

# Protocolos Clínicos e de Regulação: Motivações para Elaboração e Uso

# 2

*Sônia Mara Neves Ferri  
Janise Braga Barros Ferreira  
Eduardo Fonseca de Almeida  
José Sebastião dos Santos*

## INTRODUÇÃO

A organização de sistemas de serviços de saúde depende, entre outros fatores, da regionalização e da formação de redes de atenção à saúde. A regionalização baseia-se na dinâmica do espaço geográfico, na base populacional, nas diferentes articulações de recursos (humanos, materiais e políticos), das ações de saúde e das instituições, na definição de pontos de atenção (básico, secundário e terciário) e, por fim, na busca da efetividade da gestão no atendimento das necessidades de saúde.

No espaço territorial, deve ser organizada a rede de atenção à saúde, local ou regional, no sentido de se favorecer o atendimento à população a partir da identificação de suas necessidades ou problemas de saúde. Uma característica fundamental da rede é a existência dos vários pontos de atenção que se inter-relacionam de forma cooperativa e solidária. Não há uma divisão hierárquica entre estes pontos, mas uma diferenciação por suas especificidades e atribuições em função de acúmulo maior ou menor de densidade tecnológica.

Assim, a atenção básica à saúde (ABS) tem sua complexidade própria e uma menor densidade tecnológica (equipamentos, procedimentos de apoio diagnóstico e terapêutico), a qual aumenta progressivamente nos pontos secundários e terciários da rede de atenção à saúde. A importância de uma rede articulada fundamenta-se na necessidade de se atender de forma oportuna e equitativa as necessidades de saúde dos usuários e na possibilidade da continuidade e integralidade do atendimento. Para tanto, os usuários devem ser devidamente orientados quanto à melhor solução para os seus problemas de saúde, independentemente, do ponto de atenção acessado.

Os sistemas de serviços de saúde que adotam a ABS como ordenadora da rede de atenção têm a expectativa de que ela resolva a maior parcela dos problemas de saúde mais prevalentes na população, em torno de 85%. Para atingir esta meta, a ABS precisa desenvolver sua capacidade resolutive organizando suas práticas a partir de seus principais atributos: centralidade nas necessidades da população, compromisso com a continuidade e integralidade da atenção, responsabilidade sanitária, análise de resultados sanitários e econômicos, estímulo à participação social e às ações intersetoriais.

Nesta linha de raciocínio, preferencialmente, a ABS deve acolher o paciente, identificar sua necessidade de saúde e elaborar o projeto terapêutico mais apropriado a cada caso. Esgotando-se sua capacidade resolutive, compete à ABS coordenar o encaminhamento do paciente monitorando o seu percurso na rede de saúde até o componente da atenção mais indicado para a resolução de seu problema. Compete à ABS, ainda, acompanhar todo o atendimento, em qualquer ponto da rede, até seu retorno, se for o caso, para seguimento no âmbito de sua responsabilidade.

O deslocamento dos usuários na rede assistencial, principalmente quando acessam os componentes secundário e terciário do sistema, tanto em situações programadas como de urgência deve ocorrer, de acordo com a Política Nacional de Regulação em Saúde, de modo regulado.

A regulação do **acesso assistencial** foi definida como “uma organização de estruturas, tecnologias e ações dirigidas aos prestadores (públicos ou privados), gerentes e profissionais, de modo a viabilizar o acesso do usuário aos serviços de saúde e de forma a adequar à complexidade de seu problema aos níveis tecnológicos exigidos para uma resposta humana, oportuna, ordenada, eficiente e eficaz”.

A regulação do acesso pode ser viabilizada, local ou regionalmente, por meio da implantação de um complexo regulador formado por unidades de trabalho ou centrais de regulação constituídas em função da ação de saúde a elas vinculadas: consultas especializadas, internações eletivas e de urgência, procedimentos de apoio diagnóstico e terapêutico, entre outras.

Para que o complexo regulador possa desenvolver efetivamente suas funções regulatórias são necessários: planejamento das ações de saúde de acordo com as necessidades, mapas assistenciais que caracterizem a oferta de ações de saúde e o perfil dos estabelecimentos de saúde pertencentes à rede de saúde, protocolos clínicos e de regulação, instrumentos de referência e contrarreferência, vias efetivas de comunicação entre os pontos da rede, apoio de informática, avaliação e monitoramento dos processos e dos resultados.

