

A ORGANIZAÇÃO DA URGÊNCIA NO SUS

Organization of urgency in SUS

Curso proferido por:

Armando De Negri Filho

Médico

Coord. de Assessoria e Planejamento de Saúde do município de Porto Alegre (RS)
Coord. da Rede de Atenção das Urgências do SUS de Porto Alegre (RS)

Relato feito por:

Sandra Maria Lira de Oliveira

Técnica da Sec. de Saúde de Sobral (CE)

sinopse

O relatório mostra a experiência de Porto Alegre na regulação de leitos do Sistema Único de Saúde (SUS) no atendimento de urgência, numa perspectiva de possibilitar mais acesso de pessoas, priorizar o atendimento segundo a gravidade, fiscalizar e acompanhar o desempenho do prestador, responder às demandas epidemiológicas, oferecer respostas à rede ambulatorial, avaliar a qualidade dos serviços e a morbidade hospitalar.

palavras-chave

Regulação médica; urgência; leitura de necessidade; Porto Alegre.

abstract

The report presents the experiment in Porto Alegre, to regulate hospital beds in the Unified Health System (SUS) in emergency care, with the perspective of enabling greater access by the population, giving priority to care according to seriousness, inspecting and accompanying the performance of the supplier, responding to the epidemiological demands, offering responses to the ambulatory network, evaluating service quality and hospital morbidity.

key words

Medical regulation; emergency; reading necessity; Porto Alegre.

DINÂMICA DO CURSO:

O curso, ministrado pelo médico coordenador de Assessoria e Planejamento de Saúde do Município de Porto Alegre, Armando De Negri, tratou do atendimento das urgências nos hospitais, de um modo geral, especificando e defendendo prioridades. Ao final, produziu-se trabalho de grupo para verificar situações urgentes mais freqüentemente na atenção primária.

SISTEMA DE REGULAÇÃO DE URGÊNCIA NO SUS

Quando falamos de *urgência* somos induzidos a pensar em ambulância, pronto-socorro e causas traumáticas, porém, esquecemos de identificar e responder às necessidades dos cidadãos. Essa identificação só é possível se ouvirmos as necessidades dos clientes, para melhor identificar a causa base de seus problemas, e trabalhar a potencialização de criar um vínculo de intervenção articulada. Fundamentada nessa leitura de necessidades, Porto Alegre implantou o sistema de regulação em urgência, funcionando 24 horas/dia, com uma equipe multidisciplinar. Esse sistema foi implantado a partir de um estudo de fluxo das urgências, quando foi constatado que clientes estavam no atendimento não compatível com o seu problema.

“É importante que seja evitado falar em urgência/emergência”, esclarece Prof Armando De Negri, que ainda afirma: “Além de ser complicado dizer urgência/emergência, do ponto de vista da definição na literatura, é confuso. Então, toda a referência em emergência é abandonada, e utiliza-se unicamente a definição em urgência, que está centrada na concepção do imperativo da necessidade das pessoas, com graus diversos - pequena, média e grande urgência”. Caracterizar a diferença de urgência/emergência significa estabelecer um sistema mais universal de acolhimento nas urgências e ordenar, a partir desse acolhimento, o fluxo dos pacientes dentro do sistema. Portanto, as urgências, que são freqüentemente tratadas com a idéia de ambulância, pronto-socorro, são pequenas urgências e, inclusive, podem ser tratadas adequadamente na atenção primária de saúde, se a atenção primária estiver adequadamente organizada para isso.

E por outro lado, ao tratar de forma sistêmica, ou seja, distribuir responsabilidades de urgência em todo o sistema, aproximamos os debates das urgências da saúde coletiva. As urgências não são uma vontade divina que acontece por determinismo; na verdade, as urgências se caracterizam por uma série de fatores que são identificáveis. Muitos deles passíveis de prevenção, principalmente nas causas externas, como acidentes e violências, que são objetos de prevenção total. Já os casos clínicos de urgência, não poderiam ser profundamente modificados se tivéssemos uma perspectiva promocional da saúde.

Portanto, ao não fazermos essa abordagem sistêmica, o que acontece às urgências do nosso país são, quase sempre, espaços

de muita desorganização do sistema de saúde. E assim, quando mostramos as insuficiências do SUS, o que aparece nas manchetes é a porta das urgências. Então, a porta das urgências é o depósito de todas as insuficiências do sistema e das próprias insuficiências do conceito de urgência que trabalhamos, hoje, com organização.

