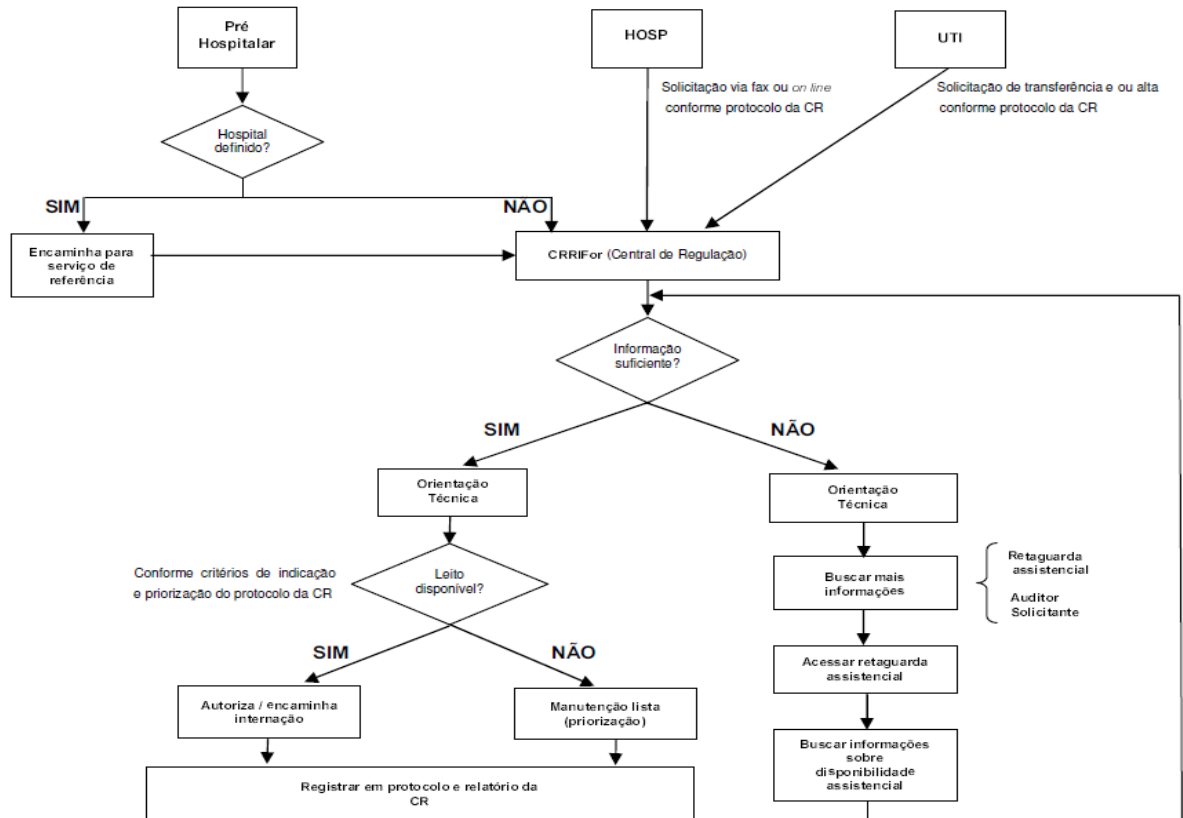
Informo-lhe ainda, que a pesquisa somente será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da Universidade Federal do Ceará, para garantir a todos os envolvidos os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência, benevolência e justiça.

Fortaleza, 16 de agosto de 2011.

  
(CARIMBO E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL)

Dra. Maria das Graças Oliveira Campos  
CREMEC 5089  
Chefe CRRIFOR SMS

## ANEXO A – FLUXOGRAMA OPERACIONAL DA CENTRAL DE REFERÊNCIA E REGULAÇÃO DAS INTERNAÇÕES DE FORTALEZA



## **ANEXO B - CRITÉRIOS DE PRIORIZAÇÃO**

**PRIORIDADE 1** - Pacientes criticamente enfermos e instáveis que necessitam de cuidados de terapia intensiva e monitoração que não pode ser provida fora de ambiente de UTI. Usualmente esses tratamentos incluem suporte ventilatório, drogas vasoativas contínuas, etc. Nesses pacientes não há limites em se iniciar ou introduzir terapêutica necessária. Exemplos desses doentes incluem choque ou pacientes com instabilidade hemodinâmica, pacientes em insuficiência respiratória aguda necessitando suporte ventilatório.