No planejamento/programação e desenvolvimento das práticas de atenção e de regulação, a análise dos perfis demográfico e epidemiológico da população e o mapeamento da capacidade instalada do sistema e de seu potencial resolutive são fundamentais para o processo de conhecimento das necessidades de saúde e para a elaboração de ferramentas auxiliares à prática clínica e regulatória, como os protocolos.

Em que pese a importância de todas as ações que envolvem o processo de atenção à saúde, este capítulo destaca o papel dos protocolos clínicos e regulatórios como instrumentos das práticas de saúde, desde o primeiro contato do paciente, preferencialmente, na ABS, com a rede, até a resolução de seu problema em qualquer um de seus pontos.

Uma das primeiras atividades a serem definidas diz respeito à delimitação do rol de ações clínicas que pode ser realizado em cada ponto da rede (básico, secundário ou terciário) e qual o desenho do fluxo para o acesso aos serviços de saúde definidos pelo projeto terapêutico. Estas definições têm relação direta com a capacidade resolutive de cada ponto da rede e conformam os protocolos.

Desta forma, os protocolos são importantes nesta caracterização das ações que devem estar disponíveis em cada ponto da rede e se relacionam com todo o processo de atenção, repercutindo no atendimento clínico individual, na organização dos serviços, nos fluxos assistenciais e na eficiência do sistema como um todo.

Os **protocolos clínicos** descrevem a prática da assistência à saúde baseada em evidências para subsidiar as decisões terapêuticas. Os protocolos clínicos são essenciais para nortear o atendimento individual e para a escolha do melhor tratamento, tendo em conta os recursos disponíveis e garantidos para os serviços da rede pública de saúde, bem como para subsidiar as decisões quanto a revisão e incorporação de novos recursos e, assim, aumentar a potência resolutive de cada ponto do sistema de saúde.

Os **protocolos de regulação** são instrumentos de ordenação dos fluxos de encaminhamentos que qualificam o acesso e viabilizam a atenção integral ao paciente entre os níveis de complexidade da atenção, orientando quanto à competência dos níveis de atenção, observando o grau de complexidade e resolubilidade de cada um deles.

Os protocolos clínicos e regulatórios têm relação com a continuidade e a integralidade da atenção, além de dar transparência aos acessos necessários para que o paciente tenha sua necessidade atendida. É certo, que estes instrumentos qualificam a ação regulatória tornando-a mais efetiva, eficiente e oportuna. No entanto, a adoção de protocolos clínicos e regulatórios deve ser centrada nas necessidades do usuário, considerando a dinâmica das necessidades de saúde e o constante exercício de monitoramento das ações e avaliação dos resultados, atitudes fundamentais para indicar os rumos da incorporação de novas tecnologias que auxiliem o manejo clínico, o aprimoramento da gestão e a qualificação do sistema de saúde.

Neste sentido, a adoção de protocolos clínicos e de regulação pela rede pública de saúde torna-se essencial para o desenvolvimento das ações de saúde, na medida em que estes sejam utilizados como instrumentos facilitadores e não cerceadores de acesso, colaborando com a eficácia da prática clínica e com a sistematização das práticas regulatórias e permitindo, assim, a melhor opção

terapêutica, a priorização do agendamento de ações de saúde segundo critérios de risco, a diminuição do tempo de espera para agendamento, o direcionamento mais adequado do usuário nos componentes do sistema de saúde, a publicização da oferta de serviços disponíveis, a despersonalização da ação regulatória, a análise da capacidade instalada e do potencial de resolução dos pontos do sistema, a capacitação dos trabalhadores do setor de saúde nos moldes da educação permanente e a integralidade da assistência.

## INFORMAÇÃO EM SAÚDE E SUA RELAÇÃO COM O PROCESSO ASSISTENCIAL E DE REGULAÇÃO

A política de regulação do Sistema Único de Saúde (SUS) indica o Complexo Regulador (CR) como uma estratégia capaz de promover transformações no processo organizativo do sistema, nas práticas assistenciais, no modelo de avaliação e de gestão. O conjunto de informações acerca do usuário e de sua necessidade de saúde deve estar acessível para permitir a classificação de risco/prioridade e, conseqüentemente, oferecer condições para a definição da melhor opção terapêutica e o melhor acesso a ela, tornando a assistência mais equitativa e humanizada, visto que são favorecidas a acessibilidade e resolubilidade dos problemas de saúde.