Ao fazer esse tipo de elaboração, sobre as urgências, damos conta que, a atenção primária em saúde, a atenção básica, não é a única porta de entrada do sistema. Um critério, desse trabalho, é afirmar que temos que orientar a organização das urgências em geral em todos os níveis, para uma leitura mais sistemática das necessidades. Se as pessoas têm problemas traumáticos ou não, se têm problemas de ordem psiquiátrico, e também de ordem social, o que muitas vezes estão misturados. Temos que ser capazes de organizar essas várias dimensões no sistema de urgência, olhando para essas necessidades, e não simplesmente imprimindo a marca da nossa oferta. Se não percebermos essas necessidades, podemos, durante muito tempo, bloquear a entrada de certas urgências.

O outro nível de leitura de necessidade é saber que os casos são parte de um universo maior. Sejam doenças cardiovasculares, problemas respiratórios, traumas, etc. Podemos, assim, fazer uma leitura de necessidade que não é só da demanda. Mapeamos, por exemplo, os riscos e intervimos de uma forma articulada e, para isso, contamos com a totalidade da rede de serviço de saúde, PSF, mas, também, podemos criar uma agenda com os outros setores, policiamento, fiscalização de trânsito, obras e estrutura urbana. “Nesse sentido, combatendo o problema do acidente vascular cerebral, tenho, sim, que combater o problema da hipertensão na comunidade. Não podemos mais olhar da porta para dentro, porque se não, vamos criar, cada vez mais, leitos de AVC, sem tentar criar uma alternativa de resposta à necessidade fora daí. A leitura integrada é fundamental”, esclarece o médico Armando De Negri.

ACOLHIMENTO EM URGÊNCIA

Outra questão fundamental, que decorre dessa leitura de necessidade, é a idéia de polivalência de meios. Na nossa realidade, com a restrição econômica que temos dentro do próprio sistema de saúde, é interessante que se trabalhe, ao máximo, a polivalência de meios. O objetivo é que tenhamos unidades que atendam todo tipo de necessidade, em qualquer lugar, com capacidade técnica de lidar com a urgência, seja ela qual for. Assim, o acolhimento em urgência é fundamental, e todo paciente que se apresenta no serviço de urgência, ou pronto atendimento - nova terminologia mais adequada -, tem porta aberta para o atendimento do dia. Este é um espaço de observatório nas urgências, que a gente precisa potencializar para criar um vínculo de intervenção articulada. A proposta é repensar a organização das urgências, a partir das exigências e respostas suficientes e qualificadas das necessidades sociais de saúde.

Mas, as urgências, de alguma maneira, estão contidas em um ‘triângulo maldito’, que é o seguinte: os hospitais, em geral, têm uma relação ruim com as urgências; entendem as urgências como

um espaço desorganizado da vida hospitalar. Muitos hospitais decidiram fechar suas urgências, e manter uma lógica de funcionamento eletivo programado, pois a urgência introduz uma dimensão dramática no espaço hospitalar, rompendo com aquela idéia de espaço organizado, limpo, claro, com profissionais bem vestidos, as enfermeiras com seus gorrinhos, médicos de avental, pacientes arrumadinhos na cama... Em contrapartida, na urgência, o paciente grita, sente dor, sangra e isso desorganiza a imagem do hospital. Assim, ocorre a tensão entre o serviço de urgências do próprio hospital, que é sentida por todos os hospitais do país - com exceção de alguns que nasceram como hospitais de urgência. Mas, aí, a tensão se dá entre os departamentos do próprio hospital de urgência, de quem está na porta e quem está na retaguarda.

O outro lado, deste 'triângulo maldito', é que a saúde pública e a saúde coletiva, enxergam a questão da urgência de forma diferenciada do sanitarista. Os primeiros consideram que, quando se organizar a atenção primária, não haverá mais urgência, o que é considerado muito improvável pelo Prof. Armando Negri.

A relação da saúde coletiva com a urgência, é o terceiro e último lado do 'triângulo maldito'. As urgências não são como um objeto de profissionalização. O espaço da urgência não é o principal espaço de práticas de conhecimentos; lá estão os profissionais com pouca experiência. Jovens profissionais, com dificuldades de entrar no mercado, aumentam sua renda no plantão de urgência; residentes e acadêmicos fazem plantão de urgência...

REGULAMENTAÇÃO DE SERVIÇOS

Na maioria dos estados brasileiros o tema *urgências* não é objeto de discussão, apesar desse debate ser fundamental para a regularização médica das urgências. Regular as urgências, a partir da autoridade médica, é tentar dar resposta equitativas, e regulação médica às capacidades e desempenhos de vários serviços dentro do sistema.

