

DOCUMENTO 1



**DIRETRIZES GERAIS DA
REDE BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO EM EMERGÊNCIAS - RBCE
BASES PARA A FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO
INTEGRAL AS URGÊNCIA**

Texto desenvolvido a partir de conceitos elaborados
em Seminários e Reuniões promovidos pela
RBCE - Rede Brasileira de Cooperação em Emergências.*
Novembro/2000

**Autores: Dr. Armando De Negri Filho
Dra. Zilda Barbosa**
(membros da Executiva da RBCE)

DIRETRIZES GERAIS DA REDE BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO EM EMERGÊNCIAS – 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 uma Política Nacional de Assistência às Urgências impõe a incorporação de novos elementos conceituais, 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 cerebro-vasculares). 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 socorros 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 deshospitalização, 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 DO SUS

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 resolutive 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 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 muitas e 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 resolutiva 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 um 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 pluri-institucional 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 cardio-vasculares 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 inequidade 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 resolutive 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 resolutive (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 resolutive 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.