Em muitos sistemas de serviços de saúde, do cenário nacional, que ainda não dispõem de registro eletrônico, as informações sobre a assistência prestada ao paciente são registradas em suporte de papel, em documentos denominados fichas ou guias, que podem ser empregados para referenciar ou contrarreferenciar os pacientes na rede de saúde. Estes documentos são a matéria-prima da ação regulatória, pois neles se caracteriza o problema de saúde do paciente e o tratamento a que ele foi submetido, em função do projeto terapêutico, em determinado ponto da rede. Com base nessas informações se desenvolve a ação regulatória com o direcionamento do paciente para outros serviços de saúde em busca da resolução do problema ou para continuidade da atenção.

Desta forma, todos os agentes envolvidos no processo assistencial (profissionais da saúde, gestores, prestadores de serviço, usuários) devem ter o compromisso com a completude da informação, quer seja ela clínica, epidemiológica ou administrativa, tendo a clareza de sua importância para o desenvolvimento do processo assistencial e de regulação.

Uma pesquisa original realizada no município de Ribeirão Preto, que teve como objetivo inicial identificar os problemas de saúde mais frequentes para subsidiar a elaboração dos protocolos clínicos e de regulação, possibilitou como desdobramento a avaliação da qualidade informacional das guias de referências (GRs) recebidas no mês de agosto de 2007 pelo CR da Secretaria Municipal da Saúde (SMS-RP) desse município.

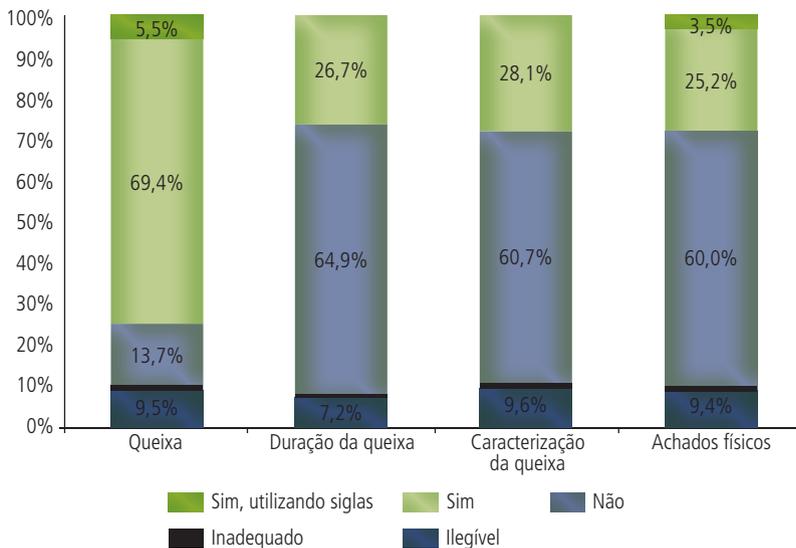
A análise da qualidade dos dados clínicos das GRs segundo o critério **completude da informação** contemplando as variáveis queixa, duração da quei-

xa, caracterização da queixa, achados físicos, diagnóstico clínico, investigação na atenção básica, referência de tratamento e resultado de tratamento fundamenta a discussão sobre a qualidade informacional das GRs e sua repercussão no processo regulatório assistencial (regulação do acesso).

A premissa de que a completude informacional das GRs interfere diretamente no processo regulatório, visto que os reguladores utilizam estas informações para classificar o risco e definir a prioridade do atendimento e o registro das variáveis “caracterização da queixa”, “achados físicos” e “diagnóstico clínico” nas GRs encaminhadas, ao CR, pelos serviços de ABS do município, oferece a dimensão das dificuldades clínicas e de gestão da ABS (Figura 2-1).

O resultado da análise do registro da variável “caracterização da queixa”, nas GRs, apontou sua anotação de forma legível em apenas 28% dessas guias. Não houve registro da variável “achados físicos” em 60% das guias e em 10% estava de forma ilegível. O “diagnóstico clínico” apresentou-se de forma legível em 57% das guias analisadas. Pelo exposto, nota-se que a informação clínica que subsidia fundamentalmente a regulação do acesso foi registrada pelos serviços de ABS de forma não satisfatória na maioria das guias analisadas.

