

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

SANDRA LUMER

O PAPEL DA SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

RIO DE JANEIRO

2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

SANDRA LUMER

O PAPEL DA SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

Dissertação apresentada à Universidade Estácio de Sá como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Henrique de Almeida Rodrigues.

RIO DE JANEIRO

2007

SANDRA LUMER

O PAPEL DA SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

Dissertação apresentada à Universidade Estácio de Sá como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em: _____

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Paulo Henrique de Almeida Rodrigues
Universidade Estácio de Sá

Prof. Dra. Valeria Ferreira Romano
Universidade Estácio de Sá

Prof. Dr. Luiz Guilherme Pessoa da Silva
Universidade Estácio de Sá

Profa. Dra. Luísa Regina Pessoa
Escola Nacional de Saúde Pública

A Abel Z'L, Yuri, Ana Carolina minha
pequena grande família, por tudo e,
sobretudo.

Aos meus pacientes, objetivo primeiro desta
caminhada.

Ao fortalecimento do SUS.

AGRADECIMENTOS

Meu agradecimento a todos que direta ou indiretamente contribuíram, incentivaram e orientaram para o final desta etapa, em especial ao meu orientador e amigo, Professor Paulo Henrique Rodrigues, por acreditar no projeto, pela paciência e dedicação com que o conduziu, pelos preciosos conhecimentos que me transmitiu e principalmente pela sabedoria com que desempenhava cada um desses papéis.

Ao professor Carlos Serra que com suas dicas, norteou alguns pontos desse trabalho e me permitiu concluí-lo num tempo menor.

À Isabela, Shirlei e Simone, amigas para sempre; não tão somente pela mão estendida, a cumplicidade explícita, o sorriso carinhoso e nem mesmo pela adorável companhia todas as sextas e sábados, mas sim, pelo exercício da tolerância, da humildade, da confiança que nos permitiu somar experiências e refletir em que podemos realmente ajudar para construir um SUS para todos.

À Helena, Patrícia, Lourdes e Marisol, médicas residentes de Medicina de Família e Comunidade em Zaragoza e ao coordenador da residência Prof. Antonio Monreal Hajar, pela acolhida carinhosa em sua cidade, e a oportunidade de vivenciar os caminhos da Medicina de Família na Espanha.

Aos Professores Hesio Cordeiro e Roberto (Bob), pelo empenho na conquista do financiamento do curso através das bolsas de estudo do Ministério da Saúde.

A todos os professores do Mestrado Saúde da Família pelos conhecimentos passados e a dedicação na tarefa de formar novos mestres.

Aos colegas do mestrado, pela oportunidade de ter compartilhado um

convívio alegre, harmonioso e enriquecedor, no qual as divergências foram resolvidas com muitos comes e bebes nos bares da Lapa.

À Luciana, amiga e secretária, presença constante na minha vida pessoal e profissional, pela ajuda incansável aos meus candentes apelos.

À Aline, secretária do Mestrado Saúde da Família, sempre atenta as necessidades dos mestrandos.

À VIDA Emergências Médicas, aonde iniciei na prática da gestão de saúde de urgências/emergências, as Unidades de emergência/urgência do Hospital dos Servidores do Estado e do CRAIS – Saracuruna. Esses espaços serviram de observatório dos serviços ofertados, tanto privados como públicos, contribuindo para uma análise crítica sobre a necessidade de mudanças na gestão do Sistema.

Que todos os frutos sejam dignos do cultivo e
que sirvam sempre de boa semente.

RESUMO

Há um consenso mundial que a maior parte dos problemas de saúde que acomete a população pode e deve ser resolvido no nível primário de atenção. O atendimento de urgência no Programa Saúde da Família se impõe pela necessidade tanto da integralidade da atenção, quanto do cliente ser acompanhado de forma contínua pela equipe de Saúde da Família. A presente dissertação busca analisar o papel da Saúde da Família na atenção de urgência/emergência, em relação aos demais níveis de complexidade que integram o Sistema Único de Saúde. Para tanto, apresenta um estudo de uma série de normas e documentos legais recentes sobre a atenção de urgência no país e na Espanha, dentre outras: as Portarias GM/MS nº. 2.048/2002, nº. 1.863/2003 e a Ley General de Sanidad, estabelecendo assim um contraponto com o modelo espanhol de atenção.

O estudo evidenciou que para uma efetiva oferta desse tipo de serviço, é necessário, no entanto, condições próprias adequadas, tais como: hierarquização das ações e serviços, protocolos clínicos, recursos humanos, referência e contra-referência, regulação do transporte e dos leitos de observação, sistemas de informação e comunicação, recursos tecnológicos mínimos, área física adequada, etc. As normas brasileiras não contem definições claras e precisas, a respeito dessas condições em cada nível de atenção, especialmente em relação ao PSF. Os sistemas brasileiro e espanhol, embora, se apresentem do ponto de vista político e ideológico de forma muito semelhante são muito diferentes quanto à forma de organizar e gerenciar a sua rede de saúde.

Palavras-chave: Atenção de urgência/emergência; Saúde da Família; Rede de ações e serviços de saúde; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

There is an accord worldwide what the majority of the health problems that assail the population can and must be resolved into the primary level of attention. The urgency of referral into the Program of Family Health (PFH) is necessary for maintenance of inclusive and continual attention by the staff of Family Health.

The present dissertation aims to analyze the aspect of Family Health regarding attention to urgency & emergency, in relation to too many levels of complexity that integrate the SUS. This dissertation presents a study of a series of norms & documents recently about this urgency at home & in Spain, in the midst of another the lobbies GM MS nº 2.048/2002 , nº 1.863/2003 and the Ley General de Sanidad, establishing such a counterpoint with the Spanish model of attention.

This survey makes evident that it is necessary for this type of service to be offered effectively, including properly adequate conditions, such as: the hierarchy of actions & services, clinical protocols (guidelines), human resources, reference & counter-reference, regulation of transport from the bed of observation, systems of information & communication, technological resource minimums, adequate physical areas etc. The Brazilian norms do not contain clear definitions or respect the conditions at each level of attention, especially in relation to the PFH. The Brazilian & Spanish systems are very similar, when presented from the political & ideological viewpoint but are a significantly different with regard to the form of organization & management within the health network.

Key Words: Urgent & Emerging Attention; Family Health; Health Services Network; Brazilian National Health Care System.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Níveis de complexidade de um sistema de saúde e comparação dos fatores que os diferenciam	30
Quadro 2 - Pseudofórmula de Almoyna e Nichitsche	51
Quadro 3 - Ministério da Saúde, classificação dos tipos de urgência	51
Quadro 4 - Comentários sobre as responsabilidades e atividades da atenção básica, previstas na NOAS 01/02	68
Quadro 5 - Comentários sobre as responsabilidades e Atividades da atenção básica	70
Quadro 6 - Procedimentos não previstos na NOAS	71
Quadro 7 - Especificações para as UBS, seus ambientes e instalações	82
Quadro 8 - Lista de Ambientes das UBS	86

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Brasil, Distribuição dos municípios por faixa de população e região, 2000 60

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ABS – Atenção Básica de Saúde

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

AIS – Ações Integradas de Saúde

ANVISA – Agência Nacional de Saúde

AP – Atenção Primária

APS – Atenção Primária à Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CCAA – Comunidades Autônomas (Espanha)

CA – *Comunidad autónoma*

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CFB – Constituição Federal Brasileira

CFM – Conselho Federal de Medicina

CID – Código Internacional de Doenças

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CONASP – Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária

CS – *Centro de Salud*

DAB – Departamento de Atenção Básica (Ministério da Saúde)

DATASUS - banco de dados do SUS

DYA - *Detente Y Ayuda*

EAP - Edema Agudo de Pulmão

EMTALA - *Emergency Medical Treatment and Active Labor Act*

ESF – Equipe de Saúde da Família

FIOCRUZ - Fundação Osvaldo Cruz

FNS – Fundo Nacional de Saúde

GM - Gabinete do Ministro

GUAC – Grupo de Trabalho em Urgências e Atenção Continuada (Espanha)

IAM – Infarto Agudo do Miocárdio

LOS – Lei Orgânica da Saúde

MFyC – *Medicina Familiar y Comunitária* (Espanha)

MS - Ministério da Saúde

NOAS – Norma Operacional Assistência à Saúde

PAB – Programa Atenção Básica

PABA – Programa de Atenção Básica Ampliada

PCR – Parada Cárdio - Respiratória

PACS – Programa Agentes Comunitários de Saúde

PAD – Programa Atenção Domiciliar

PASU - *Plan de Atencion Sanitaria de Urgencias*

PNRMAV - Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências

PSF – Programa Saúde da Família

PS – Pronto - Socorro

RBCE - Rede Brasileira de Cooperação em Emergências

RDC – Resolução da Diretoria Colegiada

SAMU – Serviço de Atenção Móvel de Urgência

SAMUR. - *Servicio de Asistencia Municipal de Urgencia y Rescate* (Espanha).

