

DOCUMENTO 2



ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS – PROPOSTA DE ATUAÇÃO

Proposta de trabalho desenvolvida pela RBCE em conjunto com a SAS-MS, com o intuito de implementar uma “Política Nacional de Atenção às Urgências”, a partir das “Diretrizes Gerais” proposta pela RBCE

Novembro/2000

PROGRAMA DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

Dr. Armando De Negri Filho

Dra. Zilda Barbosa

Dra. Irani Ribeiro De Moura

ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS - PROPOSTA DE ATUAÇÃO

SUMÁRIO

I – ORGANIZAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS:

- a) O imperativo da necessidade humana
- b) A estruturação de Sistemas de Atenção Integral às Urgências
- c) A Regionalização do Sistema

- A REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS
- A ESTRUTURAÇÃO DO COMPLEXO REGULADOR DO SUS
- AS URGÊNCIAS COMO OBSERVATÓRIOS DE SAÚDE
- A REGULAÇÃO SOCIAL DO SUS

II – PRINCÍPIOS GERAIS A SEREM IMPLEMENTADOS:

- a) Regionalização
- b) Hierarquização
- c) Regulação Médica das Urgências
- d) Instalação dos Complexos Reguladores
- e) Qualificação dos Profissionais da Área
- f) Promoção da Saúde

III – ESTRATÉGIAS DE ATUAÇÃO:

1. DEFININDO PRIORIDADES E FORMAS DE ATUAÇÃO

- a) Criação do PAIU
- b) Integração das Urgências à Atenção Básica
- c) Implementação dos Serviços 24 Horas
- d) Integração da Área de Urgências com a Gestão Hospitalar
- e) Estruturação e Implementação dos Núcleos Regionais de Educação em Urgências

2. TRABALHO JUNTO AOS ESTADOS

3. OUTRAS ATIVIDADES

I – ORGANIZAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA 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 alguns novos elementos conceituais, além da revisão e retomada de outros já bastante difundidos:

- a)** O Imperativo da Necessidade Humana: 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 da 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.

b) 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 (PA), pronto socorros (PS) 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. 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 a 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.

c) 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.

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 prévia e amplamente discutida com os atores sociais envolvidos na área, pactuada com gestores e prestadores de serviço, que se responsabilizam por acolher e tratar ade-

quadamente a clientela que a eles seja encaminhada pelos médicos reguladores das Centrais de Regulação Médicas 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 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 ou centrais. Tais centrais procurarão ser polivalentes no uso de seus recursos, prevendo no seu interior as divisões em unidades de trabalho especializadas, como urgências, 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, 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 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.

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.

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 eqüitativa 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, 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.

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 da SAS-MS junto 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 resolutive” 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 ambulâncias, 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 ambulâncias 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 urgência.

- 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 resolutiva, 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, a SAS-MS deve 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)** 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 Núcleos Regionais de Educação em Urgências, 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 o MS.

- 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 MS 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 despendidos, 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.

III - ESTRATÉGIAS DE ATUAÇÃO

1- DEFININDO PRIORIDADES E FORMAS DE INTERVENÇÃO:

- a) Criação do Piso de Atenção Integral as Urgências - PAIU: estrategicamente, como forma de disparar o processo de reorganização da Assistência às Urgências no território nacional, propomos que simultaneamente à reedição

da Portaria MS 824/99, que delineia as bases para a implantação de uma Política Nacional de Atenção Integral às Urgências, orientando a implantação de Sistemas Regionais de Atenção às Urgências, sob regulação médica efetivada dentro de unidades de trabalho dos Complexos Reguladores da Assistência prestada pelo SUS à população – as Centrais de Regulação Médica das Urgências, normatizando os serviços de pré hospitalar móvel em todo o território nacional e deliberando sobre os Núcleos Regionais de Educação, seja implementada a idéia de custeio tripartite desta estrutura, com recursos oriundos dos níveis Federal, Estadual e Municipal de governo. Propomos como contrapartida do MS para este custeio, a criação de um valor “per capita” mensal, nos moldes dos recursos do PAB, para o qual indicamos o montante de R\$ 0,35 por habitante/mês (Piso de Atenção Integral às Urgências – PAIU). Estes recursos seriam repassados apenas aos Municípios/Estados que estruturarem suas centrais de regulação médica de urgências, com seus respectivos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel e projeto de implantação progressiva dos Complexos Regulatórios, dentro dos moldes definidos pelas portarias que regulamentam a questão e sob avaliação dos gestores loco-regionais, com supervisão pela SAS-MS. A partir destas Centrais de Regulação já instaladas, 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.

