

ZILDA BARBOSA

***REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS: ENTRAVES,
DESAFIOS E POTENCIALIDADES NA AVALIAÇÃO
E IMPLEMENTAÇÃO DA ATENÇÃO INTEGRAL
ÀS URGÊNCIAS EM CAMPINAS***

CAMPINAS

2001

ZILDA BARBOSA

***REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS: ENTRAVES,
DESAFIOS E POTENCIALIDADES NA AVALIAÇÃO
E IMPLEMENTAÇÃO DA ATENÇÃO INTEGRAL
ÀS URGÊNCIAS EM CAMPINAS***

*Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação
da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade
Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre
em Saúde Coletiva.*

ORIENTADOR: PROF. DR. FLÁVIO CESAR DE SÁ

CAMPINAS

2001

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

B234r

Barbosa, Zilda

Regulação médica das urgências: entraves, desafios e potencialidades na avaliação e implementação da atenção integral às urgências em Campinas. / Zilda Barbosa. Campinas, SP : [s.n.], 2001.

Orientador : Flávio Cesar de Sá
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Planejamento em saúde. 2. Necessidades e demanda de serviços de saúde . 3. Acesso aos serviços de saúde. 4. Prioridade no atendimento. I. Flávio Cesar de Sá. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

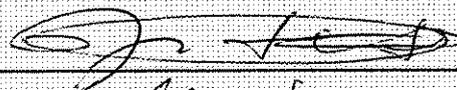
Orientador: Prof. Dr. Flávio César de Sá

Membros:

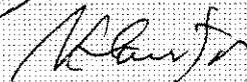
1. Prof. Dr. Flávio César de Sá



2. Prof. Dr. José Sebastião dos Santos



3. Prof. Dr. Nelson Rodrigues dos Santos



Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas.

Data: 28/12/2001

706578008

DEDICATÓRIA

A meu companheiro, Armando De Negri,

Com quem compartilho um mundo sem fim de inquietudes,

Dedico este trabalho, em sua forma, em seu conteúdo,

Seu valor moral, intelectual, social e

Em suas esperanças e

Promessas.

A meus filhos, Tainá e Renan,

De quem subtraio horas a fio trabalhando pela

Construção do Sistema Único de Saúde

E de uma sociedade mais justa,

Dedico os frutos que de meu trabalho forem colhidos.

A meus pais, Geraldo e Jacira

De quem apreendi o sentido da justiça,

Da solidariedade, da honestidade

E da responsabilidade,

Dedico a alegria do dever cumprido,

A superação de uma etapa e

O desejo de crescimento.

AGRADECIMENTOS

Para não mencionar nomes e cometer gafes e esquecimentos, agradeço a todos os companheiros de trabalho destes longos anos de luta, àqueles que me chefiaram, aos que foram por mim chefiados, aos que construíram comigo, aos que generosamente me criticaram, aos que discordaram de mim, aos que me apoiaram, aos meus professores, aos meus alunos, aos que muito me ensinaram, aos que aprenderam comigo, aos que me abandonaram, aos que se mantêm presentes, aos que torcem a meu favor, aos que torcem contra, aos que me tratam, aos meus pacientes, aos bailarinos e dançarinos, aos poetas, pintores, escultores, músicos, cantores e escritores, aos que estão vivos e aos que, infelizmente, já morreram, aos meus amigos queridos - os mais próximos e também os distantes, aos que me forneceram dados, aos que me ajudaram a formatá-los, a todos que me são caros, aos que são In e também aos Yang, ao Cosmo e seus mistérios inimagináveis e a Deus.

	PÁG.
RESUMO	<i>xxxi</i>
ABSTRACT	<i>xxxv</i>
INTRODUÇÃO	39
OBJETIVOS	49
OBJETIVO GERAL.....	51
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	51
MATERIAL E MÉTODOS	53
CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS	57
CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO.....	59
CARACTERIZAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS SUS.....	64
CARACTERIZAÇÃO DE REDE DE ASSISTÊNCIA ÀS URGÊNCIAS....	75
A REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS	81
HISTÓRICO.....	83
REGULAMENTAÇÃO.....	87
A REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS EM CAMPINAS: ENTRAVES, DESAFIOS E POTENCIALIDADES.....	90
ENTRAVES ESTRUTURAIS E ASSISTENCIAIS.....	90
Do SAMU.....	90
Da Central Reguladora Regional.....	100
DESAFIOS.....	118

POTENCIALIDADES.....	120
Ser Observatório do Sistema e da Saúde.....	120
Advogar pelos direitos do paciente.....	121
Promover a leitura das necessidades sociais em saúde.....	121
Estimular a Hierarquização da Atenção às Urgências.....	122
Estimular a estruturação de Complexos Reguladores da Assistência.....	122
Ser ferramenta da Regulação Social do SUS.....	122
DISCUSSÃO.....	125
QUANTO AO SISTEMA ASSISTENCIAL DO MUNICÍPIO.....	127
QUANTO À REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS.....	131
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	139
ANEXO.....	145
ANEXO I - TEXTOS DA RBCE.....	147
CURRÍCULO DA RBCE.....	149
RELATÓRIOS DO IV CONGRESSO INTERNACIONAL DA RBCE – GOIÂNIA, ABRIL/2000.....	163
SINOPSE DO PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DOS SISTEMAS E SERVIÇOS DE URGÊNCIA COMO OBSERVATÓRIOS DE SAÚDE E COMO ELEMENTOS ESTRUTURANTES DA PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	194
A REGULAÇÃO COMO TEMA EMERGENTE DA REFORMA SANITÁRIA.....	212
DIRETRIZES GERAIS DA RBCE.....	224

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIS	Ações Integradas de Saúde
AMDA	Ambulatório Municipal de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS
APAE	Associação dos Pais e Amigos de Excepcional
APOT	Associação de Promoção Oração e Trabalho
CAISM	Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CFM	Conselho Federal de Medicina
CID X	Código Internacional de Doenças – décima revisão
COAS	Centro de Orientação e Apoio Sorológico
CRAISA	Centro de Referência de Atenção Integral à Saúde do Adolescente
CRIAD	Centro de Referência e Informação sobre Álcool e Drogas
CRST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CS I	Centro de Saúde I
CVI	Centro de Vivência Infantil
DIR	Diretoria Regional de Saúde
ERSA	Escritório Regional de Saúde
FCES	Ficha Cadastral de Estabelecimentos de Saúde
FIDEPS	Fator de Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde

NOB	Norma Operacional Básica
PA	Pronto Atendimento
PAM	Posto de Assistência Médica do INAMPS
PS	Pronto Socorro
PUCCAMP	Pontifícia Universidade Católica de Campinas
RBCE	Rede Brasileira de Cooperação em Emergências
SAD	Serviço de Atendimento Domiciliar para AIDS
SAEC	Serviço de Atendimento Especial à Crônicos
SAMU	Serviço de Assistência Médica de Urgência
SEADE	Sistema Estadual de Análise de Dados
SES	Secretaria Estadual da Saúde
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIATE	Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SMUR	Serviços Móveis de Urgência e Reanimação
SOBRAPAR	Sociedade Brasileira de Pesquisa e Assistência e Recuperação Crânio Facial
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

	<i>PÁG.</i>
Tabela 1: Percentuais de famílias por faixas salariais.....	59
Tabela 2: Principais causas de óbito em Campinas pelos capítulos da CID X, por sexo feminino, masculino e total, ano 2000.....	60
Tabela 3: Principais causas de óbitos em Campinas, por causas básicas, ano 2000.....	60
Tabela 4: Principais causas de óbitos em Campinas, por causas básicas, no sexo feminino, ano 2000.....	61
Tabela 5: Principais causas de óbitos em Campinas, por causas básicas, no sexo masculino, ano 2000.....	61
Tabela 6: Cinco principais locais de ocorrência dos óbitos em Campinas, ano 2000.....	63
Tabela 7: Concentração de profissionais, por categoria, para cada mil habitantes, no município de Campinas, em 1998.....	69
Tabela 8: Caracterização da Rede Hospitalar em Campinas, com número de leitos SUS, não SUS e leitos privados, por hospital, em março de 2001.....	70
Tabela 9: Total Geral de Internações nos leitos SUS de Campinas, de residentes em Campinas, de não residentes e percentual de internações de residentes, em 2000.....	71
Tabela 10: Internações realizadas nos leitos SUS de Campinas, por hospital e por procedência, em 2000.....	72
Tabela 11: Quadro ilustrativo do crescimento da população e da evolução do número de leitos SUS gerais e de UTI, anos 1995, 1998 e 2000.....	73

Tabela 12:	Número de consultas médicas realizadas em toda a rede assistencial SUS, agrupadas por clínicas básicas, clínicas especializadas, ortopedia e urgências, em Campinas, ano 2000.....	74
Tabela 13:	Produção mensal das unidades de urgência de Campinas, período não padronizado.....	76
Tabela 14:	Número de plantonistas clínicos, pediatras, ortopedistas e gineco-obstetras, por turno diurno/noturno, para cada um dos serviços de urgência do município de Campinas, ano 2001.....	78
Tabela 15:	Leitos de observação de clínica, pediatria, isolamento, psiquiatria, ortopedia e gineco-obstetrícia nas unidades de Campinas, ano 2001.....	79
Tabela 16:	Produção anual do SAMU, por tipo de resposta, em 2000.....	80
Tabela 17:	Número de viaturas do pré-hospitalar móvel de Campinas, ano 2001.....	91
Tabela 18:	Total de atendimentos do SAMU, por local de origem da solicitação, em abril de 2001.....	93
Tabela 19:	Destino dos encaminhamentos dos casos regulados pelo SAMU, em percentuais, no mês de abril de 2001.....	94

	<i>PÁG.</i>
Gráfico 1: Avaliação da área física de cada uma das unidades descentralizadas de urgência, de acordo com escala de pontuação criada para este fim, sendo “0” para área inexistente, “1” para área existente, mas insuficiente e “2” para área suficiente, ano 2000.....	77
Gráfico 2: Percentual de solicitações de socorro ao SAMU, por sexo, em abril de 2001.....	95
Gráfico 3: Distribuição de solicitações ao SAMU, por faixa etária, em abril de 2001.....	96
Gráfico 4: Origens dos casos encaminhados pelo SAMU ao Hospital Dr. Mário Gatti, em abril de 2001.....	97
Gráfico 5: Origens dos casos encaminhados pelo SAMU ao Hospital Celso Pierro – PUCC, em abril de 2001.....	97
Gráfico 6: Origens dos casos encaminhados pelo SAMU ao HC-UNICAMP, em abril de 2001.....	98
Gráfico 7: Locais de encaminhamentos dos casos de Clínica Geral regulados pelo SAMU, em abril de 2001.....	99
Gráfico 8: Número de solicitações e número de transferências realizadas pela Central Reguladora Regional de Urgência, de janeiro de 2000 a abril de 2001.....	101
Gráfico 9: Percentual de sucesso de regulação da Central Reguladora Regional de Urgências, de janeiro de 2000 a abril de 2001.....	102
Gráfico 10: Principais solicitantes de transferências à Central Reguladora Regional de Urgências, de janeiro a março de 2001.....	103

Gráfico 11: Principais receptores dos casos regulados pela Central Reguladora Regional de Urgências, de janeiro a março de 2001.....	104
Gráfico 12: Especialidades mais freqüentemente demandadas na Central Reguladora Regional de Urgências, de janeiro a março de 2001.....	105
Gráfico 13: Percentual de casos de Ortopedia transferidos pela Central Reguladora Regional e seus respectivos receptores, em março de 2001.....	106
Gráfico 14: Percentual de casos de Ortopedia não transferidos pela Central Reguladora Regional e seus respectivos solicitantes, por micro região, em março de 2001.....	107
Gráfico 15: Principais receptores dos casos de ortopedia regulados pela Central Reguladora Regional de Urgências, no ano de 2000.....	108
Gráfico 16: Percentual de casos de Neurologia transferidos pela Central Reguladora Regional e seus respectivos receptores, em março de 2001.....	109
Gráfico 17: Percentual de casos de Neurologia não transferidos pela Central Reguladora Regional e seus respectivos solicitantes, por micro região, em março de 2001.....	110
Gráfico 18: Percentual de casos de UTI Neonatal transferidos pela Central Reguladora Regional e seus respectivos receptores, em março de 2001.....	111
Gráfico 19: Percentual de casos de UTI Neonatal não transferidos pela Central Reguladora Regional e seus respectivos solicitantes, por micro região, em março de 2001.....	112
Gráfico 20: Percentual de casos de UTI Adulto transferidos pela Central Reguladora Regional e seus respectivos receptores, em março de 2001.....	113

Gráfico 21: Percentual de casos de UTI Adulto não transferidos pela Central Reguladora Regional e seus respectivos solicitantes, por micro região, em março de 2001.....	114
Gráfico 22: Percentual de casos de Clínica Médica transferidos pela Central Reguladora Regional e seus respectivos receptores, em março de 2001.....	115
Gráfico 23: Percentual de casos de Clínica Médica não transferidos pela Central Reguladora Regional e seus respectivos solicitantes, por micro região, em março de 2001.....	116

	<i>PÁG.</i>
Mapa 1: Localização da DIR–XII, no Estado de São Paulo, 2001.....	64
Mapa 2: Micro regiões compostas ao redor dos quatro pólos de alta complexidade da Diretoria Regional de Saúde de Campinas – DIR XII, 2001.....	65
Mapa 3: Municípios com Hospitais de Complexidade Secundária.....	66
Mapa 4: Município de Campinas e sua divisão em distritos de saúde, 2001.....	67
Mapa 5: Micro regiões administrativas da DIR – XII – Campinas, 2001.....	117



RESUMO

A Regulação Médica das Urgências, conhecida desde a França por sua atuação no atendimento pré-hospitalar móvel, vem se estruturando como importante ferramenta na avaliação e implementação do Sistema de Atenção Integral às Urgências no município de Campinas e no restante do país. Sua capacidade em detectar as insuficiências da assistência de maneira “sangrante”, determina sua potencialidade como observatório do sistema e da saúde da população, guiando o planejamento das correções necessárias na oferta de serviços, para que estas possam se adequar progressivamente, a fim de garantir que a população tenha acesso ao recurso mais adequado ao tratamento de sua necessidade, quando acometida por um agravo de urgência. Assim, a regulação médica trabalha pela equidade, em suas dimensões vertical e horizontal, zelando pelo respeito ao imperativo da necessidade humana. A Regulação Médica das Urgências, enquanto processo de trabalho relativamente novo em nossa sociedade, enfrenta entraves de ordem estrutural e toda sorte de desafios políticos, cuja superação depende da ação coletiva e integrada dos vários atores sociais envolvidos na promoção da saúde e na assistência aos doentes.



ABSTRACT

The Medical Regulation of Urgencies, known since France for its performance in the out-of-hospital emergency care, comes if structuralizing as important tool in the evaluation and implementation of the System of Integral Attention to the Urgencies in the city of Campinas and the remainder of the country. Its capacity in detecting the insufficiencies of medical assistance in a “bleeding” way, determines its potentiality as observatory of the system and of the health of the population, guiding the planning of the necessary corrections in offers of services, so that these can be adjusted gradually, in order to guarantee that the population has access to the more adjusted care to the handling of its necessity, when attack for one injury of urgency. Thus, the medical regulation works for the equity, in its dimensions vertical and horizontal, watching over for the respect to the imperative of the human necessity. The Medical Regulation of the Urgencies, while work process relatively new in our society, faces impediments of structural order and all lack of political challenges, whose overcoming depends on the collective and integrated action of the social actors involved in the promotion of the health and the assistance to the sick people.



INTRODUÇÃO

Vários de nós, médicos sanitaristas, em exercício da profissão há muitos anos, já transitaram por diversas áreas de atuação no sistema de saúde brasileiro. Mesmo antes do SUS (Sistema Único de Saúde) ser promulgado, em 1988, longos anos de luta e batalha caracterizaram nossa intervenção. Antes, como médicos em unidades de saúde, com o passar do tempo, como gerentes destas unidades e, mais recentemente, como gestores de sistemas de saúde municipais e estaduais.

Eu mesma, no mercado de trabalho há 17 anos, iniciei minhas atividades profissionais atuando numa universidade privada (Universidade São Francisco – Bragança Paulista) que desejava, em meados da década de 80 (1985), implantar postos de saúde na comunidade, onde alunos do 5º ano do curso de graduação em medicina pudessem complementar sua formação, até então, predominantemente hospitalar, através de atividades extra-muros, idéia estimulada, inclusive financeiramente, via FIDEPS (Fator de Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa), pelo Ministério da Saúde (MS). Nesta época, foram estruturados dois postos de saúde, em diferentes comunidades do município de Bragança Paulista, que deveriam atuar com um médico generalista em atividade docente assistencial de supervisão ao atendimento prestado pelos alunos a toda a demanda que se apresentava diariamente na unidade. Foram treinadas duas “atendentes de enfermagem”, que faziam visitas domiciliares aos moradores da comunidade, sempre que havia falta em consulta médica de retorno, alteração em resultado de exame laboratorial ou qualquer notificação vinda da creche local, da comunidade religiosa ou dos moradores, sobre intercorrências na comunidade que necessitassem de avaliação da equipe de saúde local. Lá atuávamos em moldes semelhantes ao que hoje se chama “Programa de Saúde da Família” e as atendentes desempenhavam também o papel de agentes comunitárias de saúde. Nesta época, o SUS ainda não havia sido promulgado pela Constituição de 1988, mas já havia, no Estado de São Paulo, todo um movimento de implantação da atenção básica via AIS (Ações Integradas de Saúde). Foram dois anos de atividades intensas, assistenciais e educativas desenvolvidas junto à comunidade, mas que, em 1987 foram abruptamente interrompidas com o fechamento dos postos, por duas razões fundamentais: interesse da administração municipal em montar um “posto de saúde municipal” num dos bairros, que era densamente habitado, com vistas a angariar simpatias para as eleições municipais do ano seguinte e,

uma mudança nos critérios de enquadramento do FIDEPS que, do ponto de vista financeiro, desestimularam a instituição a continuar investindo nas atividades extra-muros.

A partir de 1987, tendo ingressado na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, atuei na área de vigilância epidemiológica, trabalhando com o grupo tradicional de doenças de notificação compulsória, no momento em que eclodia a epidemia de SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) e se estruturavam as propostas de atuação para o controle da doença e de sua transmissão. Em 1989, fui coordenadora do CS I “Dr. Lourenço Qüilici” de Bragança Paulista (centro de saúde de maior porte na hierarquia deste tipo de unidade assistencial do Estado), quando este foi municipalizado e fundido ao PAM (posto de assistência médica do INAMPS). Em 1990/91, atuei na avaliação e controle, do ERSA-25 (Escritório Regional de Saúde) de Bragança Paulista, implantando o SIH (Sistema de Informação Hospitalar) e o SIA-SUS (Sistema de Informação Ambulatorial – Sistema Único de Saúde), novos sistemas de informação e registro de produção de serviços que, em sua face hospitalar, era muito semelhante ao já existente, mas, em relação à produção ambulatorial, consolidava uma triste subversão da ordem implementada pelo governo de Fernando Collor de Melo. A partir de 1991, fui diretora técnica substituta do ERSA-25 (Escritório Regional de Saúde de Bragança Paulista), atuando na área de planejamento de ações e sistemas, até 1994, quando na reforma administrativa da Secretaria de Estado da Saúde os ERSA foram agrupados e formaram as DIR (Diretorias Regionais de Saúde), tendo sido o ERSA de Bragança Paulista incorporado ao de Amparo, Jundiaí e Campinas, município este onde se estruturou a nova sede regional, sob a denominação de Diretoria Regional de Saúde de Campinas, décima segunda região de saúde do Estado de São Paulo, DIR-XII. Já na nova regional, de 1995 a 1997, atuei no planejamento e na avaliação e controle e nos últimos anos, a partir de meados 1998, na área de planejamento e regulação de sistemas de atenção às urgências.

Neste último período, entrei em contato com os caminhos e descaminhos das urgências. O submundo da falta de vagas, falta de equipamentos, falta de retaguarda em diagnose, falta de espaço, falta de capacitação dos profissionais, falta de legislação trabalhista adequada para plantonistas, falta de legislação específica para a área, falta de humanização do trabalho e do atendimento, enfim, inúmeros signos do abandono histórico

da área, que mereceria, por si só, um profundo estudo que possibilitasse esclarecê-lo. A este respeito, eu e o Dr. Armando De Negri, secretário geral da RBCE (Rede Brasileira de Cooperação em Emergências) elaboramos a imagem do “triângulo causal”: num vértice, o abandono das urgências pela saúde pública, que historicamente se ocupou da “medicina preventiva”, deixando de lado as áreas hospitalares e de intervenção; noutra o fato dos pronto socorros, cheios de ruídos, sangue e secreções, não serem aceitos na própria estrutura hospitalar que, em sua versão moderna, é local silencioso e organizado, ficando as unidades de urgência apenas situadas junto ao hospital mas, na verdade, não se integrando a ele, tendo corpo profissional diferente e, na maioria das vezes, sem qualquer poder sobre o gerenciamento dos leitos e demais estruturas hospitalares; no último vértice, já que lembramos os recursos humanos, o fato da urgência não se constituir em especialidade médica, do trabalho na área se estruturar de forma verticalizada, como plantões, o que ao mesmo tempo impede que se forme um corpo profissional coeso do ponto de vista técnico e político e propicia a entrada de profissionais recém formados, que usam as portas de urgência como “bicos” para complementarem seus salários, até que suas verdadeiras opções profissionais se consolidem ou que suas clínicas privadas progridam (doce e antiga fantasia de consumo...) ou ainda, outros profissionais já antigos no mercado de trabalho e que, mal qualificados, perambulam de município em município sem conseguir fixação profissional, tendo os pronto socorros como permanente opção de trabalho, já que, ainda hoje, os serviços e sistemas de saúde não fazem muitas exigências curriculares para que estes profissionais ingressem nas urgências, não havendo também previsão de qualificação e progressão profissional para os mesmos (Planos de Cargos, Carreiras e Salários), conforme previsto como atribuição e responsabilidade do SUS, na constituição de 1988.

O que concluímos tristemente é que, em função das causas apontadas e de muitas outras que extrapolam inclusive a esfera de atuação da saúde, na verdade, não existe *lobby* nas urgências.

Assim, neste meu curto trajeto na área, não encontrando muitos pares e muitas vezes, sem o devido apoio de gerentes e gestores, submetido a turbulências eleitorais, que de tempos em tempos desmantelam projetos que ainda não estão perfeitamente consolidados e publicamente reconhecidos, na busca de elaboração política,

aperfeiçoamento técnico e por que não, companheiros para enfrentar a árdua batalha, encontrei a RBCE (Rede Brasileira de Cooperação em Emergências), associação civil sem fins lucrativos, que congrega técnicos e dirigentes do setor saúde, e vem, desde 1995, trabalhando pela criação de bases para uma política pública nacional de atenção às urgências.

Através de seminários, encontros técnicos e congressos desenvolvidos junto à RBCE¹, tem sido possível desenvolver um amplo processo de formulação conceitual, amadurecendo propostas e estratégias de atuação a fim de transformar o alto impacto desestruturante que as urgências exercem no sistema de saúde, em potencial de estruturação e adequação do mesmo. Neste cenário, a regulação médica das urgências aparece como elemento fundamental de observação, acompanhamento e implementação do sistema.

Após a realização do “IV CONGRESSO INTERNACIONAL DA REDE BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO EM EMERGÊNCIAS – RBCE”, realizado em Goiânia, em abril de 2000, houve uma aproximação entre RBCE e o Ministério da Saúde, em função do interesse político nas diretrizes emanadas neste encontro², o que tem nos possibilitado visitar inúmeras capitais e outros municípios, conhecendo serviços e sistemas de urgência e debatendo com seus gerentes e gestores as limitações e perspectivas de estruturação da área.

É surpreendente! As unidades de atendimento de urgência espalhadas pelo país têm área física inadequada, fluxo irracional, péssimas condições de conservação, equipamentos inadequados e insuficientes e recursos humanos não qualificados para desempenho desta atividade. As portas de entrada são desproporcionais à demanda, misturando-se em espaços mínimos um grande número de pacientes com quadros agudos de variadas gravidades, todos em longa espera pela sua vez de atendimento, de acordo com a ordem de chegada. É claro que as urgências sangrantes e ruidosas são prioritariamente atendidas, sendo freqüente, em muitos locais, que a sala de urgência se chame “sala de

¹ Anexo I - Textos da RBCE - Currículo da RBCE, com os seminários, encontros técnicos e congressos desenvolvidos desde sua criação, em 1995.

²Anexo I – Textos da RBCE – Relatórios das Oficinas de Trabalho do ‘IV CONGRESSO INTERNACIONAL DA REDE BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO EM EMERGÊNCIAS’, realizado em abril de 2000, em Goiânia.

trauma”. Observamos também que um paciente idoso em insuficiência respiratória ou qualquer outra urgência silenciosa, pode esperar horas pelo seu “pronto atendimento”, correndo, inclusive, risco de vida, estando já dentro do pronto socorro.

As tragédias da atenção às urgências ocupam freqüentemente as manchetes de jornais, mas está claro, para muitos de nós, que esta ainda é uma área negligenciada dentro do SUS. Ela não aparece como projeto prioritário no texto constitucional, em nenhuma das NOB (Normas Operacionais Básicas) e, tão pouco, na NOAS (Norma Operacional da Assistência à Saúde), editada em Janeiro de 2001.

Por ser área de expressão horizontal, está tacitamente presente em todas as prioridades e programas governamentais: há urgências nas famílias, no pré natal, parto e puerpério, na oncologia, entre os renais crônicos, na saúde mental, entre os trabalhadores, entre as crianças e adolescentes, na terceira idade, ligadas ao desenvolvimento tecnológico, no trânsito, como resultado da violência, entre os pacientes com SIDA, em consequência do envelhecimento da população, pelas falhas na prevenção e acompanhamento de patologias nos níveis primário e secundário, enfim, por todos os lados e, ainda assim, elas não são encaradas como necessidade prioritária de estruturação no SUS. Parece haver um “pensamento mágico” que, ao se estruturar o sistema de saúde e a própria saúde, as urgências estarão equacionadas, o que me parece, em parte, correto. Mas e neste intervalo de tempo? O que acontece com os cidadãos acometidos por agravos de urgência? E além disso, como são tratadas as especificidades técnicas da área?

Nas portas das urgências, reconhecemos, fundamentalmente, quatro grupos de clientela: pacientes com quadros reais de urgência (pacientes críticos), pacientes com quadros percebidos como urgências, pacientes desgarrados da atenção básica e especializada e pacientes com urgências sociais (excluídos e sem o devido respaldo institucional).

Além das unidades básicas de saúde, que deveriam acolher seus pacientes quando estes são acometidos por agravos agudos de baixa complexidade e das portas de urgência dos hospitais de média e grande complexidade, não há uma rede de unidades de complexidade intermediária, que possa dar retaguarda aos casos que necessitam de

investigação laboratorial, radiológica ou eletrocardiográfica imediata, medicação de urgência e algumas horas de observação, até que se possa decidir por sua alta ou internação em leito hospitalar, se necessário. As unidades de atendimento 24 horas, localizadas fora do ambiente hospitalar e que deveriam desempenhar este papel, têm estrutura ainda mais deficitária que a dos hospitais já mencionados, sendo, até recentemente, unidades clandestinas no sistema de saúde, não estando clara sua definição na nova proposta de classificação das unidades assistenciais apresentada pela FCES (Ficha Cadastral de Estabelecimentos de Saúde), versão mais recente de ficha cadastral proposta pelo Ministério da Saúde e em aplicação em todo o país (BRASIL, 2000).

Por outro lado, a única legislação a respeito de unidades de urgência, é uma resolução do CFM (Conselho Federal de Medicina), de 1995, que define o significado dos termos Urgência e Emergência e determina os recursos físicos e humanos que um Pronto Socorro deve apresentar, exigindo, por exemplo: anestesista, clínico, cirurgião, pediatra e ortopedista, centro cirúrgico e unidade de terapia intensiva, além de outros quesitos (CFM, 1995), caracterizando claramente pronto socorros de unidades hospitalares de complexidade alta a intermediária e deixando todas as outras unidades de urgência de menor complexidade do país sem qualquer padrão de recursos mínimos a ser exigido. Assim, não há legislação sobre como as unidades de urgência não hospitalares devam se estruturar para acolher adequadamente os casos e, tão pouco a definição de seu nível hierárquico (atribuições, responsabilidades e complexidade) dentro do sistema de saúde

Neste cenário desestruturado, caminham ainda paralelamente as discussões a respeito do atendimento pré-hospitalar móvel e a regulação médica das urgências. Na verdade, a partir do funcionamento dos serviços de regulação médica de urgências instalados no país é que tem sido possível organizar algumas observações e informações sobre as urgências e sua assistência, que têm nos movido e subsidiado na discussão da estruturação para sua atenção integral.

É sobre a regulação médica das urgências e seu potencial estruturante em relação à atenção às urgências que me debruçarei nesta dissertação. Apesar da escassa literatura a este respeito, apresentarei aqui dados, análises, questionamentos e proposições que são fruto da reflexão estimulada por minha atividade profissional mais recente e do

amadurecimento coletivo dos profissionais da área de urgência, cujo convívio e intercâmbio tem sido propiciado e estimulado pela RBCE nos últimos anos.

Vale ressaltar, por último, que o que nos agrega é o desejo de implementar o SUS nas urgências, dentro de suas diretrizes de universalização, regionalização e hierarquização da assistência, tendo como pedra fundamental a questão da equidade de acesso a serviços qualificados e humanizados de atenção.



OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Caracterizar a Regulação Médica das Urgências como importante ferramenta no processo de avaliação e implementação da atenção integral às urgências no município de Campinas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar de forma sucinta o município de Campinas, em alguns aspectos sócio econômicos, demográficos e epidemiológicos.
2. Descrever a rede assistencial do SUS em Campinas, ponderando algumas questões sobre sua produção de serviços.
3. Descrever a rede de assistência às urgências do município, ponderando sobre sua produção.
4. Mostrar como se deu, historicamente, a implantação da regulação médica das urgências.
5. Mostrar como tem se desenvolvido a regulação médica das urgências a nível municipal e regional.
6. Mostrar como tem evoluído a legislação sobre a regulação médica das urgências e a regulação da assistência à saúde no Sistema Único de Saúde.
7. Analisar o papel da regulação médica das urgências como elemento estruturante do sistema de atenção integral às urgências.
8. Analisar o papel da Regulação Médica das Urgências no contexto mais amplo de regulação da assistência no SUS.

Discutir a potencialidade da regulação da assistência como importante ferramenta de Regulação Social do SUS.



MATERIAL E MÉTODOS

Levantamento de dados que permitiram a caracterização do município de Campinas, de sua rede assistencial, seus serviços de urgência, da história da implantação da regulação médica das urgências municipal, sua relação com a assistência e regulação das urgências no âmbito regional e, finalmente, a caracterização da relação entre a regulação médica das urgências, regulação da assistência à saúde e a regulação social do SUS, através de:

1- Pesquisa bibliográfica:

- Base de dados MEDLINE.
- Base de dados LILACS.

Descritores para a pesquisa: “regulação médica de urgências”, “mecanismos regulatórios da assistência à saúde”, “mecanismos regulatórios do sistema de saúde”.

- Pesquisas nas referências dos artigos encontrados.
- Pesquisa em sites de busca da Internet.

2- Levantamento de informações junto à Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, relativas aos dados de caracterização do município, da rede de serviços de saúde e sua respectiva produção.

3- Levantamento de documentos da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, com relatos sobre a implantação e acompanhamento da regulação médica das urgências.

4- Levantamento de documentos da Diretoria Regional de Saúde de Campinas, com relatos sobre a implantação e acompanhamento da central reguladora regional de urgências.

5- Levantamento de informações junto à Diretoria Regional de Saúde de Campinas – DIR XII, relativas à produção da central reguladora regional de urgências.

- 6- Levantamento da legislação nacional sobre o tema das urgências e sua regulação, a partir de 1998.
- 7- Palestras e seminários realizados pela RBCE e MS (Ministério da Saúde) em várias localidades do país, sobre a estruturação de sistemas regionais de atenção integral às urgências, regulação médica de urgências e complexo regulador da assistência à saúde.



*CARACTERIZAÇÃO DO
MUNICÍPIO DE CAMPINAS*

CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

O município de Campinas situa-se na região leste do estado de São Paulo em uma área de 887 Km², com 966.700 habitantes, apresentando uma densidade demográfica de 1090 habitantes por Km². Esta população é de característica fundamentalmente urbana (98%), havendo predomínio da população feminina (51,3%) em relação à masculina (48,7%) (SEADE, 2000).

Em 1991, o município apresentava níveis de 96,92% de abastecimento de água, 85,39% de instalações de esgoto sanitário e 96,94% de coleta de lixo (SEADE, 1991).

Neste mesmo ano, a distribuição percentual de chefes de família, em relação aos rendimentos percebidos em salários mínimos era:

Tabela 1 – Percentuais de Famílias por faixas salariais

Faixas Salariais	Percentuais de Famílias
Sem rendimentos	3, 26%
Até 01 salário	7,59%
De 01 a 05 salários	48, 26%
De 05 a 10 salários	21,56%
Acima de 10 salários	19,33%

FONTE: SEADE – 1991

Em 1999, 260.914 habitantes matricularam-se em escolas públicas ou particulares, em algum nível de ensino, seja na pré-escola, no ensino fundamental, no ensino médio ou em escolas de nível superior (SEADE, 1999).

No ano de 2000, as cinco primeiras causas de morte de residentes em Campinas, agrupadas segundo os capítulos da CID X (Código Internacional de Doenças – décima revisão), em números absolutos, foram as seguintes: (CAMPINAS, 2001).

Tabela 2 – Principais causas de óbito em Campinas pelos capítulos da CID X, por sexo feminino, masculino e total, ano 2000.

CAPÍTULOS DA CID X	FEM.	MASC.	TOTAL
Doenças do Aparelho Circulatório	734	841	1575
Neoplasias	374	505	879
Causas externas de mortalidade	108	721	829
Doenças do Aparelho Respiratório	294	384	678
Doenças do Aparelho Digestivo	104	190	294
Total de óbitos	2057	3166	5224

FONTE: BANCO DE DADOS DE ÓBITOS DE CAMPINAS – COVISA – DS – SMS – PMC

Observa-se que, para estas cinco primeiras causas, bem como para o total geral, o número de óbitos em homens é maior, correspondendo a 60% do total. Em relação às mortes masculinas por causas externas, temos a assustadora cifra de 87% do total dos óbitos entre o sexo masculino. Destes, 63% foram causados por armas de fogo e outros tipos de armas (CAMPINAS, 2001).

Quando se observam as causas básicas de óbito, não agrupadas por capítulos, tem-se os seguintes quadros:

Tabela 3 – Principais causas de óbitos em Campinas, por causas básicas, ano 2000.

ORDEM	CAUSA BÁSICA	NÚMERO
1	DOENÇA ISQUÊMICA DO CORAÇÃO	629
2	HOMICÍDIO	486
3	DOENÇA CEREBROVASCULAR	338
4	PNEUMONIAS E BRONCOPNEUMONIAS	310
5	DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA	149

TOTAL DE ÓBITOS: 5224

FONTE: SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE MORTALIDADE – SIM

Ao fazer a dissociação dos óbitos por causas básicas, sem separação por sexo, as Neoplasias que ocupam a segunda causa no quadro anterior desaparecem e as Doenças do Aparelho Respiratório ganham maior peso. As causas externas mantêm grande importância, através dos homicídios.

Tabela 4 – Principais causas de óbitos em Campinas, por causas básicas, no sexo feminino, ano 2000.

ORDEM	CAUSA BÁSICA	NÚMERO
1	DOENÇA ISQUÊMICA DO CORAÇÃO	246
2	DOENÇA CEREBROVASCULAR	166
3	PNEUMONIAS E BRONCOPNEUMONIAS	147
4	NEOPLASIA DE MAMA	76
5	DIABETES MELLITUS	69

TOTAL DE ÓBITOS: 2058

FONTE: SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE MORTALIDADE – SIM

Quando se analisam os óbitos por causas básicas, no sexo feminino, os homicídios desaparecem, surgem as Doenças do Aparelho Respiratório e, surpreendentemente, surgem as Neoplasias de Mama, como 4ª causa básica, seguida pelo Diabetes Mellitus.

Tabela 5 – Principais causas de óbitos em Campinas, por causas básicas, no sexo masculino, ano 2000.

ORDEM	CAUSA BÁSICA	NÚMERO
1	HOMICÍDIO	455
2	DOENÇA ISQUÊMICA DO CORAÇÃO	383
3	DOENÇA CEREBROVASCULAR	184
4	PNEUMONIAS E BRONCOPNEUMONIAS	163
5	DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA	98

Total de Óbitos: 3066

FONTE: SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE MORTALIDADE – SIM

Por fim, se analisando-se as mortes por causas básicas no sexo masculino, tem-se um dado brutal: os homicídios aparecem como 1ª causa, seguidos por Doenças do Aparelho Circulatório e Respiratório.

Observando-se a evolução da taxa de mortalidade geral, vê-se que ela tem-se mantido relativamente estável na última década, mas ao fazer a análise da mortalidade por causas específicas, o cenário transforma-se completamente.

A taxa de mortalidade infantil geral apresentou importante queda nos últimos anos, indo de 23,80 óbitos por mil nascidos vivos em 1990, para 14,16, no ano 2000 (SEADE, 2001). Em contrapartida, a taxa de mortalidade por causas externas, cresceu de 79,89 óbitos por cem mil habitantes em 1990, para 101,38, no ano 2000 (SEADE, 2001). As taxas de mortalidade por homicídios têm aumentado intensamente desde 1980, apresentando valores extremamente elevados no triênio 96-98 e acometendo, principalmente, a população jovem, entre 15 e 44 anos. Existe predomínio importante deste grupo de causas na população masculina (MORTALIDADE EM CAMPINAS, 1999).

A análise da mortalidade pelas principais neoplasias, mostra que a única que apresenta nítido declínio no período entre 1980 a 1997 é a mortalidade por câncer de estômago, principalmente no sexo masculino. As demais apresentam tendência estável ou de crescimento (MORTALIDADE EM CAMPINAS, 1998).

Como vem ocorrendo em diferentes lugares do mundo, Campinas também apresenta um declínio das taxas de mortalidade pelas doenças isquêmicas do coração e pelas doenças cerebrovasculares, mais acentuado no sexo masculino que no feminino, em todas as faixas etárias. É importante lembrar que as mortes por estes dois grupos de causas podem ser prevenidas através de hábitos de vida mais saudáveis (MORTALIDADE EM CAMPINAS, 2000).

As mortes por doenças respiratórias são mais relevantes nos grupos etários mais avançados. Em maiores de 70 anos, são as causadoras de uma em cada cinco mortes. Dentre elas, as pneumonias e as gripes respondem pela maior parcela dos óbitos, seguidas pelas doenças obstrutivas crônicas. Embora as taxas de mortalidade por gripe e pneumonia

tenham declinado fortemente entre crianças com menos de cinco anos desde 1980, nas faixas de idade entre 55 a 64 anos e de 65 a 74, elas praticamente dobraram no sexo masculino, entre 1980 a 1995. Existem marcantes diferenças de coeficientes de mortalidade por doenças do aparelho respiratório nas áreas de abrangência das unidades básicas de saúde de diferentes regiões do município (MORTALIDADE EM CAMPINAS, 2000).

Pode-se observar os óbitos segundo seus principais locais de ocorrência e, neste caso, na Tabela 6, vê-se que o local onde ocorre o maior percentual deles é o próprio domicílio, seguido pelos grandes hospitais do município. O percentual de óbitos que ocorrem na via pública se deve, na sua quase totalidade, às Causas Externas. Cabe averiguar se a causa dos óbitos ocorrerem nos domicílios não é a falta de acesso aos serviços de saúde.

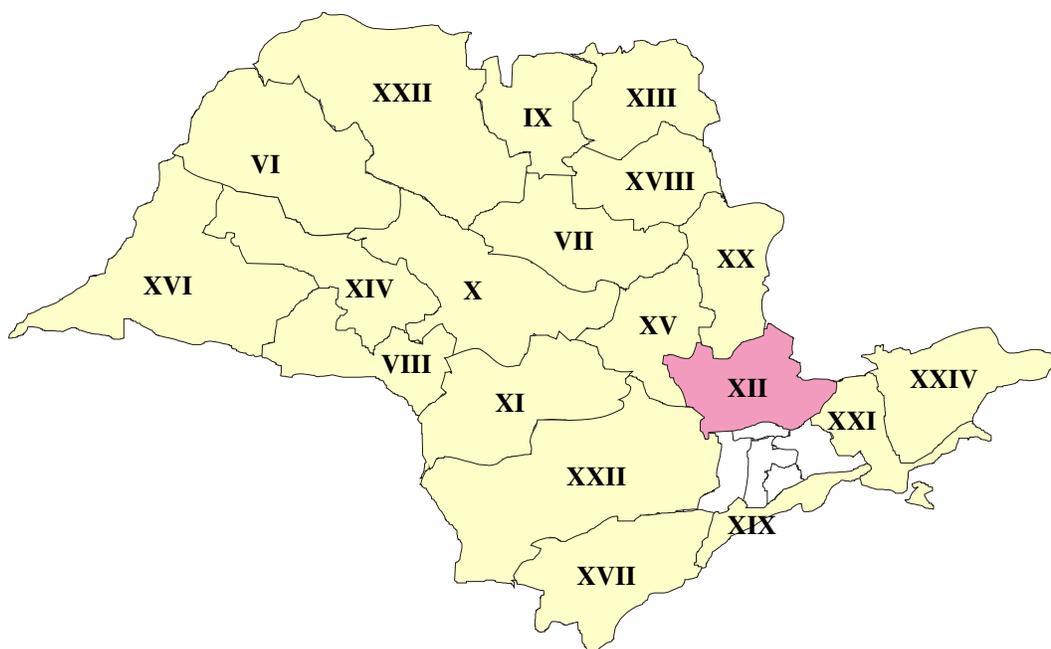
Tabela 6 – Cinco principais locais de ocorrência dos óbitos em Campinas, ano 2000.