SAS - Secretaria de Assistência à Saúde

SB - Saúde Bucal

SBMFC - Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.

SEMFyC – Sociedade Espanhola de Medicina de Família e Comunidade

SEU - Serviço Especial de Urgencias (Espanha)

SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais

SIEM – RJ - Serviços Integrados de Emergência Medica do Rio de Janeiro

SIH - Sistema de Informação Hospitalar

SF – Saúde da Família

SNS – *Sistema Nacional de Salud* (Espanha)

SOMASUS – Sistema de Apoio à Elaboração de Projetos de Investimentos em Saúde

SUMMA - *Servicio de Urgencia Médica de la Comunidad de Madrid*

SUS – Sistema Único de Saúde

TCE – Traumatismo Crânio Encefálico

UAB – Unidade de Atenção Básica

UBS – Unidade Básica de Saúde

UPA - Unidade Pronto Atendimento

USF – Unidade de Saúde da Família

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

QUADRO SÍNTESE

TÍTULO	O papel da Saúde da Família na atenção às urgências
AUTOR	Sandra Lumer
ORIENTADOR	Paulo Henrique de Almeida Rodrigues
OBJETO	Papel da Saúde da Família na atenção às urgências.
OBJETIVO GERAL	Estudar o papel da Saúde da Família na atenção às urgências.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	<p>Analisar conceitualmente o papel da Saúde da Família que é entendida como um modelo de atenção integral e continuado na atenção às urgências.</p> <p>Realizar um contraponto entre o papel da Saúde da Família na atenção às urgências no Brasil com o modelo espanhol.</p> <p>Identificar as necessidades em termos de recursos físicos, tecnológicos e de recursos humanos para o atendimento de urgência na Saúde da Família, com base na Resolução da Diretoria Colegiada nº. 50/2002 (RDC 50/02), da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e no Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde.</p>
JUSTIFICATIVA	<p>O interesse de realizar o trabalho proposto parte da constatação de duas questões diferentes: a) a crise atual dos serviços de atenção de urgência na maior parte do país; e b) as definições ainda precárias tanto do que são casos de urgência e emergência, quanto dos papéis de cada nível de complexidade nesta atenção, particularmente no que diz respeito à Saúde da Família.</p> <p>Há um consenso de que a maior parte dos problemas de saúde que acometem a população pode e deve ser resolvido no nível primário de atenção. Isto requer, no entanto, a existência neste nível de condições tais como: competência técnica dos profissionais, hierarquização clara das ações e serviços a serem prestados por cada nível de atenção, utilização de protocolos clínicos, funcionamento do sistema de referência e contra-referência, sistemas de informação e comunicação, recursos tecnológicos mínimos, área física adequada, etc.</p> <p>O trabalho tem como pressuposto que o atendimento de urgência pelo PSF pode: oferecer um primeiro atendimento resolutivo para casos de baixa complexidade, estabilizar pacientes mais graves para transporte, ajudar a regular a porta de entrada dos serviços de emergência. Este tipo de atenção integra os Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, de acordo com a Portaria GM/MS n.º 2.048/2002, que considera "que as atribuições e prerrogativas das unidades de Saúde da Família em relação ao acolhimento/ atendimento das urgências/emergências de baixa gravidade devem ser desempenhadas por todos os municípios...". A Portaria mencionada não estabelece, no entanto, de forma completa as condições para que este papel possa ser desempenhado pela atenção primária, em geral, e pela Saúde da Família, em particular.</p>
REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLOGIA	<p>A análise será realizada com base: na literatura nacional e internacional, normas nacionais e internacionais, na legislação vigente, sobre os serviços de atenção de urgência e emergência e sua aplicabilidade na Estratégia Saúde da Família, assim como as suas relações na organização do sistema de saúde brasileiro.</p> <p>Metodologia: <u>Estudo de base bibliográfica e documental com finalidade exploratória.</u></p>
PALAVRAS CHAVE	Atenção de urgência; Saúde da Família; Rede de ações e serviços de saúde; Sistema Único de Saúde;

SUMÁRIO

1. Introdução	17
1.1 Apresentação.....	17
1.2 Objetivos.....	19
1.3 Métodos	20
2. As urgências/emergências no sistema de saúde	24
2.1 A idéia dos serviços de saúde integrarem um sistema	24
2.2 Os diferentes níveis de atenção ou de complexidade.....	28
2.3 Sistemas públicos de saúde no Brasil e na Espanha	42
3. Urgência, conceito e evolução.	46
3.1 Conceito.....	46
3.2 Um breve histórico da urgência no Brasil e na Espanha	53
3.3 Gestão da urgência no SUS	59
4. Atenção primária e as urgências	67
4.1 Norma geral sobre a rede (NOAS 01/02).....	67
4.2 Normas sobre atenção às urgências	74
4.3 Normas específicas sobre atenção primária.....	79
4.4 Atenção primária e as urgências na Espanha	90
Considerações finais	94
Referências	98
Bibliográficas	Erro! Indicador não definido.
Documentais.....	102

1. INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação

Esta dissertação tem como objeto analisar, estudar, levantar a possibilidade de serem desenvolvidas as ações e serviços de urgência na Atenção Primária (AP), mais especificamente na Saúde da Família (SF). O interesse de realizar o trabalho partiu da constatação de duas questões diferentes: a crise atual dos serviços de atenção de urgência na maior parte do país e as definições ainda precárias tanto do que são casos de urgência e emergência¹, quanto dos papéis de cada nível de complexidade nesta atenção, particularmente no que diz respeito à SF.

A motivação veio de minha atuação na área de urgências/emergências, desde 1979 e a preocupação com a necessidade da melhoria da assistência neste setor, com vistas também a uma maior racionalidade do sistema, incluindo a definição mais precisa do papel dos diferentes níveis de atenção no que diz respeito às urgências e emergências. Ao longo desses anos de experiência, pude vivenciar as angústias e inquietações dos clientes e dos profissionais de saúde, a respeito da organização e das características da atenção às urgências/emergências, que é sabidamente a principal porta de entrada no sistema de saúde, em função da ainda insuficiente organização da rede de atenção no Brasil. A indagação que a motivou foi: qual o papel da Saúde da Família na atenção a urgência?

O Programa Saúde da Família (PSF), considerado pelo Ministério da Saúde (MS) como estratégia de transformação da atenção básica ou primária, vem mudando gradualmente esta situação ao reorganizar a AP como principal porta de entrada do sistema. Existe um consenso de que a maior parte dos problemas de saúde que acomete a população pode e deve ser resolvido no nível primário de

¹ Estou utilizando também o termo emergência, pois existe uma inter - relação com a urgência, no que tange a organização de um serviço desta natureza.

atenção. O atendimento de urgência no PSF se impõe pela necessidade tanto da integralidade da atenção, quanto do cliente ser acompanhado de forma contínua pela Equipe de Saúde da Família (ESF) quando esta tem de referir um caso de urgência ou emergência para os demais níveis de complexidade da atenção.