A regulação médica de urgência tem um conjunto de antecedentes legais no Brasil. A constituição de 1988, diz que todo mundo tem que ser atendido, e com igualdade e oportunidade, ou seja, com equidade e de forma integral. E, só é possível atender de forma integral se combinarmos os vários recursos do sistema, onde esses recursos precisam ser acessados

num fluxo organizado. A resolução 1529, do Conselho Federal de Medicina, estabeleceu as bases da atenção pré-hospitalar medicalizada, e da regulação médica das urgências. Essa medida se transformou na portaria 824, de 1999, do Ministério da Saúde e, finalmente, em 2002 na revisão da portaria 824, que é a portaria 814, de 2001.

O primeiro desafio: as urgências precisam ter uma hierarquia definida, ou seja, temos que ter responsabilidades sanitárias definidas na urgência. Definir como os pacientes entram e saem, como exemplo: o paciente entrou na complexidade II e evoluiu para o nível IV; este fluxo precisa estar bem estabelecido. O sistema de urgência passa a ser esse conjunto de elementos: a lei da atenção básica, a sala de reanimação dos prontos atendimentos, onde estaria a média complexidade, as portas hospitalares, a retaguarda hospitalar, os serviços pré-hospitalares móveis, o enlace de comunicação e, tudo isso, integrado dentro de uma

idéia de promoção da saúde. Precisamos, assim, de uma cadeia de proteção da vida. Temos que trabalhar a idéia de suporte avançado, que pode estar, inclusive, na unidade de atenção primária. Dessa forma, não podemos, simplesmente, ter um sistema de ambulância mais à distância, que percorre a cidade para fazer um suporte avançado, pois se o traslado levar uns 30 min, é preciso ter uma cadeia de suporte à vida, bem treinado e capacitado e, de preferência, que combine o suporte básico com o avançado.

A Regulação Médica presta funcionalidade ao processo. A Rede Básica (atenção horizontal, porque engloba a produção ambulatorial hospitalar e, por isso, começa a romper a idéia de que hospital é uma estrutura vertical), na verdade, é um condomínio de serviços com atenção primária, especializada, de urgências e

Muitos hospitais decidiram fechar suas urgências, e manter uma lógica de funcionamento eletivo programado, pois a urgência introduz uma dimensão dramática no espaço hospitalar, rompendo com aquela idéia de espaço organizado, limpo, claro, com profissionais bem vestidos, as enfermeiras com seus gorrinhos, médicos de avental, pacientes arrumadinhos na cama...

... Em contrapartida, na urgência, o paciente grita, sente dor, sangra e isso desorganiza a imagem do hospital.

internações. Então, decomparamos esses serviços, e os redistribuímos em uma rede de atenção, que estão cruzadas por linha de atenção. Já a Rede Especializada tem serviços tipo: cintilografia, eletrocardiograma, ergometria. E a Rede de Urgência tem nível I, II, III, e IV, onde existe uma hierarquia de serviços, com um encadeamento, à medida que preenchemos uma grade. Nas urgências, dizemos que têm: urgência atenção básica, prontos-atendimentos, pré-hospital móvel, portas hospitalares de urgências, além da relação com os leitos em enfermarias (cuidados intermediários e intensivos). Assim, é fundamental separar porta da urgência e os leitos, pois são estruturas diferenciadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para finalizar, produziu-se um trabalho de grupo para verificar situações urgentes mais freqüentemente na atenção primária. Constatamos que a hipertensão, as anginas, os enfartos e o AVC são bastante freqüentes. Já nas causas metabólicas, sobre tudo a asma. Nas neurologias, o quadro de convulsivos é o campeão de demanda e os casos dolorosos caracterizados com problemas reumáticos e ortopédicos, principalmente dores lombares. As situações psiquiátricas são decorrentes de psicoses e de estados de ansiedade. Nos traumas são muito freqüentes intercorrências gestacionais, ferimentos por agressões e as paradas cardiorrespiratória, por etiologias variadas.

Constatamos, também, a necessidade de investir em meios estratégicos para a proteção da autonomia das pessoas, alterando elementos do ambiente, melhorando a assistência e estabelecendo questões fundamentais no plano de educação - a proteção da prevenção. Atuar dentro do território, identificando onde acontecem e porquê acontecem os problemas, viabilizar a área física, equipamentos etc., assim, utilizamos a atenção primária para dar conta desse leque de situações prementes.