Na pesquisa também foram analisados os motivos mais frequentes para a realização dos encaminhamentos pelas unidades de saúde da ABS. O levanta-



**Figura 2-1** Completude das Guias de Referência encaminhadas pelas unidades de saúde do município de Ribeirão Preto ao Complexo Regulador, no mês de agosto de 2007, quanto às variáveis queixa, duração da queixa, caracterização da queixa e achados físicos.

tamento e a compilação de dados foram realizados em duas etapas, sendo a primeira com foco em encaminhamentos de casos eletivos e a segunda, nas fichas de regulação de casos de urgência. Utilizaram-se formulários de análise diferentes para os dois tipos de GR que caracterizavam as modalidades de atendimento: casos eletivos ou de urgência.

### Guia de Referência e Caracterização dos Casos Eletivos

A Tabela 2-1 mostra o número total de encaminhamentos recebidos pelo CR das Unidades Básicas de Saúde (UBS), a porcentagem do total de encaminhamentos e a porcentagem acumulada. Observa-se que as oito especialidades mais solicitadas para encaminhamento dos casos pela ABS (oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia, cardiologia, dermatologia, endocrinologia, neurologia e gastroenterologia) representaram 87,1% do total de GRs encaminhadas ao CR no período analisado.

Entre as especialidades mais demandadas é importante notar que não houve o registro da variável “diagnóstico” em grande parte das GRs, dados que são apresentados na Tabela 2-2.

Como forma de selecionar os motivos mais frequentes de encaminhamento, uma forma adotada para a análise de dados foi a filtragem de 80% das ocorrências de encaminhamento, incluindo as que não possuíam diagnóstico. A Tabela 2-3 lista, em ordem decrescente, os casos mais frequentes, eliminados aqueles sem diagnósticos quantificados na Tabela 2-2. O agrupamento de diagnósticos semelhantes pode incluir a classificação “outros”, que são diagnósticos de baixa incidência que não foram, para facilitação de análise, incluídos em outros grupos; optou-se por mantê-los para demonstrar sua representatividade diante do total.

A nova Portaria da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), vem sendo apresentada aos gestores estaduais e municipais de saúde pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (MS) e prevê um Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica. Alguns nós críticos da atenção básica trabalhados pelo MS para a formulação desta política relacionam a necessidade de confecção de protocolos clínicos e de regulação com a melhoria da qualidade da assistência prestada aos usuários, tais como:

- Modelo de atenção ainda desarticulado do restante da rede de atenção;
- Pouca integração com a rede de apoio diagnóstico e terapêutico;
- Clínica com baixa integralidade e resolubilidade;
- Falta de segurança para decisão clínica;
- Menos de 50% dos cuidados prestados têm base em evidências;
- A formação clínica dos profissionais ainda é deficiente.

No estudo dos 1.333 (100%) casos referenciados para a oftalmologia que chegaram ao CR no mês da pesquisa, 43,6% foram para exame de refração por baixa acuidade visual. Vários trabalhos demonstram esta causa como a

**TABELA 2-1** Total, porcentagem do total e frequência acumulada de Guias de Referência para encaminhamentos de casos eletivos, por especialidade, para o Complexo Regulador da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto – SP, em agosto de 2007.

ESPECIALIDADE	Nº GR	% DO TOTAL	% ACUMULADA
Oftalmologia	1333	22,3%	22,3%
Ortopedia	951	15,9%	38,3%
Otorrinolaringologia	716	12,0%	50,2%
Cardiologia	652	10,9%	61,2%
Dermatologia	520	8,7%	69,9%
Endocrinologia	385	6,4%	76,3%
Neurologia	330	5,5%	81,8%
Afecções Digestivas (gastroenterologia clínica e cirúrgica e coloproctologia)	433	7,3%	89,1%
Ginecologia e Obstetrícia	138	2,3%	91,4%
Pneumologia	98	1,6%	93%
Cirurgia Geral/cirurgia ambulatorial	69	1,2%	94,2%
Cirurgia Pediátrica	64	1,1%	95,3%
Nefrologia	63	1,1%	96,4%
Cirurgia de Cabeça e Pescoço	39	0,7%	97,1%
Cirurgia Vascular	22	0,4%	97,5%
Outras	12	0,1%	99,9%
<b>Total</b>	<b>5.971</b>		100

primeira para encaminhamento para esta especialidade, mas sabe-se que, na ABS, o registro do nível de acuidade visual pode ser feito por qualquer profissional da área da saúde após capacitação adequada.