A efetiva oferta de serviços de urgência e até a emergência na AP requer, no entanto, a existência de condições tais como: hierarquização clara das ações e serviços a serem prestados por cada nível de atenção; utilização de protocolos clínicos; competência técnica dos profissionais; funcionamento do sistema de referência e contra-referência; existência de um sistema de regulação do transporte e dos leitos de observação; sistemas de informação/comunicação e logística; recursos tecnológicos mínimos; área física adequada; etc. É pressuposto do trabalho que a oferta de serviços de urgência pelo PSF possa fornecer: atendimento resolutivo para casos de baixa complexidade²; primeiro atendimento, capaz de estabilizar o quadro de pacientes mais graves para transporte e ajudar a regular a porta de entrada dos serviços de emergência³.

Há uma série de normas e documentos legais recentes sobre a atenção de urgência no país, tais como: as Portarias GM/MS nº. 2.048/2002 e nº. 1.863/2003. Estas não estão ainda operacionalizadas e nem contem definições precisas, a respeito do papel de cada nível de complexidade em relação às urgências/emergências. Especialmente em relação ao papel do PSF suas definições são muito vagas, tornando difícil sua implantação. Esta dissertação pretende contribuir para uma definição mais clara do papel da AP nos atendimentos de urgência e conseqüentemente da emergência no SUS.

Tive a oportunidade de conhecer a experiência espanhola nesta área, a partir de uma visita de estudos realizada no âmbito do Mestrado Profissional de Saúde da Família em janeiro de 2007. Constatei que esta se encontra num estágio mais

² Casos de Baixa Complexidade – são casos clínicos que não demandam alta tecnologia para o seu controle e tratamento, tais como: Crise Hipertensiva, Hipoglicemia, Crise Asmática, Reidratação Venosa, Parto Normal etc

³ Estou utilizando aqui a definição do Ministério da Saúde, Portarias GM/MS nº. 2.048/2002 que distingue urgência de emergência.

avanzado em termos tanto de sua definição, quanto da organização dos serviços e da qualidade da atenção prestada aos clientes. O trabalho estabelece desta forma um contraponto entre os dois modelos, em busca de subsídios para a crítica da problemática brasileira. A pesquisa foi feita em conjunto com outra dissertação da mesma linha de pesquisa do programa de mestrado, desenvolvida por Isabela Vogel, que investigou as competências do médico de família para a atenção às urgências/emergências. Houve grande intercâmbio de informações e opiniões entre os dois projetos.

Nesta introdução são apresentados os objetivos e a metodologia utilizada no desenvolvimento da pesquisa. No item 2, é apresentada uma discussão inicial do problema da atenção de urgência e emergência e do possível papel da saúde da família no mesmo. Acredito que os resultados alcançados poderão contribuir para um melhor esclarecimento deste papel estabelecendo uma nova concepção da organização da AP de acordo com os princípios do SUS.

1.2 Objetivos

Objetivo Geral

O objetivo geral do trabalho foi o de analisar o papel da Saúde da Família na atenção às urgências, em relação aos demais níveis de complexidade que integram o Sistema Único de Saúde.

Objetivos Específicos

Os objetivos específicos foram:

- Analisar conceitualmente o papel da Saúde da Família que é entendida como um modelo de atenção integral e continuado na atenção às urgências;

- Realizar um contraponto entre o modelo brasileiro e o espanhol, no que diz respeito ao papel da Saúde da Família na atenção às urgências;
- Identificar as necessidades em termos de recursos físicos, tecnológicos e humanos para o atendimento de urgência e também da emergência na Saúde da Família, utilizando como base a Resolução da Diretoria Colegiada nº. 50/2002 (RDC 50/02), da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e o Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde.

1.3 Métodos

Como o tema escolhido ainda é pouco tratado e sistematizado pela literatura, a dissertação lançou mão de métodos qualitativos de caráter exploratório (Gil, 1994 e Triviños, 1987). O desenvolvimento da pesquisa, de base bibliográfica e documental, envolveu, portanto, a coleta de dados de fontes bibliográficas e documentais sobre o tema, de forma a permitir uma análise crítica das concepções e normas legais brasileiras sobre a atenção às urgências/emergências e a Saúde da Família, bem como uma análise do modelo brasileiro e do espanhol.

A complexidade do assunto em relação às urgências na Saúde da Família tem sido objeto de portarias e resoluções de órgãos governamentais das entidades de classe, ainda não totalmente implantadas. O fato do número de serviços que atendem a essas portarias ser muito reduzido dificulta muito a observação do processo de atenção às urgências e até das emergências no espaço Saúde da Família, fortalecendo desta forma a opção pela análise bibliográfica e documental.

Realizar um contraponto com a Espanha foi tão somente uma forma de entender como este tipo de atenção pode ser ofertada a clientela adstrita. As características da infra-estrutura no Brasil quais sejam: instalações, equipamentos, recursos humanos, centrais de regulação, organização em redes são bem distintas daquele país. Não sendo possível, portanto, a incorporação destes modelos internacionais diretamente no PSF em nosso país.

A análise bibliográfica e documental envolveu dentre outros, os temas e autores indicados a seguir: para analisar o tema dos serviços e sistemas de saúde e o papel dos seus diferentes níveis de complexidade da atenção, utilizei Mendes (1999) e (2002), Novaes (1990) e normas e documentos do Ministério da Saúde. Para discutir o conceito de urgência, me apoiei em ALMOYNA (2000), PAIM (1994), Conselho Federal de Medicina (CFM) (1988) e em normas e manuais das autoridades de saúde do Brasil e da Espanha. Para analisar a evolução da urgência no contexto brasileiro, recorri a autores como: PEREIRA NETO (1997) e TEIXEIRA (2004) e no contexto espanhol: JUAN (1995), GARRIDO (1999) e VILLAMOR (2005).

A escolha destes autores foi apoiada na objetividade, na confiabilidade e na reprodutibilidade dos conceitos elaborados pelos mesmos dentro da comunidade científica, muito embora a pesquisa tenha apresentado limitações, por conta da escassa literatura nacional sobre o tema e também como descrito acima, da inexistência de serviços com estas características em nosso país. A documentação que foi utilizada na coleta dos dados foi na sua maior parte escrita, embora outras fontes tenham sido utilizadas, tais como: internet e a visita ao sistema espanhol.

A escolha dos documentos e textos sobre o assunto seguiu a regra da homogeneidade em que estes documentos e textos obedeceram a “critérios precisos de escolha, sendo também pertinentes”, ou melhor, adequados quanto à fonte de informação, de forma a corresponderem ao objeto da análise. Estes materiais sobre o tema foram classificados através de “critérios comuns” ou que possuíam “analogias em seu conteúdo” (Bardin, 2004, p. 39-41). Para efeito de descrição estes documentos foram agrupados em duas categorias: “documentos diretos (relação direta com os fenômenos que constituem o objeto de estudo) e indiretos (sem relação direta com os fenômenos, mas que podem indicar ou permitir situar as bases das questões estudadas)” (Fernandes, 2002, p. 164-165).

Depois de demarcado o gênero de documentos sobre os quais, se podia efetuar o estudo, estes foram submetidos à “exatidão analítica”, respeitando a regra da “não seletividade”. Bardin (idem, p. 90-91). Seguindo também, desta forma a proposta de Fernandes, (idem, p. 76) que dizia: “Não basta ler um documento para se retirar dele toda a sua substância”. Afirmava também que a leitura de um

documento devia seguir regras precisas que permitam fixar o valor do documento, respectivo grau de veracidade, sentido exato e verdadeiro alcance.

A análise crítica das normas brasileiras sobre urgência e Saúde da Família envolveu as seguintes portarias e normas:

- Portaria GM/MS nº. 2.024/2002 - Política de Atenção às Urgências;
- Portaria GM/MS nº. 1.873/2003 – Atenção e Regulação de Urgência;
- Portaria GM/MS nº. 648/ 2006 – Política Nacional de Atenção Básica;
- Portaria GM/MS nº. 399/2006 - Pacto pela Saúde;
- Portaria GM/MS nº. 699/2006 – Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão;
- Portaria GM/MS nº. 373/2002 - Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/02);
- Resolução CREMERJ nº. 100/1996 - Normas Mínimas para o Atendimento de Urgências e Emergências no Estado do Rio de Janeiro;
- Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde;
- RDC 50/02, da ANVISA.