LOCAL DE OCORRÊNCIA DO ÓBITO	NÚMERO ABSOLUTO DE ÓBITOS E %
DOMICÍLIO	918 (17,5%)
HOSP. MAT. DR. CELSO PIERRO	701 (13,4%)
HOSPITAL CLÍNICAS – UNICAMP	664 (12,7%)
HOSP. MUN. DR. MÁRIO GATTI	656 (12,5%)
VIA PÚBLICA	362 (6,9%)
TOTAL	5224 (100%)

FONTE: BANCO DE DADOS DE ÓBITOS DE CAMPINAS – COVISA – DS – SMS – PMC

CARACTERIZAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS DO SUS:

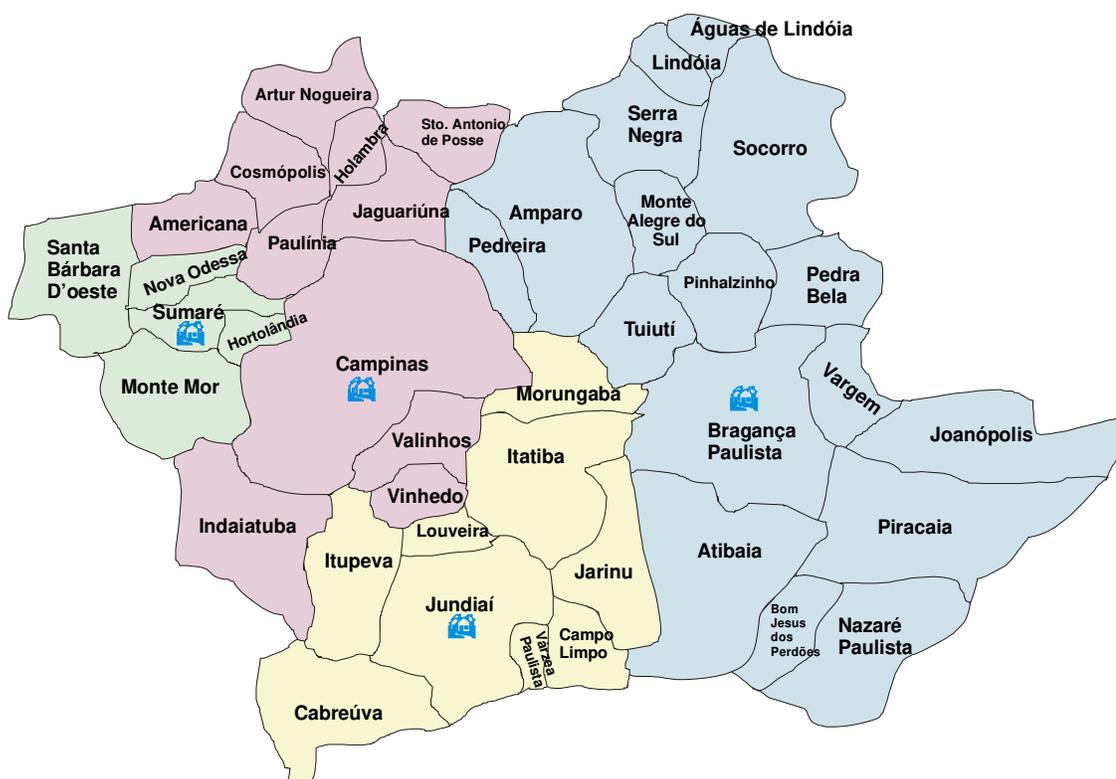
O município de Campinas faz parte da 12ª região de saúde do Estado de São Paulo, a Diretoria Regional de Saúde de Campinas – DIR XII (Mapa 1).



FONTE: SES SÃO PAULO

Mapa 1 – Localização da DIR-XII, no Estado de São Paulo, 2001.

Composta por 42 municípios, com uma população de 3.210.641 habitantes (IBGE – estimativa para o ano 2000), esta região, do ponto de vista assistencial, está subdividida em quatro micro-regiões, de acordo com seus pólos de atenção de complexidade terciária: Bragança Paulista, Campinas, Jundiaí e Sumaré (Mapa 2) e conta com 9 hospitais de complexidade secundária, em diferentes municípios (Mapa 3).

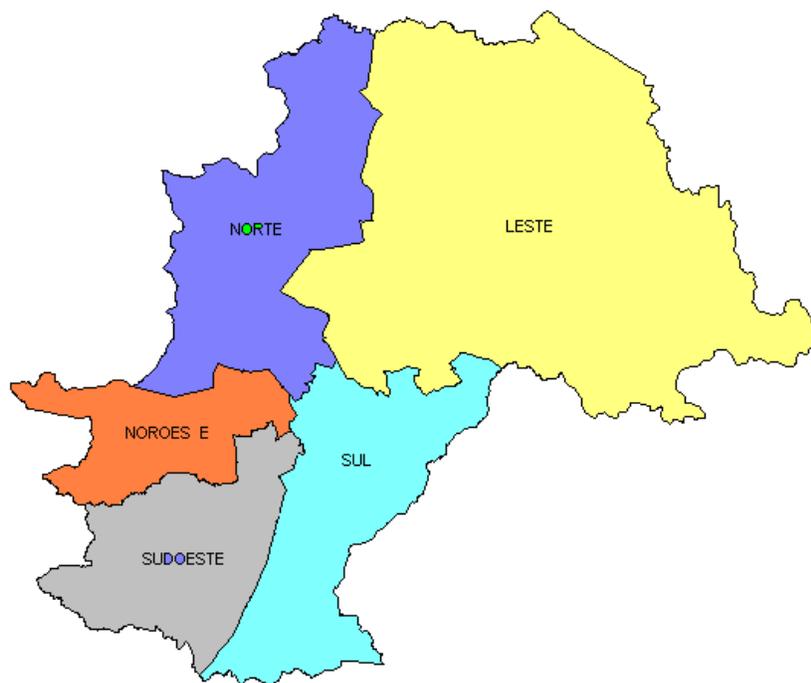


FONTE: DIR XII – CAMPINAS

Mapa 2 – Micro regiões compostas ao redor dos quatro pólos de alta complexidade da Diretoria Regional de Saúde de Campinas – DIR XII, 2001.

Os nove municípios em lilás são aqueles que possuem hospitais com infraestrutura que, no Estado de São Paulo, se avalia como secundária, por terem especialidades básicas como clínica médica, cirurgia, pediatria, ginecologia obstetrícia, ortopedia, cardiologia, endoscopia, anestesia e leitos de UTI adulto. Apesar de apresentarem potencial estrutural para realizar atendimento loco regional, a maioria deles necessita investimento financeiro e político ideológico para realmente desempenhar este papel, a fim de que ao redor deles possa se construir uma pactuação assistencial regional, o que está pautado neste momento, através da implementação da NOAS-SUS/01 (Norma Operacional da Assistência à Saúde).

A dimensão territorial, densidade demográfica e a complexidade do Sistema de Saúde em Campinas levaram à divisão do município em cinco distritos de saúde, com aproximadamente 200.000 habitantes cada: Norte, Sul, Leste, Noroeste e Sudoeste (Mapa 4) com descentralização do planejamento e gestão da saúde em implementação permanente.



FONTE: DGDO – SMS - CAMPINAS

Mapa 4 – Município de Campinas e sua divisão em distritos de saúde.

O município de Campinas encontra-se na Gestão Plena do Sistema. A rede de serviços de saúde do SUS municipal, é composta por unidades próprias, conveniadas e contratadas. A rede própria de serviços é composta de (www.campinas.sp.gov.br):

1. Quarenta e cinco (45) Unidades Básicas de Saúde, cada uma delas dimensionada para dar cobertura a cerca de 20.000 habitantes e estruturadas com equipes multiprofissionais, envolvendo médicos clínicos, pediatras, gineco-obstetras e generalistas do programa de saúde da família, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, dentistas, auxiliares de consultório dentário e agentes comunitários de saúde. Cerca de 1/3 destas unidades contam com profissionais de saúde mental em suas equipes, com médicos psiquiatras, psicólogos e terapeutas ocupacionais.
2. Três (03) Unidades de Saúde Secundárias, que dão retaguarda ambulatorial especializada à rede básica de saúde.
3. Doze (12) Centros de Referência, que são unidades de saúde com equipes multiprofissionais que têm como papel a atenção à saúde focada a grupos de risco específicos, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), o Centro de Vivência Infantil (CVI), o Centro de Referência e Informação sobre Álcool e Drogas (CRIAD), o Centro de Referência de Atenção Integral à Saúde do Adolescente (CRAISA), o Centro de Reabilitação Física e Doenças Reumáticas, o Centro de Referência em Saúde do trabalhador (CRST), o Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS), Ambulatório Municipal de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS (AMDA), o Serviço de Atendimento Domiciliar para AIDS (SAD), o Centro de Zoonoses e o Centro de Lactação.
4. Três (03) Unidades Descentralizadas de Atendimento de Urgência .
5. Um (01) Serviço de Atendimento Pré-hospitalar Móvel (SAMU).
6. Um (01) Laboratório de Patologia Clínica
7. Um (01) Serviço de Atendimento Domiciliar e um Ambulatório do CEASA.
8. Um (01) Hospital Municipal (Dr. Mário Gatti).

Trabalhando em toda esta rede de serviços, bem como em sua administração distrital e central, a Secretaria Municipal de Saúde, em setembro de 2000, contava com 3.977 profissionais.

A rede contratada e conveniada é composta dos seguintes serviços: Hospital Celso Pierro (PUCCAMP), Maternidade de Campinas, Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, Fundação Albert Sabin, Hospital Irmãos Penteados, Real Sociedade Portuguesa de Beneficência, Hospital Psiquiátrico Tibiricá, Associação dos Pais e Amigos do Excepcional (APAE), Centro Dr. A. C. Corsini, Fundação Síndrome de Down, Associação de Promoção Oração e Trabalho (APOT), Clínica Psicológica da PUCCAMP, Ambulatório de Fisioterapia da PUCCAMP, Ambulatório de Terapia Ocupacional da PUCCAMP, Clínica Odontológica da PUCCAMP.

Além destes, prestam atendimento à população alguns outros serviços que não se encontram sob gestão municipal e, assim, são geridos pela DIR XII - Campinas: a UNICAMP, através de todo o seu complexo assistencial, a SOBRAPAR (Sociedade Brasileira de Pesquisa e Assistência e Recuperação Crânio Facial) e o Centro Infantil Dr. Domingos A. Boldrini.

Em 1998, a concentração profissional para cada mil habitantes, por categoria, era a seguinte:

Tabela 7 – Concentração de profissionais, por categoria, para cada mil habitantes, no município de Campinas, em 1998.

Categorias Profissionais	N.º/ 1000 habitantes
Médicos	4,8
Enfermeiros	1,3
Técnicos de Enfermagem	0,86
Auxiliares de Enfermagem	4,11
Dentistas	2,21
Psicólogos	1,87
Fonoaudiólogos	0,4

FONTE: SEADE

Em relação à rede hospitalar, Campinas apresenta o seguinte quadro de leitos para internação:

Tabela 8 – Caracterização da Rede Hospitalar em Campinas, com número de leitos SUS, não SUS e leitos privados, por hospital, em março de 2001.

HOSPITAIS DE CAMPINAS	LEITOS SUS			LEITOS NÃO SUS			LEITOS PRIVADOS			TOTAL
	GERAL	UTI	TOTAL	GERAL	UTI	TOTAL	GERAL	UTI	TOTAL	GERAL
UNICAMP	522	44	566	-	-	-	-	-	-	566
PUCC	219	31	240	60	0	60	-	-	-	300
MÁRIO GATTI	162	13	175	-	-	-	-	-	-	175
MATERNIDADE	126	18	144	132	5	137	-	-	-	281
ALBERT SABIN	35	5	40	111	6	117	-	-	-	157
IRM. MISERIC.	30	0	30	87	9	96	-	-	-	126
BENEF. PORT.	20	0	20	103	8	111	-	-	-	131
CÂNDIDO	310	0	310	-	-	-	-	-	-	310
TIBIRIÇÁ	138	0	138	-	-	-	-	-	-	138
BOLDRINI	51	0	51	18	0	18	-	-	-	69
SOBRAPAR	19	0	19	-	-	-	-	-	-	19
C. MÉDICO	-	-	-	-	-	-	*	*	105	105
VERA CRUZ	-	-	-	-	-	-	*	*	190	190
SAMARITANO	-	-	-	-	-	-	*	*	101	101
I. P. BURNIER	-	-	-	-	-	-	*	*	33	33
C. P. BURNIER	-	-	-	-	-	-	*	*	30	30
M. THEODORA	-	-	-	-	-	-	42	8	50	50
ALV. RIBEIRO	-	-	-	-	-	-	31	5	36	56
STA TERESA	-	-	-	-	-	-	33	4	37	37
STA RITA	-	-	-	-	-	-	48	3	51	51
C. SAÚDE	-	-	-	-	-	-	139	16	151	151
H. CORAÇÃO	-	-	-	-	-	-	9	10	19	19
INST.	-	-	-	-	-	-	10	4	14	14
MEDICAMP	-	-	-	-	-	-	-	-	19	19
TOTAL	1670	111	1733	511	28	539	332	50	856	3128

FONTE: DIR XII, CAC, DGDO

* DADOS NÃO DISPONÍVEIS

- SERVIÇO NÃO

Observa-se que o número total de leitos existentes no município é de 3128, destes, 1733 são leitos disponíveis para a população SUS dependente (55,4%). Dos 1733 leitos, 111 são leitos de terapia intensiva (6,4%). A análise do total de internações SUS realizadas no ano 2000, quando observada a procedência do paciente, nos mostra que das 68.939 internações registradas, 40.702 foram para pacientes procedentes de Campinas (59%) e as restantes 28.237 (41%) de pacientes das mais variadas procedências (Tabela 9).

Tabela 9 – Total Geral de Internações nos leitos SUS de Campinas, de residentes em Campinas, de não residentes e percentual de internações de residentes, em 2000.

CAPÍTULOS DA CID X	TOTAL INT.	RES.	NÃO	%
I. Algumas dças infec. e parasitárias	3.095	1.756	1.339	56,7
II. Neoplasias (tumores)	6.609	2.155	4.454	32,6
III. Dças sangue órgãos hemat. e transt.	969	339	630	35,0
IV. Dças endóc. Nutric. e metab.	1.213	742	471	61,2
V. Transt. Mentais e comportamentais	2.312	1.953	359	84,5
VI. Dças do sistema nervoso	1.300	613	687	47,2
VII. Dças do olho e anexos	433	108	325	24,9
VIII. Dças do ouvido e apófise mast.	243	85	158	35,0
IX. Dças do ap. circulatório	4.383	2.780	1.603	63,4
X. Dças do ap. respiratório	5.226	3.609	1.617	69,1
XI. Dças do ap. digestivo	4.890	3.075	1.815	62,9
XII. Dças da pele e subcutâneo	852	576	276	67,6
XIII. Dças sist. Osteom. e conjuntivo	1.282	604	678	47,1
XIV. Dças do ap. geniturinário	5.067	2.869	2.198	56,6
XV. Gravidez parto e puerpério	14.944	11.057	3.887	74,0
XVI. Algumas afec. perinatal	1.225	763	462	62,3
XVII. Malf cong deform e anomalias	678	222	456	32,7
XVIII. Sint sinais e achad anom ex clín e	1.877	1.216	661	64,8
XIX. Lesões enven e alg out conseq	6.221	4.280	1.941	68,8
XX. Causas externas de morb. e mort.	899	728	171	81,0
XXI. Contatos com serviços de saúde	5.221	1.172	4.049	22,4
U99 – CID 10ª Revisão não dispon/ não	0	0	0	
Total	68.939	40.702	28.237	59,0

Analisando-se o total de internações por capítulos da CID X, vê-se que a busca por assistência hospitalar não é homogênea em relação à procedência dos pacientes, variando conforme a especificidade e complexidade da assistência demandada. Assim, observando-se os percentuais de internações de munícipes de Campinas, observa-se caráter mais marcadamente municipal nas internações por Transtornos mentais e comportamentais, Causas externas de morbidade e mortalidade, Gravidez, parto e puerpério, Doenças do aparelho respiratório e Lesões e envenenamentos. Ao contrário, constata-se menor percentual de munícipes, com conseqüente caráter mais marcadamente regional nas internações por Contatos com serviços de saúde, Doenças do olho e anexos, Neoplasias, Malformações congênitas e Doenças do sangue (Tabela 9).

Da mesma forma, ao se analisar o total de internações por hospital e por procedência, constata-se que o comportamento do fluxo de pacientes de outros municípios não é homogêneo, tendo cada hospital um percentual diferente de internações de pacientes procedentes de Campinas e região, caracterizando um caráter mais ou menos municipal:

Tabela 10 – Internações realizadas nos leitos SUS de Campinas, por hospital e por procedência, em 2000.

HOSPITAIS	TOTAL INTERN.	RESID. CAMPINAS	CARÁT. MUNICIPAL
UNICAMP	31.880	12.350	38,7%
PUC	14.592	11.668	79,9%
MÁTERNIDADE	8.000	6.113	76,4%
MÁRIO GATTI	6.796	6.134	90,2%
BOLDRINI	2.236	435	19,4%
SABIN	2.090	1.329	63,5%
CÂNDIDO FERREIRA	1.632	1.490	91,2%
IRM. MISER.	995	894	89,8%
SOBRAPAR	594	191	32,1%
BENEF. PORT.	124	98	79%
TOTAL	68.939	40.702	59%

FONTE: DGDO – SMS – PMC

Assim, vê-se que alguns serviços têm demanda regional acima de 50%, como o Boldrini, hospital especializado em Oncologia Infantil (80,6%), a SOBRAPAR, hospital especializado em Defeitos da Face (67,9%) e o HC-UNICAMP (61,3%). Os demais serviços apresentam predomínio de demanda local.

Outras análises podem ser feitas a partir das internações, já que o SIH-SUS permite obter muitas informações sobre o fluxo e morbidade da clientela. Como este não é o objetivo central deste trabalho, ficam apenas alguns dados apontados como ilustração da estrutura do sistema, que podem ser úteis para o entendimento dos entraves e desafios da regulação.

Por último, acrescenta-se uma tabela que mistura fontes e informações diversas, mas que, suscita uma série de inquietudes:

Tabela 11 – Quadro ilustrativo do crescimento da população e da evolução do número de leitos SUS gerais e de UTI, anos 1995, 1998 e 2000.

DADOS OBSERVADOS	1995	1998	2000
POPULAÇÃO TOTAL	897.658	938.670	966.700
TOTAL LEITOS SUS	1.763	1.795	1733
LEITOS SUS UTI	103	133	111

FONTES: DADOS DE POPULAÇÃO E MORTALIDADE, 1995, 1998 E 2000 – SEADE

DADOS DE LEITOS: 1995 E 1998 – SEADE

DADOS DE LEITOS 2000 – DGDO – SMS-PMC, EM MARÇO DE 2001

Em relação à assistência ambulatorial, a produção de consultas médicas de toda a rede de unidades de saúde municipais (excluindo-se os Hospital Municipal Mário Gatti) em 2000 foi:

Tabela 12 – Número de consultas realizadas em toda a rede assistencial SUS, agrupadas por atendimentos médicos realizados sob agendamento nas clínicas básicas, atendimentos de urgência nas clínicas básicas, consultas médicas em especialidades, ortopedia, consultas de urgências em unidades 24 horas e atendimentos do pré hospitalar móvel, em Campinas, ano 2000.

ATENDIMENTOS MÉDICOS TIPO DE ATENDIMENTO	ATENDIMENTOS	
	TOTAL	%
ATENDIMENTOS NAS CLÍNICAS BÁSICAS	690.319	26%
URGÊNCIA NAS CLÍNICAS BÁSICAS	130.177	5%
CONSULTAS ESPECIALIZADAS	971.722	36%
CONSULTAS DE ORTOPEDIA	12.001	0,5%
CONSULTAS NAS UNIDADES DE URGÊNCIA	827.785	31%
ATENDIMENTO PRÉ HOSPITALAR MÓVEL	41.455	1,5%
TOTAL DE ATENDIMENTOS MÉDICOS	2.673.459	100%

FONTE: DGDO – SMS – PMC

Ao contrário do que acontece com o registro da produção hospitalar, rica em dados, o registro da produção ambulatorial é extremamente pobre, não permitindo estudar a procedência dos pacientes, sua morbidade e uma série de outras questões relevantes. Para contabilizar os atendimentos de urgência, a questão fica ainda mais complexa, posto que não existe um grupo de procedimentos específico para a área na tabela SIA-SUS e, muitas das consultas médicas que são feitas nas urgências podem estar diluídas no grupo de consultas especializadas. Exemplo claro desta distorção são as consultas de ortopedia, que têm um grupo à parte para seu registro, onde não se separam as consultas feitas na urgência das realizadas a nível ambulatorial. Assim, a tabela apresentada acima, no que diz respeito aos atendimentos médicos de urgência, foi construída a partir de um agrupamento de procedimentos, extraídos de diferentes grupos da tabela SIA-SUS.

De qualquer forma, apesar da qualidade questionável da informação, chama a atenção o fato de que 31% do total das consultas médicas tenham sido produzidas nas unidades de urgência e 36% na rede especializada, contra 31% de consultas na rede de atenção primária sendo destes 26% de consultas agendadas e 5% de atendimentos de urgência. O atendimento pré hospitalar móvel corresponde a 1,5% do total de atendimentos do ano e 4% dos atendimentos de urgência.

CARACTERIZAÇÃO DA REDE DE ASSISTÊNCIA ÀS URGÊNCIAS:

A rede de assistência às urgências conta com três pronto-socorros hospitalares, situados no Hospital Municipal Dr. Mário Gatti, no Hospital Dr. Celso Pierro da PUCC e no Hospital das Clínicas da UNICAMP. Existem dois serviços com portas de urgência específicas para ginecologia-obstetrícia, a Maternidade de Campinas e o CAISM (Centro de Atenção integral à Saúde da Mulher, da UNICAMP). Além dos pronto-socorros hospitalares, o município possui três unidades de pronto atendimento (PA): o Anchieta, que integra a assistência às urgências no âmbito do distrito norte e tem sua retaguarda no PS (Pronto Socorro) do HC-UNICAMP, o Ouro Verde, que integra a assistência às urgências no âmbito do distrito sudoeste e tem sua retaguarda no PS da PUCC e o São José, que integra a assistência às urgências no âmbito do distrito sul e tem sua retaguarda no PS do Hospital Mário Gatti. Cada uma destas unidades possui sala de urgência, leitos de observação, sala de raio-x e aparelho de eletrocardiograma, além de contar com retaguarda laboratorial através de um serviço de coleta de material na unidade e transporte, através de um serviço contratado de motoboy, ao Laboratório de Patologia Clínica do Hospital Mário Gatti, sendo o resultado enviado à unidade solicitante via fax.

Tabela 13 – Produção mensal das unidades de urgência de Campinas, período não padronizado.

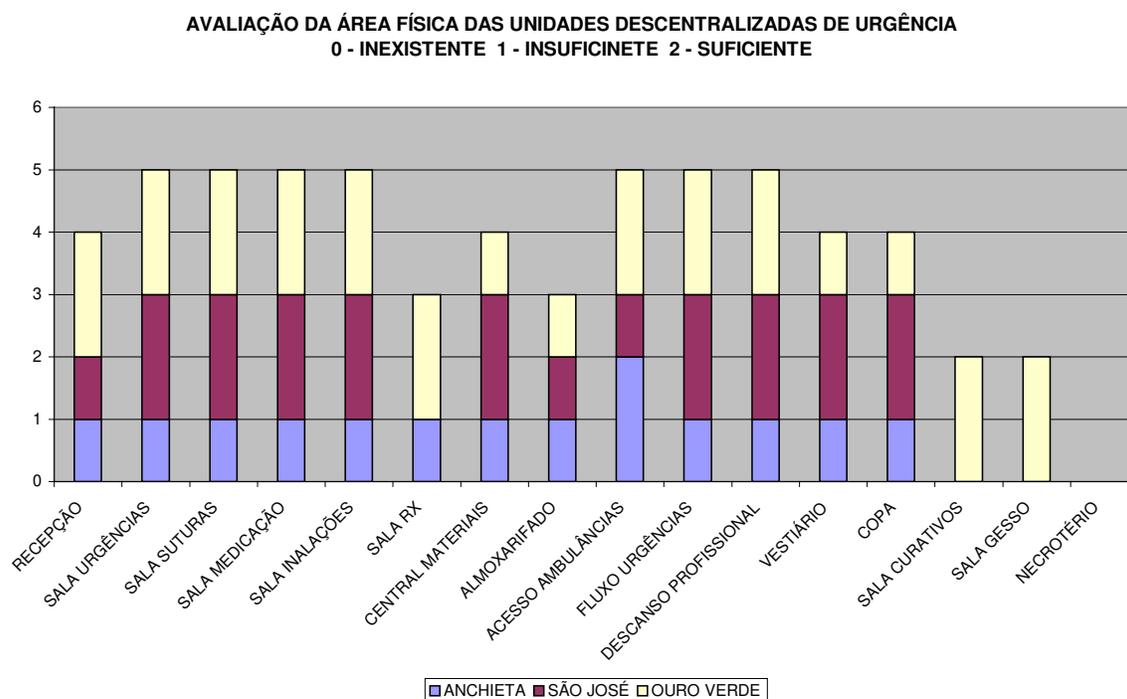
UNIDADES	ADULTO	INFANTIL	ORTOP.	GO	TOTAL
MÁRIO GATTI	15.200	6.614	0	0	21.814
PUCC	4.864	4.496	1.722	2.084	13.166
ANCHIETA	6.000	2.940	0	0	8.940
OURO VERDE	4.350	2.880	900	690	8.820
HC-UNICAMP	5.135	2.118	978	0	8.231
SÃO JOSÉ	4.770	2.130	0	0	6.900
MATERNIDADE	0	0	0	1.763	1.763
CAISM	0	0	0	1.564	1.564
TOTAL	40.319	21.178	3.600	6.101	71.198

FONTE: DGDO – SMS – PMC, PERÍODO NÃO PADRONIZADO

Sobre a Tabela 13, é importante esclarecer que os dados foram informados pelos serviços e não são de período padronizado, sendo a produção do HC-UNICAMP, bem como a do CAISM correspondentes à média mensal do ano 2000 e a produção do Hospital Mário Gatti, da PUCC e da Maternidade de Campinas, corresponde ao mês de março/2001. Finalmente, em relação à produção das três unidades descentralizadas de atendimento de urgência do município, os dados correspondem a uma amostragem do primeiro trimestre de 2001. O pronto socorro do Hospital Municipal Mário Gatti é responsável pelo maior volume de consultas do sistema de urgências, seguido da PUCC, Anchieta, Ouro Verde, UNICAMP e São José (que no primeiro trimestre de 2001 estava parcialmente desativado, em função de reforma de área física).

Nas emergências hospitalares existem verdadeiras “UTI clandestinas”, montadas nos leitos de observação dos pronto socorros, já que a retaguarda de leitos de UTI dos hospitais é insuficiente para as necessidades das urgências. Vale lembrar que os leitos de UTI do hospital das clínicas da UNICAMP e do hospital Dr. Celso Pierro dão retaguarda a todo o hospital e são de importante utilização em pós-operatório de cirurgias eletivas. O mesmo não ocorre no hospital Mário Gatti, que é um hospital de marcado caráter assistencial de urgências.

Quanto às unidades de pronto atendimento (PA), à exceção do Ouro Verde (que foi inicialmente planejado para ser um hospital e cuja construção não foi concluída), que apresenta área física suficiente para assistência a urgências, com leitos de observação adulto, infantil e isolamento, ampla sala de urgência, sala de gesso, sala de sutura, sala de medicação, sala de inaloterapia e sala de raio-x, estando em fase final de construção o laboratório de análises clínicas, as outras duas unidades apresentam importantes restrições de espaço. O PA São José apresenta área física pequena, apesar de recém reformada, com problemas de fluxo, mas, há um novo pronto-socorro, nos moldes do Ouro Verde, em construção nas proximidades. Quanto ao PA Anchieta, a área física é pequena e bastante inadequada, sem perspectiva de melhoria a curto prazo (Gráfico 1). As três unidades têm deficiências em equipamentos e medicamentos, não sendo o fluxo de abastecimento e reposição de materiais adequado às necessidades.



FONTE: DGDO – SMS – PMC

Gráfico 1 – Avaliação da área física de cada uma das unidades descentralizadas de urgência, de acordo com escala de pontuação criada para este fim, sendo “0” para área inexistente, “1” para área existente, mas insuficiente e “2” para área suficiente, ano 2001.

O gráfico acima apenas ilustra o que foi comentado, mostrando uma maior insuficiência de área física do PA Anchieta e melhor estruturação do Ouro Verde, ficando o São José numa situação intermediária.

Em relação aos recursos humanos, cada uma das unidades apresenta a seguinte equipe de plantonistas, nas 24 horas:

Tabela 14 – Número de plantonistas clínicos, pediatras, ortopedistas e gineco-obstetras, por turno diurno/noturno, para cada um dos serviços de urgência do município de Campinas, ano 2001.

SERVIÇOS DE URGÊNCIA	ÁREA DE ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS						TOTAL
	CLÍNICO	PEDIATRIA	ORTOPEDIA	NEURO	GO	PSIQUIATRIA	
MÁRIO GATTI	10/10	5/4	2/2	1/1	0	0	18/17
UNICAMP	5/5	3/2	1/1	2/2	0	1	12/11
OURO VERDE	5/4	3/3	1/1	0	1/1	0	10/9
PUCG	3/2	2/2	1/1	0	3/2	1	10/8
ANCHIETA	3/2	2/2	0	0	0	0	5/4
SÃO JOSÉ	3/2	2/2	0	0	0	0	5/4
CAISM	0	0	0	0	4/3	0	4/3
MATERNIDADE	0	0	0	0	2/2	0	2/2
TOTAL	29/25	17/15	5/5	3/3	10/8	2	66/58

FONTE: INFORMAÇÕES OBTIDAS DO COORDENADOR DA UNIDADE

Em que pese o fato da maioria dos pronto socorros hospitalares atuarem com residentes, optou-se por considerar apenas o número de profissionais já titulados, por plantão. Quanto à retaguarda de observação, as unidades apresentam a seguinte distribuição de leitos:

Tabela 15 – Leitos de observação de clínica, pediatria, isolamento, psiquiatria, ortopedia e gineco-obstetrícia nas unidades de urgência de Campinas, ano 2001.

SERVIÇOS	LEITOS DE OBSERVAÇÃO POR ÁREA						TOTAL
	CLÍNICA	INFANTIL	ISOLAM.	PSIQ.	ORTOP.	GO	
MÁRIO GATTI	29	10	1	0	0	0	40
UNICAMP	10	5	0	0	5	0	20
PUC	8	4	0	4	0	1	16
OURO VERDE	10	4	1	0	0	0	15
CAISM	0	0	0	0	0	8	8
SÃO JOSÉ	4	3	1	0	0	0	8
ANCHIETA	4	3	0	0	0	0	7
MATERNIDADE	0	0	0	0	0	2	2
TOTAL	65	29	3	4	5	10	116

FONTE: INFORMAÇÃO OBTIDA JUNTO AOS SERVIÇOS

É importante observar, quanto aos leitos de observação, que há importante restrição de leitos de isolamento, de ortopedia e de psiquiatria.

Além destas unidades, o município possui um serviço de atendimento pré hospitalar móvel, o SAMU, que pode ser acionado gratuitamente pela população através do número 192. Além do atendimento à população, o SAMU também dá retaguarda às demais unidades do sistema, sempre que estas necessitam de transferência para pacientes acometidos por agravos de urgência para unidades de maior complexidade, seja para elucidação diagnóstica ou internação.

Abaixo a média mensal e o total de produção do SAMU, no ano de 2000:

Tabela 16 – Produção anual do SAMU, por tipo de resposta, ano 2000.

TIPO DE RESPOSTA	TOTAL ANUAL	% TIPO DE MISSÃO
SUPORTE AVANÇADO	5.672	12%
SUPORTE BÁSICO	24.795	51%
REMOÇÃO SIMPLES	8.011	16,5%
PSIQUIÁTRICA	3.535	7,5%
SUB-TOTAL	42.013	87%
REORIENTADOS	6.454	13%
TOTAL REGULADO	48.467	100%
SERVIÇO DE CRÔNICOS	14.433	-
TOTAL GERAL	62.900	-

FONTE: DADOS DE PRODUÇÃO FORNECIDOS PELO SERVIÇO

A rápida observação dos dados de produção sugere as dificuldades do serviço, já que os atendimentos a pacientes crônicos e as remoções simples estão todos computados num único total, pois todos deram entrada via 192, comprometendo a qualidade do serviço de atendimento às urgências.



*A REGULAÇÃO MÉDICA DAS
URGÊNCIAS*

HISTÓRICO

O conceito de regulação médica das urgências tem sua origem no atendimento pré-hospitalar francês. Embora a idéia do atendimento fora da estrutura hospitalar, com o uso de ambulâncias medicalizadas tenha se originado no final do século XIX, em Nova Iorque e daí tenha sido levada para a Europa, é na França que a concepção de regulação médica de urgências que se utiliza no Brasil toma corpo, quando em 1986 é publicada uma lei governamental que define os SAMU (Sistema de Atenção Médica às Urgências) como serviços hospitalares com Centros de Recepção e Regulação das Chamadas – os Centros 15 – que coordenam os Serviços Móveis de Urgência e Reanimação (SMUR). Os SAMU têm como objetivo “responder com meios exclusivamente médicos às situações de emergência”, com as seguintes missões: “garantir uma escuta médica permanente; decidir e enviar, no menor prazo possível, a resposta mais adequada à natureza do chamado; assegurar a disponibilidade dos recursos hospitalares públicos ou privados adaptados ao estado do paciente, respeitando sua livre escolha e, preparar sua recepção; organizar o transporte para uma instituição pública ou privada, solicitando para isto os serviços públicos ou privados de transporte sanitário; garantir a admissão do paciente no hospital”. A mesma lei estabelece que os “Centros 15” devem manter comunicação privilegiada com os centros de operações do corpo de bombeiros – cujo número de acesso é o “18” – informando-se mutuamente, os dois centros, do andamento das respectivas intervenções. A lei determina que o SAMU se responsabilize por atividades de ensino que possibilitem a capacitação e formação continuada das profissões médicas e paramédicas (auxiliares do médico) para o atendimento às emergências. Regulamenta, por fim, a regionalização do sistema, com a definição da lista de unidades envolvidas no atendimento e sua respectiva atribuição. (FERREIRA, 1999).

Em relação ao pré-hospitalar móvel, existem dois modelos predominantes de atuação: o modelo norte americano que se baseia na atuação de profissionais intitulados “paramédicos”, que passam por um processo de capacitação para o atendimento no local da ocorrência, existindo inclusive diferentes categorias de atuação e respectiva carga horária de treinamento, sendo os profissionais de maior qualificação autorizados a realizar procedimentos, como intubação, punção de tórax e administração de medicamentos. Esta

atuação se dá, em geral, sem supervisão médica. No modelo francês, toda intervenção é medicalizada, como consta nos termos da lei que regulamenta o sistema. (FERREIRA, 1999).

É importante ressaltar que nos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel brasileiros o atendimento deve se dar ora com a utilização de viaturas de suporte básico de vida tripuladas por auxiliar/técnico de enfermagem, ora com viaturas de suporte avançado de vida tripuladas por médico e enfermeiro e/ou ainda com viaturas de resgate tripuladas por profissionais da área de segurança e salvamento, como policiais rodoviários, bombeiros e outros. Portanto, o modelo de atendimento pré hospitalar proposto para o Brasil, como se vê em serviços como o de Campinas, Porto Alegre (TANNEBAUM, R.D.; ARNOLD, J.L; DE NEGRI FILHO, A.; SPADONI, V.S., 2001) Ribeirão Preto e outros, é um misto dos dois sistemas, onde a figura do paramédico, profissão não regulamentada no Brasil, é substituída pelo enfermeiro, técnicos e auxiliares de enfermagem, não ocorrendo medicalização em todos os atendimentos realizados no local da ocorrência, de acordo com a avaliação da gravidade e complexidade de cada caso que é atribuição do médico regulador

No município de Campinas, em 1995, seguindo diretrizes da Secretaria de Estado da Saúde, foi iniciado o planejamento para a implantação de um serviço de atendimento pré hospitalar móvel, de caráter regional, que regulasse os pedidos de socorro advindos da população e também o fluxo das transferências de pacientes de urgência atendidos na rede básica, nos hospitais e em qualquer outra unidade de saúde, além de atuar em integração com o corpo de bombeiros. Assim, em junho de 1996, foi inaugurado o SAMU, serviço de abrangência exclusivamente municipal, posto que o projeto regional acabou não sendo implementado.

Os anos seguintes foram muito difíceis para a equipe de médicos reguladores do SAMU. Sendo a regulação médica desconhecida e não regulamentada e, tendo os pactos de regionalização e referência hospitalar sido insuficientemente acordados, o acesso às portas hospitalares era às vezes trabalhoso e as relações entre médicos reguladores e plantonistas das urgências eram bastante conflituosas.

Em 1997, realizou-se em Campinas o “III SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE ATENÇÃO PRÉ HOSPITALAR ÀS URGÊNCIAS E TRAUMAS”, organizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Campinas e pela Rede 192 (CAMPINAS,1998), que neste encontro passou a se chamar Rede Brasileira de Cooperação em Emergências – RBCE. Ainda nesse ano, por iniciativa da RBCE, através de uma demanda apresentada ao Conselho Federal de Medicina, constitui-se um grupo de trabalho com o CFM (Conselho Federal de Medicina) que elaborou a Resolução 1529 de 1998, publicada na forma de Portaria MS (Ministério da Saúde) 824 de 1999, estabelecendo o reconhecimento e as bases de exercício da regulação médica das urgências e do funcionamento da atenção pré-hospitalar em todo o Brasil (BRASIL, 1999).

Neste mesmo período, a Secretaria de Estado da Saúde elaborou o projeto de implementação de Sistemas de Referência Hospitalar e, dentro dele, iniciou a discussão da atenção às urgências, por entender ser esta uma área prioritária de intervenção. O projeto foi estruturado ao redor de quatro eixos:

- a) Organização de grades regionais de hierarquização dos serviços hospitalares de retaguarda para utilização pelas centrais reguladoras regionais a serem implantadas em todo o interior do Estado de São Paulo.
- b) Investimento da Secretaria de Estado da Saúde nos serviços de referência secundária e terciária (classificação de acordo com parâmetros enumerados pela própria SES), a fim de promover a adequação de seus recursos físicos e humanos.
- c) Investimento na capacitação de recursos humanos, visando a qualificação técnica e política dos profissionais que atuam nas urgências, através da estruturação de núcleos ou pólos regionais de educação, de caráter pluriinstitucional, sob a coordenação do gestor estadual regional.
- d) Investimento em estruturação de frota de viaturas de suporte avançado a fim de garantir o transporte adequado entre os serviços sob regulação regional.

Assim, em dezembro de 1998, foi inaugurada a Central Reguladora Regional de Campinas, com escuta médica nas 24 horas, todos os dias da semana. O médico regulador deveria, com base na grade de regionalização regional, previamente pactuada, receber pedidos de transferência de qualquer pronto socorro da região de cobertura da DIR XII – Campinas, julgar a solicitação e decidir sobre o melhor destino para cada caso, desde a manutenção na própria unidade solicitante, até a transferência para um hospital de complexidade terciária ou, ainda, para um serviço fora da regional, sempre que necessário (SÃO PAULO, 1998).

No nível federal de governo, uma série de portarias e iniciativas passaram a estimular a estruturação de centrais de regulação de várias ações e serviços de saúde, além da própria regulação médica das urgências.

Em junho de 1998, o MS publica a Portaria 2923, que aloca recursos nas centrais de regulação e a Portaria 2925 que vincula a inclusão de hospitais nos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências à sua participação nas centrais de regulação (BRASIL, 1998).

Em agosto do mesmo ano, a Portaria 3477, que vincula a inclusão de hospitais nos Sistemas de Referência Hospitalar no Atendimento à Gestante de Alto Risco, à sua participação em centrais de regulação (BRASIL, 1998).

Em junho de 1999, a Portaria 824, que aprova o texto de Normatização do Atendimento Pré-hospitalar (BRASIL, 1999).