Na especialidade de neurologia, que tem como primeira causa de encaminhamento ao especialista a *cefaleia*, pode-se afirmar que os casos de cefaleia poderiam ser mais bem assistidos pelos profissionais da atenção básica se houvesse um protocolo clínico estabelecido para a atuação destas equipes

**TABELA 2-2** Nº de Guias de Referência sem registro do diagnóstico, por especialidade solicitada, enviadas ao Complexo Regulador da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto – SP, em agosto de 2007.

ESPECIALIDADE	Nº GR	% DO TOTAL
Oftalmologia	515	37,8%
Ortopedia	361	26,5%
Dermatologia	284	20,8%
Cardiologia	87	6,4%
Neurologia	54	4,0%
Otorrinolaringologia	43	3,2%
Gastroenterologia	20	1,5%
<b>Total</b>	<b>1.364</b>	<b>100%</b>

de saúde. Há estudo demonstrando que 41,7% dos casos encaminhados ao neurologista são situações clínicas que devem ser manejadas no atendimento básico.

### Guia de Referência e Caracterização dos Casos de Urgência

Os encaminhamentos de urgência possuem uma diversidade muito menor de motivos, os quais são caracterizados por sintomas. A maioria dos chamados de unidades móveis é voltada à remoção de pacientes – as fichas de encaminhamento tiveram de ser filtradas nesse sentido. Das restantes, é facilmente observável uma concentração de causas para os chamados, como mostra a Tabela 2-4, que lista os mais frequentes (85% das ocorrências).

A identificação das causas mais frequentes de chamados para o CR na urgência oferece subsídio para a elaboração dos protocolos clínicos que qualificam a prática de saúde tanto nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) quanto nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Os serviços de urgência do SUS apresentam alguns desafios a serem superados no atendimento em saúde: superlotação, processo de trabalho fragmentado, conflitos e assimetrias de poder, exclusão dos usuários na porta de entrada, desrespeito aos direitos desses usuários, pouca articulação com o restante da rede de serviços, entre outros.

O Acolhimento com Classificação de Risco, como diretriz e dispositivo da Política Nacional de Humanização para superar esses desafios, tem também a necessidade de utilizar os protocolos clínicos e de regulação para qualificar o atendimento de urgência, revertendo ao usuário uma resposta adequada ao seu problema de saúde.

**TABELA 2-3** Parcela de 80% dos diagnósticos mais frequentes nos encaminhamentos de unidades de saúde da atenção básica (apenas ocorrências com diagnóstico descrito) para o Complexo Regulador da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto – SP, em agosto de 2007.

ESPECIALIDADE	GRUPO DIAGNÓSTICO	OCORRÊNCIAS	% DO TOTAL
Oftalmologia	Baixa Acuidade Visual	608	18,4%
	Pterígio	28	0,8%
	Fundo de Olho	21	0,6%
	Outros	45	1,4%
	<b>Total em Oftalmologia</b>	<b>729</b>	<b>22%</b>
Otorrinolaringologia	Infecções de Vias Aéreas Superiores	149	4,5%
	Diminuição da Acuidade Auditiva	117	3,5%
	Respirador bucal	61	1,8%
	Hipertrofia adenoides/amígdalas	52	1,6%
	Zumbido/vertigem	50	1,5%
	Rouquidão/afonia	29	0,9%
	Rolha de cerume	26	0,8%
	Epistaxe	24	0,7%
	Labirintopatia	27	0,8%
	Outros	66	2,0%
<b>Total em Otorrinolaringologia</b>	<b>601</b>	<b>18,2%</b>	
Ortopedia	lombalgia/lombociatalgia/dorsalgia	101	3,1%
	artralgia/artropatia	99	3,0%
	artrose/osteoartrose	83	2,5%
	tendinite/sinovite/artrite	73	2,2%
	cistos, esporões, calosidades	67	2,0%
	deformidades ósseas/varo e valgo/ escolioses, lordoses, cifoses	56	1,7%
	<b>Total em Ortopedia</b>	<b>479</b>	<b>14,5%</b>
Cardiologia	Diabetes e ou Hipertensão Arterial	108	3,3%
	Precordialgia	95	2,9%
	Arritmia	72	2,2%
	Sopro	63	1,9%
	Dispnéia aos esforços	42	1,3%
	Outros	34	1,0%
	<b>Total em Cardiologia</b>	<b>414</b>	<b>12,5%</b>
Endocrinologia	Distúrbio da tireoide	152	4,6%
	Diabetes melito	86	2,6%
	Obesidade	83	2,5%
	<b>Total em Endocrinologia</b>	<b>321</b>	<b>9,7%</b>