Com base nessas observações, de cunho teórico, realizei a análise da situação brasileira em confronto com a da Espanha no que dizia respeito ao papel da Saúde da Família na atenção as urgências. Utilizei, ainda, o material de observação trazido da visita de estudos à Zaragoza⁴, em janeiro de 2007.

O trabalho, além dos procedimentos de análise citados acima envolveu também, as observações realizadas na Espanha e a minha vivência de mais de 30 anos em serviços de urgências públicos e privados no Rio de Janeiro, como médica do Hospital dos Servidores do Estado, do PMS Saracuruna e como diretora médica da Vida Emergências Médicas, entre outros.

⁴ A viagem à Zaragoza incluiu visitas às seguintes unidades e serviços: *Centro de Salud Torrero La Paz; Centro de Salud Actur Sur, Geriátrico San Eugenio, Hospital Universitário Miguel Servet e o Centro Coordinador de Emergências (SOS, Aragon - 112).*

Trata-se, portanto, de um estudo fundamentalmente teórico que atende aos critérios de validade na pesquisa qualitativa de tipo descritiva e teórica (MAXWELL, 1992).

Discorri sobre o tema empregando a expressão **cliente** ao invés de **usuário** como é comumente citado o cidadão nos trabalhos até então pesquisados e constando no próprio texto da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº. 8.080/90, art. 7º. VI). Penso que a expressão usuário exprime uma idéia reducionista e assistencialista do indivíduo, enquanto a expressão cliente, envolve prestígio, *status* social. A iniciativa privada que recebe diretamente por seus serviços, utiliza normalmente o termo cliente para os que se beneficiam do serviço, enquanto a pública, usuário, dando um entendimento que o indivíduo tão somente usa, ou melhor, usufrui do benefício. Muitos profissionais de saúde, que atuam ao mesmo tempo nos setores público e privado, usam ambos os termos para designar seus pacientes, discriminando como usuários, os que atendem no SUS e como clientes, os que atendem na área privada. É possível que o problema, não seja só de semântica, mas também de como se compra o serviço. No meu entendimento quem usa o serviço público também paga, embora indiretamente, portanto, é também cliente.

2. AS URGÊNCIAS NO SISTEMA DE SAÚDE

Este capítulo apresenta os principais conceitos que embasam o desenvolvimento deste estudo. Busca sistematizar os conhecimentos encontrados na literatura sobre a urgência na atenção básica, no sentido de se formar um pensamento lógico que possibilite um entendimento claro sobre a complexidade do problema abordado, dando concretude aos procedimentos que visem racionalizar a assistência na Saúde da Família.

2.1 A idéia dos serviços de saúde integrar um sistema

O século XX foi marcado pela descoberta de agentes etiológicos de diversas doenças, o que revolucionou o pensar em saúde em todo o mundo. Não só a biologia humana foi privilegiada com o avanço tecnológico. O entusiasmo do desenvolvimento influenciou a arte, a indústria e o comércio no mundo. Este contexto histórico teve um impacto definitivo no estímulo às reflexões sobre os problemas de saúde pública e nas teorias sobre a organização dos sistemas de saúde, principalmente na Europa e nos Estados Unidos (NOVAES, 1990).

Dois relatórios sobre o sistema organizacional apresentaram maior repercussão nos serviços de saúde pública e na educação médica da América Latina. O primeiro sob a responsabilidade de Abraham Flexner (1910) e o segundo sob autoria de Bertrand Dawson (1920).

O modelo flexneriano recomenda a excelência técnica, enquanto os aspectos preventivos e promocionais a saúde permanecem sem tanta ênfase, defendendo que a assistência médica primária deveria ter característica missionária para atuar principalmente em áreas rurais. (KING apud NOVAES, 1990). Os aspectos sociais foram muito negligenciados, pois para Flexner “todos os problemas sociais poderiam ser resolvidos por meio de uma vacina” (BERLINER, 1975, p.38).

Um princípio importante no relatório de Flexner é a aprendizagem intra-hospitalar enquanto, a utilização de outras unidades periféricas ao hospital era considerada imprópria ao processo de formação do profissional de saúde principalmente ao médico (NOVAES, 1990). O hospital era o ideal para o ensino médico que, segundo ele:

[...] consiste essencialmente de enfermaria, com pacientes de vários departamentos (Medicina, que inclui pediatria e doenças transmissíveis, cirurgia, obstetrícia e especialidades como oftalmologia, otologia, dermatologia, etc.) [...] Cada enfermaria sistematicamente organizada com corpo clínico permanente [...] laboratório clínico [...] em íntima relação com as salas de autópsias. (FLEXNER, apud NOVAES, 1990, p. 48).

Afirmava também, que a assistência ambulatorial em hospital deve-se limitar a poucos casos de pequenas cirurgias, doenças dos olhos, nariz, pele, etc. Os pacientes ambulatoriais não geram retorno, prejudicando o aprendizado. Ao desenvolver a idéia de visitas domiciliares ele as define como ineficazes:

[...] O professor de Medicina não pode parar suas atividades [...] precisando atravessar a cidade inteira [...] para receber dados [...] registros médicos [...] O estudante responsável por um caso específico terá dificuldades em diagnosticar se os resultados dos exames de sangue, catarro ou fezes tiverem de ser transportados muito além das paredes do hospital [...] (FLEXNER apud NOVAES, 1990, p. 49).

Este modo de pensar estava apoiado na medicina européia, principalmente na alemã que predominou a época e prevalece ainda nos dias atuais, nos Estados Unidos da América e por extensão em toda a educação médica latino-americana. Essa tem como base as enfermarias e ambulatórios de hospitais universitários. Os profissionais da área de saúde deparam-se com consultórios de portas fechadas e dificilmente se disponibilizam a consultas externas, a não ser quando existe interesse em internações de determinadas patologias específicas para estudos e pesquisas. Nestes locais a prioridade da atenção médica está centrada no indivíduo e no biológico que trata a espécie humana como máquinas e cultua a doença e não a saúde (NOVAES, 1990).

O segundo relatório, proposto por Bertrand Dawson, na Inglaterra, chamava a atenção para a urgência do estabelecimento de métodos para a construção de políticas de saúde relacionadas aos problemas sociais existentes neste país. Esta linha de pensamento, diferenciada no Reino Unido, pode ter tido uma forte influência na reorganização de serviços de saúde que evoluiu durante séculos com início no século XV, com as primeiras leis de proteção aos pobres, principalmente à

assistência infantil e aos idosos. No século XVIII o Estado passa a ser questionado sobre sua responsabilidade frente às necessidades populacionais e passa a ter um papel mais ativo na solução de problemas sociais e políticos, (NOVAES, 1990).

Dawson propõe a regionalização como forma de direcionamento das ações de prevenção e terapêutica e chama atenção para a urgência de inter-relação entre a medicina e os problemas sociais (NOVAES, 1990). Suas ações se contrapõem a Flexner, e estão bem alinhadas com as propostas atuais de organização dos serviços de saúde:

A disponibilidade geral dos serviços médicos só pode ser assegurada por intermédio de uma organização nova e ampliada, distribuída em função das necessidades da comunidade. Tal organização é indispensável por razões de eficiência e custo, como também para o benefício do público e da profissão médica. Com a ampliação do saber, as medidas necessárias para resolver os problemas de saúde e doenças, ficam mais complexas, reduzindo assim o âmbito da ação individual e exigindo em troca esforços combinados. À medida que aumentam a complexidade e custo do tratamento, diminui o número de pessoas que podem pagar toda a gama de serviços [...] (DAWSON apud NOVAES, 1990, p. 54).

A medicina preventiva e curativa não podem ser separadas em virtude de nenhum princípio sólido, pois **todos os planos de serviços médicos devem ser estreitamente coordenados** [grifos meus]. Além disso, devem ser colocadas dentro da esfera do médico generalista funções que abrangem a Medicina tanto para o indivíduo como para a comunidade (DAWSON apud NOVAES, 1990, p.55).