- b) Integração das Urgências à Atenção Básica: claro está que a ampliação da rede pré hospitalar móvel, embora tenha enorme impacto na morbimortalidade das urgências, não contribui, isoladamente, para a resolução das dramáticas filas dos pronto socorros. Assim, propomos que simultaneamente, se programe a adequação tecnológica e a qualificação dos recursos humanos que atuam na atenção básica, utilizando-se como núcleo estratégico para implementação destas ações, com vistas a mudar todo o perfil da rede básica, as unidades que atuam no Programa de Saúde da Família. Junto à coordenação do programa de Atenção Básica, definiríamos áreas de atuação conjunta, a nível experimental (piloto), nas quais se

comporiam os parâmetros para a hierarquização resolutiva (adequação tecnológica e capacitação de recursos humanos), testando-os nestes locais. Seria aconselhável escolher algumas regiões com diferentes complexidades em suas redes assistenciais, como uma região metropolitana onde a estrutura assistencial seja bastante complexa, outra onde esta estrutura seja de complexidade intermediária e, finalmente, uma localidade onde os recursos sejam bastante limitados e a atenção básica assume papel primordial na assistência à saúde dos cidadãos. Acreditamos que seja possível, além disto, utilizar a experiência adquirida com a implantação dos Pólos de Capacitação do PSF, bem como suas estruturas, para implementar a capacitação dos recursos humanos das urgências. Na verdade, não julgamos ser coerente criar “pólos” de capacitação para cada área de atuação. Ao invés disto, preferimos imaginar Pólos de Capacitação de Recursos Humanos da Saúde, que contenham os vários núcleos de atuação, trabalhando de forma integrada, otimizando a utilização dos recursos.

- c) Implementação dos serviços 24 horas: 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, 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. 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.

- 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 geograficamente 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, 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 diagnosticadas; agilizando o acesso ao diagnóstico complementar; 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 e inserindo um maior número de enfermeiros na assistência e estimulando e supervisionando o registro sintético e sistemático de informações epidemiológicas e de gestão. Propomos, ainda, uma intervenção maciça da SAS-MS, no sentido de capacitar os profissionais dos pronto socorros, não só técnica como eticamente, num trabalho 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 aperfeiçoar os investimentos na área.

- e) Estruturação e implementação dos Núcleos Regionais de Educação em Urgências: 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 por um impacto positivo no setor. Assim, propomos que seja formatado um conteúdo mínimo inicial de capacitação, que seja oferecido pela SAS-MS 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 Núcleos de Capacitação, 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 morbi-mortalidade 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.

2- TRABALHO JUNTO AOS ESTADOS

Através do trabalho de técnicos da área, a SAS-MS deve realizar um processo sustentado de organização nos Estados, através de grupos de trabalho compostos por gestores estaduais e municipais, onde se construa o domínio de conceitos e métodos que permitam levar a termo as propostas acima, criando governabilidade e projetando a iniciativa do Ministério como gestor nacional do SUS. Assim, propomos um processo composto de quatro visitas por estado, sendo a primeira uma reunião de organização para a estruturação de três seminários subsequentes, nos quais serão construídos o diagnóstico das deficiências assistenciais regionais, a pactuação da hierarquia e dos fluxos da assistência, delineando as figuras regionais de atenção às urgências, o projeto de implantação de sua regulação e a estruturação dos núcleos de educação dos profissionais envolvidos, implementando todas estas ações, dando, assim, corpo a um processo de formulação de políticas públicas, que serão a linha de ordenamento dos investimentos e custeio a serem pactuados e partilhados pelos três níveis de gestão do SUS, a fim de implementar e manter estas ações.

Tais visitas ou missões seguirão as seguintes etapas:

Primeira missão aos Estados:

Objetivos:

1. Realizar a introdução aos gestores municipais e estadual de conceitos e elementos operacionais relacionados à organização de sistemas de saúde, destacando a regionalização, a hierarquização de serviços e a regulação social dos sistemas, através de um complexo regulador composto por várias unidades de trabalho. Igualmente se introduzem os elementos de diagnóstico necessários para a identificação de necessidades sociais em saúde, a avaliação das ofertas existentes e o dimensionamento dos déficits assistenciais observados. Apresentação de noções de um planejamento ascendente orientado para uma estratégia de promoção da saúde.
2. Constituição de um espaço inicial de interlocução, formando um grupo de trabalho composto pelo gestor estadual (dois membros) e por representantes dos municípios (direção do COSEMS, capital, cidades pólo regionais e representantes de cidades sem serviços de referência). Este grupo de trabalho será o espaço de articulação do projeto no Estado, e será acompanhado por uma dupla de consultores do Ministério. O grupo deverá reportar sistematicamente os processos em curso e os consultores monitorarão o trabalho e darão o apoio e a orientação necessários.
3. A primeira tarefa dos grupos constituídos nos estados será a organização de um seminário a ser desenvolvido na segunda missão, objetivando o aprofundamento de conceitos e o desenvolvimento de um processo de planejamento que busque construir um projeto de implantação de sistemas regulados regionais e estadual, tomando as urgências como ponto nodal, acompanhada do acesso a leitos, consultas e exames especializados, atenção básica, assistência social e manejo de desastres, explorando a operação dos conceitos de promoção da qualidade de vida, territorialização e responsabilidade sanitária.
4. Visitas aos hospitais, serviços pré-hospitalares e centros de regulação que tenham sido beneficiados por recursos oriundos das portarias de urgências e emergências ou gestação de alto risco.