**TABELA 2-3** Parcela de 80% dos diagnósticos mais frequentes nos encaminhamentos de unidades de saúde da atenção básica (apenas ocorrências com diagnóstico descrito) para o Complexo Regulador da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto – SP, em agosto de 2007.

ESPECIALIDADE	GRUPO DIAGNÓSTICO	OCORRÊNCIAS	% DO TOTAL
Gastroenterologia Clínica e Cirúrgica	Doença péptica	63	1,9%
	Doença do refluxo gastroesofágico	21	1,8%
	Gastrite	58	1,5%
	hérnia inguinal	26	0,9%
	Epigastralgia	51	0,8%
	Hepatopatia	26	0,8%
	Dor abdominal	29	0,6%
	Outros	20	0,6%
	<b>Total em Gastroenterologia Clínica e Cirúrgica</b>	<b>294</b>	<b>8,9%</b>
	Neurologia	Cefaleia	125
Epilepsia		31	0,9%
hernia discal		23	0,7%
Outros		24	0,7%
<b>Total em Neurologia</b>		<b>203</b>	<b>6,1%</b>
Dermatologia	Dermatite atópica	35	1,1%
	Acne	30	0,9%
	Micoses	29	0,9%
	Hiper/hipocromia	27	0,8%
	Verrugas	26	0,8%
<b>Total em Dermatologia</b>	<b>147</b>	<b>4,4%</b>	
Reumatologia	Artralgia	49	1,5%
	Fibromialgia	23	0,7%
	<b>Total em Reumatologia</b>	<b>72</b>	<b>2,2%</b>
Pneumologia	Asma	27	0,8%
	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)	23	0,7%
	<b>Total em Pneumologia</b>	<b>50</b>	<b>1,5%</b>
<b>Total Geral</b>		<b>3.310</b>	<b>100%</b>

**TABELA 2-4** Causas mais frequentes de encaminhamentos de urgência (85% do total de ocorrências) para o Complexo Regulador da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto – SP, em agosto de 2007.

DIAGNÓSTICO	OCORRÊNCIAS	% DO TOTAL
Trauma/Politrauma	50	12,3%
Abdome agudo/Dor abdominal	42	10,3%
Fratura fechada	40	9,8%
Distúrbio Mental	25	6,1%
Dor no peito	24	5,9%
Acidente Vascular Cerebral	22	5,4%
Dispneia	18	4,4%
Sangramento vaginal	16	3,9%
Febre com sintomas respiratórios	13	3,2%
Convulsão	13	3,2%
Insuficiência Cardíaca Congestiva	12	2,9%
Trabalho de parto	12	2,9%
Vasculopatias periféricas	9	2,2%
Luxação	9	2,2%
Lombalgia	6	1,5%
Aborto	6	1,5%
Abscesso	6	1,5%
Corpo estranho no olho	5	1,2%
Crise hipertensiva	5	1,2%
Infarto Agudo do Miocárdio	5	1,2%
Perda de consciência	5	1,2%
Vômitos	4	1,0%
<b>Total</b>	<b>347</b>	<b>85,0%</b>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As premissas das políticas de saúde do SUS e os achados desse estudo indicam que há necessidade de estratégias que contemplem um investimento na capacitação clínica e na gestão da informação em saúde, pois o êxito do processo regulatório tem relação direta com a completude das informações.

A identificação dos principais diagnósticos que geraram encaminhamentos para o CR, nas modalidades eletiva e de urgência, mostrou que, nos encaminhamentos eletivos para as especialidades, houve um número expressivo de diagnósticos que poderiam ser abordados pela ABS antes de serem encaminhados aos CRs.