O texto oficial de Dawson distinguia três níveis principais de serviços de saúde: centros de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais escolas. Nele há referências e propostas de vínculos formais entre esses três níveis de atenção com a descrição de atribuições para cada um. Esta formulação serviu de base para o conceito de regionalização, que seria a organização de serviços planejados para responder às diferentes necessidades de serviços médicos da população. Apesar de coerentes, as idéias de Dawson não foram aplicadas de imediato. Após situações de crises ou revoluções, como na União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS - 1918), e no pós-guerra (Inglaterra - 1948), suas idéias foram úteis para a reflexão na reestruturação dos modelos de saúde com o Estado responsável pela reconstrução da boa saúde (NOVAES, 1990).

Em 1834, anteriormente às propostas de Dawson, também na Inglaterra, Chadwick faz a "Reforma da Lei dos Pobres", realizando um relatório sobre as condições de vida sanitária dos trabalhadores ingleses, através de "estudos estatísticos e geográficos". No início do século XX, dá início "aos conselhos locais de

saúde das comunidades e ao conselho central", voltando a sua atenção na busca de novas alternativas de organização de serviços de saúde. Esta fase é um "verdadeiro divisor de águas no surgimento de estratégias para a saúde pública" (ROSEN, 1994, p.137, 138, 162).

As bases conceituais dos dois pensadores (Flexner e Dawson) são divergentes em relação à formação de recursos humanos, aos locais de prioridade da atenção à saúde, à logística dos serviços e à interpretação das necessidades da comunidade (NOVAES, 1990).

Para Duncan, (2004, p.72), "os serviços de saúde precisam estar organizados em níveis de complexidades crescentes, com tecnologia adequada para cada nível, potencializando a resolutividade". A estrutura do sistema de saúde, em geral, se divide em níveis de atenção que se agrupam em três categorias interligadas: primária, secundária e terciária. O sistema de assistência entre essas três categorias deve ser integrado e contínuo.

No nível primário os pacientes entram em contato com o sistema, onde são oferecidas soluções básicas para seus problemas, através da terapêutica aplicada ou por encaminhamento ao nível secundário. O nível secundário refere-se aos ambulatórios especializados e o terciário envolve os problemas de alta complexidade, com a utilização de equipamentos e pessoal tecnicamente preparado para tratamentos intensivos. O nível terciário envolve sempre a hospitalização (NOVAES, 1990).

Em muitos países, as competências dos profissionais de saúde são claramente definidas entre os três níveis de atenção. Os médicos da AP, por exemplo, trabalham muito fora do hospital. Os especialistas trabalham em ambulatórios de hospitais comunitários e os médicos terciários trabalham basicamente em centros médicos e de ensino regionalizados (STARFIELD, 2002).

As redes integradas de atenção à saúde são uma importante contribuição à organização da atenção no sistema como um todo. A lógica orientadora dessa nova forma de organização da assistência enfatiza o trabalho em cima das necessidades da população com a conseqüente gestão da demanda. Supera assim a lógica da oferta que predomina no modelo hegemônico atual e sua conseqüente gestão da oferta.

Ainda não se definiu uma estratégia que possa atuar em todos os níveis da atenção e por linhas de atenção. Verifica-se que os investimentos e intervenções que vêm sendo feitos ainda não são suficientes para permear todas as necessidades dos nossos clientes. É realmente paradoxal aumentar a perspectiva de vida sem evoluir em qualidade.

2.2 Os diferentes níveis de atenção ou de complexidade

Como se viu anteriormente, desde Dawson em 1920, alguns autores defendem a organização da atenção de forma regionalizada e hierarquizada em diferentes níveis de atenção ou complexidade, o que implica na existência de uma hierarquia entre os diferentes tipos de serviços de saúde. Esta concepção está presente tanto no artigo nº. 198 da Constituição Brasileira (1988.) – “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada” – quanto entre os princípios do SUS:

II – integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (Lei nº. 8.080/90, art. 7º).

[...]

IX – [...]

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.

Vê-se que a legislação que instituiu o SUS incorpora as idéias de regionalização e hierarquização, quanto dos diferentes níveis de complexidade em que se deve organizar o Sistema. A NOAS SUS 01/02 propõe a organização dos serviços de saúde por níveis de complexidade, sendo a AP o nível de atenção de menor complexidade e a atenção terciária o de maior complexidade, determinando uma estrutura hierarquizada ou piramidal de atenção, sendo o nível menos complexo a base da pirâmide e o mais complexo, o topo. Esta NOAS introduziu uma divisão dos procedimentos realizados pelos diferentes níveis de complexidade (alta, média e baixa), propondo também que a definição das responsabilidades das diferentes unidades de saúde seja feita de acordo com esses níveis.

Alguns autores, como Mendes et Pestana (2004) e Cecílio (1997), percebem a conformação hierarquizada ou piramidal como uma visão incorreta. Mendes et Pestana (idem) afirmam que tal visão supõe que a AP à saúde seja menos complexa do que as realizadas pelos demais níveis, aos quais caberiam os procedimentos tidos como de média e alta complexidade. Em sua opinião, isto não está correto, pois a Atenção Primária à Saúde (APS) exige um conjunto de conhecimentos, atitudes e habilidades muito mais amplo, que aqueles solicitados nos procedimentos das outras complexidades, mesmo que esses apresentem maior densidade tecnológica. Para eles os procedimentos de AP à saúde são mais intensivos em cognição.

Mendes et Pestana (idem, pg. 38) não concordam desta forma em dividir as ações dos sistemas de serviços de saúde por níveis de complexidade, tal como faz a NOAS SUS 01/02. Dizem ainda que "as ações de média e alta complexidade são mais densas tecnologicamente e também mais custosas", mas não seriam definitivamente mais complexas. O formato de pirâmide dá um caráter de "banalização à atenção primária" que sendo de baixa complexidade pode inclusive, como é comum ocorrer, oferecer serviços sem qualidade à população. Nada disso é imaginável na oferta da atenção de alta complexidade, onde os critérios de certificação, ainda que não ideais, são mais rigorosos.

Cecílio (1997, p.474) argumenta da mesma forma, acrescentando que o formato piramidal da rede de saúde, embutido na idéia da hierarquia, não ajudaria a explicar por que a maioria dos casos tratados nos Pronto-Socorros (PS) dos hospitais são casos simples, ou de baixa gravidade e que podem ser resolvidos nas unidades básicas de saúde. Propõe, neste sentido a utilização da figura do círculo, "a mais perfeita forma geométrica" segundo ele, para se conceber o modelo de assistência. Este deve ser visto, sem hierarquias, que induz a pensar no papel da atenção básica ou primária como menor. O círculo permite observar "múltiplas alternativas de entrada e saída no sistema, tirando o hospital do topo e a AP da base, colocando todas as unidades em igual nível de importância" (op. cit. p. 475).

Mendes et Pestana (idem, p.15) mencionam três diferentes categorias para analisar o problema: "densidade tecnológica", custos dos "procedimentos" e "conhecimentos e habilidades" requeridas dos profissionais, relacionando à AP um nível mais amplo dos mesmos. Pode-se acrescentar, a esses argumentos o da

gravidade dos casos, que é inclusive o que este mais diretamente relacionado com as urgências e emergências. Antes de prosseguir, deve-se questionar a maior amplitude dos conhecimentos e habilidades requeridos para os profissionais generalistas da AP. Tais características podem ser mais amplas do ponto de vista da diversidade do tipo de casos tratados, mas são menos densas ou profundas em relação a cada caso e insuficientes para tratar os casos de maior gravidade.

As diferenças entre os diferentes níveis de complexidade de um sistema de saúde podem-se apresentar de forma resumida, considerando os seguintes critérios: densidade tecnológica, especialização dos serviços, custos dos procedimentos, gravidade e diversidade dos casos tratados, tal como se vê no quadro a seguir.