Produtos esperados da primeira missão:

1. Grupo de trabalho Estado/Municípios/Ministério constituído (definir roteiro para a primeira etapa do grupo de trabalho, que terá que apresentar um quadro diagnóstico inicial do Estado quando do seminário da segunda missão);
2. Definição do grau de sensibilidade dos gestores para o desenvolvimento do projeto almejado e classificação inicial do processo no estado como de alto, médio ou baixo potencial, a exigir intervenções mais ou menos enérgicas do grupo tarefa;
3. Informe técnico sobre a situação encontrada, incluindo informe sobre o uso dos recursos já repassados, as condições para a postulação dos novos recursos e uma impressão geral do funcionamento do sistema, além de um informe sumário das posições externadas ao longo das interlocuções e debates. Registrar as posições, identificando os atores sociais que os proferiram.

Segunda missão aos Estados: O intervalo entre a primeira e a segunda missão será de quinze dias.

Objetivo:

- Desenvolver seminário que aprofunde os conceitos e oriente os elementos do projeto a serem desenvolvidos na próxima etapa, além de discutir o processo de pactuação de políticas públicas e de regionalização de sistemas e serviços. O seminário se inicia com a apresentação de um quadro de situação elaborado e pactuado pelo grupo de trabalho constituído por gestores estaduais e municipais, preparado a partir da primeira missão.

Após a segunda missão, o grupo estadual terá cinco semanas para elaborar e pactuar um produto/projeto de sistemas regionais regulados, englobando o ordenamento de todos os componentes de unidades de regulação já referidos.

Terceira Missão aos Estados:

Objetivo:

- Apresentar e fazer a pactuação final dos dados do Projeto, estabelecendo os elementos operacionais necessários para detalhamento a seguir, inclusive orçamentação e cronogramas com responsabilidades estabelecidas. Serão utilizadas três semanas para esta etapa.

Quarta Missão aos Estados:

Objetivo:

- Adoção da forma final do Projeto e início do processo de implantação, com apoio técnico do Grupo Tarefa do MS.

3- OUTRAS ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS:

Além das visitas aos Estados, o grupo técnico deverá desenvolver ainda as seguintes atividades:

- a) Revisão imediata do texto da Portaria 824, em trabalho conjunto do MS, RBCE, CFM e COFEN, encaminhando uma proposta de minuta para sua republicação. Após a publicação da nova versão da Portaria 824, organização de “Seminário Nacional” dos referido órgãos com o Corpo de Bombeiros, a fim de pactuar as estratégias de implementação da mesma.

b) Fazer reuniões internas com vários setores do MS que têm interface com a proposta de Sistemas Regionais de Atenção Integral às Urgências, como:

- Secretaria de Políticas: Atenção Básica, Programa de Saúde da Família, Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Mulher e Saúde da Criança.
- Assessorias Técnicas: Saúde Mental, Trabalhador, Idosos e Saúde do Deficiente.
- Recursos Humanos (capacitação).
- Regionalização.
- Gestão Hospitalar
- Controle e Avaliação
- Outros.

Tais reuniões terão por objetivo apresentar as diretrizes de trabalho da área de Urgências, como a estruturação dos complexos reguladores e a proposta de capacitação de recursos humanos, estabelecendo a integração destas áreas e elaborando propostas de normatização e implementação da “Hierarquia Resolutiva” para as urgências.

c) Seminário com as várias sociedades de especialidades como a SBC, SBOT, SBP, FEBRASGO, PNEUMOLOGIA, NEUROLOGIA, QUEIMADOS e outras, afim de discutir propostas pontuais para propor e trabalhar a adoção, em cada uma delas, de Protocolos Nacionais.

d) Seminário para definição da Estratégia de Promoção, envolvendo a SBP, UNICEF e OPAS.

e) Estruturar Sistema de Monitoramento das Urgências, em cada Estado, através da atuação de Comitês Técnicos Estaduais de Urgências.

f) Criar, no nível do SIA e SIH, procedimentos que permitam o registro adequado e individualizado dos procedimentos de Urgência, para que possamos constituir bancos de dados na área, que irá subsidiar a implementação de todas as ações na área.

- g)** Organizar banco de dados de morbi-mortalidade e cadastros do SIA e SIH, por Estado.
- h)** Participar, junto à área de Avaliação e Controle, da adequação da FCES para a área de Urgências.
- i)** Compor metodologia de análise de necessidades, ofertas da rede de serviços de urgência e déficits assistenciais, inferidos a partir da comparação das necessidades com as ofertas.
- j)** Compor projeto de Observatórios de Saúde nas Urgências, como ferramenta de retro alimentação das estratégias promocionais.
- k)** Organizar discussão sobre a relação custo/benefício da Tecnologia em Urgências.
- l)** Organizar discussão sobre recursos financeiros provenientes de outras áreas, como por exemplo, os seguros obrigatórios de automóveis, e que devem ser destinados ao setor saúde.