Em agosto de 1999, a Portaria 1127, que inclui entre as exigências para habilitação ao recebimento do FIDEPS, independente da classificação do hospital, a obrigatoriedade de que os mesmos se integrem às centrais de regulação do estado e/ou município e, na inexistência destas, que constituam centrais de marcação de consultas (BRASIL, 1999).

Em dezembro de 1999, a Portaria 1478, que determina às secretarias de saúde estaduais, do Distrito Federal e dos municípios em gestão plena do sistema municipal, a criação de Centrais de Programação e Regulação da Assistência Oncológica, em seus respectivos âmbitos de atuação (BRASIL, 1999).

Em junho de 2000, a Portaria 569, que institui o Programa de Humanização no Pré Natal e Nascimento, constituído por três componentes, sendo o componente II a Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal e na mesma data, a Portaria 571, que regulamenta o componente II da Portaria 569, onde se lê que deverão ser implantadas centrais de regulação obstétrica e neonatal nos níveis estadual e municipal e também os sistema móveis de atendimento às gestantes, nas modalidades pré e inter-hospitalar (BRASIL, 2000).

Em setembro de 2000, a Portaria 356, que estabelece, em seu Anexo II, a conceituação do Complexo Regulador Assistencial, as Premissas Básicas da Regulação e a Operacionalização destas centrais, em seus requisitos físicos e humanos (BRASIL, 2000).

Em janeiro de 2001, é publicada a Portaria GM-MS 95, que aprova a NOAS-SUS (Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/2001), que inclui a regulação da assistência em seu item II.3: Do processo de Controle, Avaliação e Regulação da Assistência (BRASIL, 2001).

Finalmente, em junho de 2001, é publicada a Portaria 814, que revoga a Portaria 824 e estabelece, em seu Anexo I, o Conceito Geral, Princípios e Diretrizes da Regulação Médica das Urgências e, em seu Anexo II, a Normatização dos Serviços de Atendimento Pré-hospitalar Móvel de Urgências em todo o país (BRASIL, 2001).

REGULAMENTAÇÃO

Sobre a regulação médica das urgências, a Portaria 814 determina, em seu Anexo I que:

“...A Regulação Médica das Urgências – é o elemento ordenador e orientador do Sistema de Atenção Integral às Urgências, que estrutura a relação entre os vários serviços, qualificando o fluxo dos pacientes no Sistema e gerando uma porta de comunicação aberta ao público em geral, através da

qual os pedidos de socorro são recebidos, avaliados e hierarquizados. Ao médico regulador devem ser oferecidos os meios necessários, tanto de recursos humanos, como de equipamentos, para o bom exercício de sua função, incluída toda a gama de respostas pré hospitalares previstas nesta Portaria e portas de entrada de urgências com hierarquia resolutiva previamente definida e pactuada, com atribuição formal de responsabilidades” (BRASIL, 2001).

Fica claro por este trecho selecionado da portaria, que não será possível fazer a regulação das urgências se não forem estabelecidos os pactos de regionalização e hierarquização, se os recursos forem insuficientes ou, se não estiverem disponíveis.

A portaria define, ainda, atribuições, competências e diretrizes da regulação médica, sendo importante destacar:

“...a competência técnica do médico regulador se sintetiza em sua capacidade de “julgar”, discernindo o grau presumido de urgência e prioridade de cada caso, segundo as informações disponíveis, fazendo ainda o enlace entre os diversos níveis assistenciais do sistema, visando dar a melhor resposta possível para as necessidades dos pacientes: ...como a atividade do médico regulador envolve o exercício da telemedicina, impõe-se a **gravação contínua das comunicações**, o correto preenchimento das fichas médicas de regulação, das fichas de atendimento médico e de enfermagem, e o seguimento de protocolos institucionais consensuados e normatizados que definam os passos e as bases para a decisão do regulador; ... – tomar a decisão gestora sobre os meios disponíveis, devendo possuir delegação direta dos gestores municipais e estaduais para acionar tais meios, de acordo com seu julgamento: ...decidir os destinos hospitalares não aceitando a inexistência de leitos vagos como argumento para não direcionar os pacientes para a

melhor hierarquia disponível em termos de serviços de atenção de urgências, ou seja, garantir o atendimento nas urgências, mesmo nas situações em que inexistam leitos vagos para a internação de pacientes (**a chamada “vaga zero” para internação**). Deverá decidir o destino do paciente baseado na planilha de hierarquias pactuada e disponível para a região e nas informações periodicamente atualizadas sobre as condições de atendimento nos serviços de urgência, exercendo as prerrogativas de sua autoridade para alocar os pacientes dentro do sistema regional, comunicando sua decisão aos médicos assistentes das portas de urgência” (BRASIL, 2001).

Em suma, o regulador deve ter autoridade delegada pelo gestor, para lançar mão dos meios necessários para garantir o adequado atendimento do paciente. A gravação dos chamados dá respaldo a todos: solicitante, regulador e receptor, no sentido do registro correto e claro das informações, bem como da manutenção e observância de pactos e posturas éticas no trato dos pacientes acometidos por urgências que, pela gravidade do caso, perdem o direito a escolha e são submetidos a tratamentos cuja autorização a sociedade delegou ao médico. É por esta, entre outras razões, que este paciente deve ter garantido seu direito de acesso a um atendimento qualificado e adequado à sua necessidade.

O aumento da violência e a privatização das estradas fizeram surgir no país, no eixo das grandes cidades, inúmeros serviços privados de atendimento pré-hospitalar móvel. Sobre estes também legisla a Portaria 814, ao afirmar que a empresa privada de atendimento pré-hospitalar:

“...deve contar, obrigatoriamente, com centrais de regulação médica, médicos reguladores e de intervenção, equipe de enfermagem e assistência técnica farmacêutica ...o que pode ser exigido inclusive nos códigos municipais e estaduais de saúde, sendo estas centrais reguladoras privadas submetidas à regulação pública, sempre que suas ações ultrapassem os limites estritos das instituições particulares não conveniadas ao

Sistema Único de Saúde - SUS, inclusive nos casos de medicalização de assistência domiciliar não urgente” (BRASIL, 2001).

Para dirimir uma série de conflitos de poder observados na atenção pré-hospitalar, entre médicos reguladores e comandos de bombeiros, a Portaria deixa claro a este respeito que:

“... Corpos de Bombeiros Militares (incluídas as Corporações de Bombeiros Independentes e as vinculadas as Polícias Militares), Polícias Rodoviárias e outras organizações da área da Segurança Pública deverão seguir os critérios e os fluxos definidos pela regulação médica das urgências do SUS, conforme os termos desta portaria” (BRASIL, 2001).

A portaria estabelece, ainda, os requisitos gerais e competências de todos os profissionais envolvidos no pré-hospitalar, os tipos de viaturas, seus equipamentos e medicamentos.

A REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS EM CAMPINAS: ENTRAVES, DESAFIOS E POTENCIALIDADES

Com o intuito de sistematizar a discussão sobre os entraves, desafios e potencialidades da regulação médica das urgências em Campinas, ela será dividida em três grandes grupos, considerando aspectos da regulação das urgências no âmbito municipal e também no regional:

ENTRAVES ESTRUTURAIS E ASSISTENCIAIS

Do SAMU:

Apesar de estar funcionando há mais de cinco anos, o SAMU apresenta, ainda hoje, inúmeras falhas estruturais, que comprometem a boa assistência e regulação das urgências:

- Área física inadequada: a sala de regulação é muito pequena e sem isolamento acústico, o que dificulta o trabalho do médico regulador.
- Número de viaturas insuficiente:

Tabela 17 – Número de viaturas do pré-hospitalar móvel de Campinas, ano 2001.

NÚMERO DE VIATURAS DO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL DE CAMPINAS		
TIPO DE VIATURA	IDEAL	ATUAL
Ambulância de suporte básico	13	05
Ambulância de suporte avançado	03	03
Ambulância psiquiátrica	00	02
Ambulância transporte	05	00
Ambulância de transporte crônicos	07	05
Ambulância de resgate	06	03*
TOTAL	34	18

FONTE: DS – SMS – PMS – SETEMBRO/2001

* VIATURAS DO CORPO DE BOMBEIROS, COM ATUAÇÃO REGIONAL

A insuficiência de ambulâncias de suporte básico de vida gera um aumento importante no tempo resposta aos chamados que necessitam de suporte não medicalizado, implicando, inclusive, em um número importante de missões perdidas ou canceladas. As ambulâncias psiquiátricas são revestidas com grades e circulam somente com motorista, portanto, sem equipe de saúde, configurando uma distorção assistencial dentro de uma concepção antiga que exclui os pacientes psiquiátricos da demanda clínica geral, estigmatizando-os e confinando-os. As ambulâncias de resgate pertencem ao corpo de bombeiros e atuam na cobertura de um grande número de cidades da região, agravando ainda mais a insuficiência numérica apresentada. Junto ao SAMU, funciona o SAEC (Serviço de atendimento especial a crônicos), que é acionado por número telefônico gratuito e próprio (08007710192) e possui frota de veículos específica.

- Equipamentos de urgência em número insuficiente e em mau estado de conservação.
- Ausência de sistema de gravação: embora seja uma determinação da legislação, o sistema de gravação contínua das comunicações telefônicas ainda não foi adquirido e instalado.
- Ausência de sistema de informação: este é um grave problema, já que no SIA-SUS existem apenas os códigos de procedimento para o registro da atenção pré-hospitalar e não um sistema de informação oficial, que permita a coleta e posterior análise de outros dados fundamentais como procedência, morbidade e destino dos casos atendidos.
- Número insuficiente de profissionais: o número de auxiliares de regulação – telefonistas por turno diurno está inadequado, o que diminui a rapidez no acolhimento dos pedidos de socorro da população.
- Insuficiente capacitação dos médicos reguladores: os médicos que trabalham na central de regulação do SAMU são, na verdade, médicos de variadas especialidades que recebem, em serviço, o treinamento para sua atuação tanto técnica quanto gestora previstas no processo de regulação. Este treinamento é informal, heterogêneo e insuficiente para estabelecer um corpo técnico com a necessária qualificação e, embora sejam ministrados cursos de regulação periodicamente, é difícil atingir todos os profissionais, em função das jornadas de trabalho verticalizadas.

Em relação à retaguarda assistencial prestada ao SAMU pelas demais unidades do sistema, por se tratar de um serviço de atendimento pré-hospitalar móvel, naturalmente os pedidos de socorro que necessitam investigação ou tratamento imediato têm que ser removidos para uma das unidades de urgência do sistema. Com o recurso da “vaga zero” previsto pela Portaria 814, nenhum caso pode ficar, como no passado, esperando por atendimento na ambulância ou na porta do hospital, mas eventualmente ainda ocorrem embates entre o médico plantonista e o médico regulador. O que determina se o

acolhimento dos casos foi ou não dificultoso é o tempo que o médico regulador utiliza no contato com os vários serviços de retaguarda, o número de ligações que faz para cada caso e com quantos profissionais tem que falar em cada unidade, ou ainda, acionar profissionais que estão na retaguarda à distância. De qualquer forma, quando a solicitação vem de uma unidade de saúde de menor complexidade dentro do sistema e não do domicílio ou da via pública, as dificuldades de transferência são bastante grandes, pela alegação freqüente dos serviços receptores de “falta de vagas”.

Apesar da falta de sistema de informação nas centrais de regulação, conseguiu-se coletar, junto ao coordenador do serviço e à administração municipal, a título amostral, algumas tabulações de dados que dão importante retrato sobre a assistência às urgências.

Os dados amostrais apresentados a seguir foram tabulados a partir da produção do mês de abril de 2001, salientando que esta foi numericamente muito semelhante à média de produção do ano 2000.

Tabela 18 – Total de atendimentos do SAMU, por local de origem da solicitação, em abril de 2001.

Origem das Solicitações	Total	%
Domicílio	2.127	51,5%
Via Pública	591	14,5%
Outras	374	9,0%
Centros de Saúde	302	7,5%
PA - Ouro Verde	220	5,5%
PA – Anchieta	180	4,5%
PA - São José	151	3,5%
Hospitais Particulares	76	1,8%
PUCC (Celso Pierro)	65	1,5%
Mário Gatti (PSI/PSA)	21	0,5%
Albert Sabin/Irmãos Penteadado	19	0,5%
HC (UNICAMP)	7	0,2%
TOTAL GERAL	4.133	100%

FONTE: SAMU

Pela Tabela 18, pode-se perceber que embora 65,8% dos chamados são oriundos de domicílio e via pública e um total de 25,2% são procedentes de unidades de saúde em busca de orientação e encaminhamento de seus pacientes para outros níveis de assistência, para a realização de exames subsidiários, avaliação especializada ou internação, o que corresponde a 1033 solicitações no mês, numa média diária de 34 casos, sendo estes os que geram maior dificuldade de regulação.

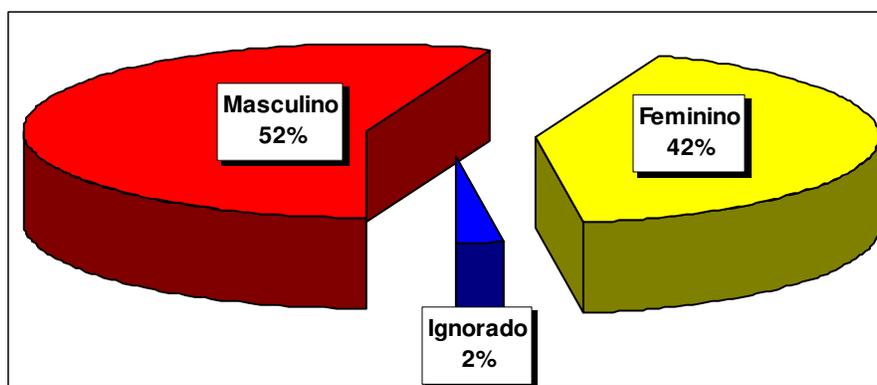
Tabela 19 – Destino dos encaminhamentos dos casos regulados pelo SAMU, em percentuais, no mês de abril de 2001.

Destino das Solicitações	Total	%
Cancelados (QTA)	1618	39,1%
PA - Ouro Verde	572	13,8%
PUCC (Celso Pierro)	368	8,9%
Mário Gatti (PSI/PSA)	334	8,1%
PA – Anchieta	295	7,1%
HC (UNICAMP)	291	7,0%
Outros Hospitais	183	4,4%
OUTROS – Destinos	122	3,0%
Domicílio	093	2,3%
Maternidade de Campinas	096	2,3%
PA - São José	057	1,4%
Óbitos	056	1,4%
Alb.Sabin/Irm.Penteado	048	1,2%
TOTAL GERAL	4.133	100,0%

FONTE: SAMU

A Tabela 19 ilustra o importante peso que tem o pronto socorro Ouro Verde na retaguarda para o SAMU. Apesar de ser uma unidade bem estruturada, o Ouro Verde não está preparado para atender casos mais graves e realizar atendimentos cirúrgicos, mas, muitas vezes, pela dificuldade de “entrar” nos pronto socorros hospitalares, o Ouro Verde acaba sendo utilizado para retaguarda, mesmo que inadequadamente. Observe-se que é a unidade que mais recebe casos regulados pelo SAMU.

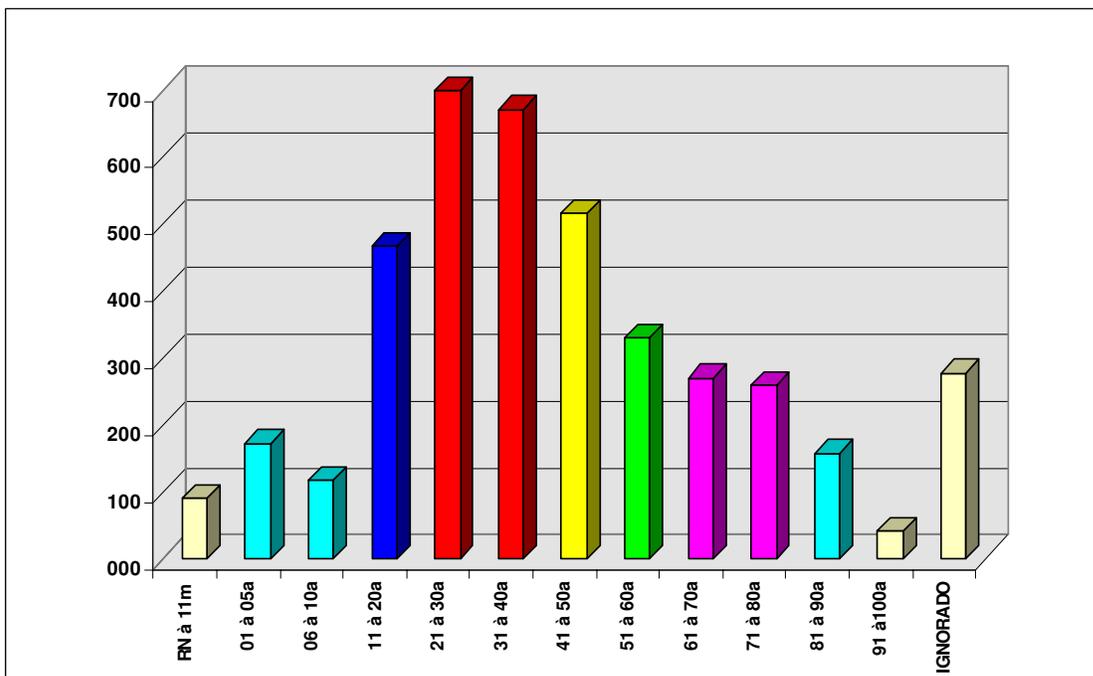
É importante notar, ainda, a grande quantidade de cancelamentos. Destes, a maior parte corresponde a casos em que o SAMU enviou a viatura e quando esta chegou ao local da solicitação, o paciente já havia sido removido ou recebido qualquer outra forma de ajuda, em virtude da grande demora na resposta causada pela falta de viaturas de suporte básico. Muitas vezes este socorro é prestado pelo Resgate do corpo de bombeiros e por falta da adequada integração entre os serviços, gera-se desperdício de um recurso já bastante escasso. Apesar das determinações da legislação vigente, ainda é difícil colocar sob regulação médica todos os atores envolvidos no atendimento pré hospitalar móvel.



FONTE: SAMU

Gráfico 2 – Percentual de solicitações de socorro ao SAMU, por sexo, em abril de 2001.

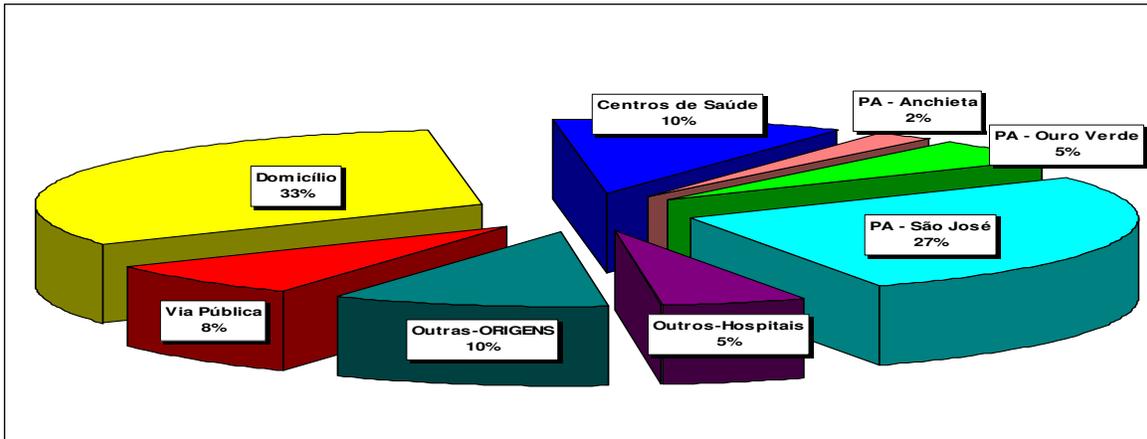
O gráfico 2 ilustra a preponderância das solicitações de socorro no sexo masculino, o que também tem sido observado na produção de outros meses.



FONTE: SAMU

Gráfico 3 – Distribuição de solicitações ao SAMU, por faixa etária, em abril de 2001.

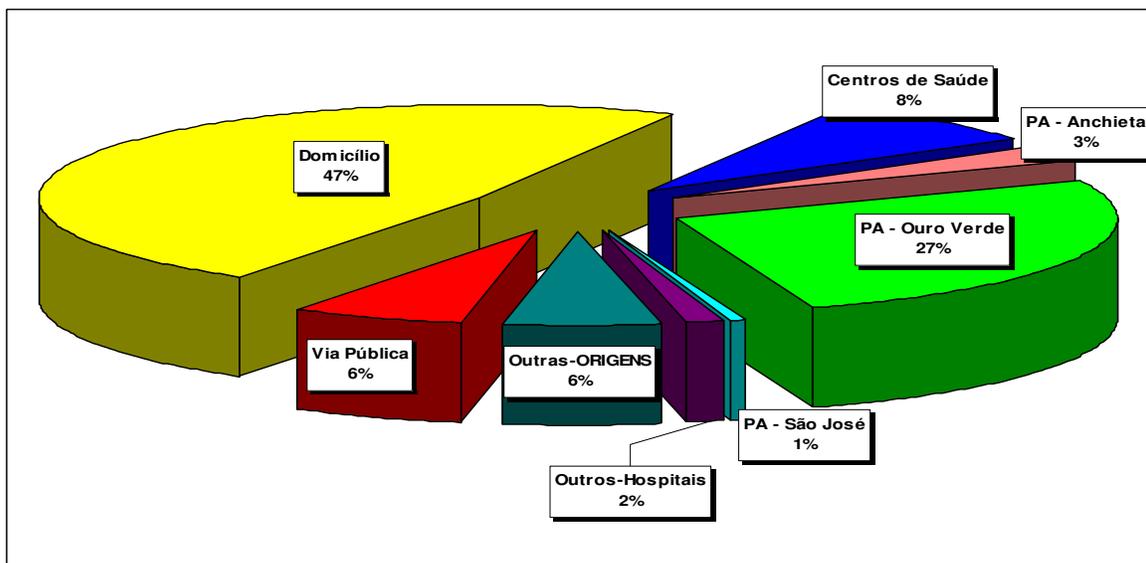
Observa-se a maior concentração de solicitações nas faixas etárias que vão dos 11 aos 50 anos, correspondendo a praticamente 60% dos pedidos de socorro.



FONTE: SAMU

Gráfico 4 – Origens dos casos encaminhados pelo SAMU ao Hospital Dr. Mário Gatti, em abril de 2001.

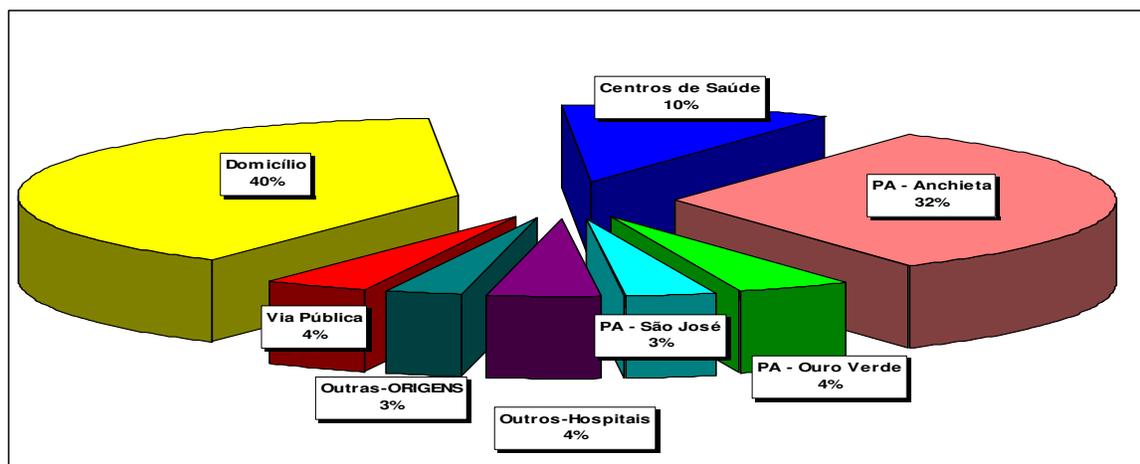
Observa-se um número importante de casos encaminhados do PA São José ao Hospital Mário Gatti, retaguarda pactuada para a unidade.



FONTE: SAMU

Gráfico 5 - Origens dos casos encaminhados pelo SAMU ao Hospital Celso Pierro – PUCC, em abril de 2001.

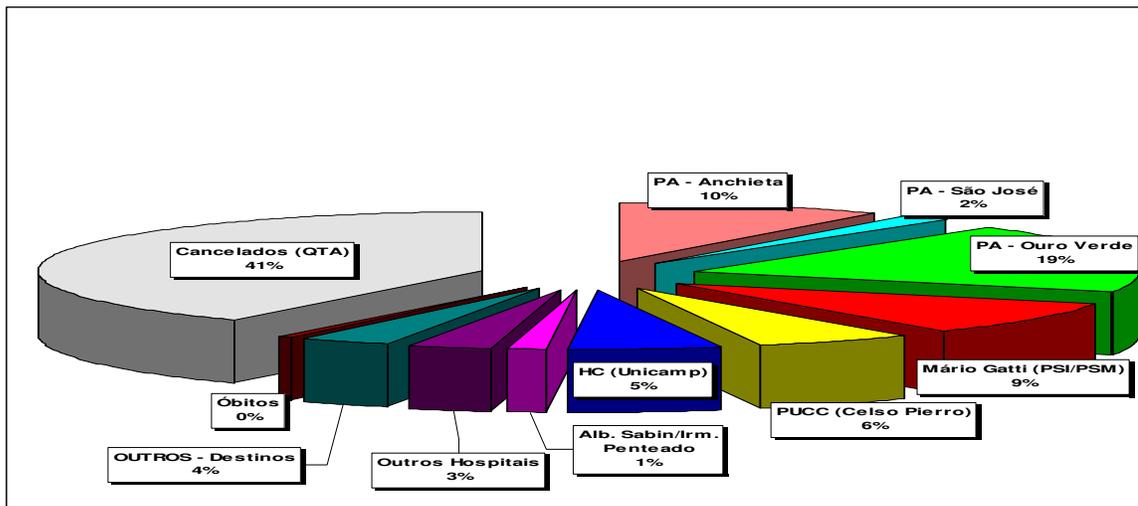
Observar que o número de casos recebidos de unidades de saúde no pronto socorro da PUCC é menor que o do Mário Gatti, sendo mais significativo o percentual de casos recebidos a partir do domicílio.



FONTE: SAMU

Gráfico 6 - Origens dos casos encaminhados pelo SAMU ao HC-UNICAMP, em abril de 2001.

É interessante observar quantas questões estes três quadros podem suscitar. Sabendo que o HC-UNICAMP não é um dos pronto socorros com maior número de atendimentos mensais, apresentando produção menor, inclusive, que alguns dos PA, é intrigante o fato de que ele seja o que dá maior retaguarda para as unidades descentralizadas de urgência (em percentuais e em números absolutos), mesmo aquelas para as quais não é referência formal, mas que, certamente tem seus encaminhamentos justificados pelo julgamento da gravidade e necessidade de cada caso, combinados à avaliação do melhor recurso disponível, segundo decisão do médico regulador.



FONTE: SAMU

Gráfico 7 – Locais de encaminhamentos dos casos de Clínica Geral regulados pelo SAMU, em abril de 2001.

Mais uma vez, a imagem sugere a importância do PA Ouro Verde, bem como do Anchieta na retaguarda ao SAMU (lembrar que neste período o PA São José estava funcionando com área bastante reduzida, devido à reforma da unidade).

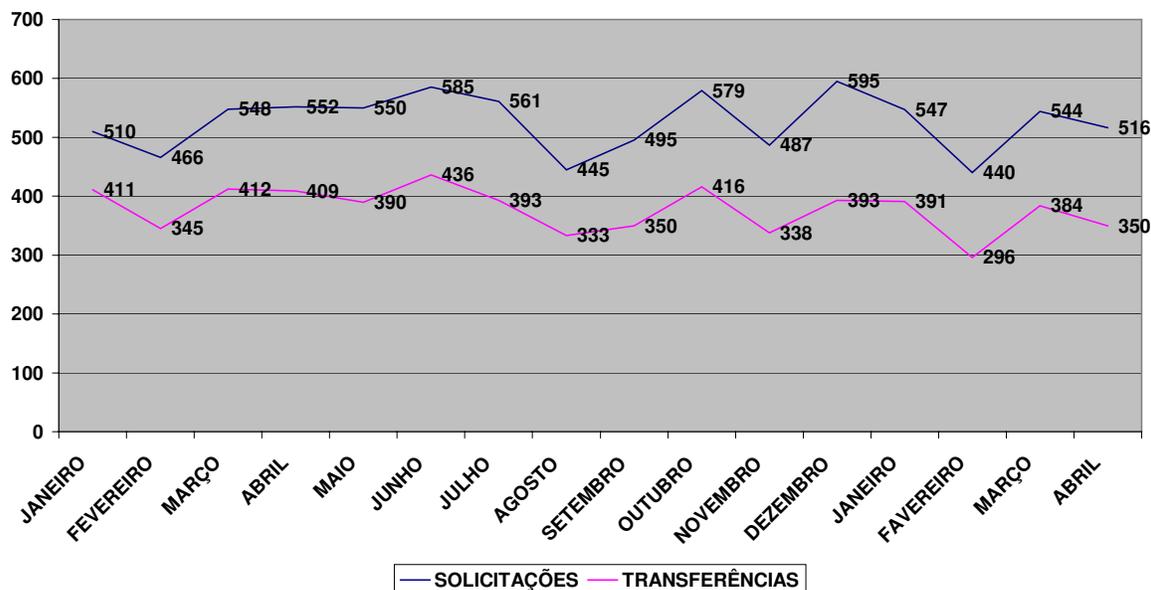
Embora estes sejam apenas alguns dados que foram escolhidos entre uma série de outros disponíveis no sistema de informações em implantação e teste no SAMU, no período de apenas um mês, já sugerem a necessidade de uma série de estudos sobre as portas de urgência e suas demandas.

Da Central Reguladora Regional:

- Área física inadequada, não existindo a infra-estrutura necessária de conforto, limpeza, alimentação e segurança para o trabalho nas 24 horas e nos finais de semana.
- As ambulâncias de suporte avançado que foram compradas, equipadas e disponibilizadas pela SES para garantir o transporte inter-hospitalar regional, e em meados do ano 2000 foram repassadas ao HC-UNICAMP, Hospital Universitário São Francisco de Bragança Paulista e Hospital São Vicente de Paulo de Jundiaí, não tiveram uma proposta de custeio definida e, portanto, estão inoperantes, exceção feita à ambulância da micro região de Jundiaí, onde foi definida, pactuada e implementada uma forma de custeio compartilhado.
- Assim como acontece com o SAMU, a central reguladora regional não possui sistema de gravação dos telefonemas e sistema de informação que permita conhecer detalhadamente os fluxos e destinos das solicitações. A regulação regional também não consta do SIA-SUS.
- A central reguladora regional não existe formalmente no organograma da DIR/SES. Assim, os médicos reguladores são profissionais que fazem plantões extras ou que cumprem suas jornadas de trabalho sob a forma de plantões. Da mesma forma que no SAMU, recebem treinamento em serviço e cursos de regulação são oferecidos de tempos em tempos, mas sem a garantia de participação maciça. Não existem auxiliares de regulação – telefonistas nos plantões noturnos e apenas parte dos plantões diurnos contam com este profissional.

Da mesma forma como foi feito em relação ao SAMU, foram colhidos dados amostrais, relativos ao mês de março de 2001, ilustrativos das dificuldades experimentadas no cotidiano da regulação regional:

**CENTRAL REGULADORA REGIONAL
JAN/00 A ABR/01**

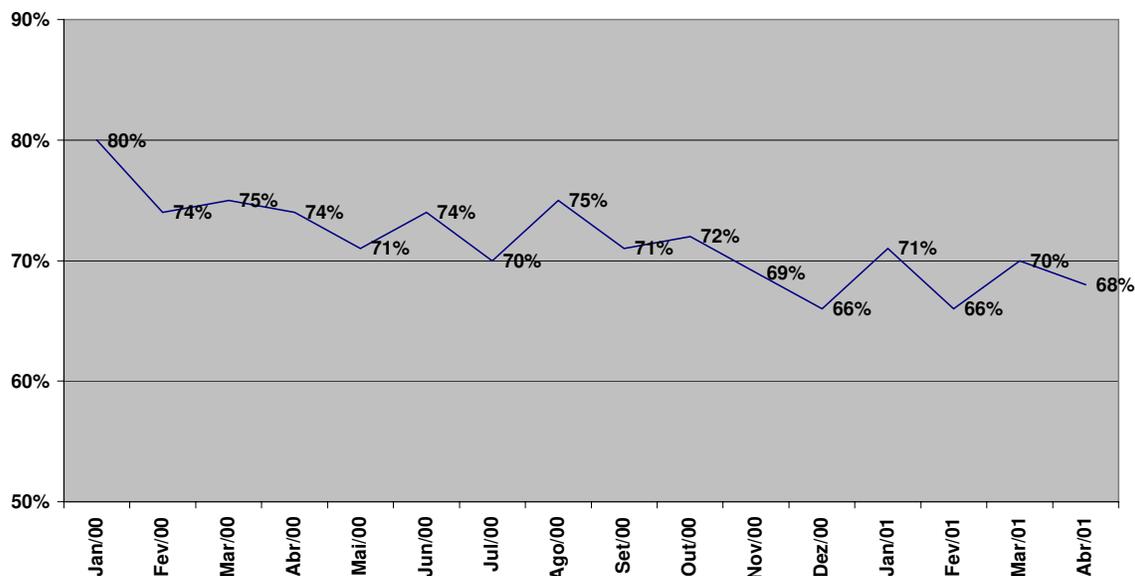


FONTE: CENTRAL REGULADORA REGIONAL

Gráfico 8 – Número de solicitações e número de transferências realizadas pela Central Reguladora Regional de Urgência, de janeiro de 2000 a abril de 2001.

O gráfico 8 mostra a demanda mensal de pedidos de regulação no período analisado e, em números absolutos, os casos onde a regulação foi executada com sucesso, seja com transferência de pacientes ou orientação para que o caso pudesse ser resolvido na própria unidade solicitante. Com uma média diária de 17 solicitações no período, fica claro que o número de usuários do serviço ainda é bastante restrito e que seria necessária uma reestruturação do fluxo de encaminhamentos, a fim de que todos eles fossem feitos através da central de regulação regional.

**CENTRAL REGULADORA REGIONAL - PERCENTUAIS DE
TRANSFERÊNCIAS JAN/00 A ABR/01**

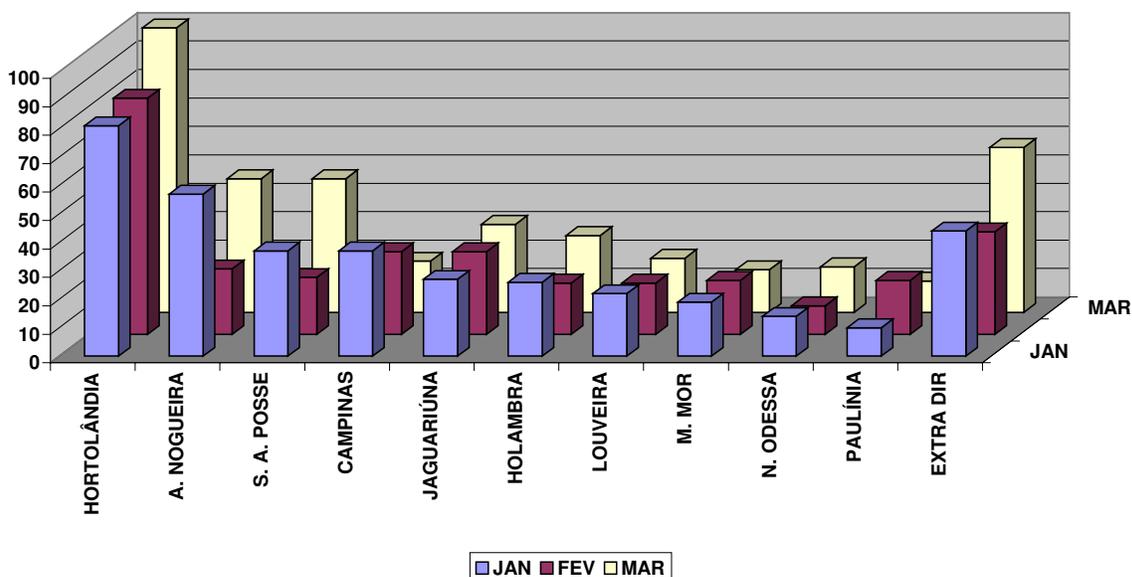


FONTE: CENTRAL REGULADORA REGIONAL – DIR XII - CAMPINAS

Gráfico 9 – Percentual de sucesso de regulação da Central Reguladora Regional de Urgências, de janeiro de 2000 a abril de 2001.

No gráfico 9 estão os casos onde a regulação foi executada com sucesso, seja com transferência de pacientes ou orientação para que o caso pudesse ser resolvido na própria unidade solicitante, em percentuais. Ao se observar a série histórica tem-se uma média mensal de 71,5% de sucesso nas regulações, com uma tendência à diminuição do percentual no decorrer do período apresentado. Muitas das solicitações são canceladas em virtude da demora da central em conseguir o recurso necessário, recebendo o paciente algum outro tipo de encaminhamento ou, em alguns casos, evoluindo para óbito.

**CENTRAL REGULADORA REGIONAL - PRINCIPAIS SOLICITANTES
JAN-MAR/01**

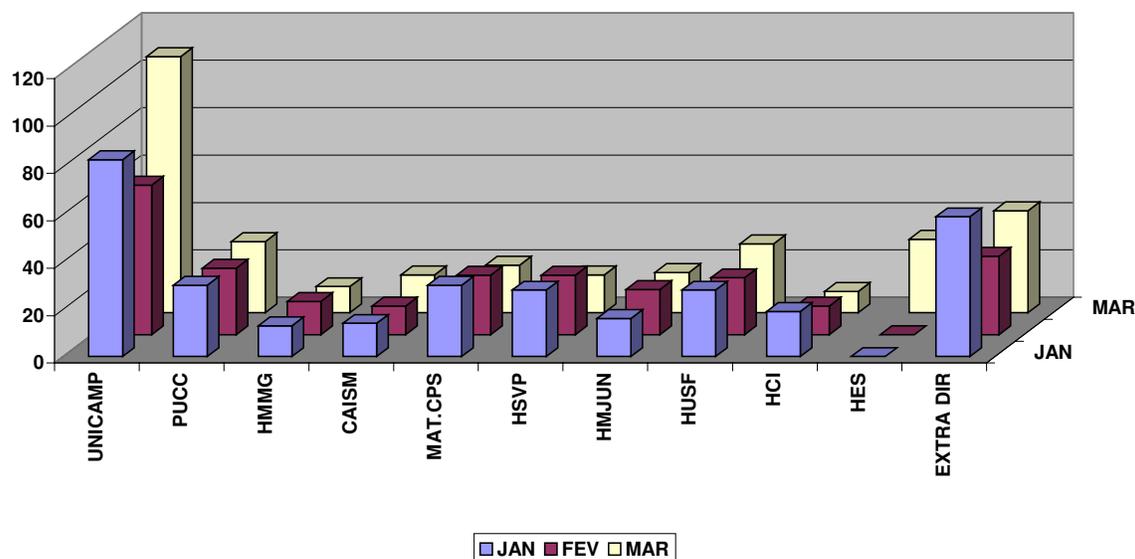


FONTE: CENTRAL REGULADORA REGIONAL – DIR XII - CAMPINAS

Gráfico 10 – Principais solicitantes de transferências à Central Reguladora Regional de Urgências, de janeiro a março de 2001.

O gráfico 10 ilustra os principais solicitantes de transferências à central reguladora regional de urgências, o que na verdade expressa um maior grau de dependência assistencial, aparecendo nas primeiras colocações municípios que têm pouca infra-estrutura assistencial, como Hortolândia, Artur Nogueira, Santo Antônio da Posse e outros. O município de Campinas aparece como um dos principais solicitantes porque, freqüentemente, os Hospitais que prestam assistência às urgências no município, por absoluta falta de vagas e recursos técnicos, solicitam transferências à central regional, notadamente em casos de menor complexidade que podem ser transferidos para hospitais secundários da região. Também é bastante freqüente a transferência de gestantes em trabalho de parto normal do CAISM para a Maternidade de Campinas, em virtude desta última apresentar um número maior de leitos.