Quadro 1: Níveis de complexidade de um sistema de saúde e comparação dos fatores que os diferenciam

Níveis de complexidade	Gravidade dos casos atendidos	Densidade tecnológica (equipamentos)	Especialização dos serviços	Custo dos procedimentos	Diversidade dos casos clínicos por especialidade
Terciário	Alta	Alta	Alta	Alto	Baixa
Secundário	Média	Média	Alta	Médio	Baixa
Primário	Baixa	Baixa	Baixa	Baixo	Alta

Fonte: elaboração própria.

Como se pode ver, o nível terciário do sistema trata, ou tem condições de tratar, casos de maior gravidade. Para isto trabalha com maior densidade tecnológica, conta com serviços mais especializados e tem custos de operação mais elevados. Ao contrário, no nível primário, somente a diversidade⁵ dos casos tratados é mais elevada do que nos demais níveis. Já o nível secundário trata casos de gravidade média e conta com recursos tecnológicos de média complexidade, tem custos de operação médios, apresentando diversidade dos casos relativamente baixa por especialidade.

Na verdade, todos os níveis são fundamentais para o sistema, e a hierarquia

⁵ A questão da diversidade dos casos tratados por especialidade está baseada no sistema de Classificação Internacional de Doenças, na sua décima versão (CID-10), um generalista da atenção primária lida com todos os capítulos do CID, enquanto uma especialista lida, em geral, com um único capítulo.

do mesmo diz respeito aos três primeiros fatores (tecnologia, gravidade dos casos e custos dos procedimentos) e visa diferenciar os serviços oferecidos. O que é importante é que o nível primário funcione de acordo com as propostas de Dawson e da Organização Mundial de Saúde (OMS - 1978), como o primeiro e o principal contato do sistema com a população, ou como principal porta de entrada no Sistema, sendo a urgência a outra porta necessária. É este o único nível do sistema que pode estabelecer um vínculo permanente com os clientes do sistema e orientar o seu fluxo no mesmo, quando necessitam dos recursos dos demais níveis de complexidade.

Como se observou acima, a idéia do círculo para expressar a forma de organização de uma rede de serviços de saúde, proposta por Cecílio implica em “múltiplas portas de entrada” (1997 p. 475). Estas poderiam incluir além de todos os tipos de serviços de saúde, até mesmo unidades de outros serviços públicos de caráter social e outras entidades, como escolas, farmácias, creches, quartéis, todas responsáveis pelo acolhimento dos clientes do sistema. Além de ser uma proposta de difícil operacionalização, ela tem como principal defeito o de dissolver as responsabilidades, dispersar recursos humanos e materiais, que são caros e de difícil formação, organização e manutenção. É importante observar que a forma circular proposta é observada no acesso aos serviços de urgência, pois o atendimento será realizado em qualquer local aonde esta ocorra, como por exemplo, no domicílio, na via pública, no PSF, que são os espaços da atenção pré-hospitalar. Nestes os casos de maior gravidade têm que ser encaminhados a um nível de maior complexidade.

Atenção Primária

A APS também denominada, no Brasil, de Atenção Básica foi definida pela OMS em 1978, como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do

local onde a pessoa vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (Declaração de Alma-Ata, 1978, artigo VIº. p.1)

Desde a declaração de Alma-Ata citada acima o conceito de APS tem passado por diversas interpretações. No contexto do SUS, o modelo de atenção à saúde que incorpora a abordagem da APS é a atenção básica que representa o primeiro nível de atenção à saúde. Esta designação, essencialmente brasileira, está relacionada principalmente a “necessidade de estabelecer uma ruptura com uma concepção redutora desse nível de atenção” (Ministério da Saúde, 2003, p.7). Atenção Básica à Saúde (ABS) é constituída pelo Ministério como:

[...] o primeiro nível de atenção à saúde, de acordo com o modelo adotado pelo SUS. Engloba um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, que envolvem a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação dos pacientes. Nesse nível da atenção à saúde, o atendimento aos usuários deve seguir uma cadeia progressiva, garantindo o acesso aos cuidados e às tecnologias necessárias e adequadas à prevenção e ao enfrentamento das doenças, para prolongamento da vida. A atenção básica é o ponto de contato preferencial dos usuários com o SUS e seu primeiro contato, realizado pelas especialidades básicas da Saúde, que são: clínica médica, pediatria, obstetrícia, ginecologia, **inclusive as emergências referentes a essas áreas** [grifos meus]. Cabe também à atenção básica proceder aos encaminhamentos dos usuários para os atendimentos de média e alta complexidade (SUS de A a Z, webpage).

Bech (2002) organiza a AP em dois subníveis, um nível mais básico-nível 1 que integra as equipes do PSF e o nível 2 que é constituído por uma policlínica-centro de saúde, composta por: pediatra, clínico, cirurgião e um gineco-obstetra. Ele observa que existem interpretações diferentes quando se fala sobre a APS, pois como o nível de atenção para o SUS é um conceito de complexidade de recursos tem, portanto, caráter técnico administrativo. Com uma interpretação verdadeiramente reducionista não casando com a dimensão do conceito emitido na Declaração de Alma-Ata. Este nível deve garantir de acordo com o SUS, se bem organizada, a resolução de cerca de 80% das necessidades e problemas de saúde da população de um município.

Mendes (1999), também concorda que o modelo de AP possui interpretações diferentes. Para algumas pessoas, principalmente da **classe médica** [grifos meus] é um programa focalizado para pobres, com necessidade de baixa tecnologia, utilizando uma força de trabalho pouco qualificada e com pouca resolubilidade na solução dos problemas da saúde dos cidadãos. Criada a partir da necessidade de

redução de custos e reforma do governo, proposta pelos organismos internacionais, esta formulação pressupõe uma atenção de baixo custo, focalizada e sem articulação com os outros níveis do sistema de saúde. Com certeza na prática, essa tendência pode ser desmistificada, ao se observar que a AP pode exigir habilidades e práticas de alta complexidade, que reúnem conhecimento de diversos campos, tais como: a antropologia, as ciências sociais, além da própria medicina.

Para Mendes (2002), a APS é um modelo de organização do sistema de saúde, quando tem como princípio:

[...] apropriar, recombina, reorganizar e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades, demandas e representações da população, o que implica a articulação da atenção primária dentro de um sistema integrado de serviços de saúde (MENDES, 2002, p. 10).

Dawson já utilizara o termo AP dentro de um sistema regionalizado em seu relatório como instituições preparadas para atendimentos preventivos e curativos em uma comunidade sob responsabilidade de um clínico geral (NOVAES, 1990).

Os serviços para as famílias de uma região específica devem possuir como base um centro primário de saúde, ou seja, um estabelecimento que ofereça os serviços da medicina curativa e preventiva e que esteja a cargo de médicos generalistas, junto com um serviço de enfermagem eficiente, e que tenha a colaboração de consultores e especialistas visitantes. Os centros de saúde serão de diferentes tamanhos e níveis de complexidade de acordo com as condições locais ou quanto à sua localização na cidade ou em áreas rurais. O pessoal consiste, na sua maioria, de médicos do distrito correspondente, sendo possível assim para os pacientes seguir com seus próprios médicos. Um grupo de centros primários de saúde deve, por sua vez, ter um centro secundário de saúde como base (DAWSON apud NOVAES, 1990, p.59).

Nos países onde os serviços de saúde são divididos por áreas geográficas, os médicos da AP assumem a responsabilidade pelo primeiro contato do usuário com o sistema da saúde em determinada população. O foco deste nível de atenção são doenças indiferenciadas ou psicossociais distinguidas da assistência secundária ou terciária pela complexidade dos problemas encontrados e pela consideração da integração do físico, do psicológico e dos aspectos sociais da saúde (STARFIELD, 2002).