O investimento na ABS para aumentar a sua capacidade resolutiva favorece o acesso e o vínculo do paciente, promove a acessibilidade de outros pacientes com diagnósticos dependentes de maior densidade tecnológica, encontrada nos pontos secundário e terciário da rede, para sua confirmação ou resolução.

Diante deste quadro, os protocolos são recursos auxiliares do processo assistencial e de regulação, já que interferem tanto na condução dos casos individuais como no direcionamento dos pacientes na rede de saúde, colaborando para o aumento da resolução dos casos, a otimização dos recursos em cada ponto da rede, a qualificação da gestão e a humanização do atendimento. No entanto as equipes de saúde precisam estar despertas para o uso e a revisão sistemática desses protocolos, tendo como ponto central as necessidades de saúde.

## BIBLIOGRAFIA

- Baduy RS, Feuerwerker LCM, Zucoli M, Borian JT. A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(2):295-304.
- Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004. (Série E, Legislação de Saúde).
- Brasil. Ministério da Saúde. Mapa para implantação de protocolos assistenciais: necessidades, diretrizes e orientações gerais. Brasília, DF: Ministério da Saúde; mar 2006.
- Brasil. Ministério da Saúde. Manual de implantação de complexos reguladores. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 648 de 28 de março de 2006. Institui a Política Nacional de Atenção Básica. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, mar 2006.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Regionalização solidária e cooperativa. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006. (Série Pactos pela Vida, 3).
- Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Projeto Olhar Brasil. Versão 2. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 14 mar 2007.
- Brasil. Ministério da Saúde [Internet]. Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) [citado 2008 dez 01]. Disponível em <<http://www.saude.gov.br/datasus/cnes>>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009.

- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1559 de 1 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, ago 2008.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada [Internet]. Portaria nº 4279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2010 [citado 2011 abr 12]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html).
- Ferreira JBB, Mishima SM, Santos JS, Forster AC, Ferraz CA. O complexo regulador da assistência à saúde na Perspectiva de seus sujeitos operadores. Interface - Comunic., Saude, Educ [Internet]. 2010 abr/jun [citado 2011 abr 2];14(33):345-58. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n33/a09v14n33.pdf>.
- Ferreira JBB, Bombarda FP, Forster AC, Chaves LDP, Vallim S, Almeida TL. O processo de descentralização e regionalização da saúde no estado de São Paulo. In: Ibañez N, Elias PEM, D'Ângelo Seixas PH, organizadores. Política e gestão pública em saúde. São Paulo: Hucitec; 2011. p. 731-61.
- Finkelsztejn A, Acosta LMW, Cristovam RA, Moraes GS, Kreuz M, Sordi AO, et al. Encaminhamentos da atenção primária para avaliação neurológica em Porto Alegre, Brasil. *Physis*. 2009;19(3):731-41.
- Giovanella L. Atenção primária à saúde seletiva ou abrangente? *Cad Saúde Pública*. 2008;24 Supl 1:S21-3.
- Lopes SL, dos Santos JS, Scarpelini S. The implementation of the medical regulation office and mobile emergency attendance system and its impact on the gravity profile of non-traumatic affections treated in a University Hospital: a research study. *BMC Health Serv Res*. 2007;7:173.
- Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Rev Med Minas Gerais*. 2008;18(4 Supl 4):S3-S11.
- Paula JS, Furtado JMF, Jorge FC, Rocha EM, Santos LL, Rodrigues MLV, et al. Dificuldade visual em adultos e idosos [Internet] [citado 2011 jul 01]. Disponível em: [http://www.rca.fmrp.usp.br/protocolos/baixa\\_acuidade\\_visual.pdf](http://www.rca.fmrp.usp.br/protocolos/baixa_acuidade_visual.pdf).
- Santos JS, Kemp R, Sankarankutty AK, Salgado Junior W, Souza FF, Teixeira AC, et al. Clinical and regulatory protocol for treatment of jaundice in adults and elderly: a support for health care network and regulatory system. *Acta Cir Bras*. 2008;23 Supl 1:133-42.
- Serra CG, Rodrigues PHA. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15 Supl 3:3579-86.
- Vargas MA, Rodrigues MLV. Perfil da demanda em um serviço de Oftalmologia de atenção primária. *Rev Bras Oftalmol*. 2010;69(2):77-83.
- Esta pesquisa teve o financiamento da FAPESP – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Processo FAPESP 09/51973-3) e da Fundação Waldemar Barnsley Pessoa.