**CENTRAL REGULADORA REGIONAL - PRINCIPAIS RECEPTORES
JAN-MAR/01**

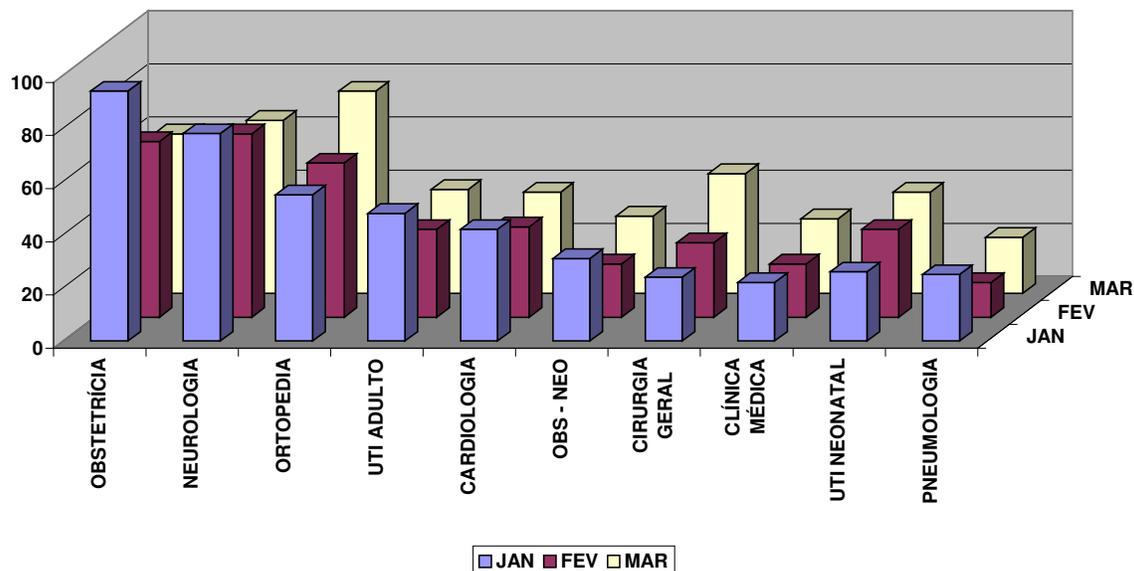


FONTE: CENTRAL REGULADORA REGIONAL – DIR XII - CAMPINAS

Gráfico 11 – Principais receptores dos casos regulados pela Central Reguladora Regional de Urgências, de janeiro a março de 2001.

O gráfico 11 ilustra quem são os serviços considerados principais receptores dos encaminhamentos regionais, aparecendo o HC UNICAMP como unidade de perfil mais fortemente regional, o que já foi demonstrado anteriormente na análise de suas internações e configurando-se como retaguarda principal para a micro região de Campinas. Além dele, o hospital da PUCC e o Hospital Dr. Mário Gatti, também dão importante retaguarda à central de regulação regional. No mês de março começa a surgir a retaguarda do Hospital Estadual de Sumaré (HES), neste momento em processo de ativação paulatina de suas diversas alas de internação.

**CENTRAL REGULADORA REGIONAL - PRINCIPAIS ESPECIALIDADES
JAN-MAR/01**

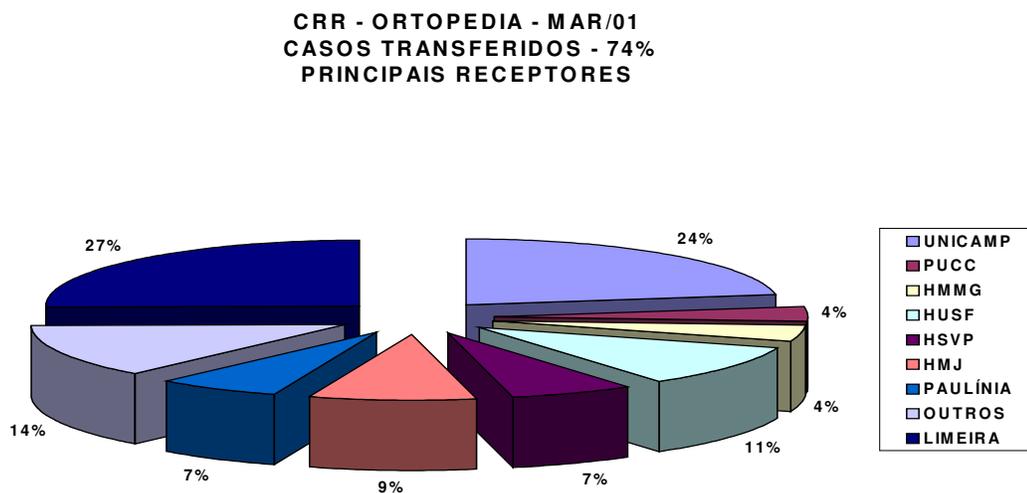


FONTE: CENTRAL REGULADORA REGIONAL – DIR XII - CAMPINAS

Gráfico 12 – Especialidades mais freqüentemente demandadas na Central Reguladora Regional de Urgências, de janeiro a março de 2001.

O gráfico 12 ilustra as especialidades que, com maior freqüência, apresentam demanda por transferências regionais. A obstetrícia, primeira causa de internações do sistema hospitalar do município de Campinas, seguida da neurologia, ortopedia e UTI adulto, as três últimas, áreas de oferta insuficiente em relação à demanda regulada pela central reguladora regional.

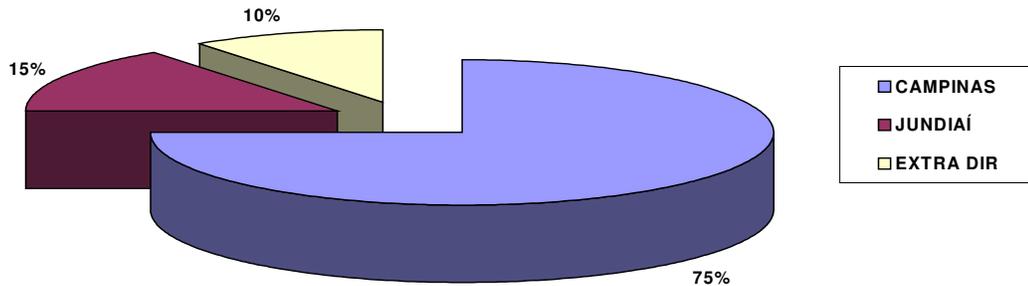
A partir do gráfico 13, mostra-se as especialidades onde existe o maior estrangulamento assistencial regional, ou seja, aquelas especialidades cujo sucesso de regulação está abaixo da média de transferências da central, que fica em torno de 70% no período observado.



FONTE: CENTRAL REGULADORA REGIONAL – DIR XII – CAMPINAS

Gráfico 13 – Percentual de casos de Ortopedia transferidos pela Central Reguladora Regional e seus respectivos receptores, em março de 2001.

**CRR - ORTOPEDIA - MAR/01
CASOS NÃO ATENDIDOS - 26%
SOLICITANTES, POR MICRO REGIÃO**

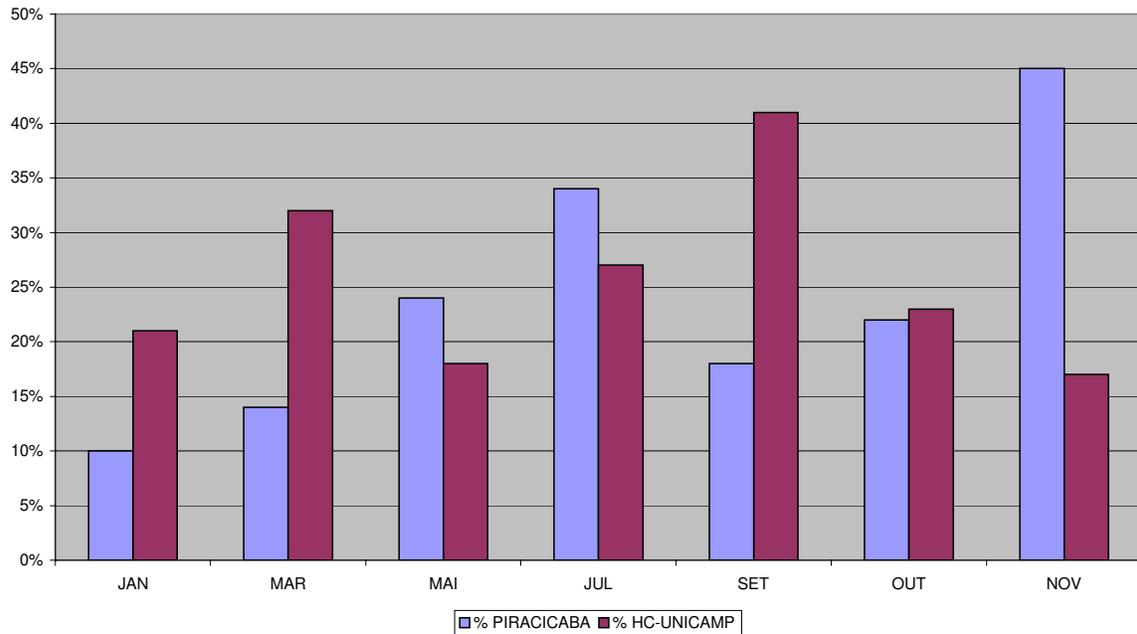


FONTE: CENTRAL REGULADORA REGIONAL – DIR XII – CAMPINAS

Gráfico 14 – Percentual de casos de Ortopedia não transferidos pela Central Reguladora Regional e seus respectivos solicitantes, por micro região, em março de 2001.

A ortopedia representa um grande estrangulamento regional. Os índices de sucesso não se mostram tão insatisfatórios porque, na verdade, a DIR Campinas exporta um grande número de pacientes para a DIR Piracicaba, especialmente para a Santa Casa de Limeira. No mês de março, utilizado como amostra, houve 24% de encaminhamentos para o HC-UNICAMP e 27% para a Santa Casa de Limeira.

CRR - ORTOPEDIA - PRINCIPAIS RECEPTORES - 2000

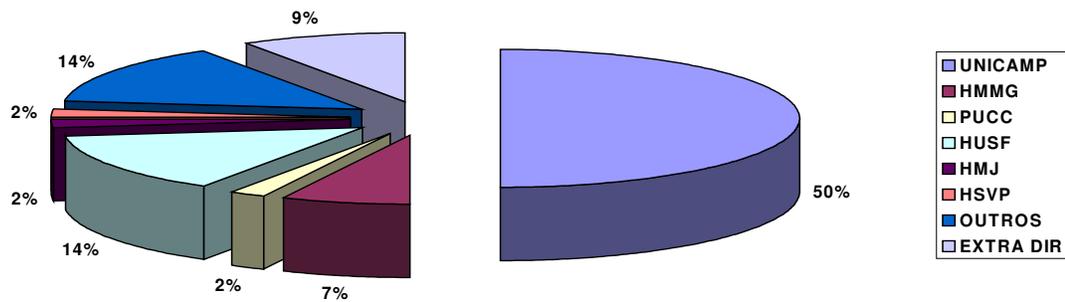


FONTE: CENTRAL REGULADORA REGIONAL – DIR XII - CAMPINAS

Gráfico 15 – Principais receptores dos casos de ortopedia regulados pela Central Reguladora Regional de Urgências, no ano de 2000.

No gráfico 15 se pode ver que durante todo o ano de 2000 este fenômeno se repetiu algumas vezes, não constituindo, na verdade, situação excepcional. Observar alguns períodos em que foram encaminhados mais casos de ortopedia para a DIR de Piracicaba (Santa Casa de Limeira) do que para a própria UNICAMP, o maior receptor regional.

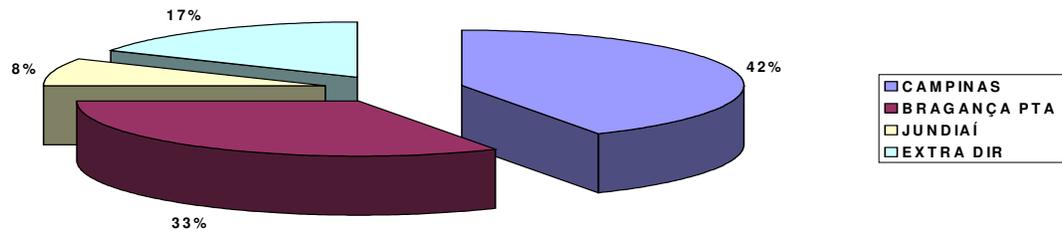
**CRR - NEUROLOGIA - MAR/01
CASOS TRANSFERIDOS - 65%
PRINCIPAIS RECEPTORES**



FONTE: CENTRAL REGULADORA REGIONAL – DIR XII – CAMPINAS

Gráfico 16 – Percentual de casos de Neurologia transferidos pela Central Reguladora Regional e seus respectivos receptores, em março de 2001.

**CRR - NEUROLOGIA - MAR/01
CASOS NÃO ATENDIDOS - 35%
SOLICITANTES, POR MICRO REGIÃO**

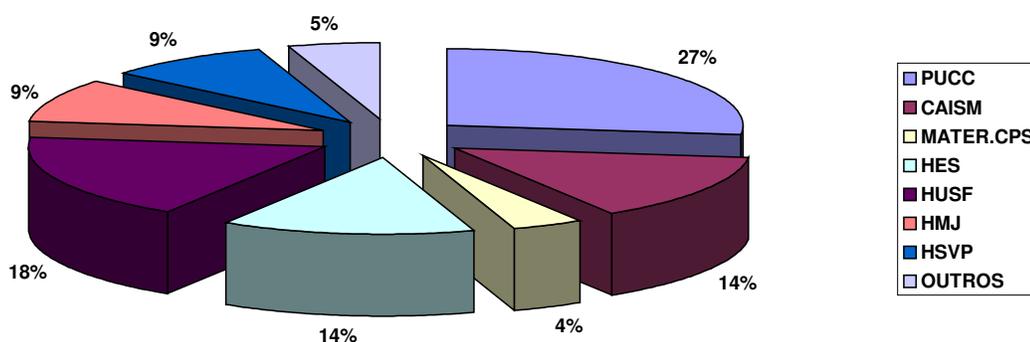


FONTE: CENTRAL REGULADORA REGIONAL – DIR XII - CAMPINAS

Gráfico 17 - Percentual de casos de Neurologia não transferidos pela Central Reguladora Regional e seus respectivos solicitantes, por micro região, em março de 2001.

A UNICAMP figura como receptora de 50% dos casos de neurocirurgia e neuroclínica da região e, também, é a micro região de Campinas quem mostra o maior percentual dentre os casos não encaminhados (42%).

**CRR - UTI NEONATAL - MAR/01 - 7%
CASOS TRANSFERIDOS - 58%
PRINCIPAIS RECEPTORES**

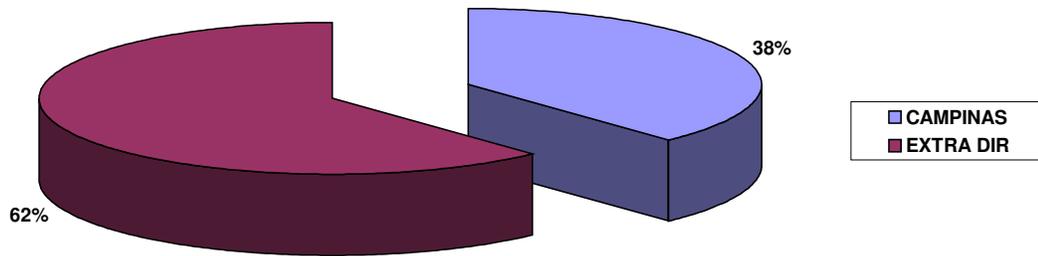


FONTE: CENTRAL REGULADORA REGIONAL – DIR XII - CAMPINAS

Gráfico 18 - Percentual de casos de UTI Neonatal transferidos pela Central Reguladora Regional e seus respectivos receptores, em março de 2001.

Na área de terapia intensiva neonatal, o Hospital Regional de Sumaré, com sua unidade de terapia intensiva neonatal funcionando apenas parcialmente, no período analisado, já desponta como uma importante opção para retaguarda regional.

**CRR - UTI NEONATAL - MAR/01
CASOS NÃO ATENDIDOS - 42%
SOLICITANTES, POR MICRO REGIÃO**

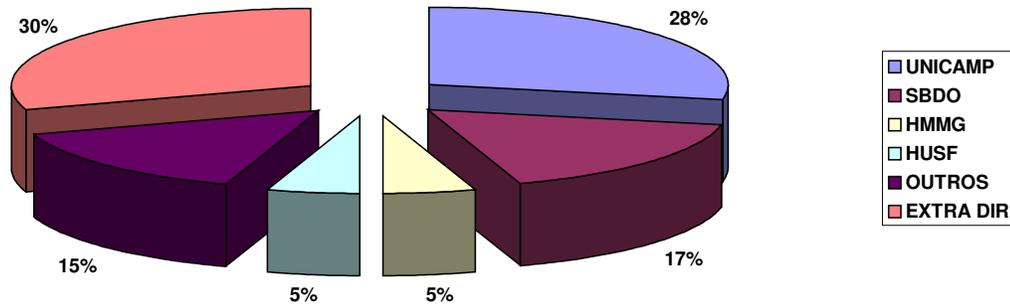


FONTE: CENTRAL REGULADORA REGIONAL – DIR XII – CAMPINAS

Gráfico 19 - Percentual de casos de UTI Neonatal não transferidos pela Central Reguladora Regional e seus respectivos solicitantes, por micro região, em março de 2001.

A demanda reprimida de leitos de UTI Neonatal para a região de Campinas foi alvo de um trabalho conjunto município – região e houve um importante equacionamento, pois a área, no início dos trabalhos da Central Reguladora Regional era a que apresentava maior número de casos não transferidos. Infelizmente, esse tipo de oferta também está insuficiente nas regionais vizinhas, gerando grande demanda de casos de fora da DIR que não são atendidos.

**CRR - UTI ADULTO - MAR/01
CASOS TRANSFERIDOS - 51%
PRINCIPAIS RECEPTORES**

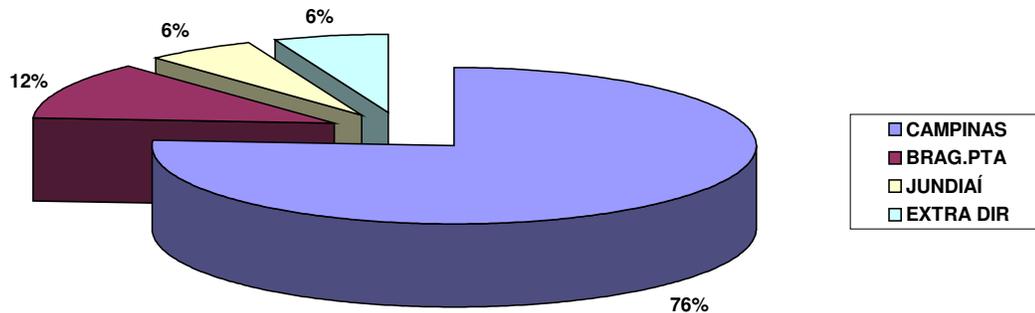


FONTE: CENTRAL REGULADORA REGIONAL – DIR XII - CAMPINAS

Gráfico 20 - Percentual de casos de UTI Adulto transferidos pela Central Reguladora Regional e seus respectivos receptores, em março de 2001.

Na área de terapia intensiva, a questão também se apresenta de forma bastante dramática, bastando notar que o percentual de casos encaminhados para fora da regional é maior que o referenciado para qualquer outro receptor de dentro da própria DIR. A falta de retaguarda em terapia intensiva é responsável por estrangulamento, fundamentalmente, nas áreas de Cardiologia e Neurocirurgia.

**CRR - UTI ADULTO - MAR/01
CASOS NÃO ATENDIDOS - 49%
SOLICITANTES, POR MICRO REGIÃO**

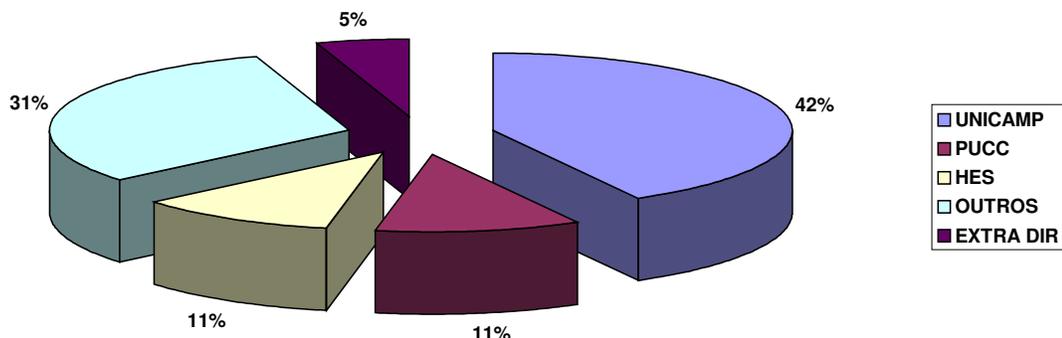


FONTE: CENTRAL REGULADORA REGIONAL – DIR XII - CAMPINAS

Gráfico 21 - Percentual de casos de UTI Adulto não transferidos pela Central Reguladora Regional e seus respectivos solicitantes, por micro região, em março de 2001.

Novamente, o maior estrangulamento fica com a micro-região de Campinas. Vale salientar que, praticamente 50% da demanda da Central Reguladora Regional de Urgências por leitos de terapia intensiva, não está sendo atendida. No geral, trata-se de pacientes com patologias mais graves, o que demonstra a gravidade da situação.

**CRR - CLÍNICA MÉDICA - MAR/01
CASOS TRANSFERIDOS - 68%
PRINCIPAIS RECEPTORES**

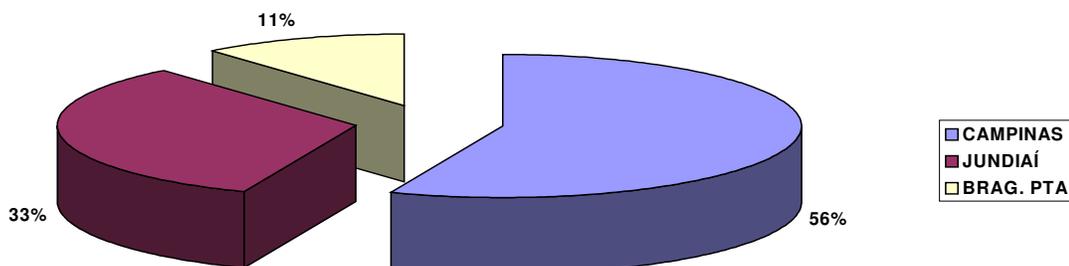


FONTE: CENTRAL REGULADORA REGIONAL – DIR XII - CAMPINAS

Gráfico 22 - Percentual de casos de Clínica Médica transferidos pela Central Reguladora Regional e seus respectivos receptores, em março de 2001.

A área de clínica médica, por incluir um grande número de casos de complexidade primária ou secundária, faz surgir entre os receptores um conjunto de hospitais de pequeno e médio porte, agrupados em “outros” e acaba gerando, também, um percentual importante de insucessos, pela predominância dos agravos em clínica médica na morbidade geral, pelo habitual desinteresse dos prestadores de serviços pelas áreas não cirúrgicas, pelo envelhecimento da população e, certamente, pela insuficiência ou má utilização dos leitos existentes.

**CRR - CLÍNICA MÉDICA - MAR/01
CASOS NÃO ATENDIDOS - 32%
SOLICITANTES, POR MICRO REGIÃO**



FONTE: CENTRAL REGULADORA REGIONAL – DIR XII - CAMPINAS

Gráfico 23 – Percentual de casos de Clínica Médica não transferidos pela Central Reguladora Regional e seus respectivos solicitantes, por micro região, em março de 2001.

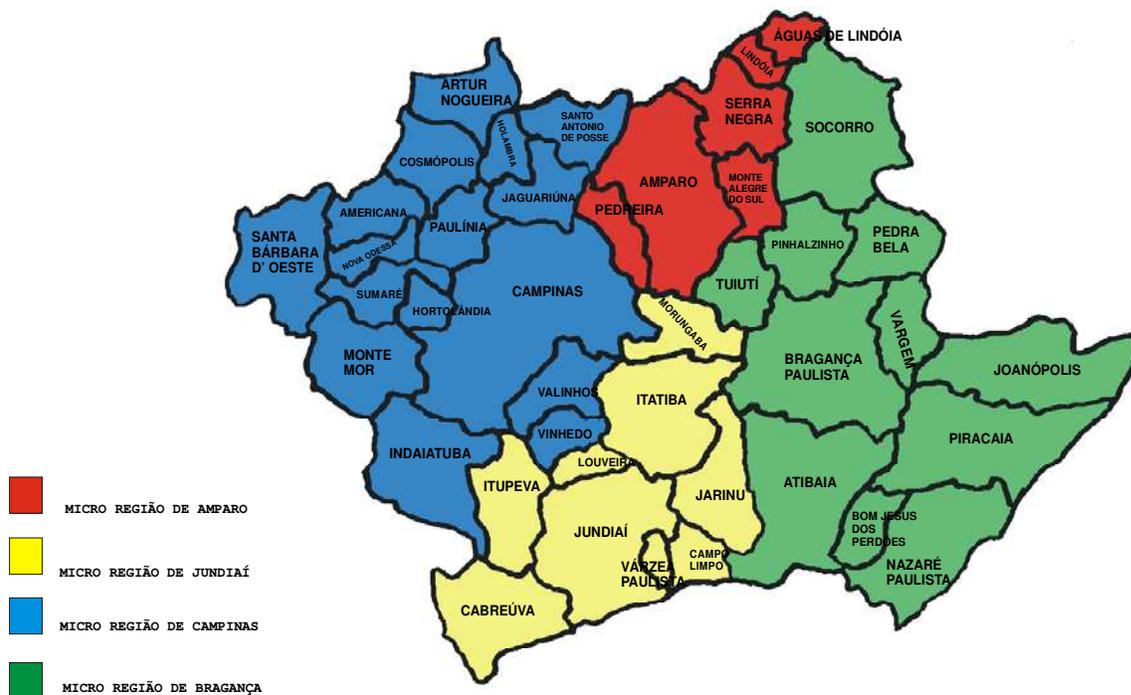
Desta forma, pretende-se pontuar como a oferta insuficiente de serviços se constitui num importante “nó” da regulação, que necessita ser desfeito. Também pode-se detectar onde as ofertas do sistema não são compatíveis com as necessidades da população, além de detectar precocemente agravos inusitados à saúde ou alterações significativas em sua incidência.

Um outro aspecto fundamental, gerador de conflitos cotidianos, é a desprofissionalização encontrada nas portas de urgência. Pesquisa realizada pela SMS através de questionário aplicado aos profissionais ingressantes nos serviços de urgência municipais, no ano de 2000, entre eles 73 emergencistas adulto e 23 emergencistas pediátrico, mostrou que 64% dos profissionais estava formado há menos de cinco anos. Além disso, 28% deles ainda não havia concluído a residência médica (CAMPINAS,

2000). Durante a regulação dos pedidos de transferência, é freqüente nos deparamos com profissionais que têm dificuldade em conduzir a discussão do caso e, mais comum ainda é o relato dos hospitais receptores de que o quadro clínico do paciente não foi adequadamente avaliado e informado pelo solicitante.

Nas pequenas cidades do entorno de Campinas, médicos plantonistas trabalham sozinhos e têm que atender toda a demanda que ocorre à unidade. Ainda nos dias de hoje, as portas de urgência são utilizadas como forma transitória e temporária de trabalho, mas sem o devido engajamento e qualificação profissional.

Em todos os gráficos de casos negados, os municípios foram agrupados para análise, de acordo com as micro-regiões administrativas correspondentes aos antigos ERSA, conforme ilustra o mapa a seguir.



FONTE: DIR XII – CAMPINAS

JFRF/2001

Mapa 5 - Micro regiões administrativas da DIR-XII – Campinas, 2001.

DESAFIOS

- Reconhecer a atenção às urgências como prioridade no SUS - lamentavelmente, as urgências não foram estabelecidas como área prioritária de intervenção dentro do SUS. Iniciativas isoladas e burocráticas dos níveis federais, estaduais e municipais de governo têm tido pouco ou nenhum impacto na realidade assistencial.
- Garantir financiamento adequado para a assistência às urgências, bem como a utilização racional dos recursos disponíveis.
- Estruturar sistemas regionais de atenção às urgências - hoje, o termo invasão é politicamente incorreto e as fronteiras devem ser consideradas como artefatos administrativos que não podem se constituir em obstáculo ao acesso dos cidadãos aos serviços de saúde. A NOAS tem estimulado o debate em torno ao planejamento regional, mas é necessário um amplo processo de reconhecimento, por parte dos gestores municipais, de que a assistência integral às urgências só poderá se concretizar através de um amplo processo de planejamento e pactuação, no âmbito regional.
- Estruturar uma rede hierarquizada de atenção - ainda se vislumbra a atenção às urgências como atributo do pronto socorro. Não está difundido e incorporado o conceito de urgência enquanto agravo agudo que necessita cuidados imediatos e proporcionais à sua gravidade, que devem ser prestados por toda a rede assistencial do SUS, organizada dentro de uma hierarquia assistencial resolutiva, com papéis e fluxos bem definidos, que atue de forma responsável, acolhedora e qualificada.
- Implantar sistema de informação destinado ao registro e acompanhamento das ações assistenciais da urgência, tanto a nível pré-hospitalar quanto hospitalar.

- Mudar a lógica ainda hegemônica de estruturação do sistema a partir da oferta dos produtores de serviços e de disponibilidades financeiras e tetos de produção, para uma forma de planejar voltada à satisfação das necessidades sociais em saúde.
- Aplicar a Portaria 814 – configurar a assistência pré-hospitalar móvel nos moldes determinados pela portaria, articulando e estruturando a assistência a nível regional, sem esquecer da assistência nas estradas e da supervisão da assistência prestada pelo setor privado nesta área.
- Revestir o médico de autoridade sanitária para advogar pela necessidade do paciente, através de legislação específica para este fim.
- Constituir colegiados gestores para os sistemas de urgência municipal e regional.
- Estimular o controle social da atenção integral às urgências, inclusive através da participação do usuário nestes colegiados.
- Investir na qualificação profissional do médico regulador.
- Investir na qualificação de leigos e de profissionais da saúde para o adequado enfrentamento às urgências.
- Investir na qualificação dos profissionais das unidades de urgência, que necessitam de uma capacitação mais complexa e específica em urgências que os demais profissionais da rede.
- Estimular a integração do aparelho formador em saúde, através de escolas técnicas e faculdades, à administração municipal e regional, a fim de estruturar centros ou pólos que possam implementar toda a gama de qualificações mencionadas acima e essenciais à adequação da assistência às urgências.
- Adequar a legislação/administração dos recursos humanos, estruturando um plano de cargos e carreiras, sem esquecer as especificidades da área de urgência.

- Orientar a atenção às urgências por uma estratégia promocional da qualidade de vida e saúde, através de uma ação política intersetorial, superando os limites do tradicional planejamento setorial e desarticulado.

POTENCIALIDADES

Ser Observatório do Sistema e da Saúde:

“Os serviços de urgência constituem um “lócus” privilegiado de observação do estado de saúde da população, do comportamento destas populações na busca de resolução para seus problemas e da organização da atenção no que diz respeito, principalmente, à resolubilidade da rede de serviços.

As urgências constituem assim a representação de uma realidade social, tanto em relação às necessidades da população, quanto ao grau de resposta organizada da sociedade e dos governos, para atender a estas necessidades.

Por outro lado, as urgências, por lidarem com situações que provocam sofrimento, angústia, crise e conflitos, oferecem a oportunidade de uma maior visibilidade das situações, o que leva os definidores das políticas públicas a uma maior sensibilização, permitindo a ampliação do espectro de atores a utilizarem as informações coletadas ao nível das urgências, para um redirecionamento dos processos de planejamento e do modelo assistencial, viabilizando a adoção de políticas estratégicas que permitam aos indivíduos e coletividades ter as condições para acederem à saúde não como objetivo, mas como “a fonte da riqueza da vida cotidiana” (carta de Ottawa, 1986)”.³

³Anexo I – Textos da RBCE - Sinopse do Projeto de desenvolvimento dos Sistemas e Serviços de Urgência como Observatórios de Saúde e como elementos estruturantes da Promoção à Saúde.

Advogar pelos direitos do paciente:

O médico regulador deve atuar na defesa do paciente, advogando pela melhor resposta às necessidades de cada um, sem perder a noção de balanço de necessidades relativas – prioridades do conjunto de demandas existentes (combinando universalidade e equidade – acolhimento universal e respostas conforme hierarquia de necessidades). Além desta atuação, a cada momento, soma-se a defesa do paciente a ser operada ao longo do tempo, pelo potencial de intervenção da regulação médica, enquanto observatório do sistema, no planejamento e implementação dos sistemas loco regionais.⁴

Promover o acolhimento e a satisfação das necessidades sociais em saúde:

O diagnóstico destas necessidades deve ser feito a partir da observação das áreas geográficas e da relação população/território, da avaliação de necessidades dos diferentes grupos humanos, da utilização de dados de morbidade e mortalidade disponíveis, da observação das doenças emergentes, bem como da valorização de todas as informações que possam ser obtidas no sentido de pormenorizar tais necessidades. Deve-se também compor um quadro detalhado dos recursos existentes, levando-se em consideração sua quantidade, localização, complexidade, capacidade operacional e técnica. Do confronto das necessidades diagnosticadas com as ofertas existentes, poderemos visualizar as carências e projetar suas correções. A adoção do conceito de imperativo da necessidade humana é o que determina o acolhimento como tônica da organização das portas de entrada do sistema, mormente nos serviços de urgência, onde o acolhimento é seguido de atendimento e organização do fluxo subsequente dos pacientes, com garantia da continuidade de atendimento (integralidade como atributo do sistema).

⁴Anexo I – Textos da RBCE – A Regulação como tema emergente da Reforma Sanitária.

Estimular a Hierarquização da Atenção às Urgências:

Em contraponto ao cenário atual de portas de urgência permanentemente cheias, no processo de pactuação da regulação e estruturação da assistência integral às urgências, deve-se atribuir a cada serviço uma determinada cobertura (território/população), e para cada nível assistencial um conjunto de capacidades materiais e humanas que possibilitem o acolhimento de um determinado padrão de patologias a serem tratadas e o encaminhamento de outras para o nível correspondente, efetivando-se uma hierarquização resolutive de toda a rede assistencial.

Estimular a estruturação de Complexos Reguladores da Assistência:

Para ordenar o fluxo entre os vários níveis de atenção da rede hierarquizada mencionada acima, a central de regulação médica das urgências necessita relacionar-se, de forma organizada, com outros níveis assistenciais do sistema, como unidades de diagnose e terapêutica de alta complexidade, unidades de internação, rede básica de saúde, rede ambulatorial especializada, serviço social e outros. Assim, é necessário que se estruturarem centrais de regulação médica de internações, de recursos diagnósticos e terapêuticos e de consultas especializadas, integradas por sistema de comunicação e informação compatíveis, que permitam a implementação de um fluxo ágil e coerente do paciente dentro do sistema, facilitando sua entrada, norteando seu trajeto e garantindo amparo à sua saída. Pode-se considerar cada uma destas centrais como uma unidade de trabalho de uma única estrutura coordenada, à qual dá-se o nome de Complexo Regulador da Assistência.⁵

Ser ferramenta da Regulação Social do SUS:

As políticas e mecanismos regulatórios em diversos setores da economia e do aparelho estatal são um tema bastante complexo, que merecem uma avaliação mais detalhada, mas, na tentativa de entender como a regulação médica das urgências pode gerar

⁵Anexo I – Textos da RBCE – Diretrizes Gerais da Rede Brasileira de Cooperação em Emergências.

um gradiente no sentido da regulação social do SUS, algumas reflexões são fundamentais: os processos regulatórios podem se desenvolver dentro de uma ampla gama de possibilidades, desde a centralizada regulação por parte do Estado, até a completa autonomia dos mercados e seus respectivos mecanismos auto-reguladores. No setor saúde brasileiro, a regulação envolve estruturas tradicionais e centralizadas, como o infindável número de instruções normativas e portarias publicados desde a promulgação do SUS, até inovações mais recentes e democráticas como o exercício da regulação através de organismos colegiados. Além disso, a reforma do setor público em curso difundiu a contratualização entre entes públicos e originou contratos de gestão com agências executivas e organizações sociais. Desta forma, o âmbito da regulação se estende da auto-regulação e da regulação estatal sobre mercados, para a implementação de políticas voltadas à ampliação da qualidade e capacidade de instituições públicas (RIBEIRO, 2000).

A regulação médica das urgências, com seu potencial de qualificação e capacitação do sistema, configura-se uma nova ferramenta do processo regulatório em seu sentido mais amplo e, fundamentalmente, em seu caráter social, ao advogar pelas necessidades assistenciais dos cidadãos acometidos por agravos de urgência.



DISCUSSÃO

QUANTO AO SISTEMA ASSISTENCIAL DO MUNICÍPIO

- O município de Campinas, em seu caráter metropolitano, tem passado por várias mudanças em seu perfil de morbi-mortalidade (transição epidemiológica), interessando-nos neste momento, em especial, a mudança no perfil de mortalidade. As causas externas aparecem como terceira causa entre o total de óbitos, sendo o homicídio a primeira causa básica de morte entre os homens. Muitas mulheres ainda morrem por neoplasia de mama e muitos homens por neoplasia de próstata. Observa-se um importante número de óbitos por pneumonia tanto em homens quanto em mulheres. As doenças isquêmicas do coração e doenças cerebrovasculares aparecem entre as três primeiras causas de morte, seja entre homens ou entre mulheres. De todos os óbitos, um número importante deles ocorre no domicílio. Estaria havendo dificuldade de acesso ao SUS?

O sistema hospitalar conta com 3.128 leitos e destes, apenas 55,4% para a população SUS dependente. Campinas possui 1733 leitos disponíveis para os usuários do sistema público e apenas 111 deles são leitos de UTI (6,4%). Se entendermos que 41% das internações que estes leitos produziram em 2000, foram utilizadas por pacientes que residem fora de Campinas, teremos o equivalente a 1023 leitos para a população usuária do SUS no município, num total de 40.702 internações no ano 2000, ou seja, 4% da população. Será suficiente?

Ao longo dos anos, tem-se planejado as ofertas de serviços de saúde de acordo com parâmetros baseados em séries históricas que trazem em si as distorções geradas por pressões de diferentes grupos pela produção e venda de serviços. Parâmetros publicados para consulta pública em dezembro de 2000 (BRASIL, 2000), preconizam a necessidade de três a quatro leitos para cada 1000 habitantes e destes, 4 a 10% de leitos de UTI. Neste caso, a população de Campinas estaria com um grande déficit assistencial em relação a leitos hospitalares, mesmo levando-se em conta que, uma parte dela população do município, estimada em 30%, tem acesso a algum tipo de assistência suplementar. É necessário observar estes parâmetros e agregar a eles dados que permitam avaliar a necessidade de saúde da população, a fim de equacionar a assistência para seu adequado atendimento. A análise da mortalidade precisa ser um importante instrumento de

monitoramento da saúde e das necessidades de assistência. Assim, apesar do aumento na esperança de vida, dados como o grande número de mortes por causas violentas em homens, doenças isquêmicas do coração, doenças cerebrovasculares, neoplasias, doenças respiratórias agudas e obstrutivas crônicas e mesmo as causas perinatais de mortalidade, que não apresentaram o mesmo perfil de diminuição que a mortalidade infantil, devem ser utilizados como importantes indicadores de avaliação nível de adoecimento da população e de sua conseqüente necessidade assistencial, pois:

“... Quando uma população vive mais tempo, isso não significa que seus membros sejam menos doentes. Os japoneses não são menos doentes que os franceses, o mesmo ocorrendo, de uma maneira geral, entre as mulheres e os homens. O prolongamento da vida é acompanhado por uma transformação da incidência e da prevalência de diferentes tipos de doença e causas de mortalidade (transição epidemiológica), e não pela eliminação da doença” (CONTANDRIOPOULOS, 1998).

Vale mencionar que o município de Campinas oferece o mesmo parque de leitos SUS a seus cidadãos, desde 1995, apesar do crescimento da população e da mudança no padrão da mortalidade, já discutida.

A implementação do Programa de Saúde da Família, através da atuação dos agentes comunitários de saúde, apresenta importante potencial de elucidação de necessidades até então ocultas nas comunidades.

- Números grosseiros coletados junto ao SIA-SUS, indicam que um total de 2.673.459 consultas foi realizado por toda a rede assistencial SUS no ano de 2000. Destas, 26% foram realizadas nas clínicas básicas (690.319), 36% (971.722) foram consultas especializadas e 37,5% (999.417) foram registradas pelo sistema como consultas de urgência, sendo 130.177 (5%) nas unidades básicas de saúde e as 869.240 (32,5%) restantes nos serviços de urgência do município. O sistema de informação ambulatorial utiliza um tipo de agrupamento de consultas que não gera dados que possam ser úteis na avaliação da atenção às urgências. Assim, o registro das consultas realizadas nos pronto-socorros é

feito por sub grupos de procedimentos que deixam perder partes fundamentais da informação: de onde veio o paciente e por quê buscou atendimento de urgência (procedência e morbidade).

Para saber quantas consultas são feitas nas unidades de urgência, tem-se que recorrer a sistemas de informação alternativos ou amostrais, ou ainda pior, não avaliar esta produção. O estudo amostral das portas de urgência aqui apresentado indica uma produção anual estimada de 900 mil atendimentos médicos ao ano, dados que, apesar de não se poder comparar com fidelidade aos do SIA-SUS, porque apresentam fontes e agrupamentos diferentes, não mostram tantas disparidades em relação às informações colhidas do mesmo. De qualquer forma, fica a questão: será que o número de consultas realizadas pela rede de urgências é realmente semelhante ao realizado na rede de unidades básicas de saúde? Se assim for verdade, este fato sinaliza fortemente para a falta de acolhimento e resolubilidade dos casos agudos de menor gravidade e complexidade na rede básica.