Segundo Starfield, (2002, p.29), a AP “é aquele nível de um sistema de serviços de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas”, inclusive casos agudos crônicos agudizados ou pequenas emergências. É também responsável: pelo acesso, qualidade e custo,

atenção à prevenção, tratamento e reabilitação e do trabalho em equipe. Este tipo de atenção deveria organizar e racionalizar o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para manutenção e melhora da saúde. Segue sugerindo que a AP é capaz de responder às necessidades sociais de saúde. Na atenção especializada, os pacientes são encaminhados por outro médico que já explorou a natureza do problema do paciente e iniciou um trabalho de diagnóstico preliminar. O processo de diagnóstico resulta em uma definição precisa da fisiopatologia. As intervenções são basicamente orientadas para este processo fisiopatológico. Já na AP o paciente e o meio em que ele vive são conhecidos pelo médico. Este, quando comparado com o médico especialista, lida com uma variedade mais ampla de problemas, tanto com pacientes individuais como com a população com a qual trabalha. Como está mais próximo do ambiente do paciente do que o especialista está em uma posição melhor para avaliar o papel dos múltiplos e interativos determinantes da doença e da saúde.

Para Dawson, a APS deveria dar mais ênfase às atividades de promoção e prevenção da doença e teria como foco toda a população residente em uma determinada área. Por este modelo, a comunidade deveria estar unida e organizada para otimizar recursos, utilizando tecnologias apropriadas. A assistência médica tem sua qualidade aferida pelo estado de saúde da população e noção de autocuidado e não por curas individuais.

Segundo Lewis existe algumas barreiras encontradas pelos clientes a procura de um serviço de saúde, entre elas, a barreira econômica, geográfica, o tipo de prática encontrada (especializada, subespecializada) e a forma de organização dos serviços (LEWIS apud NOVAES, 1990).

De acordo com Novaes (1990), uma destas barreiras, a organização dos serviços da AP, inclui uma gama de determinantes como recursos humanos treinados, instalações, equipamentos, protocolos de serviços a serem oferecidos, tipos de organização, mecanismos para garantir a continuidade da atenção, modo de financiamento, população a ser beneficiada, entre tantos outros. Ele defende ainda que os serviços de AP devam predominar e serem descentralizados, com resolubilidade de grande parte das necessidades da saúde de sua comunidade. Os serviços técnicos devem ser prestados por generalistas, sem necessidade de mão-

de-obra especializada, mas devem estar aptos para atender situações de emergência quando os mecanismos de transporte não puderem ser oferecidos. Esta observação vai de encontro à realidade continental do país que apresenta municípios com posição geográfica de difícil acesso (população ribeirinha do Amazonas) que em muitas vezes inviabiliza um transporte rápido, como o preconizado para as situações desta natureza. Novaes (idem) segue dizendo que os clientes devem estar constantemente motivados pela eficiência dos serviços, pela continuidade da atenção oferecida e pela proximidade com seu domicílio. Especifica ainda mais ao dizer, que a distância máxima a ser percorrida pelo cliente de sua casa até a unidade seja de trinta minutos e que uma unidade se responsabilize por 20.000 a 50.000 pessoas.

Apesar de toda a tentativa de reorganização do sistema de saúde o modelo predominante ainda é assistencialista e hospitalocêntrico, apesar das idéias de Dawson já existirem a quase um século.

O Programa de Saúde da Família (PSF) surge no contexto brasileiro em 1994 como um projeto provocador de mudanças no modelo assistencial. Segundo o Ministério da Saúde, o objetivo do PSF é:

A reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e o hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes da família uma compreensão ampliada do processo saúde doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p.5).

Uma das diretrizes operacionais apontadas para a implantação do PSF, segundo o MS (1997), é a substituição das práticas convencionais pela oferta de uma atuação centrada na lógica da vigilância à saúde.

O início da implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1990 começou pelos estados da região Nordeste, mais precisamente no estado da Paraíba, priorizando as ações de informação e educação em saúde voltada para a área materno-infantil. Posteriormente, com a entrada do cólera no país, o PACS estendeu-se, em caráter emergencial, aos estados da região Norte aonde os agentes comunitários de saúde(ACS) assumiram importante papel no controle e na prevenção da doença (VIANA, 1998).

O êxito do PACS e a necessidade de incorporar novos profissionais para que os agentes não funcionassem de forma isolada, fizeram com que atualmente o PACS seja compreendido como estratégia transitória para o PSF.

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) compostas por equipes multiprofissionais desenvolvem ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação de agravos mais freqüentes, a uma clientela adstrita em uma área geográfica previamente delimitada.

A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias determina para estas equipes, a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a AP no Brasil, especialmente no contexto do SUS, buscando a integralidade das práticas de saúde.

Segundo o MS, a equipe de saúde do PSF é responsável por uma área geográfica definida, com 600 a 1000 famílias, que equivale a 3.450 moradores em média, que passam a ter co-responsabilidade no cuidado à saúde. A equipe mínima é formada por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde. O gestor municipal pode ampliar a equipe do PSF incorporando os profissionais de saúde bucal: dentista, auxiliar de consultório dentário e técnico de higiene dental, ou outros profissionais que julgar pertinente para a melhoria da atenção básica a saúde da população do seu município.

Baseado nos princípios do SUS e na concepção da APS, o PSF utiliza as concepções de integralidade e universalidade da assistência, eqüidade, resolutividade, humanização do atendimento e estímulo à participação comunitária, com o objetivo de corrigir as diversas distorções que os modelos de assistência à saúde apresentaram no decorrer dos anos. Cabe ressaltar que concebido como um Programa que se origina a partir do modelo da APS, deve levar em consideração seus princípios no processo de organização e implementação de suas ações.

A partir de 1996, o MS começa a romper com o conceito de Programa que estava vinculado a uma idéia de verticalidade e transitoriedade, e passa a utilizar a denominação de Estratégia de Saúde da Família por considerá-la a estratégia escolhida para reorientação da atenção à saúde no país.

Segundo Mattos (2002), a história do PSF pode ser dividida em dois períodos: o que vai desde a sua criação até 1996, no qual o PSF é visto como um modelo de extensão de cobertura do acesso aos serviços de saúde. O outro, a partir de 1996, em que o PSF é considerado como uma estratégia de transformação do modelo assistencial, com proposta de substituição das práticas tradicionais de assistência.

Acredito que para dar concretude a esta nova proposta, é necessário uma efetiva participação dos diversos setores das esferas governamentais nos processos que levam ao adoecimento das populações. Além do mais, a estratégia sozinha, não é capaz de resolver todas as necessidades de saúde da comunidade, sendo necessário para garantir a integralidade, o acesso e a equidade, um fortalecimento de toda a rede assistencial.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC)⁶, a partir do PSF e de outras iniciativas, as áreas relacionadas com a Atenção Básica em Saúde se expandem muito. Essas áreas crescem numa velocidade muito maior que a capacidade de formação de pessoal. Por isso, ao longo desses 11 anos, criam-se especializações, cursos de curta duração, Pólos de Capacitação, entre outros, nem sempre com a qualidade desejada, mas esses estimulam as mudanças no ensino de graduação, com o intuito de contribuir para a reorientação e reorganização da lógica assistencial do SUS.

Com certeza esta expansão, provocou muitos debates sobre o PSF, um desses culminou após dois anos de muitas reuniões, com o Pacto pela Saúde 2006, divulgado pela Portaria GM/MS nº. 399, de 22 de fevereiro de 2006. O Pacto entre outros compromissos com a saúde aponta a consolidação e qualificação da PSF como modelo de atenção básica a saúde. Ele é formado, em verdade, por três Pactos: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão.

O Pacto em Defesa do SUS envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS, como política de Estado mais do que políticas de governos, e de defender, vigorosamente, os princípios dessa

⁶ A SBMF – Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) fundada em 1981 é a Entidade Nacional que congrega os médicos que atuam em postos e outros serviços de Atenção Primária em Saúde, incluindo os do (PSF). Inclui também professores, preceptores, pesquisadores e outros profissionais que atuam ou estão interessados nesta área. Disponível em: www.sbmfc.org.br/sbmfc/historia.

política pública. A concretização desse Pacto passa por um movimento de repolitização da saúde, com uma clara estratégia de mobilização social envolvendo toda a sociedade brasileira. As prioridades do Pacto em Defesa do SUS são: implementar um projeto permanente de mobilização social e elaborar e divulgar a Carta dos Direitos dos Usuários do SUS.