**PRIORIDADE 2** - Pacientes que necessitam de monitoração intensiva e podem potencialmente necessitar intervenção imediata. Não existe terapêutico geralmente estipulado para estes pacientes. Exemplos incluem pacientes com condições comórbidas crônicas que desenvolvem doenças agudas graves clínicas ou cirúrgicas.

**PRIORIDADE 3** - Pacientes criticamente doentes mais que tem uma probabilidade reduzida de sobrevida pela doença de base ou natureza da sua doença aguda. Esses pacientes podem necessitar de tratamento intensivo para aliviar uma doença aguda, mas limites ou esforços terapêuticos podem ser estabelecidos como não intubação ou reanimação cardiopulmonar  
Exemplos incluem pacientes com neoplasias metastáticas complicadas por infecção, tamponamento ou obstrução de via aérea.

**PRIORIDADE 4** - Paciente que geralmente não são apropriados para admissão à UTI. A admissão desses pacientes deve ser feita em base individual, em circunstâncias não usuais e ao discernimento do Diretor Clínico da UTI. Esses pacientes podem ser colocados em duas categorias: A: Benefício mínimo se algum de cuidados intensivos devido ao baixo risco de intervenção ativa que não possa ser realizado em ambiente fora da UTI. (Pacientes com estado muito bom para se beneficiar de UTI). B: Pacientes com doenças terminal ou irreversível com probabilidade de morte iminente (Pacientes com estado muito ruim para se beneficiar de UTI). Por exemplo: dano cerebral grave irreversível, disfunção de múltiplos órgãos irreversível, câncer metastático irresponsivo a quimio/radioterapia, pacientes com capacidade de tomar decisões que declina de cuidados de terapia intensiva e/ou monitoração intensiva e que recebe apenas cuidados paliativos (de conforto apenas), morte encefálica não doadores, pacientes em estado vegetativo persistente.

## ANEXO C – PROTOCOLO DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO EM UTI

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE LEITOS DE UTI - FORTALEZA  
PROTOCOLO DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO EM UTI

SOLICITANTE \_\_\_\_\_ CREMEC \_\_\_\_\_

HOSPITAL \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

PROCEDÊNCIA \_\_\_\_\_ EMERG \_\_\_\_\_ APTO./ENF. \_\_\_\_\_

IDADE \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO(S): \_\_\_\_\_

CO-MORBIDADE(S): \_\_\_\_\_

FUNÇÃO RESPIRATÓRIA: SATURAÇÃO DE O<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ SEM VENTILAÇÃO \_\_\_\_\_  
COM VENTILAÇÃO \_\_\_\_\_ INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA? \_\_\_\_\_

FUNÇÃO CARDÍACA: PULSO \_\_\_\_\_ PA \_\_\_\_\_ COM DROGAS VASOATIVAS \_\_\_\_\_  
SEM DROGAS VASOATIVAS \_\_\_\_\_

ARRITMIA \_\_\_\_\_ DOENÇA CORONARIANA AGUDA \_\_\_\_\_ ICC \_\_\_\_\_

FUNÇÃO NEUROLÓGICA: COMA  GLASGOW \_\_\_\_\_ CONVULSÃO \_\_\_\_\_

FUNÇÃO RENAL: DIURESE \_\_\_\_\_ CREATININA \_\_\_\_\_ UREIA \_\_\_\_\_ K+ \_\_\_\_\_

FUNÇÃO HEPÁTICA: INSUF. HEPÁTICA

FUNÇÃO ENDÓCRINA: \_\_\_\_\_ GLICEMIA \_\_\_\_\_

COMPLICAÇÃO CIRÚRGICA?  SIM  NÃO

REGISTRO REGULADOR:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_