Até quando os planejadores de saúde aceitarão conviver com este nível de desinformação?

- Dentro deste cenário, como avaliar se a estrutura do sistema de atenção às urgências está ou não adequada?

O distrito norte apresenta duas unidades de urgência, o PA Anchieta e o pronto socorro da UNICAMP, sendo possível configurar uma região com uma hierarquia assistencial para as urgências, composta pelo conjunto das unidades básicas de saúde, uma unidade 24 horas que deve atuar como unidade de complexidade intermediária e o pronto socorro hospitalar, para retaguarda aos casos de maior complexidade. Para consolidar esta configuração, é necessário adequar o atendimento de pacientes com quadros agudos pela rede básica e estruturar adequadamente o PA Anchieta. Ademais, lembrar que o PS da UNICAMP é a unidade de perfil mais marcadamente regional do sistema, com 28% da demanda do PS vinda de outros municípios, em todos os níveis de complexidade e gravidade, havendo acirrada disputa por este espaço assistencial, com conseqüente superlotação, insuficiência de oferta e comprometimento da qualidade.

O PS da PUCC, de perfil micro regional (17% de demanda de outros municípios), situado no distrito noroeste, deve dar a retaguarda de maior complexidade para o distrito sudoeste (para o PA Ouro Verde), mas também acumula a função de unidade de complexidade intermediária do distrito noroeste, já que nesta região não existe, e nem está projetada, uma unidade 24 horas para este fim. É importante esclarecer que o pronto socorro da PUCC tem área física insuficiente, do ponto de vista quantitativo e qualitativo, suportando com dificuldade o desempenho deste duplo papel. A construção do Hospital Ouro Verde deverá trazer importante equacionamento para a assistência no município.

O PS do Mário Gatti, de perfil municipal (apenas 2% de demanda de outras cidades), situado no distrito sul, é retaguarda de maior complexidade para o PA São José, situado no mesmo distrito e para parte do distrito leste, que também não tem unidade 24 horas para o atendimento de nível intermediário. A inauguração do novo PS São José deverá acarretar uma diminuição importante da demanda procedente de sua área de cobertura, hoje atendida no hospital Mário Gatti.

Existe uma divisão da cidade em distritos, ligando unidades básicas de saúde a unidades de pronto atendimento e estas às portas hospitalares, numa tentativa de regionalização e hierarquização da assistência no âmbito intramunicipal. Mas esta divisão, no que diz respeito às unidades de urgência e, principalmente, às portas de urgência hospitalares, deve servir apenas para uma orientação geral dentro do sistema, já que os vários serviços têm diferentes capacidades instaladas e perfis assistenciais.

Certamente, o hospital Mário Gatti, com seus 30 leitos de observação no PS adulto, tem um potencial diferenciado de atenção às urgências, quando comparado à PUCC, com seus oito leitos de observação adulto, ou mesmo a UNICAMP, que tem 10 leitos de observação e que se apresenta com habituais macas lotando o pronto socorro.

É fundamental mencionar, por fim, a enorme escassez de leitos de terapia intensiva para dar retaguarda às urgências. Assim, os PS acabam prestando assistência especializada em cuidados intensivos aos pacientes graves, internando-os na própria unidade, criando verdadeiras “UTI clandestinas”. Não seria a hora de se implementar um movimento técnico-político maciço junto aos setores competentes do Ministério da Saúde

para que se crie uma forma de classificação e cadastramento destes leitos no sistema, com respectivo financiamento para sua adequação?

Da mesma forma, não seria também desejável criar as unidades de atendimento de urgência 24 horas, definindo suas áreas físicas, equipamentos, medicamentos, recursos humanos mínimos e garantia de aporte financeiro para seu custeio?

Finalmente, não seria fundamental criar um padrão mínimo de qualificação para os profissionais que atuam nas urgências, estimulando os gestores e as estruturas loco-regionais a se responsabilizarem pela implementação desta tarefa?

QUANTO À REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS

- No campo operacional, as centrais de regulação médica municipal e regional necessitam ser adequadamente estruturadas, tanto em seus recursos humanos quanto físicos, adequando-se imediatamente a frota de ambulâncias, os equipamentos de urgência, instalando um sistema de gravação contínuo e buscando sistemas de informação e regulação que permitam às centrais serem o observatório do sistema. Devem atuar integradas e a central regional precisa ampliar seu campo de atuação para o atendimento pré-hospitalar móvel, que tem de ser planejado e financiado regionalmente, conforme os ditames da NOAS-SUS.

Neste sentido, a região de Ribeirão Preto implementou a experiência pioneira de unificação das centrais de regulação municipal e regional, sob o gerenciamento de um Conselho Gestor das Urgências, que é composto por representantes de gestores e gerentes dos Serviços de Saúde, Instituições Universitárias, Prestadores de Serviços, Conselho Regional de Medicina, Polícia Militar e Corpo de Bombeiros e profissionais da Direção Regional de Saúde e que é subsidiado por Comissão Técnica de Análise das Urgências e Emergências que se encarrega de demonstrar necessidades específicas, bem como propor encaminhamentos para implementação do sistema e viabilização da rede de atendimento necessária, oportuna, hierarquizada e resolutiva, sempre de acordo com demanda real analisada e a estrutura dos serviços existentes (capacidade instalada e de recursos humanos) (SANTOS, J.S., 2001).

Em Ribeirão Preto, as atuações do Conselho Gestor e da Central Única de Regulação Médica já operaram uma série de importantes transformações no panorama da atenção às urgências, entre elas, a reorganização do fluxo da demanda em direção à Unidade de Urgência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, que hoje se faz exclusivamente através da central de regulação, trabalho estruturado e respaldado por um amplo processo de pactuação e divulgação junto a usuários e unidades do sistema de saúde loco-regional (SANTOS, J.S., 2001).

Seria possível operar mudança semelhante nos Hospital das Clínicas da UNICAMP, devido a seu forte papel na assistência regional? E o Hospital Estadual de Sumaré, por não apresentar porta aberta para as urgências, não poderia ter 100% de sua demanda encaminhada sob regulação?

- Apesar do significativo avanço na legislação já apontado e da colocação da discussão sobre a regulação médica das urgências em agendas de gestores públicos municipais e estaduais de várias localidades, muito há que se avançar sobre a regulação, tanto no campo político e conceitual, quanto operacional. Alguns gestores ainda se recusam a discutir a estruturação do atendimento pré-hospitalar móvel, alegando que tais ações já são desenvolvidas pelo corpo de bombeiros ou que, quando eventualmente necessitam de transporte inter-hospitalar especializado, compram este serviço do setor privado. Tais gestores acreditam que, assim procedendo, não terão que dispor de mais recursos financeiros, num sistema já tão deficitário, do ponto de vista econômico.

Seria interessante refletir, neste caso, que o recurso que se aplica no atendimento pré-hospitalar móvel ao trauma, via corpo de bombeiros, também é um recurso público e, portanto, oriundo da mesma fonte, o cidadão. Se aplicados na saúde, estes recursos poderiam ter uso polivalente, atendendo também as emergências clínicas, pediátricas, psiquiátricas e gineco-obstétricas. É importante frisar que o corpo de bombeiros tem função primordial na assistência aos casos que necessitam de ações de salvamento e segurança, especialmente em situações de acidentes de transporte, incêndios, inundações, desabamentos, exposição a produtos tóxicos e outros. A equipe de saúde e de salvamento/segurança devem atuar integradas, o mesmo se aplicando às polícias rodoviárias, polícia militar e outros atores envolvidos nesta área de atuação, sob a responsabilidade e coordenação do SUS.

- Em muitas localidades, está se promovendo uma subversão por acomodação de idéias e termos, com a instalação de centrais de vagas, às quais se tem chamado de centrais de regulação. É fundamental deixar claro que a regulação médica das urgências, em sua origem, tem por função julgar a necessidade de cada caso, decidir sobre qual a melhor alternativa terapêutica possível naquele momento e garantir acesso a ela.

Sem regulação médica, o acesso aos serviços assistenciais, cuja escassez é visível nas filas, pode se dar através de clientelismo ou por ordem de chegada, permitindo que um paciente com uma patologia grave fique no final da fila, atrás de muitos outros acometidos por patologias de menor gravidade.

O estabelecimento de prioridades, apesar da complexidade ética que a questão envolve, é elemento fundamental na construção da equidade vertical, que implica um tratamento desigual para os desiguais, promovendo uma discriminação positiva dos que têm menos (FALEIROS, 1997).

É esta função que tem dado força à regulação médica das urgências e a diferencia marcadamente de ações controlistas e burocratizantes desenvolvidas pelo sistema, sob o título de regulação.

- Há conflitos na conceituação e aceitação sobre a amplitude que possam ter a regulação médica das urgências e os complexos reguladores da assistência na regulação do sistema de saúde, em seu sentido mais amplo e tradicionalmente estabelecido. Parece ser necessário aprofundar o entendimento da regulação médica das urgências como um micro componente da regulação do SUS, que desenvolve a operação cotidiana da relação entre necessidades (demanda) e ofertas imediatas e prospectivas (reordenamento dinâmico da assistência) e atua em defesa dos interesses do paciente, somando-se, desta forma, à vertente do processo regulatório representada pelos conselhos de saúde.

- Claro que para desempenhar com eficácia tarefas tão complexas, o médico regulador necessita ser adequadamente qualificado, conhecer todo o sistema loco regional, ter habilidade para conduzir as negociações com colegas plantonistas, ter tranqüilidade para acalmar o solicitante em pânico, ter habilidade técnica para intervenção em campo e para o

exercício da telemedicina, sendo fundamental um importante investimento em sua qualificação. Somando-se à esta qualificação, é fundamental que se proceda a amplo processo de pactuação, além da delegação de autoridade sanitária ao médico regulador, a fim de fazer cumprir os fluxos pactuados.



CONCLUSÃO

Para que a Regulação Médica das Urgências possa desempenhar plenamente sua função de ferramenta no processo de Avaliação e Implementação da Atenção Integral às Urgências no Município de Campinas e região, existem ainda hoje muitos obstáculos, cuja superação só será conseguida com uma série de medidas, em relação à regulação, propriamente dita e, também, em relação à assistência às urgências:

- Difundir o conceito de Regulação Médica como um componente da micro regulação do SUS, através da perseguição contínua da garantia de acesso à assistência à saúde, de forma equânime.
- Proceder à leitura das necessidades sociais em saúde, com respeito ao imperativo da necessidade humana, promovendo a mudança do enfoque burocratizante que hoje determina as ações de planejamento do sistema de saúde.
- Compor de forma detalhada o quadro de oferta de serviços (por estabelecimento, por especialidade, por dia, por período, por profissional), a fim de subsidiar o médico regulador a cada solicitação, julgamento e decisão.
- Comparar as necessidades observadas e as ofertas registradas, traçando um quadro de insuficiências que deve servir de balizamento para que se tracem propostas de correção a curto, médio e longo prazos, dentro de um planejamento politicamente respaldado e economicamente viável.
- Estruturar uma rede regionalizada e hierarquizada de atenção às urgências, que envolva todos os níveis de assistência, com o acolhimento responsável e comprometido do paciente, desde as unidades básicas de saúde, até os níveis de maior complexidade do sistema. Seja qual for a “porta de entrada” do paciente no sistema, este é responsável por assegurar-lhe uma “saída” qualificada.

- Definir e pactuar coletivamente o papel assistencial de cada unidade dentro do sistema, bem como os fluxos a serem seguidos entre elas, pela demanda e pela regulação.
- Compor colegiado gestor, formado por gestores e gerentes de serviço e demais atores envolvidos na área, que acompanhe técnica e politicamente o desenvolvimento dos pactos, fluxos e demais atividades, fazendo inclusive a ponte entre o sistema de atenção integral às urgências e as instâncias gestoras do SUS loco regional (Conselho Municipal de Saúde e Comissão Inter Gestores Regional).
- Estruturar sistemas de informação e regulação.
- Estruturar pólo ou centro regional interinstitucional de educação em urgências, com vistas a capacitar e a acompanhar a qualificação do grande número de trabalhadores do setor, usando as unidades do sistema como campo para treinamento em serviço e seus próprios profissionais, após identificação de perfil e treinamento, na supervisão deste trabalho.
- Implementar políticas públicas intersetoriais de promoção da saúde, reconhecendo que o campo de atuação da saúde pública não pode mais se restringir ao tratamento de doenças ou à sua prevenção, devendo afirmar-se sua responsabilidade na defesa da saúde e da vida.

Todas as ações mencionadas devem ser continuamente implementadas, de acordo com um cronograma de atividades composto e pactuado coletivamente, em permanente revisão.

A situação observada cotidianamente na regulação das urgências no município de Campinas e região, no entanto, é alarmante e sugere níveis importantes de desassistência em algumas áreas que necessitam de equacionamento emergencial, no sentido de prover um imediato equacionamento, ainda que provisório, para algumas áreas como terapia intensiva adulto, neurologia clínica e cirúrgica, ortopedia e cardiologia.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n° 2923, de 09 de junho de 1998. Institui o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para atendimento de Urgência e Emergência.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n° 2925, de 09 de junho de 1998. Cria mecanismos para a implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n° 3016 de 19 de junho de 1998. Institui o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para Atendimento à Gestante de Alto Risco.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n° 3477 de 20 de agosto de 1998. Cria mecanismos para a implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar no Atendimento da Gestante de Alto Risco.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n° 479, de 15 de abril de 1999. Cria mecanismos para a implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar de Atendimento de Urgências e Emergências e estabelece critérios para classificação e Inclusão dos hospitais no referido sistema.

BRASIL Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n° 824, de 24 de junho de 1999. Aprova o texto de Normatização de Atendimento Pré-Hospitalar.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n° 1127, de 31 de agosto de 1999. Determina à Secretaria de Assistência à Saúde que proceda à verificação “in loco” das condições de funcionamento dos Hospitais habilitados ao recebimento do FIDEPS.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n° 1478, de 28 de dezembro de 1999. Determina às Secretarias Estaduais de Saúde, do Distrito federal e dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal, a criação de Centrais de Programação e Regulação da Assistência Oncológica em seus respectivos âmbitos de atuação.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 571, de 1º de junho de 2000. Institui o Componente II do Programa de Humanização do Pré Natal e Nascimento – Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria nº 356, de 22 de Setembro de 2000. Estabelece, em seu Anexo I, os recursos financeiros destinados à Implementação do Componente II do Programa de Humanização do Pré Natal e Nascimento e, em seu Anexo II, estabelece o conceito geral, os princípios básicos, diretrizes e competências das Centrais de Regulação Obstétrica e Neonatal a serem implantadas, nos seus respectivos âmbitos de atuação estadual, regional e municipal.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria nº 376, de 03 de outubro de 2000. Aprova a Ficha Cadastral dos Estabelecimentos de Saúde – FCES e o seu Manual de Preenchimento, bem como a criação do Banco de Dados Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Consulta Pública nº 01, e 08 de dezembro de 2000. Consulta pública sobre parâmetros assistenciais do SUS.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova, em seu Anexo I, a Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS- SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Final. III SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE ATENÇÃO PRÉ-HOSPITALAR ÀS URGÊNCIAS E TRAUMAS, 1998.

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório sobre o Desenvolvimento do Projeto de Qualificação de Recursos Humanos em Urgência e Emergência, 2000.[mimeo]

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. O SUS Campinas. Página da Web: www.campinas.sp.gov.br, 2001.

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Estatísticas de Mortalidade – Jan-Dez. de 2000, 2001.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1451, de 10 de março de 1995. Define os conceitos de urgência e emergência e equipe médica e equipamentos para os pronto socorros.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. – Pode-se construir modelos baseados na relação entre Contextos sociais e saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, **14**(1): 199-204, 1998.

FALEIROS, V.P. – Prioridade Versus Escassez de Recursos em Saúde. **Bioética**, **5**(1): 35-40, 1997.

FERREIRA, C. S. W. – Os serviços de assistência às urgências no município de São Paulo: Implantação de um sistema de atendimento pré-hospitalar. São Paulo, 1999. [Tese – Mestrado – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo]

MORTALIDADE EM CAMPINAS. Informe Trimestral do Projeto de Monitorização dos Óbitos no Município de Campinas. Boletins 23, 25, 27, 28 e 29, 1998-2000.

RIBEIRO, J.M.; COSTA, N.R.; SILVA, P.L.B – Política de Saúde no Brasil e estratégias regulatórias em ambiente de mudanças tecnológicas. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, **4**(6): 61-84, 2000.

SANTOS, J.S. - Sistemas de Urgência e Emergência de Ribeirão Preto. Estrutura, Organização, Acesso (Central Única de Regulação), Resultados, Avaliação e Desafios. In: IV ENCONTRO PAULISTA DA REDE BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO EM EMERGÊNCIAS – RBCE. Piracicaba, 2001.[mimeo]

SÃO PAULO. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Demografia Municipal. Página da Web: www.seade.gov.br, 2001.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria Regional de Saúde de Campinas. Projeto da Central Reguladora Regional de Campinas, 1998. [mimeo]

TANNEBAUM, R.D.; ARNOLD, J.L.; DE NEGRI FILHO, A.; SPADONI, V.S. – Emergency Medicine in Southern Brazil. **Annals of Emergency medicine**, **37**(2): 223-228, 2001.



ANEXO

ANEXO I
TEXTOS DA RBCE

CURRICULUM VITAE¹

REDE BRASILEIRA DE COOPERACAO EM EMERGÊNCIAS

(EXTRATO)

A Rede Brasileira de Cooperação em Emergências - RBCE, associação civil sem fins lucrativos, criada em novembro de 1995, por técnicos e dirigentes do setor público e privado em urgências no Brasil, busca influir na formulação e sustentação de uma política pública nacional de urgências, orientada por uma estratégia promocional da saúde, com integralidade, universalidade e equidade.

A RBCE surgiu da necessidade de integralizar e desfragmentar as políticas de saúde no Brasil e dar possibilidade de continuidade de elaboração e implementação de propostas, mesmo quando há descontinuidade administrativa ou política das gestões de saúde nos Municípios, nos Estados ou na União.

O trabalho da RBCE foi estruturado através da elaboração coletiva de novos conceitos e da sua operação, através do apoio a projetos e às implantações de experiências estruturantes da atenção às urgências no País, entendendo as urgências como um tema abrangente e de forte impacto na organização e viabilidade do SUS, na medida em que os serviços de urgência se constituem em porta de entrada do Sistema e necessitam portas de saídas articuladas em relação a todos os outros componentes do mesmo.

O Processo de elaboração da plataforma de ação da Rede teve como marcos a realização de três simpósios internacionais da Rede 192 (Porto Alegre 1995, Fortaleza 1996 e Campinas 1997) e um Congresso Internacional da RBCE (Goiânia, 2000), assim como de Oficinas Temáticas de Formação de Recursos Humanos para as Urgências (Curitiba, 1998), Políticas Públicas de Urgências (Porto Alegre, 1998), Atenção em Urgências nas Estradas

¹ Texto da RBCE inserido como nota de rodapé nº 1 no corpo da Dissertação.

(Sorocaba, 1999) e Regulação Médica das Urgências (Campinas, 1999), além do I Primeiro Seminário Nacional de Capitais e Pólos Regionais de Atenção às Urgências, em Maceió em fevereiro de 1999, organizado em conjunto com o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde do Brasil.

A partir de 1998, a Plataforma da RBCE se consolida e se constitui em sua amplitude atual, indo além da discussão original de sistemas pré-hospitalares de atenção às urgências e sua regulação médica, pleiteando a organização geral do sistema de atenção às urgências como componente essencial para a consolidação do SUS no País e ao mesmo tempo formulando o conceito de complexos reguladores (médicos e não-médicos) da Assistência como um todo e não apenas da atenção das urgências.

Assim sendo a Plataforma da RBCE se organizou em torno a quatro grandes eixos estratégicos:

- 1- A organização de sistemas regionais de atenção às urgências - entendidas em toda a sua magnitude e complexidade - clínicas e cirúrgicas, traumáticas e não-traumáticas, psiquiátricas, de adultos e crianças, individuais e coletivas, pacientes agudos e agudizados, críticos e não-críticos e as urgências sociais. Esses sistemas seriam operados a partir da definição de uma hierarquia resolutive organizada a partir da leitura sistemática e dinâmica das necessidades sociais em saúde, com responsabilidades sociais e sanitárias definidas para cada hierarquia abarcando desde a atenção primária até as terapias intensivas e unidades de reabilitação e com fluxos ordenados conforme a necessidade do paciente, sempre com a idéia de acolhimento e proteção em qualquer nível do sistema, operando o conceito de porta de entrada e portas de saída articuladas. Atualmente a RBCE apoia o debate e

implantação de sistemas em 12 estados da Federação, animando debates, capacitações, diagnósticos e a formulação de políticas de organização de sistemas regionais;

- 2- A regulação médica das urgências, como parte constitutiva dos complexos reguladores da Assistência do SUS, juntamente com a regulação médica de internações, de consultas e exames especializados e da regulação não - médica de agendas de atenção primária, assistência social, transporte social e de saúde e defesa civil. O conceito de regulação médica de urgências opera com uma perspectiva de defesa das necessidades dos pacientes, combinando a melhor resposta possível e necessária para cada caso, buscando a economia do sistema em nome da equidade sustentada das respostas. Assim nasceram as centrais de regulação de Porto Alegre, Campinas, Vale do Ribeira, Ribeirão Preto, Fortaleza, Belém, as quais contaram com a crítica e suporte da RBCE em seu desenvolvimento e aprimoramento, assim como contaram com a cooperação técnica gerida pela Rede com a França e com o Chile, para a formação e aperfeiçoamento dos médicos reguladores e telefonistas auxiliares de regulação médica. Por iniciativa de uma demanda apresentada pela RBCE ao Conselho Federal de Medicina em setembro de 1997, se constitui grupo de trabalho do CFM que elaborou a Resolução 1529 de 1998, publicada na forma de Portaria Ministerial da Saúde 824 de 1999, estabelecendo o reconhecimento e as bases de exercício da regulação médica das urgências e do funcionamento da atenção pré-hospitalar em todo o Brasil. Atualmente os membros da RBCE participam da atualização desta legislação junto ao Ministério da Saúde;

- 3- A promoção da saúde e da qualidade de vida como estratégia de enfrentamento das urgências, em uma perspectiva integrada de respostas articuladas intersetoriais e que incidam sobre o processo de geração de risco, agravos e doenças que configuram as urgências. A referência metodológica deste trabalho é aquela desenvolvida a partir da criação e fortalecimento de redes de proteção social que envolvem parceiros públicos e privados e a própria cidadania, para a implantação e desenvolvimento sustentado de iniciativas denominadas de comunidades protetoras da vida. Tal iniciativa envolve a definição e implantação de sistemas de informação para as urgências, a constituição de observatórios de saúde nas urgências e a construção de agendas sociais de decisão para a adoção de medidas e processos que evitem as urgências, através da promoção da qualidade e das condições de vida. Tal projeto, em sua globalidade vem sendo trabalhado em uma iniciativa da RBCE em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde, e acompanhado com interesse pelo UNICEF e pelo Ministério da Saúde, havendo iniciativas para sua implantação em sete regiões metropolitanas do Brasil.
- 4- A educação dos trabalhadores de saúde e de outras áreas que atuam nas urgências e da população em geral, para melhorar a capacidade de prevenção, educação, proteção, acolhimento, diagnóstico, tratamento imediato e recuperação plena dos cidadãos, assim como a formulação e gestão de políticas, sistemas e serviços de urgências, orientados para a resposta universal, equitativa e integral às necessidades sociais em saúde que se expressam nas urgências. A linha de desenvolvimento do projeto pedagógico da RBCE está centrado na problematização da realidade, na busca de uma

orientação de métodos e conteúdos educacionais que não apenas capacitem os trabalhadores e cidadãos individualmente, mas os vinculem a um processo de formulação e implantação de políticas públicas, de reorganização e qualificação dos serviços, para a geração de melhores indicadores de saúde da população. Assim sendo, a RBCE tem se oposto com muita energia à mera compra de pacotes de cursos de capacitação em urgências, afirmando a necessidade de criar respostas locais e regionais para um esforço de educação permanente na área das urgências. A RBCE tem centrado seus esforços no apoio à constituição de Centros Regionais de Educação em Urgências, através da capacitação de instrutores, e no estímulo à adoção da metodologia da problematização como base para a construção de planos educacionais correspondentes às necessidades sociais expressas nas urgências em cada região.

O diferencial da capacidade educacional dos técnicos agrupados na RBCE é que temos procurado combinar a elaboração e reflexão sobre a realidade com o exercício prático desses conhecimentos, o que nos permite contar, nos diferentes âmbitos das capacitações realizadas, com profissionais experientes e capazes de se identificar com as dificuldades dos treinandos no terreno de suas práticas. Além disso, a orientação de vincular capacitação técnica individual com uma perspectiva de construção de identidades coletivas de trabalhadores que operam em sistema hierarquizado e solidário, permite ir constituindo no próprio processo educativo um processo de organização dos serviços e sistemas e afirmar políticas públicas para as urgências, além do que, o enfoque promocional aplicado permite construir a percepção de uma estratégia integralizadora da atenção.

A experiência acumulada da RBCE na área da educação para as urgências tem se desenvolvido em diferentes campos e atividades abarcando a capacitação para a gestão de

sistemas, regulação, bases para a educação em urgências e estratégias promocionais, além de manejo de eventos com múltiplas vítimas e desastres e atenção às urgências nas rodovias.

Listamos a seguir algumas das experiências já realizadas:

- Curso de Organização de Sistemas Regionais de Atenção às Urgências, para secretários municipais de saúde de nove estados, durante o Encontro de Secretários Municipais de Saúde do Nordeste, Fortaleza - maio de 1999 (16 horas de duração);

- Seminários Estaduais e Municipais de Organização de Sistemas de Urgências:
 - São José do Rio Preto em 1997, em Campinas em 1998, em Sorocaba em 1999, na micro-região composta pelas regionais de Campinas, São João da Boa Vista e Piracicaba, com a SES-SP, em 1999;
 - Belém e Macapá em dezembro de 1998;
 - Porto Alegre em setembro de 1998 e em cinco seminários de organização do sistema regional metropolitano de urgências, em Porto Alegre em dezembro 1998, abril 1999, agosto 1999, dezembro 1999 e janeiro 2001;
 - Rio Grande do Sul - por regiões em 1999, em Caxias do Sul, Ijuí, Lajeado e Passo Fundo em duas ocasiões;
 - Sergipe em fevereiro e agosto de 1999;
 - Alagoas em fevereiro de 1999;
 - COSEMS do ES, Vitoria - abril de 1999;
 - COSEMS do MS, Campo Grande - abril de 1999;
 - Minas Gerais, com a SES-MG, em agosto de 1999 em BH, em agosto de 1999 também em Pouso Alegre, em março de 2000 em Patos de Minas e em maio de 2000 em Uberlândia;
 - Goiânia, em setembro de 1999, em fevereiro e março de 2000;

- Natal em setembro de 1999 e em setembro e dezembro de 2000;
- Cuiabá em novembro de 2000 e abril de 2001;
- Niterói em dezembro de 2000;
- Rio de Janeiro em março de 2001;
- Cursos de Capacitação Profissional em Urgência/Emergência
 - Cooperação com os Estado do Ceará, Mato Grosso do Sul e Minas Gerais com vistas a criação do núcleos públicos de capacitação.
 - Realização de cursos para médicos e enfermeiros em São Paulo, Fortaleza, Campo Grande, Belo Horizonte, Feira de Santana, Porto Alegre, Goiânia, Maceió.
 - Curso de Emergências Médicas Clínicas e Traumáticas, realizado nos estados - total de alunos 730.
 - Curso de Atendimento Avançado em Emergências para Enfermeiros (AAEE) – total de 1125 alunos.
 - Capacitação Pedagógica para Multiplicadores, realizada em Mato Grosso do Sul, Ceará, Goiás e Minas Gerais.
 - Curso de Capacitação para a Atenção às Urgências em Asunción - Paraguay em agosto de 1998;
 - Oficinas de Políticas de Urgências em Buenos Aires em novembro de 1998 e dezembro de 1999;
 - Uma experiência valiosa que desenvolvemos foi a capacitação de médicos e enfermeiros das equipes de Saúde da Família – PSF em atendimento às urgências. Neste projeto treinamos 50 equipes do Qualis-PSF de São Paulo.
- Seminários e Encontros Regionais.

Um trabalho de informação e formação, difundindo e aperfeiçoando a Plataforma da Rede foi realizado, portanto, junto aos Estados e Municípios, através de Seminários e Encontros Regionais da RBCE em parceria com governos locais e estaduais, dirigido a gestores e trabalhadores, assim como parcelas de usuários, permitindo formar massa crítica de pessoas que agora demandam um esforço sustentado de aperfeiçoamento e desenvolvimento de autonomia para multiplicar e qualificar os processos educacionais propostos pela RBCE.

➤ Reuniões de trabalho da RBCE

Também foram realizadas sete reuniões de trabalho da RBCE, para aperfeiçoamento de sua plataforma e produtos.

➤ Intercâmbios técnicos com a França, Chile, Argentina, Paraguai, Canadá, Cuba e Suécia.

➤ Consultorias

Vários membros da RBCE participaram como consultores do MS para a avaliação dos investimentos em Urgências e Emergências e Geração de Alto Risco, resultando em acúmulo para a RBCE em termos de conhecimento detalhado das necessidades em cada estado, o que agora está sendo incorporado nos cursos e atividades de apoio a projetos da Rede.

➤ Cursos que são oferecidos (básicos com carga horária de referência):

- Curso de Emergências Clínicas e Traumáticas para médicos

Carga horária – 20 horas

- Curso de Atendimento Avançado em Emergências para enfermeiros

Carga horária – 20 horas

- Sistematização do Atendimento Inicial do Paciente Grave para auxiliares de enfermagem

Carga horária 10 horas

- Curso para Médicos Reguladores

Carga horária – 16 horas

- Curso para Auxiliares de Regulação

Carga horária - 16 horas

- Curso de Manobras de Suporte Básico da Vida para agentes comunitários de saúde, leigos em geral

Carga horária - 24 horas

- Curso de Atendimento Pré-Hospitalar para enfermeiros

Carga horária – 20 horas

- Curso de Atendimento Pré-Hospitalar para bombeiros

Carga horária – 200 horas

- Curso para Motoristas de Ambulâncias

Carga horária – 40 horas

- Capacitação para Formatação e Implantação de SAMU

Módulos de 20 horas (número de módulos adequados à realidade)

- Capacitação para Formatação e Implantação de CESU

Módulos de 20 horas (número de módulos adequados à realidade)

- Capacitação Pedagógica para Instrutores

Módulos de 20 horas (número de módulos adequados à realidade)

- Capacitação para Gestores de Complexo Regulador Regional

Carga horária - 20 horas

- Oficina de Padronização de Linguagem na Lógica Reguladora

Carga horária - 20 horas

- Oficina de Diagnóstico de Fluxos e Demandas

- Carga horária - 30 horas
- Oficina de Aprendizagem em Sistemas e Equipes Multidisciplinares
Carga horária - 16 horas
- Capacitação de Enfermeiros em Urgências (Cem)
Carga horária - 16 horas
- Suporte de Vida para Auxiliares de Enfermagem (Svae)
Carga horária 24 horas
- Manobras Invasivas no Atendimento ao Trauma (Miat) para médicos
Carga horária 09 horas
- Suporte de Vida no Trauma e Emergências (Svte) para auxiliares de enfermagem
Carga horária 20 horas
- Curso de Agentes de Socorros Urgentes (Asu) para leigos
Carga horária 32 horas
- Curso de Formação para profissionais da área de segurança e salvamento,
Carga horária 258 horas
- Curso de Treinamento para Atendimento a Acidentes com Múltiplas Vítimas (Catástrofes)
Carga horária - 08 horas
- Curso de Atendimento a Acidentes com Produtos Perigosos
Carga horária 40 horas
- Curso em Emergências Toxicológicas
Carga horária - 20 horas
- Curso de Promoção da Saúde
Carga horária - 08 horas
- Curso de Procedimentos em Emergências
Carga horária - 20 horas

- Curso de Reanimação do Recém-nato
Carga horária - 8 horas
- Curso de Abordagem em Emergências Pediátricas cardíacas e respiratórias
Carga horária - 8 horas
- Curso de Atendimento a PCR na infância
Carga horária - 8 horas
- Curso de Assistência de Enfermagem ao Recém-nato de risco
Carga horária - 40 horas
- Curso de Abordagem em Emergências Gineco-Obstétricas
Carga horária - 20 horas
- Curso de Capacitação em Emergências para Médicos e Enfermeiros das Equipes do PSF
Carga horária - 30 horas
- Pediatria

➤ Parcerias

Um projeto de desenvolvimento dos eixos de trabalho da RBCE em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde está em curso, assim como as negociações com o Ministério da Saúde para o apoio às iniciativas da Rede (com Projeto já entregue ao MS).

A estrutura de funcionamento da RBCE tem por base Núcleos Temáticos abarcando os eixos básicos expostos anteriormente e seus desdobramentos.

- Núcleos Temáticos: têm por função animar as discussões específicas em cada uma das áreas:
- Núcleo Temático de Políticas Públicas
 - Núcleo Temático de Promoção da Saúde
 - Núcleo Temático de Relações Internacionais

- Núcleo Temático do EMERSUR
- Núcleo Temático de Regulação
- Núcleo Temático de Recursos Humanos
- Núcleo Temático de Pré Hospitalar
- Núcleo Temático de Atenção Básica e Programa de Saúde da Família
- Núcleo Temático de Serviços 24 horas
- Núcleo Temático de Atenção Hospitalar
- Núcleo Temático de Materiais e Equipamentos
- Núcleo Temático de Desastres
- Núcleo Temático de Atenção em Estradas

Atualmente, o Núcleo de RH conta com grupos de trabalho nos seguintes locais:

- Núcleo do Ceará, em Fortaleza, sediado no Hospital Municipal José Frota, para capacitação de enfermeiros;
- Núcleo do Mato Grosso do Sul, em Campo Grande, ligado à SES e à Universidade (Departamento de Enfermagem) para capacitação de enfermeiros;
- Núcleo de Minas Gerais, em Belo Horizonte, ligado à SES e à SMS, para capacitação de médicos e enfermeiros (em processo de consolidação);
- Núcleo de São Paulo, capital;
- Núcleo de Ribeirão Preto, SP, ligado, à SES – Diretoria Regional de Saúde
 - Faculdade de Medicina e Enfermagem da Universidade de São Paulo - USP, Secretaria Municipal de Saúde, Departamento de Emergência do Hospital das Clínicas da USP de Ribeirão Preto e SAMU de Ribeirão Preto;
- Núcleo de Campinas, SP, em fase de consolidação.

Para difundir as idéias e ações da RBCE garantindo intervenção localizada e adequada às diversas realidades brasileiras, foram formados Núcleos Regionais. Atualmente existem representantes nas seguintes regiões:

➤ Núcleos de Desenvolvimento Regionais

- Rio Grande do Sul
- Santa Catarina
- Paraná
- São Paulo
- Rio de Janeiro
- Minas Gerais
- Goiás
- Mato Grosso do Sul
- Mato Grosso
- Tocantins
- Bahia
- Sergipe
- Pernambuco
- Rio Grande do Norte
- Ceará
- Pará

Entendemos que os eixos de trabalho da RBCE são coerentes com as prioridades atuais de construção do SUS no País, reforçando as idéias expressas na NOAS 01 de 2001, tais como a regionalização, a regulação do Sistema, a orientação por necessidades sociais em saúde e qualificação dos recursos humanos para o SUS. Com profissionais instrutores qualificados em uma prática contextualizada no sistema público e com uma orientação

coerente com as diretrizes constitucionais do SUS, cremos que as propostas de capacitação e educação permanente da RBCE contêm elementos de transformação e qualificação da atenção às urgências no País, gerando autonomia e fortalecimento dos sistemas locais, regionais e estaduais, apostando no domínio público do conhecimento e em sua orientação para a satisfação das necessidades sociais em saúde.

Em 2001.

**“IV CONGRESSO INTERNACIONAL REDE BRASILEIRA DE
COOPERAÇÃO EM EMERGÊNCIAS – RBCE: BASES PARA UMA
POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS EMERGÊNCIAS”²**

GOIÂNIA – ABRIL/2000

RELATÓRIOS DAS OFICINAS

OFICINA 1: A Política Pública de Emergências, processos políticos e gerenciais, financiamento e legislação. A organização e a gestão dos Sistemas Regionais /Intermunicipais de atenção às emergências e o processo de municipalização. Sistemas de Informações, diagnóstico de situação e planejamento estratégico.

1- Diagnóstico da situação:

- Falta de políticas estruturadas para abordagem da questão das urgências e emergências no país, incluindo os três níveis de gestão, com raras exceções;
- Insuficiência de financiamento para todo o sistema de saúde e, também, específico para urgência e emergência. Utilização irracional dos recursos já disponíveis (ex: programa de urgência do MS), com dificuldades originadas nos três níveis de gestão;
- Falta de identidade do tema nas preocupações e formulações das áreas de planejamento e gestão do SUS, em seus vários níveis;
- Inexistência de diagnóstico contínuo das dificuldades dos serviços e utilização destes dados para retro-alimentar o planejamento;
- Dificuldades na questão estratégica de recursos humanos: definição de perfil e composição de equipes, padrão de remuneração e, o grande problema identificado, a qualificação;

² Texto da RBCE inserido como nota de rodapé nº 2 no corpo da Dissertação.

- Desconsideração do usuário como objetivo maior de organização dos serviços de emergência e de toda a rede de assistência, com propostas de acolhimento e humanização ainda muito localizadas;
- Inexistência de um real sistema de atenção às urgências, sem rede articulada, fluxos definidos, papéis institucionais bem pactuados e, principalmente, sem regulação;
- Urgência não tem sido pauta dos fóruns mais amplos da saúde (conferências, etc);
- Descumprimento dos preceitos legais, principalmente na relação com o setor privado (ex. seleção de pacientes para internação);
- Falta de exercício da capacidade de gestão dos Municípios e Estados para viabilizar soluções para os problemas da urgência, mesmo com a existência de legislação e instrumentos disponíveis para gestão mais efetiva e eficiente;
- Inconstância do controle social para fiscalizar o funcionamento de todo o sistema de saúde;
- Dificuldades gerenciais importantes, principalmente nos grandes hospitais;
- Falta de autonomia administrativa de grandes unidades, levando a morosidade na solução dos problemas cotidianos;
- Utilização da rede pública por pacientes beneficiários de planos privados de saúde, que não possuem rede de prestadores de serviços adequada e bem dimensionada;
- Falta de planejamento racional na utilização dos novos recursos alocados na área de emergência;
- Falta de padrões e protocolos clínicos e operacionais do sistema;
- Alto índice de “escape” das unidades básicas e PSF, pressionando as portas de entrada da emergência;

2- Propostas de atuação e encaminhamentos

- Atuar politicamente, pautando a discussão da urgência nos diversos fóruns do SUS. Chamar a atenção para a proximidade da Conferência Nacional de Saúde;
- Considerar os preceitos constitucionais (universalidade, integralidade e equidade) como eixos na formulação das políticas de atenção às urgências no país, nos três níveis de gestão: saúde como direito social inalienável;
- Investir continuamente na elaboração de diagnósticos dinâmicos que permitam o planejamento mais eficiente: estabelecer diagnósticos epidemiológicos-sanitários e da constituição da rede assistencial, de forma a dimensionar adequadamente a rede prestadora de serviços. Considerar neste aspecto, o processo de trabalho que permita uma atitude de acolhimento dos usuários, considerando o conceito amplo de definição da condição de urgência na ótica do usuário;
- A partir da observação das necessidades humanas, sociais no seu conjunto, transformadas em demandas concretas, construir as políticas para responder a estas, com a construção de um sistema de atenção que considere a questão assistencial e as ações promocionais;
- Implantação de sistemas regulados de atenção, com destaque para a necessidade de articulação supramunicipal, os sistemas regionais;
- Ampliação do conceito de regulação, das urgências para regulação integrada do SUS, abordando a questão da regulação das internações, das especialidades, da alta complexidade, do transporte sanitário, das vigilâncias, etc;
- Definição clara dos papéis de cada serviço envolvido na atenção às urgências, com a elaboração de contratos de gestão (contratualização externa) e das questões internas (contratualização interna), objetivando harmonizar a relação dos serviços de urgência;
- Questões internas dos serviços: dimensionamento estrutural, de equipamentos e de insumos adequados, qualificação gerencial, profissionalização da gestão e prioridade

- absoluta para os recursos humanos: definição clara de perfil para atuação nas urgências, condições adequadas de trabalho, plano de carreira e processos permanentes de capacitação;
- Avanço na autonomia gerencial e administrativa para as grandes unidades, pactuado com os gestores;
 - Avaliação e prospecção de formas alternativas de gestão e gerência, na lógica do interesse público e dentro da legislação brasileira;
 - Capacitação de conselheiros de saúde para melhor cumprimento de seu papel deliberativo e fiscalizador do sistema de saúde;
 - Estabelecimento de uma relação na lógica do interesse público entre os gestores e prestadores de serviço, com ênfase na efetivação e acompanhamento dos contratos e convênios, de forma a facilitar especialmente a retaguarda de leitos;
 - Proposição de discussões e estudos para abordar alternativas para a questão do manejo de pacientes em observação nos pronto-socorros, processos de atendimento inicial (“triagem”), aumento do giro dos leitos (taxa de ocupação e média de permanência), protocolização terapêutica e clínica;
 - Avaliação de uma cesta de procedimentos de internação de difícil viabilização na rede contratada, com mudança radical de seus preços, vinculados ao controle das centrais de regulação e substituindo o rol de procedimentos constantes na portaria ministerial;
 - Utilização dos recursos do ressarcimento ao SUS dos atendimentos de beneficiários de planos privados de saúde, na melhoria dos serviços de atenção às urgências, de acordo com proposição a ser discutida e aprovada na Tripartite;
 - Regulamentação por parte do MS dos serviços pré-hospitalares privados, hoje muito difundidos pelo país e, na sua grande maioria, sem condições adequadas segundo a

Portaria 824. Subordinação destes serviços às centrais públicas, também conforme texto da portaria.

Relatoras: Jane Márcia de Moura Rocha Lima e Selma Santiago Nunes

Coordenador: Helvécio Miranda Magalhães Júnior

OFICINA 2: A Regulação Pública do Sistema de Saúde, Conceitos e Estratégias. A Regulação das Urgências.

Estiveram representados 13 municípios de 7 diferentes Estados.

Relatos de experiências em relação ao pré-hospitalar móvel:

- Municípios onde não há qualquer assistência pré-hospitalar móvel (interior do Paraná, do Mato Grosso do Sul, do Pernambuco e de São Paulo);
- Municípios onde só existe o Resgate, do Corpo de Bombeiros (Sergipe, Natal, Campo Grande, Piracicaba, Botucatu e Sorocaba);
- Municípios com Centrais de Regulação Médica, via 192 (Campinas, Recife, Ribeirão Preto);
- Municípios com regulação médica parcial junto aos bombeiros (São Paulo, Goiânia e Recife);
- Municípios em fase adiantada de discussão para implantação de Centrais de Regulação Médica (Sergipe e Natal).

Dificuldades gerais:

- Grandes dificuldades políticas no relacionamento entre Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde;
- Falta de vontade política e apoio institucional na estruturação do Sistema de Atenção às Urgências, seja nos Estados ou nos Municípios;
- Capacitação inadequada dos médicos reguladores;
- Capacitação inadequada dos profissionais das portas de urgência;
- Baixa resolubilidade na rede assistencial extra-hospitalar e hospitalar;
- Sobrecarga dos hospitais que atendem urgências.

Experiências interessantes:

- Na Grande São Paulo: integração da Secretaria Estadual de Saúde com o corpo de bombeiros, com regulação médica parcial (193). Existência da Central Municipal de pré-hospitalar móvel (192). As duas centrais não estão integradas;
- No interior do Estado de São Paulo: implantadas 19 Centrais Regionais de Regulação Médica do fluxo inter hospitalar de urgências. A partir delas tem-se avançado na pactuação da regionalização e hierarquização em cada região, além de se conseguir uma maior aceitação da “vaga zero” ou “recusa zero”;
- No Recife: criada na Secretaria Estadual de Saúde uma Diretoria Executiva de Regulação de Sistema de Saúde, ligada à Diretoria da Assistência à Saúde.

Questões apontadas nas discussões:

- Necessidade de definir níveis de competência e hierarquia dos gestores, na Regulação do Sistema;
- Necessidade de definir níveis de competência e responsabilidade assistencial, por complexidade, para toda a rede do SUS, no atendimento às urgências;
- Estado, como gestor regional, deve coordenar e estimular a estruturação da assistência por regiões, agrupando municípios de acordo com critérios técnicos adequados;
- A Programação Pactuada Integrada (PPI) deverá ser elaborada a partir das necessidades da população;
- Alguns Hospitais Universitários ainda se mantêm mal integrados ao SUS;
- A assistência deve ser estruturada a partir das necessidades dos cidadãos e não dos interesses dos prestadores de serviços;

- A assistência às urgências psiquiátricas carece de profunda revisão e reestruturação, posto que ainda hoje ela é feita, em muitos casos, pela “polícia”.

RECOMENDAÇÕES DA OFICINA:

ATENDER ÀS NECESSIDADES DA POPULAÇÃO

1. Formalizar na estrutura organizacional, em cada nível de governo (municipal, estadual e federal), a ação reguladora pública do Sistema de Saúde, com aporte financeiro que garanta sua execução;
2. Consolidar políticas públicas que promovam e estimulem, em cada nível de governo, a estruturação e aperfeiçoamento de complexos assistenciais pré-hospitalares, hospitalares e pós-hospitalares, que formem uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços, com assistência integral e equânime, de acordo com as diretrizes do SUS;
3. Que essa assistência seja regulada pelo setor público, utilizando-se como ferramenta as Centrais de Regulação Médica de Urgências;
4. Que as Centrais de Regulação Médica de Urgências estejam integradas a outras centrais ou estruturas gerenciadoras de leitos, consultas especializadas, serviços de diagnóstico, serviço social e centrais de serviços de alta complexidade, como por exemplo, as de transplantes ou oncologia;
5. Que a rede assistencial seja qualificada em seus recursos físicos e humanos, garantindo a qualidade da assistência à população;
6. Que as Centrais de Regulação Médica de Urgências sejam qualificadas em seus recursos físicos e humanos, com vistas a efetivar a regulação da assistência às urgências;

7. Que os recursos financeiros hoje disponíveis sejam gerenciados com racionalidade, de forma a garantir assistência equânime à população.

Coordenadora: Zilda Barbosa

Relatores: Zilda Barbosa

Antônio Onimaru

Paulo de Tarso Abrahão

OFICINA 3: A Promoção da Saúde como estratégia de enfrentamento às Emergências no País: os serviços de Emergência como Observatório da Saúde.

INTRODUÇÃO:

A discussão iniciou com a busca da uniformização do conceito de “promoção”, entendida como um conjunto de ações que interferem no aparecimento, evolução e resultado final dos agravos à saúde, evitando o dano maior (seqüela e morte), ações estas que são desenvolvidas nos vários espaços sociais desde a casa, escola e o conjunto de serviços.

Constatou-se que este conceito amplo não é bem entendido não só a nível dos serviços e dos profissionais em geral, mas também, pela população.

Ainda foi ressaltada a importância da intersectorialidade e das interfaces principalmente com a educação e assistência social e a inserção real da saúde na agenda das políticas sociais.

1- Diagnóstico da situação de saúde

Em relação a este item, foram abordados:

- Existência de informações fragmentadas nas várias Instituições que atuam nas urgências e emergências – Bombeiros, Polícias, Saúde – não permitindo a visualização global. Assim foram identificadas lacunas em relação aos chamados “acidentes ocultos” (principalmente acidentes domésticos com crianças e empregadas domésticas, intoxicação medicamentosa), saúde mental e saúde do trabalhador.
- Considerou-se que as emergências são um retrato da tragédia social, refletem o que está ocorrendo na saúde não só em relação aos problemas que nelas chegam, mas também em relação à organização dos serviços de saúde. Através destas informações pode-se ter o perfil da população atendida, bem como a distribuição espacial da ocorrência dos eventos, o que permite a utilização das urgências como observatório da saúde.

- Discutiu-se a rede de atores envolvidos na atenção considerando que esta rede não se limita aos serviços de saúde, mas envolve o indivíduo, instituições (família, escolas, igreja, Bombeiros, Polícias, etc.) e outras organizações, todos como AGENTES DE SAÚDE.
- Discutiu-se o papel de “promotores” e de educadores desempenhado pelos ACS e pelas equipes do PSF, principalmente em relação à percepção da população sobre suas práticas e sobre as políticas de promoção.
- Considerou-se ainda como problema, a verticalização dos programas emanados do Ministério da Saúde que ditam, inclusive, a distribuição de recursos federais e as contrapartidas estaduais e municipais;
- A questão do meio ambiente não foi aprofundada em função da exiguidade de tempo, entretanto, houve considerações fundamentais as quais poderão ser aprofundadas em outras oportunidades.
- Com relação à legislação foi identificado que as leis e decretos existem, mas que, ou são débeis no seu potencial de intervenção ou não são cumpridas quer em parte, quer na sua totalidade. Por exemplo: Limitação da venda de álcool nas rodovias; Proibição do Fumo em local fechado, Multas em valores irrisórios, etc. Exceção ao Código de Trânsito.

2. Propostas:

1. Ampliar as interfaces entre as políticas sociais de forma a contemplar e efetivar o trabalho em rede social, valorizando os vários atores sociais importantes na promoção da saúde (profissionais, professores, bombeiros, polícia, empresas, igrejas, líderes comunitários, escolas, conselhos de direitos, gestores, ONG, etc.);

2. Propor a implementação do conselho de seguridade social como forma de unificar e articular as discussões entre as diferentes políticas sociais para se trabalhar a globalidade das ações de promoção e prevenção;
3. Realizar o trabalho de capacitação continuada junto aos profissionais de saúde e os demais atores;
4. Implementar políticas de comunicação social buscando atuar na sensibilização da população e dos agentes prestadores de serviços de saúde, enfatizando o aspecto da promoção utilizando os diversos meios de comunicação social (imprensa escrita, falada e televisiva; fitas de vídeo, livros didáticos, cd rom, meios auxiliares, feiras de saúde, fóruns de cidadania, etc...);
5. Implantar um sistema centralizado de informações para armazenamento conjugado de informações em emergências, dentre outras, criando salas de situações, objetivando avaliações e decisões em relação às atividades promocionais e seu replanejamento. Implantar mecanismos de referência e contra-referência;
6. Implantar programas voltados à promoção da saúde e cidadania para o público infanto-juvenil aproveitando os modelos já existentes das diversas instituições e organizações (escolas, creches, bombeiros mirins, etc.);
7. Enfatizar nas ações do PSF e PACS a concepção da promoção da saúde; recomendar a inclusão de outros profissionais nas equipes (assistentes sociais e psicólogos); implementar o PSF e PACS em todas as regiões e municípios;
8. Reforçar as ações em saúde mental como parte integrante da promoção da saúde; cumprir as legislações da área, revertendo o modelo tradicional de atenção à saúde mental; capacitar profissionais de diferentes áreas para o manejo do paciente com problemas mentais;

9. Realizar ampla promoção da saúde atuando no meio ambiente (política habitacional, combate ao desemprego e à violência, poluição);
10. Pressionar a aprovação da PEC – (proposta de emenda constitucional da saúde) pelo congresso nacional como forma de garantir recursos financeiros para as ações de saúde;
11. Fazer cumprir as legislações vigentes, revendo-as em algumas situações, a partir dos diversos conselhos, articulações com o ministério público, etc., principalmente as referentes à saúde do trabalhador, meio ambiente e proteção à criança e adolescente.

Coordenadores: **Dr. Eduardo Guerrero**

Dra. Joselita Macedo

Relatores: Rúbia Cristina Rodrigues

Carlos Sergio Souza Pinto de Almeida Franco

OFICINA 4: O complexo da atenção pré hospitalar e seu papel no enfrentamento das emergências: as atribuições e hierarquia da rede de serviços ambulatoriais básicos – PSF e PACS, os pronto atendimentos, a atenção pré hospitalar móvel. A Atenção nas Estradas.

A Oficina 4 teve grande número de participantes (em torno de 100) havendo desde profissionais vinculados à atenção básica, gestores e profissionais da área de urgência até representantes de Conselhos Municipais de Saúde e Corpo de Bombeiros. Não foi possível abranger todos os temas propostos para a oficina ou aprofunda-los, devido ao pouco preparo preliminar dos participantes.

Reflexões:

A implementação da atenção básica exige mecanismos de referência formais e pactuados que, sob regulação, garantam a atenção em todos os seus níveis, incluindo a atuação integrada em relação às urgências e emergências. Com sistemas integrados e resolutivos, desde o domicílio do usuário até a alta complexidade, garantindo o acesso às urgências e emergências, e incluindo protocolos solidários no sentido da referência e contra referência, pode-se avançar na construção e organização do sistema de atenção inclusive, possibilitando reordenamentos de demanda necessários. É importante considerar que serviços regularmente funcionantes, com equipes capacitadas e qualidade na assistência prestada, nos seus vários níveis, determinam este reordenamento de maneira espontânea e natural. A cultura hospitalocêntrica, entretanto, tende a supervalorizar os serviços hospitalares e desqualificar a atenção básica podendo definir ao longo do tempo um modelo não resolutivo e desorganizado. Considerando a necessidade da otimização dos recursos disponíveis e o papel de gestor do sistema, cabe ao poder público de saúde constituído, de maneira

preferencialmente regional, incentivar mecanismos de interinstitucionalidade e regulação da pactuação estabelecida, criando sistemas de informação que possibilitem ao planejamento inclusive o reordenamento do investimento público em saúde.

A grande tônica da contribuição da oficina foi no sentido da necessidade da organização dos sistemas como um todo e em particular o das urgências e emergências. A proposta é que essa reorganização se dê através de Conselhos Gestores de Pactuação e Regulação, envolvendo os vários níveis do sistema e as várias corporações, com interface direta com as instâncias colegiadas de gestores e as de controle social.

A definição dos vários níveis de complexidade é fundamental, desde que se efetive a regionalização, hierarquização, pactuação e regulação necessárias. As grades regionalizadas deverão avançar no sentido de identificar as referências e contra referências nas várias necessidades da urgência e emergência. A atenção básica deverá se qualificar adequadamente, tanto as unidades de PSF quanto as UBSs tradicionais no sentido de serem equipadas e qualificadas suas equipes, para o primeiro atendimento de urgência e emergência, mantendo preferencialmente unidades de pronto atendimento disponíveis para cada região, que contemplem as necessidades mínimas de uma sala de reanimação, com profissionais das especialidades básicas nas vinte e quatro horas e com estrutura laboratorial, radiológica e de assistência farmacêutica para garantir a resolutividade. Essas unidades manteriam uma interface continuada tanto com a rede básica quanto com os hospitais de urgência referenciados. Estes, por sua vez, disponibilizariam suas “portas de entrada” para a demanda referenciada e de maior nível de complexidade. O estabelecimento de referências de atenção secundária seja ambulatorial ou hospitalar, garante o acolhimento do paciente ao sistema em tempo hábil, reduzindo as “emergências” decorrentes da não facilitação de um acesso organizado e coerente.

A Contra referência resolutive, necessita ser implementada. A continuidade de tratamentos hospitalares através de internações domiciliares e uma maior resolutividade na atenção básica são questões fundamentais.

A rede extra-hospitalar deverá, portanto, estar capacitada e organizada de maneira que os diferentes níveis de atenção se relacionem de forma complementar através de mecanismos regulados de referência e contra referência garantindo a gestão dos fluxos no modelo de atenção de maneira responsável. Recuperar a credibilidade da atenção básica passa por dar respostas às necessidades da população, garantindo a efetiva inserção do paciente no sistema.

Coordenadora: Dra. Marília Cristina Prado Louvison

OFICINA 5: O manejo de desastres

Quem trabalha em serviços de atendimento pré-hospitalar ou defesa civil no Brasil poderá passar a vida toda sem atender nenhum tipo de acidente com um número elevado de vítimas, como aqueles ocorridos em explosões de bombas, trens, catástrofes naturais, produzindo mais de 100 vítimas, que são divulgados freqüentemente pela imprensa.

Os acidentes cotidianos (carros, ônibus, desabamento, etc.) produzindo um numero de vítimas maior que cinco são comuns no nosso dia a dia e necessitam de medidas organizadas e coordenadas para um atendimento adequado. A chance de sermos os primeiros a chegar à cena de um acidente com várias vítimas é grande e, sem dúvida, os primeiros minutos são decisivos para diferenciar um atendimento adequado de um atendimento caótico.

Existem diversos protocolos adotados em todo mundo para o atendimento a acidentes com múltiplas vítimas e todos têm em comum a tentativa de organização no local do evento estabelecendo Comando, Comunicação e o Controle da cena, através de protocolos pré-estabelecidos, além de treinamento constante para que estejamos preparados, havendo necessidade da integração dos diversos serviços que usualmente prestam atendimento a esses eventos. A estruturação de um de sistema de atendimento a acidentes com múltiplas vítimas deve-se à necessidade de medidas conjuntas entre o pré-hospitalar (serviços médicos, bombeiros, polícias, etc.) e o hospitalar, de maneira a otimizar e aumentar a capacidade dos recursos disponíveis. O objetivo de atender o maior número possível de vitimas, da melhor maneira possível e, no menor tempo, salvando e diminuindo as seqüelas, só é possível com esse trabalho conjunto e ordenado. Quando qualquer um dos segmentos falha, o atendimento é inadequado.

Atualmente, no Brasil, muito tem se discutido sobre esse tema que tem preocupado muitos profissionais que atuam no atendimento às emergências. Essa discussão tem levado a

um amadurecimento dos conceitos e tem trazido muitas dúvidas em relação a modelos e métodos de implantação e treinamento das equipes. A idéia da realização de grandes simulados se justifica na tentativa de se expor um sistema que muitas vezes não existe, mostrar a necessidade de criá-lo ou testar os protocolos já discutidos e treinados. A realização anual de simulados deve ser precedida de pequenos simulados em triagem e organização do comando na cena do acidente.

Existe, portanto, a necessidade de elaboração, pactuação e implantação de protocolos de atendimento a acidentes com múltiplas vítimas. Esses protocolos devem ser elaborados baseados nos estudos dos riscos de cada região, envolvendo toda a comunidade e ser o mais próximo possível das rotinas dos serviços existentes.

Nos locais onde não há nenhum serviço organizado de atendimento pré-hospitalar a comunidade deve criar, através das secretarias municipais de saúde com ajuda de material bibliográfico fornecido pela REDE, sistemas minimamente organizados para atendimento desses eventos.

Estabelecemos 4 etapas de implantação desses protocolos com o detalhamento das ações dos vários segmentos envolvidos no atendimento à acidentes com múltiplas vítimas.

ETAPA I: Referencial teórico sobre o tema catástrofes e AMV (Acidentes com Múltiplas Vítimas). Aula de 120 minutos com exposição de conceitos, visão geral sobre o assunto com a definição de papéis e envolvimento de todos os setores públicos e privados.

ETAPA II: Treinamento em Triagem.

É necessário um treinamento específico nesse tópico para se mudar o comportamento das equipes frente a um acidente em que os recursos disponíveis são insuficientes em relação a

uma demanda. Os serviços habitualmente concentram todos os esforços para o acolhimento das vítimas mais graves. O conceito a ser passado e fixado é o de reconhecer as necessidades de cuidados médicos de todas as vítimas para, após isto, dar início ao tratamento. É necessário fixar o conceito de seleção, classificação por ordem de prioridade, e depois iniciar o atendimento de maneira a dar um mínimo de cuidado médico, da forma mais simples e eficaz no momento em que o paciente mais precisa. Médicos e socorristas fazem esse treinamento inicial para trabalharem com conceitos iguais. Em sala de aula revisamos a parte teórica, utilizamos o sistema de triagem START (Simple triagem e rápido tratamento). Esse treinamento é feito utilizando-se vítimas maquiadas, é fornecida a situação em folha, montamos o cenário e cada participante tem cerca de 60 segundos para avaliar cada vítima e fazer as anotações. Após isso, retornamos à sala de aula e discutimos cada caso para esclarecer as dúvidas que surjam, assim o grupo fixa o conceito de triagem em situações de múltiplas vítimas.

ETAPA III: Treinamento em Comando na Cena do Acidente

Esse treinamento pode ser feito juntamente com a triagem. Tem por objetivo iniciar a organização e o controle da cena do acidente em que o médico do atendimento pré-hospitalar que chega ao local assume o papel de Coordenador Médico Local. O oficial Bombeiro assume a Coordenação Operacional Local. Assim, esse médico toma as medidas iniciais de avaliação da cena do acidente, prioridades de ação, estabelece as áreas de prioridade e dá início ou continuidade à triagem. Na avaliação da cena do acidente, inicialmente verifica se é AMV com necessidade de aplicação dos protocolos. Uma vez estabelecida essa necessidade comunica-se com o oficial bombeiro e inicia-se o protocolo: Solicita apoio de pessoal e materiais, coloca seu equipamento de identificação (capacete e colete), faz uma rápida reunião com a equipe que se encontra no local e distribui as tarefas.

Estabelece as áreas de prioridade delegando a cada socorrista a responsabilidade de cada uma dessas áreas até a chegada de pessoal mais especializado (médicos, enfermeiros...) e define o local mais adequado a cada uma delas. As áreas de prioridade devem ficar afastadas umas das outras. A utilização do termo Posto médico define uma área única para encaminhamento das vítimas, o que deve ser evitado principalmente nas vítimas codificadas como verdes que estão deambulando e atrapalham o atendimento das vítimas mais graves. A triagem é feita rapidamente pelo Médico coordenador local, com ou sem auxílio de outro triador (dependerá do número de vítimas, tipo de acidente...), com identificação das vítimas com cartão mettag. Uma vez triadas, as vítimas vão sendo encaminhadas para as áreas de prioridades, retiradas por socorristas ou voluntárias, onde se inicia efetivamente o tratamento de cada uma delas. A retirada das vítimas para as áreas de prioridade é aleatória, ou seja, independe da sua prioridade.

Poderá ser estabelecida uma área de coleta das vítimas antes do início da triagem, quando houver riscos no local onde as vítimas se encontram.

Da parte do oficial bombeiro, que passa a ser o Coordenador operacional local, cabe, inicialmente, estabelecer as prioridades operacionais, de recursos humanos e materiais, prover recursos de comunicação para os responsáveis por cada área, segurança e isolamento, extricação das vítimas, controle do fluxo de veículos na cena do acidente, relacionamento com as demais autoridades presentes no local. Estabelece responsáveis por cada uma dessas tarefas.

Simultaneamente a esses treinamentos de comando na cena do acidente, é feita a discussão com os hospitais, serviços privados de atendimento pré-hospitalar, aeroportos, polícias militares e civil, defesa civil, no sentido de criar os protocolos necessários à ação conjunta, bem como os protocolos de ação detalhados de cada instituição.

ETAPA IV: Realização de grandes simulados.

Somente após as etapas iniciais serem cumpridas são realizados grandes simulados, que são trabalhosos e onerosos. Visam reconhecer a efetividade dos protocolos, além das falhas. Devem ser programados com antecedência, pois envolvem inúmeras atividades de organização e mobilização.

As etapas de I a III podem ser realizadas freqüentemente, pois necessitam de poucos recursos para sua realização. Assim, o treinamento das equipes é viável de ser feito rotineiramente, mantendo-se a equipe treinada e preparada para o atendimento a acidentes com múltiplas vítimas.

Coordenadores: Edison Teixeira do Valle

Sônia Piunti

OFICINA 6: Modelos e desafios da atenção hospitalar às Emergências

Participantes:

Hospital de Urgência de Goiânia, Hospital Geral de Goiânia, Santa Casa de Misericórdia de Goiânia, Hospital João XXIII de Belo Horizonte, Hospital Roberto Santos - BA, SAMU do Vale do Ribeira, Santa Casa de Misericórdia de RO, Hospital Evangélico de MS, Hospital Municipal de Contagem, Hospital Salgado Filho do Rio de Janeiro, Hospital Pimenta Bueno – RO, Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, Hospital João Alves de Aracajú.

Pontos discutidos:

- Grande déficit na assistência básica, com aumento de fluxo nas urgências;
- Desarticulação das unidades de Urgência;
- Capacidade instalada menor que a necessária;
- Falta de valorização dos serviços de urgência/emergência – escassos recursos de informação;
- Falta de articulação com a mídia;
- Necessário implantar a triagem, com acolhimento, atendimento e reorientação dos pacientes (Hospital Salgado Filho faz triagem no PS com enfermeira e médico – Projeto Sorria);
- Necessário implantar a Central Única de Regulação;
- Falta de leitos de retaguarda para a saída do paciente do OS;
- Necessário priorizar o atendimento às urgências, dando a elas acesso aos leitos hospitalares;
- Falta de horizontalização na assistência;

- Urgência sobrecarregada com a assistência a pacientes crônicos.

Sugestões:

1. Definição de um programa nacional de urgência e emergência com diretrizes básicas, remuneração adequada pelas respectivas fontes de financiamento;
2. Definir o real papel dos hospitais de emergências, não permitindo que sejam confundidos com local de atendimento ambulatorial;
3. Valorização do serviço de urgência e emergência, com divulgação de sua função junto à sociedade;
4. Integração das unidades de saúde de atenção primária, secundária e terciária, com mecanismos regulados de referência e contra referência;
5. Regulação médica atuante e efetiva, integrando as unidades de saúde em seus diferentes níveis de complexidade, bem como os serviços de pré-hospitalar móvel;
6. Implantação dos serviços de acolhimento – triagem, como instrumento de harmonização e informação da população;
7. Definição de critérios arquitetônicos a serem seguidos na construção e adequação de serviços de urgência e emergência;
8. Controle e gerenciamento efetivo pelos gestores municipais e estaduais dos leitos contratados dos prestadores de serviços, de forma a garantir sua adequada utilização no atendimento às urgências;
9. Garantia de prioridade, entre as centenas de leitos existentes, para a retaguarda dos serviços de urgência;

10. Garantia de assistência completa e integrada a pacientes de alta complexidade/custo, como oncologia e nefrologia, pelos serviços contratados. Hoje estes pacientes sistematicamente acabam nos pronto socorros;
11. Definição de programas de assistência domiciliar e desospitalização, com recursos de financiamento definidos;
12. Criação de sistemas de informação padronizados, com a construção de indicadores adequados à observação das urgências.

Coordenador: Roberto Gurgel

OFICINA 7: Os Recursos Humanos necessários para a Atenção Integral às Emergências.

Os participantes da oficina após analisarem a PM 824/99, avaliaram que a portaria contempla o conteúdo curricular mínimo para a capacitação de RH para o atendimento pré-hospitalar (APH).

Entretanto, uma vez que existe a necessidade de estabelecer consonância entre os diversos níveis de atenção às urgências, há de se estabelecer alternativas que dêem conta da capacitação de RH nas demais áreas de assistência (hospitalar, pronto atendimento, rede básica de saúde).

A atenção básica não pode ser vista como serviço de urgência. Todavia não pode deixar de responsabilizar-se pela prestação do atendimento de urgência, garantindo o acolhimento dos pacientes em situações de risco, respeitados os limites de complexidade dos serviços básicos de saúde.

Em conseqüência, os profissionais deverão estar capacitados para tal, através de programas de educação continuada em serviço.

Os conteúdos deverão considerar as situações mais prevalentes nos serviços, de acordo com o perfil epidemiológico da região. Áreas críticas como pediatria, obstetrícia e psiquiatria deverão estar contempladas nos programas de capacitação.

Atualmente os programas de capacitação procuram preencher as lacunas oriundas da formação universitária que não destaca a temática urgência/emergência com a significância necessária. Para inverter esta lógica, a oficina propõe que a RBCE trabalhe junto ao MEC/Conselho de Educação propostas para inclusão no currículo nos cursos de medicina e enfermagem de conteúdos na área de urgência e emergência. Há de se aproveitar o momento, pois muitas escolas estão trabalhando na reformulação de seus currículos e este seria,

portanto, um momento adequado para sugerir um novo modelo para a formação na área de urgência.

Além disto, para alcançarmos mudanças efetivas na cultura da atenção às urgências, disciplinas de primeiros socorros deveriam ser incluídos já no ensino fundamental (currículo escolar), permitindo que as crianças sejam preparadas desde cedo para a adoção de gestos básicos de salvamento.

Para viabilizar o desenvolvimento dos programas de formação/capacitação e educação continuada em serviço deverão ser instalados os centros de capacitação (conforme já previsto na PM 824/99).

Propõe-se definir estratégias para sensibilização dos gestores para instalação e implementação dos centros.

Estes centros deverão se constituir no espaço público para o desenvolvimento dos RH na área de urgência e emergência, estabelecendo parcerias com os demais setores (Universidades, Secretarias de Saúde, Ministério da Saúde, Defesa Civil, Secretaria de Segurança Pública, Exército, DETRAN).

Os centros deverão capacitar, portanto, os profissionais nos diferentes níveis de atenção. Deverá ser estabelecido um currículo mínimo de conteúdos e como modelo pedagógico recomenda-se a problematização, sendo que cada região, respeitado o conteúdo curricular mínimo, adotará o modelo pedagógico melhor condizente com seus recursos.

Recomenda-se que os centros de capacitação promovam a profissionalização tanto dos profissionais quanto dos instrutores, em sistemas modulares de ensino, de forma a garantir o desenvolvimento da carga horária ideal dos cursos, sem prejuízo das atividades cotidianas do serviço. Atualmente, a dificuldade em retirar os trabalhadores de suas atividades normais para inseri-los nos programas de educação continuada se constitui num dos principais obstáculos para a capacitação.

Os instrutores dos centros de capacitação deverão estar previamente preparados, antes de estabelecidos como instrutores. Para isto, propõe-se buscar a uniformidade na formação dos quadros de instrutores por região. Esta uniformidade seria garantida através de formação inicial por meio de um núcleo central para capacitar os instrutores. Este núcleo credenciaria os instrutores, que, a partir daí, serviriam como multiplicadores nas suas regiões.

Os centros de capacitação devem, portanto, constituir-se como uma ferramenta do SUS para a qualificação dos trabalhadores na área de urgência e emergência e aos demais segmentos que necessitem de formação/capacitação nesta área.

Da mesma maneira que o Ministério da Saúde regulamentou as atividades na atenção pré-hospitalar, recomenda-se que seja encaminhada a proposta de regulamentação da atenção hospitalar às urgências e emergências.

A regulamentação deverá prever obrigatoriamente, entre outras coisas, que o profissional que ingressa nos serviços de emergência deva ser capacitado para tal, através de programa específico, oferecido pelas instituições contratantes e ministrado através dos centros. Isto tem por propósito minimizar a desprofissionalização dos RH na área de urgência e garantir condições de preparo dos profissionais condizentes com a importância do atendimento às emergências. Via de regra, os profissionais que atuam na emergência são, na maioria, recém-formados, com pouca experiência para garantir a “hora ouro” (dos primeiros minutos até a primeira hora do atendimento aos pacientes) e aumentar as chances de sobrevivência das vítimas.

RECOMENDAÇÕES GERAIS DA OFICINA DE RH

- Propor a criação da especialidade de medicina de urgência. Promover mecanismos de avaliação permanente dos resultados da capacitação (construção de indicadores/relacionar

o investimento aplicado na capacitação de RH com o padrão de atendimento nos serviços, etc).

- Propor estudos para remuneração diferenciada e/ou redução de jornada de trabalho para os profissionais que atuam na área de urgência e emergência.
- Os centros de capacitação deverão dispor de financiamento que permita remunerar instrutores, bem como captar recursos para isto e para aplicação em tecnologia/melhorias para os centros, que poderão contar com recursos próprios das instituições públicas ou privadas.
- Oportunizar a capacitação modular, vislumbrando a certificação dos profissionais como especialistas.
- Viabilizar a educação à distância como método alternativo e de apoio à formação profissional, considerando a racionalização de recursos humanos e materiais.

A oficina discutiu a demanda trazida por profissionais farmacêuticos quanto à inclusão do farmacêutico na equipe do APH, assim como de outros profissionais que não foram elencados pela PM 824/99. Em relação ao farmacêutico entende-se que os serviços pré-hospitalares ligados às secretarias de saúde e/ou hospitais estão cobertos pelo farmacêutico que responde pela instituição. Aos serviços desvinculados destas estruturas (públicos e privados) resta a dúvida sobre a presença ou não deste profissional na equipe do APH.

Coordenadoras: Lígia Maria Soares
 Rosane Mortari Ciconet

Rodoviários OFICINA 8: Os sistemas integrados: SAMU's, Bombeiros, Policiais Militares e, Forças Armadas e setor privado – construindo a unidade de conceitos e operações.

I – OBJETIVOS: Estabelecer conceitos uniformes na operacionalização de sistemas integrados.

II – COMPOSIÇÃO: Grupo pequeno, formado por 15 pessoas:

- Profissionais do SAMU do Vale, Campinas, São Paulo, Curitiba;
- Profissionais Bombeiros, Polícia Militar e Rodoviária de Goiás;
- 1 representante médico da Aeronáutica
- 1 representante do Conselho Municipal de Saúde - grupo de trânsito

III - ESTRUTURA/METODOLOGIA: Iniciamos com leitura da Portaria 824, conhecida vagamente pela maioria do grupo e devido às dificuldades conceituais observadas, a tônica foi inicialmente uma explanação sobre conceitos de Regulação, Hierarquização de serviço, havendo, ao final, consenso do grupo quanto à necessidade e importância da Regulação Médica.

IV - QUESTÕES DISCUTIDAS

1- QUANTO AO SAMU E BOMBEIROS

A relação atual expressa através das experiências dos serviços apresentados, os conflitos e aspectos positivos, principalmente na área da definição de competências, tendo como base a portaria 824.

2- QUANTO A PR E PM

Foram apontadas as dificuldades destes profissionais para atuação integrada à Saúde, principalmente na questão de capacitação de RH.

3- QUANTO ÀS FORÇAS ARMADAS

Discutidas formas de integração estando o papel bem delimitado conceitualmente

4- QUANTO AO SETOR PRIVADO

Não pode ser feita a discussão, embora tenham sido colocados problemas em relação à resistência do setor privado em garantir assistência a seus conveniados e o fato de utilizarem-se das ambulâncias do setor público principalmente para as transferências intermunicipais.

V - CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1- Considerando a implantação de Serviços de APH como integrantes de Sistemas de Urgência municipais ou regionais nas duas últimas décadas no Brasil, podemos constatar com o depoimento do grupo que estes serviços foram estruturados seguindo basicamente 2 modelos:

a) Centrais únicas e híbridas - onde existem num mesmo espaço físico profissionais da Saúde e os bombeiros, geralmente com regulação médica global do processo e geralmente com missão exclusiva de atendimentos ao trauma. Ex: SIATE, Curitiba, Goiânia, São Paulo, havendo no município outra estrutura desvinculada da regulação médica para o atendimento aos casos clínicos.

b) Centrais duplas ou individuais, classicamente, 192 X 193, ex: Campinas, Porto Alegre sendo o 192 com missão de atendimento a urgências clínicas e traumáticas, com as demandas totalmente reguladas no 192 e relativamente reguladas no 193 segundo protocolos informalmente pactuados entre as equipes. Sendo o exemplo de Campinas também com a incorporação de um setor de agendamento, desvinculado das urgências, supervisionado por Assistente Social.

2- Todos estes serviços foram implantados previamente à existência da Portaria 824 e portanto num cenário de construção incipiente do conceito de Regulação médica no Brasil, que precisou ser avançado dentro do serviço com a equipe de médicos, em alguns locais com algumas dificuldades:

a) Falta de respaldo do estabelecimento do profissional enquanto autoridade sanitária e com as dificuldades inerentes de uma insuficiente pactuação entre os parceiros, principalmente da rede Hospitalar, além das dificuldades com a Rede Assistencial Básica.

b) Do surgimento de um novo conceito contrapondo-se à lógica dos despachos dos serviços de Resgate, que historicamente vinham ocupando um espaço na sociedade, espaço este que a Saúde neste momento devidamente apropria-se e passa a responsabilizar-se por ele.

3- Embora neste contexto, sem um arcabouço político definido, o impacto pode visivelmente ser observado na redução da mortalidade por causas clínicas e traumáticas, constatadas pela observação da chegada ao hospital de casos que anteriormente teriam evoluído a óbito.

4- Num primeiro momento houve uma reação negativa por parte dos bombeiros, mais acentuadas em alguns locais, gerando polêmicas talvez pelo sentimento de ameaça quanto à perda de seu espaço.

Durante as inúmeras discussões em diferentes locais, é postura da Saúde deixar claro que não existe a intenção de competição, o reconhecimento que existem papéis diferentes e complementares e que nós necessitamos certamente da atuação específica no atendimento dos casos envolvendo aspectos de engenharia e apoio na atuação a nível de suporte básico de vida, sempre considerando como objetivo final as necessidades do paciente, respeitando-se a legislação vigente e desconsiderando aspectos corporativistas e sem fundamentação técnica.

ALGUMAS RECOMENDAÇÕES:

- 1.- Que todos os protocolos a serem estabelecidos, o sejam tendo como pré-requisito a regulação médica de todo atendimento de urgência e do Sistema de Urgência, preferencialmente de forma regionalizada, cabendo aos serviços municipais esta tarefa quando não organizados regionalmente.
- 2.- Considerando o conceito de integralidade no Sistema, até que se tenha maior amadurecimento, é pertinente preservar as peculiaridades e perfis epidemiológicos de cada local na estruturação de Centrais Reguladoras nos diferentes modelos citados, respeitando-se a questão das regulações médicas já citadas e incorporando todas as ferramentas de regulação disponíveis.
- 3.- Que é necessária a implantação de Sistemas de Comunicação nas centrais duplas tipo 192/193 que possibilitem a regulação médica de todos os chamados do pré-hospitalar, por tratar-se de competência exclusiva do médico o ato de avaliar gravidade e decidir sobre os recursos necessários a cada caso.
- 4.- Que as centrais de bombeiros submetam-se à regulação médica com a ressalva dos Sistemas de centrais híbridas de grandes metrópoles ou em locais de grandes déficits de

recursos que podem, eventualmente, possuir protocolos de liberação automática, desde que sejam em seguida monitorizadas completamente pelo médico regulador.

5.- Devem ser reforçadas as medidas de articulação com o COFEN no sentido de garantir a presença do enfermeiro nas unidades de suporte avançado.

6.- Foi sugerido que se revise o texto da portaria, retirando palavras que geraram polêmica, como o adjetivo “leigo” atribuído aos bombeiros.

7.- Que não seja formada uma nova categoria de profissionais socorristas mas que a função seja reconhecida pela Secretaria de Saúde para a realização de procedimentos não invasivos, cabendo ao COFEN posicionamento quanto aos procedimentos invasivos. Foi colocada outra proposta baseada na experiência do SAMU do Vale do Ribeira, que seria a formação completa dos motoristas ou bombeiros em aux./téc. De enfermagem.

8.- Reverter o quadro da resistência ao processo de forma a construir um consenso na integração através da discussão da Portaria 824 e discussão ampliada do conceito de regulação em seminários locais e regionais, envolvendo toda a comunidade, com o objetivo de obter a estruturação de Conselhos Gestores Regionais, com inserção efetiva de todos os atores.

9.- Polícia Rodoviária/Militar - convênios com municípios e Estados para ação assistencial junto com equipes de saúde no atendimento pré-hospitalar e capacitação de RH, vinculados à Regulação municipal/regional.

Coordenadoras: Arine Campos Assis

Margareth Ramos

Em 2000.

“SINOPSE DO PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DOS SISTEMAS E SERVIÇOS DE URGÊNCIA COMO OBSERVATÓRIOS DE SAÚDE E COMO ELEMENTOS ESTRUTURANTES DA PROMOÇÃO À SAÚDE”³

PROJETO CONJUNTO:

REDE BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO EM EMERGÊNCIAS - RBCE,
ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE – OPAS,
MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL

A Rede Brasileira de Cooperação em Emergências - RBCE, associação civil sem fins lucrativos, composta por técnicos e dirigentes do setor público brasileiro, vem desde 1995 trabalhando pela criação de bases para uma política pública nacional de atenção às urgências. Desde nosso III Congresso em Campinas, em 1997, começamos uma importante cooperação com a OPAS, resultando em vários momentos de intercâmbio e convergência de conceitos e ações.

No ano 2000, quando da realização de nosso IV Congresso em Goiânia, em debates com o Dr. Eduardo Guerrero, vislumbramos a necessidade e a oportunidade de concretizarmos nossa cooperação na forma de um projeto que abrangesse as linhas fundamentais de trabalho da RBCE e que resultasse na consolidação de conceitos e ordenamentos operacionais capazes de gerar a formulação de políticas e a organização de sistemas e serviços de atenção integral às urgências no Brasil e na América Latina, desta forma consolidando os sistemas de saúde pública na Região.

³ Texto da RBCE inserido como nota de rodapé nº 3 no corpo da dissertação

Em uma Reunião / Oficina na cidade de Campinas - SP, nos dias 27 e 28 de julho de 2000, elaboramos uma primeira versão do referido Projeto, o qual se constitui em torno a quatro eixos de desenvolvimento, orientados pelas diretrizes do SUS - Sistema Único de Saúde Brasileiro:

I - A organização de sistemas regionais de atenção às urgências, compondo redes de serviços com hierarquia resolutiva definida e com os conseqüentes perfis tecnológicos e de recursos humanos, orientados para a resposta integral às necessidades sociais em saúde. Tais redes abarcarão desde a atenção básica à saúde até a terapia intensiva e a reabilitação, envolvendo ainda o manejo de urgências coletivas;

II - O estabelecimento de complexos reguladores da atenção à saúde, englobando a definição e as interfaces das centrais operacionais (unidades de trabalho) de regulação médica das urgências, centrais de internações, consultas e exames especializados, acesso à rede básica, assistência social e defesa civil;

III - A constituição das urgências e centrais operacionais de regulação como observatórios de saúde, capazes de perceber de forma dinâmica as modificações do status de saúde da população, observar dinamicamente a performance da rede assistencial e assim retro-alimentar intervenções intersetoriais orientadas pela estratégia da promoção da qualidade de vida, como forma de enfrentamento das urgências;

IV - A capacitação técnica e política dos recursos humanos para a assistência e a gestão dos sistemas e serviços de atenção às urgências, firmemente orientados pela estratégia da promoção da qualidade de vida.

O desenvolvimento das pesquisas e a implantação / teste de campo dos produtos a serem desenvolvidos, serão realizados de forma descentralizada, em sete pólos representativos da complexidade brasileira, resultando progressivamente na implantação de todos os eixos em todas as regiões visadas - Regiões Metropolitanas de Porto Alegre, Belém, Belo Horizonte, Salvador, Campinas, Rio de Janeiro / Niterói e o Estado de Sergipe.

Sinopse Preliminar do Projeto, considerando principais temas de desenvolvimento e os objetivos assignados:

Eixo I - A organização de sistemas regionais de atenção às urgências:

Amparados pelo atual processo de regionalização em curso no SUS brasileiro, definimos o papel do atendimento das urgências em torno aos seguintes pressupostos:

- 1** – As urgências como espaço gerador de resposta equitativa ao imperativo da necessidade humana;
- 2** – As urgências como espaço privilegiado de observação do status de saúde da população e retroalimentador de estratégias promocionais da qualidade de vida, desenvolvimento de um sistema de informações integrado;
- 3** – A transição da atual condição das urgências de “pára-raios” do sistema para a condição de “placa distribuidora” de um sistema regionalizado, de direção colegiada, recursos integrados e com hierarquia resolutiva definida e responsabilização sanitária dos serviços;
- 4** – As urgências como um espaço de entrada do cidadão para o Sistema de Saúde – acolhimento das necessidades individuais dos cidadãos com resposta qualificada em prol de sua autonomia.

Assim sendo, estruturamos nossos trabalhos em torno a um esforço diagnóstico, conceitualizador e operacional, que engloba todos os níveis assistenciais da atenção às urgências, a saber:

- a- Rede de atenção primária à saúde;
- b- Serviços de pronto-atendimento ambulatoriais, não-hospitalares;
- c- Ambulatórios e serviços especializados de complementação diagnóstica;
- d- Serviços móveis de atenção às urgências;
- e- Portas hospitalares de urgência e sua retaguarda tecnológica;
- f- Serviços de internação hospitalar em seus vários níveis de complexidade;
- g- Enlace de comunicações e de regulação do sistema;
- h- Serviços e estruturas de apoio social, assistência social;
- i- Serviços e estruturas de apoio a atenção às urgências (policimento, bombeiros, defesa civil, etc.);
- j- Capacidade e recursos comunitários para redução e manejo das situações de urgência;
- k- Estratégias e políticas de promoção à saúde para enfrentamento das urgências.

O primeiro movimento em relação a este eixo, é um esforço de conceitualização e de diagnóstico de situação, abrangendo o funcionamento atual das redes de serviços e o fluxo seguido pelas populações nas regiões-alvo deste Projeto. Com isto queremos delimitar o que chamamos de “Figura Regional” atual do fluxo de atenção às urgências, sobre a qual iremos fazer um esforço de organização de sistema, a partir dos conceitos dominantes neste projeto, e que para este eixo, se referem à hierarquização resolutiva da rede e as bases para sua contratualização em relação aos objetivos de saúde populacional.

Portanto, o esforço principal será o de definir e construir um quadro de necessidades sociais em saúde da população da região, utilizando os dados de mortalidade e morbidade, e comparando com as ofertas de políticas e serviços, para identificar os *gaps* ou brechas existentes. Tal abordagem, centrada em necessidades, busca romper com o modelo atual de planejamento da saúde baseado em séries históricas de assistência e centra o esforço

organizador ao redor da satisfação das necessidades sociais em saúde e da melhoria do padrão da saúde de uma população definida.

A definição de hierarquia resolutiva será alicerçada na base demográfica abrangida, no volume de atendimentos realizados, na proporção de pacientes graves atendidos ou referidos e na disponibilidade e uso de infra-estrutura e recursos humanos (análise de eficiência). A adoção de padrões de orientação técnica assistencial e de resolubilidade deverá acompanhar essas definições de hierarquia, permitindo definir as necessidades de incorporação tecnológica e dimensionamento dos serviços.

Eixo II - O estabelecimento de complexos reguladores da atenção à saúde:

Coerentes com o processo pretendido pelo Ministério da Saúde de implantação de complexos reguladores do SUS nos Estados apontamos a necessidade de definir as unidades de trabalho desses complexos, abrangendo o ordenamento e a interlocução dos vários componentes da atenção integral às urgências e da saúde em geral, os quais foram identificados no eixo anterior, de modo que as centrais de regulação médica das urgências se conectem e operem integradas com as centrais de internações hospitalares, de acesso a consultas e exames especializados, de acesso à rede de atenção primária, aos serviços de assistência social, compondo um todo orientado por uma resposta imediata, integral e equitativa às necessidades humanas em cada momento de funcionamento do sistema de saúde.

Entendemos as centrais de regulação como centrais de “advocacy” pelos direitos do paciente, operando segundo o princípio de obter a melhor resposta disponível para cada necessidade em cada momento e numa perspectiva de melhorias contínuas das ofertas em relação às necessidades, ao longo do tempo, na medida em que as centrais de regulação operam como retroalimentadores do sistema de saúde (conceito de observatórios da saúde),

sem abrir mão de uma racionalidade que opere a alocação de recursos com maior retorno social.

Está clara a necessidade deste Projeto definir os conceitos e elementos fundamentais de regionalização, hierarquização, equidade, necessidades sociais em saúde, oferta de serviços em urgências, déficits assistenciais, macro e micro regulação do sistema de saúde, complexo regulador, centrais de regulação, regulação médica e telemedicina.

A regulação foi definida como uma ferramenta de potencial totalizador das ações do Sistema de Saúde, que tem como produto essencial a promoção da equidade de acesso da população a esses serviços, além do acesso a condições dignas de vida e saúde, através das estratégias intersetoriais de Promoção que devem se desencadear a partir dos elementos fornecidos pelo Complexo Regulador, que funciona como um Observatório dinâmico e vivo das condições de saúde da população, bem como da assistência a ela prestada.

Entendemos como obrigatório que este Sistema se estruture com o objetivo de atender às necessidades sociais em saúde da população e não, como tem sido até hoje, a partir das características pré-definidas de estrutura e financiamento do SUS. O diagnóstico das necessidades deve ser bastante preciso e elaborado a partir da observação das características demográficas, epidemiológicas, sócio-econômicas e de espacialização de uma determinada região. Tem-se também que quantificar e qualificar adequadamente as ofertas de serviços de Urgências, já que os instrumentos de cadastro hoje existentes não nos fornecem essas informações. A partir do confronto entre as necessidades diagnosticadas e os serviços ofertados, pode-se compor um quadro das deficiências existentes, dando-lhes visibilidade. A correção dessas deficiências deve nortear as ações de planejamento e implementação do Sistema de Atenção, com vistas a garantir acesso universal e equitativo para a população.

A assistência integral às urgências só pode se dar a partir da construção de sistemas regionais de atenção, onde estejam contempladas todas as necessidades assistenciais e

respeitadas suas complexidades. Os sistemas regionais deverão se constituir a partir da articulação racional de grupos de municípios, que pactuados entre si, acertarão fluxos de referência e contra referência para suas clientela.

Para tal, devem ser instalados complexos reguladores, constituídos por unidades de trabalho (centrais de leitos hospitalares, centrais de consultas especializadas, centrais de serviços de diagnóstico e terapêutica e procedimentos de alta complexidade, centrais de serviço social e centrais de atenção básica, além das centrais de urgência/emergência) que integradas entre si possam dar ao sistema a coerência que ele necessita, no que diz respeito ao fluxo, acesso e priorização na utilização dos recursos existentes. O conceito de regulação está ligado à figura do médico regulador que deve ter o preparo e autoridade para julgar as demandas e encaminhá-las da forma mais adequada. Tal trabalho deve realizar-se a partir de protocolos técnicos claramente definidos e compartilhados entre os vários atores envolvidos nos processos regulatórios.

Necessidades de definições operacionais – compartilhadas com o Eixo I:

- a- Definir as regiões assistenciais, levando em consideração aspectos do território, da população e de suas necessidades, da estrutura assistencial, da malha viária, perfil de gestão dos municípios da região, perfil de gestão do Estado, etc;
- b- Definir fluxos e hierarquia das unidades assistenciais do sistema regional (interinstitucional);
- c- Definir fluxos dentro de cada unidade assistencial (intrainstitucional);
- d- Definir os objetivos de cada unidade de trabalho do complexo regulador;
- e- Definir quantas, quais e onde se instalarão essas unidades;
- f- Definir os custos de instalação e manutenção de cada unidade de trabalho;
- g- Definir a composição das equipes de cada unidade de trabalho;

- h- Definir perfil e função de cada membro da equipe;
- i- Definir recursos físicos necessários para a instalação de cada unidade de trabalho;
- j- Definir sistemas de informação e comunicação;
- k- Definir critérios e instrumentos para a implementação da Telemedicina;
- l- Definir as instâncias gestoras;
- m- Definir as estratégias de sensibilização da sociedade (cidadanização).

Eixo III - A constituição das urgências e centrais operacionais de regulação como observatórios de saúde orientados para a promoção da saúde:

Os serviços de urgência constituem um “lócus” privilegiado de observação do estado de saúde da população, do comportamento destas populações na busca de resoluções dos problemas e da organização da atenção no que diz respeito, principalmente, à resolubilidade da rede de serviços. As urgências constituem assim a representação de uma realidade social, tanto em relação às necessidades da população, quanto ao grau de resposta organizada da sociedade e dos governos, para atender a estas necessidades.

Por outro lado, as urgências, por lidarem com situações que provocam sofrimento, angústia, crise e conflitos, oferecem a oportunidade de uma maior visibilidade das situações, o que leva os definidores das políticas públicas a uma maior sensibilização, permitindo a ampliação do espectro de atores a utilizarem as informações coletadas à nível das urgências, para fins de um redirecionamento dos processos de planejamento e do modelo assistencial, viabilizando a adoção de políticas estratégicas que permitam aos indivíduos e coletividades ter as condições para acederem à saúde não como objetivo, mas como “a fonte da riqueza da vida cotidiana” (carta de Ottawa, 1986).

Nesta perspectiva, tem-se de considerar o potencial dos serviços de urgência para promover a saúde, que se traduz pela possibilidade de manter e aumentar a autonomia dos indivíduos, incluindo o aumento da sobrevida com capacidade. Esta conceituação ampliada de promoção remete à necessidade da responsabilização sanitária, entendida como a definição de ações e atividades em um território definido, conhecimento das realidades locais, entendimento dos fatores determinantes das condições de saúde e busca de soluções das causas dos problemas, que não se restringem à situação sanitária, mas à existência de condições que assegurem meios favoráveis à saúde e que exigem uma ação coordenada de todos os atores envolvidos, isto é, uma ação intersetorial.

As ações potencialmente redutoras dos problemas de saúde estão distribuídas nos vários setores organizados da sociedade e no comportamento dos indivíduos. É necessário frisar que a Promoção da saúde, conforme tem sido demonstrado em vários estudos, contribui efetivamente para a melhoria das condições de vida e saúde da população, desde que sua compreensão, planejamento e execução sejam aderentes ao conceito de equidade social.

As mudanças nos quadros epidemiológicos da saúde colocam em evidência a estratégia de promoção, o que significa garantir acesso universal a todos os serviços de atenção, implementar a modificação dos fatores determinantes, estimular as mudanças de valores, crenças, atitudes e relações, de forma a chegar à produção e usufruto dos bens e serviços (Carta de Bogotá, 1992), consonante ao entendimento da relação entre saúde e desenvolvimento. A promoção da saúde se apoia na compreensão das necessidades fundamentais do ser humano, quer materiais, quer espirituais, traduzidas em qualidade de vida.

Várias são as tentativas de incorporação do conceito e das práticas de promoção em saúde, vários são os documentos que explicitam a importância e a factibilidade deste processo (municípios saudáveis, desenvolvimento sustentável, etc.). No entanto, no Brasil, apesar da

disseminação destas propostas, poucas tem sido as experiências que permitam avaliar concretamente o seu êxito.

Entende-se que uma das dificuldades reside na indisponibilidade de informações confiáveis e ágeis que permitam um redirecionamento das ações em curso, o que as urgências podem oferecer de pronto, identificando os fatores condicionantes e permitindo a implantação de uma política de promoção da saúde que busque a identificação dos obstáculos e as alternativas para sua redução ou eliminação, adaptadas às realidades loco-regionais e às possibilidades concretas de cada região.

O êxito de ações de promoção passa pelo entendimento e apropriação pelos atores envolvidos, da necessidade de se combinar enfoques diversos, complementares, nos quais se incluem legislação, medidas fiscais, sistema tributário e mudanças organizacionais e de atitudes.

As necessidades conceituais identificadas incluem:

- a- Disseminar o conceito de promoção como políticas/ações/atividades que devam compor uma agenda política social, visando a manutenção e recuperação da autonomia, daí estar presente em todas as fases da saúde e da doença;
- b- Considerar a promoção como um redutor das desigualdades sociais e um elemento essencial para o desenvolvimento da saúde, permitindo que as pessoas tenham maior controle sobre sua saúde e conheçam os meios de melhorá-la;
- c- Entender a proposta de regionalização não apenas em função da disponibilidade de recursos existentes, que refletem erros históricos de desigualdades alocativas, mas como um reflexo dos fluxos dinâmicos dos grupos populacionais e das suas necessidades;
- d- Assumir as emergências como “observatórios” da representação da realidade, levando um novo olhar sobre as emergências e sua inserção na vida das comunidades, buscando

reconsiderar a definição e identificação das urgências do ponto de vista do paciente, não apenas do ponto de vista do profissional médico, levando-se em conta que quatro são as categorias de demandas que convergem para as urgências:

- Aquelas situações identificadas pela percepção de perigo de morte, sofrimento ou desconforto (incluindo as situações clínicas, traumáticas e psiquiátricas);
- Os “escapados da atenção primária”, que não obtiveram acesso ou não têm confiança e/ou resolubilidade na APS;
- As urgências sociais;
- Pacientes crônicos agudizados e idosos.
- Entender a intersetorialidade em toda sua complexidade de relação e determinação de poder e campo de conflitos.

Assim sendo, o Eixo III objetiva:

1. Implantar mecanismos de utilização das informações de demandas aos serviços de urgência/emergência em observatórios de saúde, buscando redirecionar a demanda, através da instrumentalização do processo de planejamento e processo decisório de políticas sociais;
2. Captar e processar as informações da clientela atendida ao nível das unidades de emergências;
3. Criar “salas de situação” que permitam regular e monitorar os problemas das urgências/emergências;
4. Sensibilizar atores (sociedade, governos) para os fatores causais dos eventos que chegam às emergências, considerando sua intersetorialidade;
5. Implantar protocolos e sistemas de informação que permitam a visibilidade e a compreensão dos processos em tempo real dos acontecimentos;

6. Identificar indicadores de acompanhamento e avaliação;
7. Implantar projetos piloto, utilizando eventos sentinelas, que permitam o monitoramento destes eventos e a comparação com outras regiões;

Estratégias a serem adotadas:

- O projeto será definido a partir do conhecimento das necessidades sociais, da oferta de serviços e suas tendências (conforme apontado no Eixo I). Desta maneira serão identificadas as “brechas” do sistema que têm levado às demandas atuais das emergências, possibilitando o redirecionamento e ordenamento da atenção;
- Conceber o observatório dotado de um sistema informatizado ágil e processado diuturnamente, em uma concepção de vigilância da saúde que permeia todo o processo, incluindo os acontecimentos do ambiente, como fator importante na determinação da qualidade de vida, permitindo respostas imediatas do sistema. Para tanto estabeleceremos uma cooperação técnica ativa com a Unidade de Análise de Tendências de Saúde, do Ministério de Saúde Pública de Cuba;
- “Entendendo qualidade de vida como resultado de políticas públicas e desenvolvimento da sociedade, onde os determinantes sócio-ambientais se manifestam como atributo dos atores” (Rocha, A.D. et al., 2000);
- Sensibilizar, através de instrumentos de divulgação, seminários, etc., os atores envolvidos no processo, buscando a capilaridade para a comunidade;
- Monitorar os sistemas informativos das urgências;
- Treinar pessoal para a nova concepção das urgências;
- Subsidiar os processos de planejamento estratégico;
- Incluir na agenda política a noção de promoção, não como uma retórica, mas como um propulsor da qualidade de vida.

Eixo IV - a capacitação técnica e política dos recursos humanos para a assistência e a gestão dos sistemas e serviços de atenção às urgências:

A reorganização do sistema centrada no estabelecimento de políticas públicas de saúde e priorizando as necessidades sociais da população, conduzirá, inevitavelmente, para uma prática de saúde de onde surgirão novas relações entre os profissionais, o sistema e os indivíduos.

Não se pode conceber esta reorganização do sistema sem que, concomitantemente, se invista em uma nova política de formação de RH e em um processo permanente de capacitação.

A experiência de quem está capacitando profissionais do sistema público de saúde é de que a quase totalidade dos profissionais que trabalham no sistema tem uma visão fragmentada. A grande maioria desconhece os elementos que compõem a estrutura do sistema e, menos ainda, as diretrizes políticas e organizacionais do SUS. Quando falamos em conhecer, estamos nos referindo não a recitar conceitos teóricos, mas no desenvolvimento de capacidade analítica e de intervenção sobre realidades complexas, possibilitando uma visão integral sobre o próprio sistema.

Dentro desses dois pressupostos, formação e educação permanente, como um processo capaz de desenvolver no indivíduo e no grupo a que ele pertence, a capacidade de analisar criticamente a sua realidade, decidindo ações conjuntas para resolução dos problemas e modificando situações, podemos definir inicialmente os objetivos do projeto a ser desenvolvido.

Objetivos:

- Melhorar a qualidade dos serviços de urgência nos diversos níveis do sistema, mediante processos educativos;
- Melhorar a resolubilidade dos problemas prevalentes e dos problemas mais graves (constituição da cadeia pela vida);
- Fortalecer o compromisso profissional com a saúde da população.

Etapas iniciais para o projeto:

1 - Pesquisa - Perfil do profissional da urgência (centrada na hipótese de que há uma enorme desprofissionalização e desmedicalização dos serviços de urgência):

Como atividade prioritária seria necessário estabelecer um diagnóstico claro sobre os profissionais que atuam nas urgências e emergências e nos diversos níveis do sistema.

Esses profissionais, por trabalharem diretamente com as complexas relações humanas e sociais, precisam desenvolver capacidades profissionais e pessoais que extrapolam a mera racionalidade técnica. O Projeto tem por objetivo transformar práticas e atitudes profissionais e isto só será possível através de processos de capacitação capazes de mudar comportamento.

Neste sentido, saber quem é e como pensa o profissional da equipe de urgência e emergência é informação fundamental para a construção dos conteúdos, escolha dos métodos e elaboração de estratégias de um programa educacional.

Para tanto será necessário identificarmos:

- . Quem é o profissional da urgência e emergência?
- . Qual a sua formação?
- . Como ele se vê inserido no contexto do sistema de saúde ao qual ele pertence?
- . Quais os motivos que o levaram a trabalhar com urgência e emergência?
- . Quais são suas expectativas profissionais (salário e carreira)?

- . Quais as condições de seu local de trabalho?
- . Quais os meios e recursos de que dispõe?
- . Se ele estabelece algum tipo de relação com comunidade?
- . Como percebe as necessidades de saúde da população?

Para estabelecer o diagnóstico dos trabalhadores da urgência e emergência pode-se utilizar as seguintes alternativas:

- . Elaborar instrumento de levantamento de dados (questionário), a ser respondido pelos profissionais e chefes de unidades de urgência e emergência.
- . Usar estudos setoriais já elaborados, como o da SBC, SBOT, CFM, COFEN, etc.

Não podemos esquecer que o diagnóstico do perfil se fará sobre os profissionais existentes, no entanto, no processo dinâmico de mudanças que se quer instituir, novos atores surgirão: reguladores, auxiliares de regulação, observadores de saúde, entre outros. Para estes, o Projeto estabelecerá os mecanismos de estudo sobre o perfil e o conhecimento que eles precisam adquirir, bem como os processos de formação necessários.

2 - Selecionar conteúdos e temas dos módulos de capacitação:

Depois de estabelecido o perfil e feito o diagnóstico das necessidades dos profissionais, se procederá à seleção dos conteúdos e temas dos módulos de capacitação e à elaboração de manuais e protocolos técnicos, com possibilidade de adaptação às diferentes realidades e de acordo com a orientação pedagógica adotada.

3 - Definir orientação pedagógica e métodos e técnicas de ensino-aprendizagem:

Considerar neste item o tipo de aprendizado esperado podendo haver uso concomitante de diferentes metodologias, sendo prevalente a problematizadora, uma vez que ela é instrumento facilitador da aquisição de conhecimentos que exigem formulação, análise e reflexões mais complexas, em cenários de sistemas e serviços de atenção às urgências, dentro da complexidade do SUS e orientados pela estratégia de promoção da qualidade de vida.

Outra estratégia que podemos pensar em utilizar, se pretendemos atingir um número significativo de profissionais, é a educação à distância, enfatizando que esta opção metodológica não é substitutiva, mas sim alternativa.

4- Elaborar estratégias de ordenamento da formação dos profissionais das urgências:

O resultado da pesquisa deverá subsidiar os órgãos formadores no processo de mudança necessário também na formação dos profissionais. Assim, seria fundamental construir parcerias com órgãos formadores, além da criação de Centros Regionais de Educação em Urgências, enquanto espaços interinstitucionais, congregando necessidades e dificuldades, num esforço conjunto para a resolução.

A capacitação dos profissionais que estão no sistema deve ser feita de forma sistemática e permanente, na concepção de educação continuada, sempre incorporando novas soluções para que sua ação possa ser transformadora da realidade, considerando os trabalhadores como instituintes e instituídos no sistema regional de atenção às urgências. Dentro desta lógica, o Projeto contemplará a concepção dos Centros Regionais de Educação.

Percebemos a necessidade de:

- Conceitualizar e/ou revisar a idéia de educação baseada em políticas públicas de saúde, problematização, estratégias de integração educação/trabalho, educação permanente, estratégias de habilitação/ formação;
- Conceber e projetar os Centros Regionais de Educação em Urgências;
- Compor estrutura pedagógica e de conteúdos para toda a gama de profissionais e leigos envolvidos;
- Educar para a promoção.

Cronograma Provisório do Projeto Geral (dentro do qual ocorrerão variações conforme os eixos de desenvolvimento, ocorrendo também o deslizamento de uma fase sobre a outra conforme os processos que se estabelecerão em cada região selecionada):

- De outubro de 2000 a janeiro de 2001: conceitualização geral e elaboração dos métodos e instrumentos para as pesquisas diagnósticas.
- De março a junho de 2001: desenvolvimento das etapas diagnósticas.
- De março a agosto de 2001: desenvolvimento das bases das políticas públicas e estratégias decorrentes da aplicação conceitual, orientações operacionais dos instrumentos, pactuações visando implantações.
- De julho a dezembro de 2001: implantação dos projetos nas regiões selecionadas, testando operações e instrumentos, capacitando os agentes encarregados.
- De janeiro a dezembro de 2002: implementação e monitoramento do Projeto, estabelecendo a documentação da sistematização do Método e realizando avaliações dos resultados.
- De janeiro a setembro de 2003: difusão dos resultados e busca de novas áreas de expansão do Projeto no Brasil e América Latina.

Coordenação Geral do Projeto:

Dr. Armando De Negri Filho - pela RBCE.

Dr. Claidir de Paoli - pelo Ministério da Saúde do Brasil.

Dr. Eduardo Guerrero – pela OPAS.

A OPAS viabilizará as etapas técnicas, através do suporte aos seminários do grupo de desenvolvimento do Projeto, apoiará tecnicamente e auxiliará a busca de recursos complementares de financiamento do projeto com outras agências.

Cabe a RBCE participar com seus técnicos e viabilizar os espaços de desenvolvimento dos trabalhos.

Responsáveis pela elaboração e desenvolvimento do Projeto:

- 1- Dr. Eduardo Guerrero - Consultor da OPAS, Brasília.
- 2- Dr. Claidir de Paoli - Coordenador do Depto. de Organização e Regulação da Assistência da SAS/ Ministério da Saúde do Brasil.
- 3- Dr. Armando De Negri Filho - Secretário Geral da RBCE / SAMU de Porto Alegre – RS.
- 4- Dr. Itajaí Albuquerque - Membro da Executiva da RBCE / Diretor HPS de Belém – PA.
- 5- Dr. Helvécio Magalhães - Membro da Executiva da RBCE / SES - MG.
- 6- Dr. Roberto Gurgel - Membro da Executiva da RBCE / Hospital João Alves Filho – SES - SE.
- 7- Dra Zilda Barbosa - Membro da Executiva da RBCE / DIR Campinas, SES - SP.
- 8- Enf. Rosane Ciconet - Coordenadora do Núcleo Temático de Pré Hospitalar Móvel da RBCE / Gerente SAMU de Porto Alegre – RS.
- 9- Enf. Lígia Soares - Coordenadora do Núcleo Temático de Recursos Humanos da RBCE / Coordenadoria de Saúde do Interior da SES - SP.
- 10- Dra. Arine Assis - Coordenadora do Núcleo Temático de Cooperação Internacional da RBCE / Gerente do SAMU de Campinas – SP.
- 11- Dr. César Macedo - Coordenador do Núcleo Temático de Atenção Básica e Urgências da RBCE / SMS de Niterói – RJ.
- 12- Dr. Flávio Adolpho da Silveira - Coordenador do Núcleo Temático de Hospitais e Urgências da RBCE / Diretor do Hospital Salgado Filho - SMS da Cidade do Rio de Janeiro – RJ.
- 13- Dra. Joselita Nunes - Coordenadora do Núcleo Temático de Promoção da Qualidade de Vida e Enfrentamento das Urgências da RBCE / UFBA e SES – BA.

14- Dr. Paulo de Tarso Abrahão - Coordenador do Núcleo de Desenvolvimento Regional de São Paulo - Região Metropolitana da RBCE / Coordenadoria de Saúde da Capital e PCM, SES – SP.

Em 2000.

**DOCUMENTO DE TRABALHO APRESENTADO COMO
SUBSÍDIO PARA A OFICINA DE REGULAÇÃO – RBCE**

SAS/MS

Brasília 01 e 02 de junho de 2000

**A REGULAÇÃO COMO TEMA EMERGENTE DA REFORMA
SANITÁRIA BRASILEIRA⁴**

Autor: Dr. Armando De Negri Filho

Secretário Geral da Rede Brasileira de Cooperação em Emergências – RBCE

Assessor Técnico do SAMU de Porto Alegre

Mestre em Epidemiologia pela UFPEL

Doutorando em Administração pela UFRGS

Professor Adjunto de Saúde Coletiva da ULBRA

1 . Modelo Assistencial x Modelo de Gestão, o processo de regulação como resposta às necessidades sociais de forma equitativa.

Para enfrentarmos o tema, temos que afrontar a compreensão ainda hegemônica da regulação a partir de um viés centrado no modelo de gestão, em detrimento da assunção de um novo modelo assistencial proposto pelas diretrizes do SUS e centrado na resposta equitativa às necessidades sociais em saúde.

Estabelecendo a abordagem da regulação como uma regulação social, centrada na relação necessidades x ofertas disponíveis x ofertas necessárias -(perspectiva estratégica de resposta à integralidade e totalidade requerida pelas necessidades), que tenham apoio social,

viabilidade técnica e financeira. “Resposta às necessidades fundada no espírito da seguridade social, formulando políticas públicas pela lógica do direito à saúde e não meramente da necessidade.....equidade horizontal e vertical....igual utilização por igual necessidade....as prioridades na distribuição de cuidados devem ser, por sua vez, definidas com o objetivo de alcançar uma distribuição mais eqüitativa da saúde dos indivíduos.”

A regulação social deve primar pela melhor resposta possível às necessidades dos cidadãos, dentro do marco do direito universal à saúde. A regulação se orienta pelo princípio da equidade.

O procedimento diagnóstico da realidade, permite estabelecer prioridades de intervenção segundo o peso e transcendência das necessidades não satisfeitas, as quais se apresentarão sistematicamente como os nós da regulação do sistema e cuja cronicidade deve ser alvo da intervenção sustentada das políticas públicas. Exemplo notório é a tentativa de administrar a escassez de leitos em certas regiões onde é crônica a desproporção entre demandas e ofertas, levando o sistema a um esgotamento pela persistência da improvisação e a banalização do caos - gerando uma imagem altamente desgastada do SUS.

Em síntese, se trata de compor uma visão de totalidade (de políticas de saúde, expressas em metas de status da saúde da população), em detrimento de ações fragmentadas (políticas de serviços, cuja contabilidade se estabelece na quantidade e produção de serviços). A regulação social da saúde deve almejar a articulação da totalidade, com um olhar voltado para a qualidade de vida / saúde da população.

Estabelecer uma regulação social do SUS, defensora da universalidade e operando pela equidade nas suas respostas imediatas e prospectivas, significa prover uma visão de totalidade do SUS - oportunidade dos cidadãos apreenderem a visão efetiva de sistema, com

⁴ Texto da RBCE incluído como nota de rodapé nº 4 no corpo da dissertação.

os seus problemas, mas um sistema em suas intenções e possibilidades e, portanto passível de defesa e de aperfeiçoamento sistêmicos.

A implantação efetiva da regulação social do SUS pode de marcar uma nova e poderosa fase de consolidação do Sistema Único Brasileiro.

2 . Macroregulação -regulação entre os quatro pólos propostos por Contandriopoulos, como processo formulador de políticas públicas.

Segundo Contandriopoulos: “....A regulação do sistema de saúde é permanentemente a consequência da tensão que existe entre as quatro lógicas de regulação: a lógica do mercado, a lógica tecnocrática, a lógica profissional e a lógica política. Cada uma destas lógicas corresponde à racionalidade dominante de um dos quatro grupos de atores - a população; os organismos pagadores e o aparelho governamental; os profissionais e as organizações em que trabalham e o Estado - cujas interações e trocas , na ocasião do tratamento do problema de saúde de uma pessoa em uma sociedade, delimitam e estruturam o sistema de saúde.”

A regulação, como exercício social orientado ao interesse público, é antes de tudo o produto da concertação entre todos os atores sociais envolvidos - gestores, usuários e prestadores de serviços, dentro dos parâmetros estabelecidos pelas diretrizes do SUS e dos ditames da ética em saúde, sob a égide da saúde como um direito de cidadania, um bem público e um dever essencial do Estado (ao qual cabe a defesa dos interesses públicos plasmados na Constituição de 1988).

Do processo de concertação (o qual necessita de instância formal de exercício - comitês gestores submetidos às instâncias deliberativas do SUS, por exemplo), devem emergir princípios de autoridade e, portanto poderes constituídos para a operação dinâmica e imediata das respostas às necessidades dos cidadãos (inclusive de um sistema de ouvidoria que desse guarida imediata aos problemas não manejados adequadamente pelos serviços e pelas centrais

de regulação). Este processo certamente resultará na necessidade de suporte legislativo nas cidades e estados, quando não em âmbito nacional - atentando ao âmbito de jurisdição de cada nível legislativa.

A regulação econômica centrada nos mecanismo de acesso ao mercado de saúde - (entendido como gastos sociais em saúde e suas externalidades), abarca desde o dimensionamento e direcionamento do gasto de bolso do consumidor - planos e seguros privados, gastos avulsos com honorários, gastos com medicamentos - balcão de farmácia, etc., até os processos estruturais e mercado industrial e financeiro, de produtos e serviços:

- regulação de preços e qualidade de serviços e produtos (temos o exemplo importante da proposta de trazer para as prerrogativas do Ministério da Saúde a regulação dos preços dos medicamentos),
- análise de custos nacionais (como a Missão PMSI do Governo Francês),
- regulação do processo de incorporação tecnológica - cartas sanitárias,
- papel das autoridades regionais e federais na regulação desses componentes ,
- pactuação de valores de honorários - acordos que envolvem profissionais e governo...
- resgate de recursos da saúde “privatizados” em outros setores de atividade como o exemplo dos recursos do DPVAT, as parcelas dos pedágios e taxas de transporte coletivo e de cargas, etc.,
- constituição de Agenda Nacional de Regulação da Relação Público - Estatal - Privada no âmbito do SUS, sob a égide do direito público.

3 . O Complexo regulador como expressão das diretrizes do SUS e dos acordos da macroregulação - operando em centrais de regulação diversas, necessariamente interligadas e com uma supervisão de sistema operando nos controles fiscalizatórios dos compromissos sistêmicos e ajustes prospectivos frente às necessidades - ajustes de curto, médio e longo

prazos, de acordo com a leitura estratégica do balanço de necessidades e ofertas, sempre com a orientação de **política de saúde - avaliada em termos de impacto sobre o status de saúde da população e na relação custo social / benefício social**, sob a égide da estratégia de promoção da qualidade de vida com redução das iniquidades (evitando as medidas regressivas). A relação com os agentes prestadores de serviços e com os gestores deverá expressar a sua concertação dinâmica através de instrumentos de contratualização centrados nos resultados a serem alcançados em termos de indicadores de saúde, como expressão da melhor disposição e produtividade dos recursos existentes, relacionando contrato de resultados / produtos e orçamentação das atividades necessárias para atingir os resultados almejados.

O complexo regulador se constitui da integração conceitual e operacional de centrais de ordenamento de respostas eqüitativas, pois centrada na melhor resposta às necessidades hierarquizadas dos cidadãos.

Este complexo regulador será constituído de unidades de trabalho gerais (centrais), que ordenarão os fluxos gerais de necessidades / respostas - tais como o fluxo das urgências e, das demandas eletivas de Atenção Primária, de Atenção Especializada e de Internações, além das demandas de assistência social, de ouvidoria e de defesa civil.

As unidades de trabalho procurarão ser polivalentes no uso dos seus recursos, prevendo no seu interior as divisões de unidades de trabalho especializadas (como oncologia, obstetrícia, etc., expressa na forma de protocolos de operação e na gestão inteligente de recursos feita por profissional médico orientado e capacitado) . Posto que uma paciente de obstetrícia, por exemplo, necessita um acolhimento integrado entre os fluxos de urgência, acesso a leitos, Exames, APS.....ou seja deve ser acolhida por unidades de trabalho gerais capazes de dar a melhor resposta integrada e portanto econômica do sistema.

Em todo o caso, o regulador - médico sempre que se trate de regulação de recursos que envolvam médicos ou decisões médicas, terá que atuar como o advogado do paciente, no sentido de “advocacy” pelo paciente, advogando pela melhor resposta às necessidades de cada paciente, sem perder a noção de balanço de necessidades relativas - prioridades do conjunto de demandas existentes (combinando universalidade e equidade - acolhimento universal e respostas conforme hierarquia de necessidades).

Temos sempre que distinguir entre o Modelo Político de Saúde ou Modelo Assistencial desejado e o enfoque sistêmico da resposta assistencial inspirada nesse Modelo Político. Pois se o Modelo Político de Saúde incorpora em seu “que fazer” um enfoque orgânico da política pública frente à complexidade, a dimensão intrinsecamente conflitiva e o “caos” dos processos sociais, a resposta assistencial concreta exige para sua operação um enfoque sistêmico, com controles e monitoramentos das respostas dos agentes e componentes da organização, devidamente orientados pelos pilares do Modelo Político de Saúde ou Assistencial almejado.

Entendemos o ato de Regular como forma de responder às necessidades dos cidadãos segundo a melhor oferta disponível, sem descuidar de documentar as ofertas não disponíveis, na perspectiva de afirmá-las como objetivos estratégicos. Os espaços de regulação se constituem assim em observatórios privilegiados do funcionamento do sistema, potenciais espaços de um planejamento ascendente e dinâmico.

Coerentemente com essa visão sobre a regulação, temos que operar com inteligência na porta de entrada e saída do sistema, compondo observatórios de saúde nas portas de entrada e nas saídas do sistema (controle qualificado de altas), com o uso sistemático de salas de situação para formalização e análise das informações e sustento de decisões em cada locus de operação das centrais e dos serviços como partes de um sistema (integração do conjunto

das salas de situação nos setores de planejamento e macroregulação dos sistemas municipais e/ou regionais/ estaduais).

Devemos prestar muita atenção ao financiamento, à doutrina e à operação integrada das centrais ou unidades de trabalho que compõem o complexo regulador, pois elas não são apenas instrumentos de um modelo de gestão, são estratégias de conversão do modelo assistencial, se assim não o forem se transformarão em balcões, em aparatos burocráticos despersonalizados, concentradores de respostas negativas e portanto espaços de desgaste para o SUS.

4 . A micro regulação ou a operação cotidiana da relação entre necessidades (demandas) e as ofertas imediatas e prospectivas (reordenamento dinâmico)

Se tomarmos as necessidades imediatas (urgências ou pronto - atendimentos) como pontos de pressão por respostas imediatas (ajustes imediatos da relação necessidades x ofertas, onde se afere a orientação e capacidade sistêmicas - universalidade / acolhimento, integralidade / resolubilidade, equidade horizontal e vertical), temos o locus de tensionamento máximo do processo regulador e sobre o qual temos que devotar nossos maiores esforços sistêmicos. É primordial tomarmos as necessidades imediatas como referência, pelo potencial desorganizador que elas têm sobre o funcionamento geral do sistema e sua visibilidade como marcadoras do sucesso ou fracasso do SUS (questão essencial para a sobrevivência política do sistema e seu empoderamento nos processos negociais de macro e micro regulação).

Rompemos assim uma certa hegemonia do que é eletivo para fins de ordenamento do SUS, o que significa equilibrar a oferta resolutiva da urgência com a progressiva normalização da oferta programável, mas como um processo articulado e simultâneo - investimentos sobrepostos, com resultado econômico em médio prazo e impacto real sobre o

modelo assistencial somente em longo prazo (pelo menos cinco anos após implantação efetiva).

Ao propormos a retirada da urgência do seu locus de marginalidade e fatalismo sistêmico, propomos que as portas de urgência sejam entendidas como portas de entrada e saída do Sistema, onde os serviços de urgências deixam de ser pára-raios para se tornarem plataformas de distribuição do sistema. Entendemos aqui urgências como toda situação onde se apresenta o imperativo da necessidade humana, seja ela real (comprovada pelo médico) ou presumida (percebida pelo cidadão como urgência), não cabendo distinção entre essas duas condições para fins de restrição ao atendimento, mas apenas para fins classificatórios para tempo de espera.

Talvez adotando a divisão e percepção das necessidades de pacientes agudos e crônicos e de pacientes necessitando de apoio social e sanitário, possamos conceber o modelo de sistema como tendo duas portas de entrada principais - a APS e os serviços de urgência, e tratemos de identificar os pontos que demandam regulação para fins de resposta hierarquizada às necessidades e ordenamento de fluxo resolutivo.

No caso dos pacientes agudos em geral, e particularmente dos agudos graves, a velocidade de resposta adequada e resolutiva será o principal parâmetro de regulação, enquanto os pacientes não-agudos deverão ter um acolhimento protetor que garanta sua conexão com o sistema através de uma programação sistemática, com um olhar de equidade sobre as filas, administrando os tempos de espera segundo a necessidade relativa de cada paciente e de cada coletivo de pacientes identificados por condições semelhantes. Buscaremos assim evitar o princípio de ordem de chegada em fila única para ordenarmos um princípio de diferentes necessidades compondo diferentes tempos de espera, através de protocolos públicos que estabeleçam critérios transparentes que assegurem pacientes e profissionais reguladores.

Assim sendo, ao pacientes eletivos também deverão estar submetidos ao critério da necessidade relativa - é absurdo operar as centrais de internações como filas eletrônicas por ordem de chegada, dentre os eletivos haverá que se dar prioridade em uma equação que combine potencial de evolução negativa, com potencial de recuperação funcional e perspectiva de sobrevida, onde os ajustes necessários para a redução do tempo de espera em filas poderá ser operado de maneira dinâmica (onde os mutirões têm um lugar específico, mas certamente não exclusivo). Ou seja, as centrais que atendem pacientes eletivos têm que possuir a inteligência clínica e epidemiológica necessárias para operar dentro das restrições do sistema de maneira a manter um olhar estratégico no horizonte sanitário e social, ao mesmo tempo em que valorizam cada caso em seu contexto de imperativo da necessidade humana. Eventualmente dizer não à demanda imediata, mas precisar uma data para uma intervenção segura e resolutiva, parece ser a moeda de confiança que devemos à população frente às demandas eletivas.

A abrangência regional dos complexos reguladores deverá inicialmente respeitar o fluxo já existente dos pacientes, podendo progressivamente corrigi-los para fins de maior acesso e facilidade da continuidade da atenção, sabendo que muitas vezes a regionalização terá abrangência interestadual. Com a constituição dos complexos reguladores regionais, o diálogo entre estes complexos vai permitir o balance da oferta e o apoio inter regional, sob a égide da pactuação entre gestores municipais e estadual.

Cabe aos gestores estaduais, em conjunto com os municipais, a avaliação permanente dos complexos reguladores regionais, através do desempenho de indicadores de síntese capazes de espelhar a performance do Sistema e dos seus componentes, retroalimentando e provocando a resposta qualificada e sustentada do sistema. Do ponto de vista político e econômico, não cabe ao Estado manter centrais de regulação próprias, mas sim compor centrais regionais com os municípios e garantir a avaliação geral dos Complexos Reguladores

e suas relações, à luz dos resultados em termos de saúde das populações. O Estado poderá emular um complexo regulador regional (possivelmente o da Capital), para atuar com funções estaduais, para aquelas ofertas de referência estadual.

5 . O ordenamento de espaços reguladores para a garantia da primazia das necessidades dos cidadãos - o imperativo da necessidade humana

O espaço das centrais de regulação médica das urgências:

In put:

- pedidos de socorro chegando às centrais de regulação de urgências (pressupondo autoridade sanitária do médico regulador).

Out puts possíveis com as condições necessárias para o exercício da regulação:

Para o aconselhamento e orientação:

- conhecimento e critério de territorialidade (responsabilidade sanitária sobre territórios/populações) e resolubilidade dos serviços de APS e pronto - atendimentos, com quadro de funcionamento atualizado (escalas e horários detalhados), acesso secundário à central de agendamento de APS.

- acesso secundário a serviços de consultas e diagnóstico complementar especializados

- acesso secundário a central de internações (demandas não - urgentes)

- acesso secundário a central de serviço social

- acesso a central de transporte sanitário (otimizando o cuidado sócio - sanitário e a resolubilidade da APS)

Para a atenção pré-hospitalar às urgências

- conhecimento da totalidade de recursos móveis em disponibilidade operacional imediata, incluindo serviços civis (SAMU's, SOS, etc.), serviços de bombeiros e policiamento em geral, - incluindo as rodoviárias e serviços privados - os quais estão sob regulação pública conforme a Portaria 824/99.
- linha direta com o complexo da defesa civil (incluindo INFRAERO)
- acesso direto à situação das urgências (variáveis possíveis - número de macas, tempo de espera por leito / por especialidades).
- acesso à central de internações, para acesso a leitos de urgência/ UTI's e retaguarda hospitalar em geral.
- acesso e/ou composição de uma planilha regional com a totalidade dinâmica dos serviços de urgência e outros existentes, com hierarquia resolutiva definida e territorialização (portes por base demográfica qualificada com indicadores epidemiológico e sócio-econômicos, fluxo de pacientes e proporção de graves).
- lembramos que a regulação médica das urgências busca garantir o acesso do paciente até a porta de entrada de urgência adequada à necessidade, não regulando inicialmente a existência do leito (erro freqüente e seguidamente fatal para o acolhimento exitoso do doente grave ou potencialmente grave se trata da abolição do conceito de "vaga zero").
- monitoramento do tempo - resposta, da permeabilidade e prontidão das portas de entrada.

Sobre a demanda que chega aos serviços de urgência ou de APS como demanda imediata, podendo ser situações agudas ou eletivas (programáveis)

Pressupostos: acolhimento universal por profissional de saúde - triagem classificatória para tempo de espera estabelecido e segurança dos mais graves.

Agudas gerando demandas programáveis em APS (pacientes acolhidos em APS e em urgências)

- controle marcação imediata de consulta.

- controle tempo máximo para exames complementares programados na urgência para avaliação em APS.
- controle tempo máximo de espera pela consulta.
- realização efetiva da consulta.
- estabelecimento de vínculo em APS, retirada da porta de urgência.
- evitando internações de urgência.

- necessita central de agendamento em APS

- necessita central de marcação de exames especializados

Agudas gerando demandas mediatas especializadas programáveis (pacientes com primeira crise ou crônicos acolhidos em APS e em urgências)

- controle - marcação imediata de consulta
- controle - tempo máximo para exames complementares programados na urgência para avaliação em ambulatórios especializados
- controle tempo máximo de espera pela consulta
- realização efetiva da consulta
- estabelecimento de vínculo na especialidade, tempo para estabilização e alta para APS, retirada da porta de urgência
- evitando internações de urgência

- necessita central de agendamento em APS

- necessita central de marcação de consultas e exames especializados

Agudas gerando respostas imediatas em um mesmo nível de serviços:

- regulação interna para acesso aos exames complementares no próprio serviço ou alhures
- acesso a leitos para internação de curta duração (até 8 ou 12 horas?)

- necessita organização de fluxos e prioridades internas

Agudas gerando respostas imediatas em complexidade superior

- regulação de transferência medicalizada ou não para serviço de complexidade superior

- regulação interna ao serviço para de decisão sobre acesso à internação na mesma instituição ou em outra a partir das urgências, em acordo com a central de internações (protocolos de referência contratualizados na hierarquia do sistema regional).

- necessita central reguladora de urgências

- necessita central reguladora de internações

- necessita médico da emergência autorizador de internações

Eletivos (programáveis)

- regulação do acesso às internações, às consultas em APS e especializadas, aos exames e serviços de transporte sanitário e assistência social.

- necessita todo o complexo regulador, exceto o fluxo de urgências.

Em 2000.

REDE BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO EM EMERGÊNCIAS – RBCE

DIRETRIZES GERAIS⁵

**Texto desenvolvido a partir de
conceitos elaborados em Seminários e
Reuniões promovidos pela RBCE
Rede Brasileira de Cooperação em
Emergências.***

Autores: Dr. Armando De Negri Filho

Dra. Zilda Barbosa

(membros da Executiva da RBCE)

I - BASES PARA A FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO INTEGRAL ÀS URGÊNCIAS:

Entre todas as fragilidades encontradas na implantação do SUS, em relação à efetivação de suas principais diretrizes, o setor das urgências é, seguramente, o que apresenta menor nível de descentralização e hierarquização, mantendo a mesma estrutura hospitalocêntrica implantada desde o final da década de 60 até os anos 80. Além disso, sendo a assistência ainda muito centralizada, a desigualdade de acesso é marcante. Desta forma, esta estrutura arcaica acaba atuando como fator perpetuador das tradicionais distorções da assistência, dando cobertura a muitas de suas falhas, acolhendo a clientela não atendida na rede básica de serviços e em outros níveis de assistência do sistema. A implementação de

⁵ Texto da RBCE inserido como nota de rodapé nº 5 no corpo da dissertação.

uma Política Nacional de Assistência às Urgências impõe a incorporação de novos elementos conceitual, além da revisão e retomada de outros já bastante difundidos:

- a) **A Promoção da Qualidade de Vida como estratégia de enfrentamento das causas das urgências, valorizando a prevenção dos agravos e a proteção da vida:** trata-se de uma mudança de perspectiva, transformando nosso olhar centrado nas conseqüências dos agravos que geram as urgências, para uma abordagem totalizante, buscando gerar autonomia para indivíduos e coletividades. Dessa forma englobamos na estratégia promocional a proteção da vida, a educação para a saúde, a prevenção de agravos e doenças, e damos novo significado à assistência e à reabilitação. As urgências por causas externas são as mais sensíveis a este enfoque, conforme a experiência internacional, mas não exclusivamente. Também as urgências clínicas de todas ordens se beneficiam desta estratégia (basta observarmos o efeito do controle populacional da hipertensão na incidência de infartos e doenças cerebrovasculares). Portanto, devemos incentivar a análise econômica e a formação de profissionais para sustentarmos a estratégia promocional.
- b) **A leitura sistemática das necessidades sociais em saúde e o respeito ao imperativo das necessidades humanas nas urgências:** parece óbvio afirmar que a atenção às urgências deva se dar a partir das necessidades da população, mas, na verdade, temos ainda como modelo hegemônico o planejamento da assistência a partir da disponibilidade financeira do sistema e das séries históricas de oferta dos serviços existentes. O diagnóstico destas necessidades deve ser feito a partir da observação das áreas geográficas e da relação população/território, da avaliação de necessidades dos diferentes grupos humanos, da utilização de dados de morbidade e mortalidade disponíveis, da observação das doenças

emergentes, bem como da valorização de todas as informações que possam ser obtidas no sentido de pormenorizar tais necessidades. Deve-se também compor um quadro detalhado dos recursos existentes, levando-se em consideração sua quantidade, localização, complexidade, capacidade operacional e técnica. Do confronto das necessidades diagnosticadas com as ofertas existentes, poderemos visualizar as carências e projetar suas correções.

A adoção do conceito de imperativo da necessidade humana é o que determina o acolhimento como tônica da organização das portas de entrada do sistema, mormente nos serviços de urgência, onde o acolhimento é seguido de atendimento e organização do fluxo subsequente dos pacientes, com garantia da continuidade de atendimento (integralidade como atributo do sistema).

c) **A estruturação de Sistemas de Atenção Integral às Urgências:** no modelo vigente, a assistência às urgências se dá nos “serviços” que funcionam exclusivamente para esse fim, os nossos tão conhecidos pronto socorros. Com portas abertas nas 24 horas, eles acabam atraindo clientela desgarrada da atenção primária e especializada, que tratam de conservá-los permanentemente cheios, comprometendo a qualidade do atendimento prestado à população. Assim, é imperativo estruturar um Sistema de Atenção às Urgências, que envolva toda a rede assistencial, que numa conceituação mais ampla, passamos a estratificar em rede pré-hospitalar, hospitalar e pós-hospitalar. A rede pré-hospitalar é formada pelo conjunto das unidades básicas de saúde, unidades do programa de saúde da família (PSF), programa de agentes comunitários de saúde (PACS), ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias, unidades de pronto atendimento (PAs), pronto socorro não ligados a hospitais (PSs) e pelos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel (SAMU, Resgate e outros). A rede hospitalar é

composta pelo conjunto de todos os hospitais ligados ao SUS, públicos, filantrópicos ou privados, em todos os seus níveis de complexidade, desde uma simples unidade mista de saúde, até hospitais gerais ou especializados, de alta complexidade e seus respectivos pronto socorros. A rede pós-hospitalar é formada por serviços de internação domiciliar e outros de suporte a pacientes com patologias crônicas ou incapacitantes, e tem por funções primordiais a humanização do atendimento prestado a estes pacientes, sua desospitalização, reabilitação e reintegração em suas famílias. Além disto, promove a desobstrução da rede hospitalar, ao devolver o paciente à sua comunidade, com a maior autonomia possível. Cada um desses níveis assistenciais deve ser capacitado e responsabilizado pela atenção à uma determinada parcela da demanda de urgência, respeitando os limites de sua complexidade e capacidade de resolução, criando, assim, uma hierarquia resolutiva com responsabilidade sanitária. Na verdade, temos que organizar o sistema para que ele possa acolher a clientela acometida por quadros agudos, de maior ou menor gravidade, a fim de que esta demanda deixe de dirigir-se sistematicamente aos pronto socorros, gerando filas e longos períodos de espera, como acontece hoje em dia.

- d) **A Regionalização do Sistema:** sabemos que os municípios de pequeno e médio porte não têm autonomia para prestar atenção integral à saúde de seus munícipes. Assim, é fundamental que se tenha claro que a Regionalização do atendimento é elemento indispensável para que se promova a universalidade de acesso, equidade na alocação de recursos e integralidade na atenção, apagando-se as fronteiras de Municípios e Estados, que são artefatos administrativos, e desenhando-se uma “figura regional”, baseada na distribuição, localização e complexidade dos recursos existentes e observando-se a expressão dos fluxos já delineados, para as diferentes especialidades. Há que se introduzir

o sistema de “contratos externos e internos” para disciplinar a relação interinstitucional regional, buscando condicionar um sistema de orçamentos ancorados em produtividade e alcance de objetivos de saúde populacional (base para uma política pública de saúde, orientada pela cobertura das necessidades sociais, pela universalidade de acesso, pela integralidade da assistência e pela equidade na alocação de recursos e ações).

Conceitos que sustentam as bases da proposta de política pública nacional:

A REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS

A discussão sobre regulação médica das urgências começou no Brasil, no início da década de 90, com o estabelecimento de uma cooperação entre o Brasil e o SAMU da França, e resultou na estruturação de alguns Serviços de Atendimento Médico de Urgências (SAMU's), principalmente em capitais e grandes cidades do país.

O atendimento pré-hospitalar móvel, sob a denominação de SAMU ou qualquer outra, é um serviço da área da saúde que se destina ao atendimento de pessoas acometidas por agravos urgentes de caráter clínico, sejam pacientes pediátricos ou adultos, traumato - cirúrgico, sejam pacientes acometidos por causas externas, patologias cirúrgicas ou da gestação, ou ainda os agravos urgentes à saúde mental, de forma precoce e no local da ocorrência. A Central de Regulação Médica de Urgências, além do usuário, deve atender também a profissionais de unidades de saúde do sistema, que após prestarem o primeiro atendimento ao paciente, necessitem remanejá-lo para outra unidade assistencial, geralmente de maior complexidade, para a continuidade do tratamento, de acordo com a grade assistencial regional.

Esta grade assistencial regionalizada e hierarquizada, deve ser previa e amplamente discutida com os atores sociais envolvidos na área, pactuada com gestores e prestadores de

serviço, que se responsabilizam por acolher e tratar adequadamente a clientela que a eles seja encaminhada pelos médicos reguladores das Centrais de Regulação Médica de Urgências.

O médico regulador deve ser formalmente reconhecido, através de legislação específica, como autoridade sanitária, podendo determinar o remanejamento de recursos e até de pacientes e acionar múltiplos meios necessários ao adequado atendimento às necessidades da população.

A ESTRUTURAÇÃO DO COMPLEXO REGULADOR DA ASSISTÊNCIA

Se entendermos as necessidades imediatas da população, ou necessidades agudas ou de urgência, como pontos de pressão por respostas rápidas e tendo em vista seu potencial desorganizador sobre o funcionamento geral do sistema, dando visibilidade a suas insuficiências, poderemos romper com uma certa preponderância do que é eletivo, equacionando uma oferta resolutiva para as urgências, que determine a progressiva normalização da oferta programável.

Então, as portas de urgência do sistema, sua real porta de entrada, passariam a acolher a clientela, prestando-lhe atendimento e redirecionando-a para os locais adequados à continuidade do tratamento, transformando estas portas que hoje funcionam como verdadeiros “para raios” do sistema em “placas distribuidoras” do mesmo, através do trabalho integrado das centrais de regulação médica de urgências com outras centrais de regulação e de vagas do sistema, como a central de leitos hospitalares, procedimentos de alta complexidade, exames complementares, internações e atendimentos domiciliares, consultas especializadas, consultas na rede básica de saúde, assistência social, transporte sanitário não urgente, informações e outros serviços, como por exemplo, a defesa civil.

Estas centrais obrigatoriamente interligadas entre si, constituem um verdadeiro complexo regulador do sistema, ordenador dos fluxos gerais de necessidade/resposta, que

permite ao usuário do SUS relacionar-se com um Sistema capaz da multiplicidade de respostas coerentes e ordenadas necessárias à satisfação de suas necessidades. Assim, o complexo regulador deve ser composto de várias unidades de trabalho gerais ou centrais. Tais centrais procurarão ser polivalentes no uso de seus recursos, prevendo no seu interior a organização das informações e fluxos em unidades de trabalho especializadas, como oncologia, obstetrícia, neonatologia, recursos de alta complexidade e outras, organizadas através de protocolos de operação e da gestão inteligente de recursos, feita por profissional médico orientado e capacitado para tal. A estrutura necessária para a instalação deste complexo dependerá do porte do território/população a ser coberto, podendo-se constituir desde várias unidades de trabalho interligadas nas grandes áreas metropolitanas, até uma única central, acumulando as funções de todas as unidades de trabalho gerais, para as regiões do interior.

Dentro da idéia de complexo regulador, é fundamental salientar a importância da regulação médica em algumas áreas estratégicas, já que uma central de vagas atende seus clientes por ordem de chegada, enquanto a central de regulação garante o atendimento por ordem de necessidade, a partir do julgamento da natureza da demanda e a decisão sobre qual o recurso mais adequado para seu atendimento.

O médico regulador deve fazer a “advocacy” do paciente, buscando a melhor resposta às suas necessidades, combinando universalidade e equidade, ou seja, acolhimento universal e respostas conforme hierarquia de necessidades, documentando as ofertas não disponíveis, na perspectiva de afirmá-las como objetivos estratégicos. Assim, os espaços de regulação se constituem em observatórios privilegiados do funcionamento do sistema e das condições de saúde da população, instrumentalizando o planejamento ascendente e dinâmico, não só da resposta imediata às necessidades dos cidadãos e dos serviços, como de respostas estratégicas e sustentadas do Sistema.

É importante salientar que a estruturação dos Complexos Reguladores isoladamente não resolverá a situação dramática hoje vista nos pronto socorros. Temos que, simultaneamente à estruturação dos serviços de pré-hospitalar móvel e suas respectivas centrais de regulação, mudar o perfil assistencial da rede de atenção básica à saúde, dos serviços de pronto atendimento, dos hospitais e, até, dos próprios pronto socorros, responsabilizando, equipando e capacitando os recursos humanos de cada um destes níveis para o acolhimento e atendimento qualificado de uma determinada parcela das urgências, compatível com sua capacidade e complexidade.

A REGULAÇÃO SOCIAL DO SUS

O complexo regulador do Sistema Único de Saúde, enfim, é ferramenta fundamental para a regulação social do Sistema, que deve primar pela melhor resposta possível às necessidades dos cidadãos, dentro do marco do direito universal à saúde, orientada pelo princípio da equidade, ou seja, priorizar a oferta de cuidados com o objetivo de alcançar uma distribuição mais equitativa da saúde entre os indivíduos.

O diagnóstico da realidade e a constatação das deficiências assistenciais permitem estabelecer prioridades de intervenção segundo o peso e a transcendência das necessidades não satisfeitas, as quais se apresentarão sistematicamente como obstáculos à regulação do sistema e cuja cronicidade deve ser alvo da intervenção sustentada das políticas públicas. As tentativas de administrar a escassez de leitos onde é crônica a desproporção entre demanda e oferta, levam o sistema a um esgotamento pela persistência da improvisação e pela banalização do caos, gerando uma imagem altamente desgastada do SUS.

Enfim, trata-se de compor uma visão de totalidade – políticas de saúde (que se expressem na melhoria do estado de saúde da população), em detrimento de ações

fragmentadas – políticas de serviços (que se expressem na quantidade de serviços produzidos).

Tais políticas de saúde só podem ser delineadas e concretizadas através da concertação entre todos os atores sociais envolvidos – gestores, gerentes, trabalhadores, usuários e prestadores de serviços. Esse processo de concertação necessita de uma instância formal de exercício, como os comitês ou conselhos gestores, submetidos às instâncias deliberativas do SUS.

AS URGÊNCIAS COMO OBSERVATÓRIOS DE SAÚDE

Os serviços de urgência representam um “locus” privilegiado de observação do estado de saúde da população, de seu comportamento na busca de resolução para seus problemas e da organização da atenção no que diz respeito, principalmente, à resolubilidade da rede de serviços. As urgências se constituem, assim, na representação de uma realidade social, tanto em relação às necessidades da população, quanto ao grau de resposta organizada da sociedade e dos governos, para atender a estas necessidades.

Nesta perspectiva, tem-se de reconhecer o potencial dos serviços de urgência para promover a saúde, considerando a promoção como um “guarda-chuva” conceitual que engloba a prevenção, a educação e a proteção, assim como a assistência curativa e a reabilitação, com suas ações dirigidas à busca de possibilidades de manutenção e aumento da autonomia dos indivíduos. Esta conceituação ampliada de promoção remete à necessidade da responsabilização sanitária, entendida como a definição de ações e atividades em um determinado território, conhecimento das realidades locais, entendimento dos fatores determinantes das condições de saúde e busca de soluções para as causas dos problemas, que não se restrinjam à situação sanitária, mas à existência de condições que assegurem meios

favoráveis à saúde e que exijam uma ação coordenada de todos os atores envolvidos, isto é, uma ação intersetorial.

As ações potencialmente redutoras dos problemas de saúde estão distribuídas nos vários setores organizados da sociedade e no comportamento dos indivíduos. É necessário frisar que a Promoção da Saúde contribui efetivamente para a melhoria das condições de vida e saúde da população, desde que sua compreensão, planejamento e execução sejam aderentes ao conceito de equidade social.

As mudanças nos quadros epidemiológicos da saúde colocam em evidência a necessidade da adoção de estratégias de promoção, socialmente aceitáveis, tecnicamente disponíveis e economicamente viáveis, que possam garantir acesso universal aos serviços de atenção, implementar a modificação dos fatores determinantes dos agravos à saúde, estimular mudanças de valores, crenças, atitudes e relações, de forma a modificar favoravelmente tais quadros.

A promoção da saúde se apoia na compreensão das necessidades fundamentais do ser humano, quer materiais, quer espirituais, traduzidas em qualidade de vida. O êxito de ações de promoção passa pelo entendimento e apropriação pelos atores envolvidos, da necessidade de se combinar enfoques diversos, complementares, nos quais se incluem legislação, medidas fiscais, sistema tributário e mudanças organizacionais e de atitudes.

II - PRINCÍPIOS GERAIS A SEREM IMPLEMENTADOS

Para a efetiva implantação de Sistemas Regionais de Atenção integral às Urgências, alguns pontos estratégicos terão que ser implementados:

- a) **Regionalização:** por ser o SUS ainda muito jovem e também pela grande ênfase dada à municipalização dos sistemas e serviços de saúde na primeira fase de sua implantação, as

experiências em agrupamentos de municípios para fins de planejamento, gerenciamento e financiamento compartilhado ainda são muito escassas. Atualmente, temos os Consórcios Municipais como instrumentos legais que possibilitam tais associações. Mas, para além das dificuldades burocráticas para esses agrupamentos, acreditamos ser fundamental estimular, através de uma ação direta e sustentada das três esferas de governo, junto ao Ministério e às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, o debate e a definição de “Figuras Regionais”, compostas a partir da identificação dos fluxos existentes de busca de atenção nas diferentes especialidades, delineando as regiões a serem reguladas, que nem sempre correspondem às divisões administrativas estabelecidas pelas fronteiras. Tais figuras regionais deverão ser preenchidas com a leitura das necessidades sociais em saúde, distribuídas por territórios, grupos etários, gênero e problemas emergentes em saúde pública. Deve-se observar também a natureza e volume das demandas que ocorrem aos serviços de urgência, identificando pacientes com quadros agudos e não agudos, agudos graves e não graves, demandas de apoio social, identificando seus fluxos e a resolubilidade do sistema frente a cada caso.

- b) Hierarquização:** para operar adequadamente o Sistema, temos que atribuir para cada serviço uma determinada cobertura (território/população), definindo sua responsabilidade sanitária, a partir de uma estratégia promocional, avaliando a efetividade desta cobertura, segundo o alcance de objetivos previamente estabelecidos e pactuados (contratualização externa). Para cada nível assistencial deve-se definir um conjunto de capacidades materiais e humanas que possibilitem o acolhimento de um determinado padrão de patologias a serem tratadas e o encaminhamento de outras para o nível correspondente, efetivando-se, assim, uma “hierarquização resolutiva” de toda a rede assistencial. A identificação do papel de cada serviço nesta hierarquia envolve a responsabilização das equipes e a informação das populações sobre o que elas podem esperar e cobrar de cada

unidade. A hierarquização resolutive deve-se estabelecer dentro do princípio da regionalização, em uma dimensão freqüentemente intermunicipal, englobando toda a capacidade instalada do SUS. Assim, são igualmente responsáveis pelo acolhimento de urgências as equipes de PSF e da rede básica em geral, os serviços de atendimento 24 horas (com capacidade de reanimação, resolubilidade em exames complementares essenciais e com leitos de observação), os serviços de atenção pré hospitalar móvel (estabelecendo o papel complementar dos serviços de resgate em relação ao SUS e rompendo com a idéia que restringe a atenção às urgências àquelas provocadas por causas externas), os serviços hospitalares, as portas de urgência não hospitalares, as unidades de terapia intensiva, enfim, todos os níveis componentes do Sistema de Saúde. Deve ser estabelecida, em cada unidade, uma “contratualização interna” que ordene o esforço das equipes em torno aos compromissos assistenciais assumidos por sua unidade na contratualização externa. Enfim, a hierarquização permite o ordenamento das unidades de um Sistema, tornando viável a regulação do mesmo, com vistas à cobertura das necessidades dos pacientes.

- c) **Regulação Médica das Urgências:** A estruturação de centrais reguladoras da atenção às urgências, de abrangência municipal/regional, devidamente articuladas com as demais centrais existentes no sistema de saúde loco-regional, deve prever o acesso a duas categorias de clientela: cidadãos e profissionais de saúde. O usuário aciona a Central de Regulação Médica de Urgências via telefone, através de um número exclusivo da saúde, de acesso fácil e gratuito (192 ou qualquer outro). O médico regulador irá julgar a gravidade do caso e determinar qual o recurso necessário ao atendimento, que pode ser desde um aconselhamento médico até o envio de uma ambulância UTI ao local em que se deu o agravo, definindo também para que unidade o paciente deve ser transportado para o tratamento subsequente, sempre que necessário. Qualquer pedido de socorro de urgência

que envolva risco para a saúde do cidadão e dê entrada através de outras centrais de atendimento, como o 190 da Polícia Militar, o 193 do Corpo de Bombeiros e outros, deverá ser imediatamente retransmitido, através de sistema de comunicação adequado, para a Central de Regulação Médica de Urgências. Este procedimento deverá ser respaldado por protocolos técnicos de atuação conjunta, devidamente pactuados e divulgados. O julgamento da gravidade e urgência de cada caso é prerrogativa exclusiva do médico regulador e nenhum juízo de valor deverá ser feito por outro profissional antes da retransmissão do caso. O acesso aos profissionais dos serviços de saúde do município sede da central ou de outros municípios da região, que necessitam transferir pacientes para serviços de referência, pode ser feito a partir deste mesmo número, sendo as ligações distribuídas internamente em ramais, ou pode ser feito através de uma linha telefônica específica, de conhecimento apenas dos estabelecimentos de saúde e mediante protocolos previamente estabelecidos. Estas Centrais de regulação devem possuir médicos reguladores e intervencionistas, equipe de enfermagem com enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, telefonista-auxiliar de regulação, motoristas para as ambulâncias, operador de frota, equipe de apoio administrativo e de serviços gerais. As centrais devem possuir ainda uma frota de viaturas, que deve ser composta de veículos para transporte sanitário, ambulâncias de suporte básico, ambulâncias de suporte avançado (UTI's) e ainda contar com viaturas de resgate, serviço tradicionalmente prestado pelo corpo de bombeiros em algumas localidades do país. Para o dimensionamento adequado da frota de viaturas e do restante do serviço, deve-se levar em consideração a base populacional fixa e em trânsito a ser atendida, sua distribuição territorial urbana e rural, as vias de acesso e fluxo, considerando-se a existência, extensão e distribuição de estradas, bem como da rede de serviços de saúde e os dados de morbi-mortalidade do município/região, definindo-se quantos veículos, com suas respectivas equipes, devem ser

disponibilizados e onde devem estar localizados, a fim de garantir um “tempo resposta” tecnicamente aceitável para um atendimento de emergência.

- d) Instalação dos Complexos Reguladores:** onde existem centrais de regulação médica de urgências, com seus respectivos serviços de atenção pré-hospitalar móvel já instalados, observamos que para um impacto mais efetivo na qualidade da assistência às urgências, é fundamental que todos os níveis de complexidade do sistema estejam estruturados e qualificados para tal, funcionando sob a égide da regulação pública do SUS. Assim, se a atenção básica estiver mal estruturada e pouco resolutive, acolherá inadequadamente a clientela, que buscará o atendimento desejado nos serviços de pronto atendimento. Por sua vez, serviços de pronto atendimento mal estruturados e pouco resolutivos, geram demanda consecutiva aos pronto socorros, abarrotando-os, perpetuando uma cascata sem fim de idas e vindas para a clientela, na busca da satisfação de suas necessidades de saúde. Neste sentido, as instâncias gestoras do SUS devem estimular a estruturação das centrais reguladoras de urgências e das demais unidades de trabalho do complexo regulador, necessárias ao bom funcionamento do Sistema de Saúde, gerando fluxos coerentes, resolutivos e regulados, que garantam a qualidade do atendimento prestado.
- e) Profissionalização e Qualificação dos profissionais da área:** é claro que a missão de ordenar em rede assistencial hierarquizada resolutiva e responsável todos os serviços de saúde de uma determinada região não pode prescindir de intervir sobre todos os recursos humanos que atendem às urgências. Considerando o largo contingente de trabalhadores que já atuam no setor e a relativa desprofissionalização dos mesmos, é obrigatório que se dê ênfase especial à educação continuada, através de estruturas que possam intervir efetivamente neste processo, em larga escala. Pensamos na constituição de Centros de Educação em Socorros de Urgência (CESU's), de caráter regional, com composição pluriinstitucional e sob gerenciamento do gestor do SUS. Estes núcleos devem combinar

conhecimentos e meios que permitam uma intervenção qualificada no âmbito da atenção integral às urgências, dentro de uma perspectiva promocional da saúde e abarcando toda a gama de situações de urgência em nosso meio: a violência interpessoal e auto infligida, os diversos tipos de acidentes, além da grande diversidade de urgências clínicas como as cardiovasculares e respiratórias em geral, pediátricas, perinatais e mentais. Esta deve ser uma área prioritária de investimento para os gestores do SUS, nos níveis Federal, Estadual e Municipal de governo.

f) Promoção da saúde: a idéia de promoção da saúde deve permear todo o processo de estruturação dos sistemas regionais de atenção integral às urgências, dentro da ótica da promoção como forma de manter e aumentar a autonomia dos indivíduos, verdadeiro anteparo conceitual sob o qual se situam as ações de prevenção, educação e proteção, assim como as de recuperação e reabilitação da saúde. O SUS deve tomar a iniciativa de estimular ações intersetoriais que permitam a transformação paulatina dos quadros de morbidade e mortalidade atuais, bem como de mudança gradual na utilização dos recursos da saúde, hoje dispendidos, em grande monta, com tratamentos de alta complexidade para patologias evitáveis, como as terapias renais substitutivas, os tratamentos em unidades de terapia intensiva para pacientes acometidos por patologias circulatórias ou respiratórias crônicas, as grandes cirurgias neurológicas e ortopédicas para as vítimas de graves acidentes de trânsito ou o tratamento de grandes queimados. Assim, considerando-se o custo/benefício destas intervenções, acreditamos ser possível operar uma transição para um equilíbrio entre esforços preventivos e curativos, que deve prever sustentação técnica e financeira para tal, apoiadas em decisão política e mobilização social.

g) Orientação pela Equidade: a estruturação da atenção às urgências deve atingir com maior intensidade os que mais necessitam, buscando não gerar mais iniquidade pela oferta

de ações e serviços que terminam por aumentar a distância entre ricos e pobres, em termos de qualidade de vida e exposição a situações de urgência.

III - ESTRATÉGIAS DE ATUAÇÃO

- a) **Garantia de financiamento:** como forma de garantir o processo de reorganização da Assistência às Urgências no território nacional, julgamos ser fundamental implementar formas de custeio partilhadas para esta área, com recursos oriundos dos níveis Federal, Estadual e Municipal de governo. Talvez a criação de um valor “*per capita*”, nos moldes dos recursos do PAB, para o qual seria fundamental estudarmos e indicarmos um montante por habitante/mês (Piso de Atenção às Emergências – PAE). Estes recursos seriam repassados apenas aos Municípios/Estados que se comprometam formalmente com a contrapartida no financiamento e com a estruturação de seus sistemas regionais de atenção às urgências, com as centrais de regulação médica de urgências e seus respectivos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel (atrelados ao SUS), com projeto de implantação progressiva dos complexos reguladores, com a hierarquização resolutiva de toda a rede de atenção às urgências, dentro dos moldes definidos pelas portarias que regulamentam a questão e sob avaliação e supervisão dos gestores loco-regionais, além da estruturação dos centros de educação em socorros de urgência regionais. A partir da estruturação e funcionamento destas centrais de regulação e dos sistemas de informação dos serviços de urgência (Observatórios de Saúde), teremos informações vivas sobre o funcionamento da atenção básica à saúde, das unidades de pronto atendimento, rede hospitalar e outros componentes da rede assistencial, o que nos permitirá avaliações mais dinâmicas e concretas do SUS, com direcionamento mais adequado das ações corretivas, visando a melhoria do “status” de saúde das populações. Além da criação do PAE, temos

que insistir na captura de recursos extra-setoriais, mas diretamente relacionados às urgências, como é o caso dos seguros obrigatórios de veículos e pedágios, que possuem, embutidos em seus valores, recursos relacionados à atenção de acidentados, os quais deveriam ser utilizados de forma mais ampla, beneficiando a constituição e manutenção dos sistemas regionais.

b) Integração das Urgências à Atenção Básica – Rede de Atenção Primária: claro está que a ampliação da rede pré-hospitalar móvel, embora tenha enorme impacto na morbi-mortalidade das urgências, não contribui, isoladamente, para a resolução das dramáticas filas dos pronto socorros. Assim, propomos que simultaneamente, se implemente a adequação tecnológica e a qualificação dos recursos humanos que atuam na atenção básica, aqui incluídas as unidades que atuam no Programa de Saúde da Família, as quais passariam a exercer também a sua função de portas de urgência de baixa e média complexidades. Junto a estas áreas, definiríamos regiões de atuação, a nível experimental (piloto), que seriam utilizadas para a composição dos parâmetros para a hierarquização resolutiva (protocolos de atuação, adequação tecnológica e capacitação de recursos humanos), testando-os em algumas regiões com diferentes complexidades em suas redes assistenciais, como uma região metropolitana onde a estrutura assistencial seja bastante complexa (capitais, em geral), outra onde esta estrutura seja de complexidade intermediária (municípios de médio porte) e, finalmente, localidades onde os recursos sejam bastante limitados e a atenção básica assuma papel primordial na assistência à saúde dos cidadãos (grande maioria dos municípios do país).

c) Implementação dos serviços 24 horas, como Policlínicas de Atenção Secundária: junto ao estabelecimento da hierarquia resolutiva para a rede básica, bem como seus princípios de acolhimento, referência e contra referência, a alteridade das regiões em relação à distribuição dos recursos assistenciais nos leva a ponderar sobre a importância

dos serviços 24 horas ou unidades de pronto atendimento não hospitalares, como parte de Policlínicas de Atenção Secundária ou Ambulatórios de Alta Resolutividade, para os quais também devem ser estabelecidos padrões de cobertura e resolubilidade, de acordo com as características demográficas, epidemiológicas e assistenciais de cada região. Estes serviços são estruturas potentes para o acolhimento qualificado de pequenas e médias urgências, devendo abrigar salas de reanimação e estabilização, bem como serviços auxiliares de diagnóstico laboratorial, ECG e de imagens e leitos de observação, além de recursos para estabelecerem conexão para uso de recursos de tele-medicina. São unidades de complexidade intermediária entre a rede básica e os hospitais, que adequadamente estruturadas e reguladas têm papel de grande importância no equacionamento da atenção às urgências e na atenção especializada e de exames complementares. O modelo de atenção em Cuba utiliza, com grande sucesso, as policlínicas como recurso qualificador da resolubilidade da rede básica, permitindo a retaguarda a exames, interconsultas e salas de reanimação e observação. A comunicação telefônica ou por rádio e a existência de transporte sanitário organizado por territórios, permite operar este potencial das policlínicas. Em regiões peri-urbanas ou rurais de difícil acesso e/ou de população esparsa, a função de serviços 24 horas pode ser assumida por uma unidade de PSF ou de atenção primária, com médico e sistema de telemedicina que o integre ao centro regulador regional para interconsulta e transmissão de exames (ECG e/ou imagens, por exemplo), com linha de transporte de urgência, terrestre ou aéreo, organizados.

- d) Reorganização das portas de Urgências Hospitalares:** outro setor de vital importância na reorganização da atenção às urgências é a área hospitalar. Os instrumentos de cadastro de serviços hoje existentes não contemplam a oferta real para as urgências, gerando com isto um descompromisso dos prestadores de serviços hospitalares em acolherem determinadas demandas, em determinados dias ou horários. O “velho” modelo de plantões

à distância, faz com que os profissionais resistam a comparecer aos hospitais para o atendimento de urgências, mesmo quando tais especialidades estão formalmente cadastradas junto ao SUS. Além disso, a postura não humanizada nestes serviços, faz com que atendimentos de emergência sejam atrelados à existência de leitos até de terapia intensiva, como freqüentemente se observa em neurocirurgia ou, até, na obstetrícia de alto risco que envolve terapia intensiva neonatal. Levando-se em consideração as deficiências existentes nestes setores, grande número de pacientes, cotidianamente, deixa de ser acolhido em serviços terciários e secundários, sendo inadequadamente assistidos em hospitais de menor complexidade, ou ficando “estacionados” em macas, em pronto socorros que estão, apenas fisicamente localizados em tais serviços, mas não verdadeiramente integrados a eles, devido à enorme marginalidade em que ainda se encontra a área de urgências. Assim, em relação aos pronto socorros hospitalares, temos o desafio de provocar a mudança em sua organização interna:

- horizontalizando o trabalho dos serviços de urgências, fazendo com que os trabalhadores tenham um contato mais sustentado e resolutivo com os pacientes e evitando o “burn out” dos trabalhadores, através de um trabalho diversificado e com apropriação dos seus resultados;
- implantando triagens classificatórias que gerem, após o atendimento do paciente, fluxos diferenciados para urgências, pronto atendimentos ou redirecionamento da clientela, através do complexo regulador, para as demais unidades da rede assistencial;
- promovendo a reorganização de seu espaço físico, adequando salas de reanimação, consultórios e leitos de observação, de acordo com as necessidades sociais diagnosticadas;
- agilizando o acesso ao diagnóstico complementar por imagens e laboratório clínico;
- dando ao médico da urgência a necessária autoridade para acessar os leitos disponíveis na unidade;

- indiferenciando leitos clínicos e cirúrgicos, sempre que se fizer necessário;
- adequando o quadro de profissionais disponíveis ao volume médio da demanda;
- inserindo um maior número de enfermeiros na assistência;
- estimulando e supervisionando o registro sintético e sistemático de informações epidemiológicas e de gestão.

Propomos, ainda, uma intervenção maciça no SUS, no sentido de capacitar os profissionais dos pronto socorros, não só técnica e política, como eticamente, para nele trabalharem, num processo de convencimento sobre o direito inquestionável de acesso aos serviços onde estejam os “recursos” técnicos ou humanos que necessitem os pacientes acometidos por agravos urgentes à sua saúde, independentemente da existência de leito disponível para tal: “vaga zero”. Claro que, simultaneamente, medidas corretivas da oferta de serviços da rede hospitalar terão que ser implementadas, a partir da realidade observada na atenção e regulação das urgências, verdadeiros observatórios da saúde, com vistas a sanar as deficiências cronicamente observadas no setor, sobre as quais temos hoje apenas impressões e não uma quantificação precisa, que nos permita racionalizar e otimizar os investimentos na área.

e) Estruturação e implementação de Centros de Educação em Socorros de Urgência (CESU's), de caráter regional: como já mencionado acima, consideramos que a capacitação política, técnica, gerencial, ética e humana dos recursos humanos na área de urgências é medida de caráter prioritário par um impacto positivo no setor. Assim, propomos que a RBCE seja formatado um conteúdo mínimo inicial de capacitação, que seja oferecido aos Estados e Municípios/Regiões, que tenha como objetivo fundamental, capacitar multiplicadores que possam reproduzi-lo, em larga escala, para os profissionais que atuam na área de urgências, rompendo com a lógica atual de contratação de cursos isolados, que não têm impacto sobre o conjunto dos trabalhadores e seu compromisso com

o SUS. Para tal ação inicial sugerimos os seguintes conteúdos: Gestão de Sistemas/Serviços de Urgências, Acolhimento e Recepção de Urgências, Manejo de Urgências nas Portas de Entrada do Sistema: atenção básica, unidades de pronto atendimento e pronto socorros, Atenção Pré Hospitalar Móvel, Centrais de Regulação Médica de Urgências, Manejo Interinstitucional de Situações com Múltiplas Vítimas, Promoção de Comunidades Seguras, Capacitação Pedagógica e Didática para os Multiplicadores. Então, a partir da constituição dos CESU's, que são espaços interinstitucionais de atuação, integrando as secretarias de saúde, hospitais, Universidades e outros setores ligados à assistência às urgências, seriam desenvolvidas, fundamentalmente, as seguintes ações: estruturar e oferecer aos profissionais da área programas de formação e educação continuada, de acordo com o perfil de morbimortalidade de cada região; definir tais programas de acordo com a realidade dos serviços, respeitando suas particularidades e necessidades de capacitação; adotar como modelo pedagógico a problematização de situações, respeitando a vivência, experiências e conhecimento acumulado pelos profissionais envolvidos; provocar a mudança no modelo assistencial, através da elaboração de protocolos de atuação, superando o “individualismo e improvisação” que assistimos na área.

Em 2000.