O Pacto de Gestão define as responsabilidades claras de cada ente federado, promovendo um choque de descentralização e de desburocratização, definindo critérios de alocação eqüitativa dos recursos, estabelecendo as relações contratuais entre os distintos governos.

Espanha e Atenção Primária

Na Espanha, a APS se baseia na Medicina de Família. Em geral, a tendência não só nas regiões da Espanha, como na Europa, é a de possibilitar a cooperação interprofissional em APS com equipes formadas de médicos e enfermeiros e outros profissionais como trabalhadores sociais e dentistas (FORSTER, 2004).

Pelo fato da Espanha ser dividida em 17 Comunidades Autônomas (CCAA) e cada uma possuir, realmente, alto grau de autonomia financeira e administrativa sobre a saúde, recebe do Ministério da Saúde espanhol, uma quantia, de acordo com a sua renda percapita, para ser gasta de maneira descentralizada e independente. Isto faz com que cada uma dessas comunidades tenha uma diretriz para gerenciar a sua área de abrangência, levando-se em consideração suas particularidades e necessidades.

Em minha visita de estudos a *Zaragoza*, pude observar que a principal porta de entrada no sistema é a AP, representada por diversas e grandes Unidades de Saúde da Família (USF), organizadas em princípios semelhantes ao do Brasil, como a territorialização das ações, adscrição de clientela e orientação das ações e serviços de saúde para as famílias e comunidades. A dimensão do território, da população atendida e das próprias unidades, no entanto, é muito diferente do que ocorre no PSF do Brasil. Cada unidade, ou centro de AP na Espanha atende a uma população média de 25 mil pessoas, que habitam territórios definidos, ou zonas básicas de saúde.

Os *Centros de Salud* (CS) espanhóis diferem muito das nossas USF. Trata-se

de unidades amplas, com diversos consultórios – médicos, enfermagem, psicologia, fisioterapia, saúde mental, etc. – salas para procedimento de urgência, reuniões, convívio social dos profissionais, etc. Trabalham em cada CS em torno de 12 médicos de família, 12 pediatras, enfermeiros e demais profissionais de saúde, de acordo com a composição do centro. Não há agentes comunitários de saúde como no Brasil.

Cada equipe é constituída de um médico de família, um pediatra e um enfermeiro, que são responsáveis pelo cuidado e atenção à saúde de um território adscrito e com número determinado de pessoas, em geral a equipe está responsável por 1.500/2.000 habitantes. O papel do médico de família é realizar uma atenção médica integrada e completa (a especialidade na Espanha corresponde à medicina interna no Brasil) aos membros de toda a comunidade além de colaborar nas atividades docentes do pessoal de saúde, da comunidade, associando o seu trabalho ao da administração pública e sanitária. Sendo considerado, portanto, uma figura fundamental do sistema sanitário. Uma característica interessante é que o médico é da livre escolha do paciente, penso que isto se constitui num primeiro passo para que a relação médico-paciente seja bem sucedida.

O horário de atendimento é de 8 às 15 horas, regime de dedicação exclusiva, período no qual o médico generalista atende uma média de 50 a 60 pacientes, na sua grande maioria idosos, e ainda está a disposição para realizar visitas domiciliares que não são agendadas, porém respeitam uma demanda diária de solicitações. Após 15 h se inicia novo turno de trabalho com outro médico generalista em esquema de plantão, permanecendo à disposição para pequenas urgências/emergências e visitas domiciliares. Este sistema de funcionamento diminui de maneira importante à demanda hospitalar, pois atendem apenas os casos de emergência, e dos centros especializados de saúde. Estes por sua vez, recebem apenas casos referenciados pela AP, reduzindo significativamente o gasto com a saúde.

A especialidade *Medicina Familiar y Comunitária* (MFyC) foi criada em 1978, juntamente com outras especialidades médicas, se tornando obrigatória em 1995 para o exercício da especialidade no setor público espanhol e em todos os países membros da União Européia, a partir desta data (FORSTER, 2004).

Atenção Secundária

Segundo definição do SUS a Atenção Secundária ou de Média Complexidade é um nível de atenção representado por programas, sistemas e serviços de tratamento ambulatorial e pequenos hospitais de tecnologia intermediária, que incorpora funções do nível primário e acrescenta as de tratamento especializado, com objetivo de reabilitação. A média complexidade compõe-se por ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. Esta atenção foi instituída pelo Decreto nº. 4.726 de 2003, que aprovou a estrutura regimental do MS. Suas atribuições estão descritas no Artigo 12 da proposta de regimento interno da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS). Os grupos que compõem os procedimentos de média complexidade do Sistema de Informações Ambulatoriais (SAI) são os seguintes:

- Procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros de nível superior e nível médio;
- Cirurgias ambulatoriais especializadas;
- Procedimentos traumato-ortopédicos;
- Ações especializadas em odontologia;
- Patologia clínica, anatomia patológica e cito patologia;
- Radiodiagnóstico;
- Ultra-sonografia, diagnose, fisioterapia;
- Terapias especializadas, próteses e órteses, anestésias.

Bech (idem), diz que a atenção secundária compreende o hospital geral e os ambulatorios especializados e deve atender aproximadamente 7 a 8% de toda a demanda de saúde.

Na minha visita ao sistema espanhol observei que a AP oferece alguns serviços que definimos como de responsabilidade da atenção secundária, como: fisioterapia, saúde mental, odontologia, e alguns exames como exemplo, as espirometrias. O paciente só é encaminhado à atenção secundária (especialistas), quando esgotadas

todas as possibilidades terapêuticas no nível primário.

Atenção Terciária

A Atenção Terciária denominada pelo SUS de alta complexidade envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade). Deve segundo Bech (idem) dar conta de 1 a 3% de toda a demanda.

As principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, e que estão segundo o mesmo, organizadas em redes, são entre outras: a assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; procedimentos da cardiologia intervencionista; em geral procedimentos caros e que necessitam de equipes multiprofissionais bem treinadas. Os procedimentos da alta complexidade encontram-se relacionados na tabela do SUS, em sua maioria no Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e estão também no SIA em pequena quantidade, mas com impacto financeiro extremamente alto.

A OMS reitera, após oito anos da declaração de Alma-Ata, em Genebra, no “Comitê Técnico sobre o papel dos hospitais como referência à atenção primária” a necessidade da integração entre os hospitais com os demais níveis de atenção a saúde, como solução para evitar a fragmentação dos serviços locais (OMS, 1985).

As dificuldades encontradas em se estabelecer um sistema de referência e contra-referência no sistema de saúde são do conhecimento de todos. Existem vários pontos de estrangulamento que resulta na demora do atendimento das solicitações realizadas pela rede primária de saúde.

Mendes (1993, p. 149) define a hierarquização como sendo a garantia de resolubilidade que se deve dar de acordo com cada nível e ao nível do sistema como um todo. Logo, a capacidade resolutiva de “cada nível de atenção estará diretamente relacionada com a eficiência das tecnologias desenvolvidas no primeiro nível de atenção (atenção primária)”, sendo o profissional, em particular o médico, o principal vetor dessas ações.

Implantar um sistema de referência e contra-referência que funcione, não é

somente definir um fluxo e contra fluxo de pacientes e de informações, mas, sobretudo de difundir conhecimentos necessários para a melhoria da qualidade do atendimento prestado.

Para uma regulação adequada entre o sistema é fundamental que os fluxos de referências e contra-referências sejam normatizados de forma clara e precisa para facilitar o acesso de forma ordenada e com o discernimento de prioridades em cada caso.

Algumas características dos hospitais na Espanha guardam quanto à responsabilidade na atenção, grande similaridade com os brasileiros, porém apresentam uma estrutura logística mais adequada. Apesar da eventual dificuldade na disponibilidade de leitos, principalmente de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), são capazes de atender a demanda num tempo resposta bem menor do que no Brasil. O sistema de referência - contra referência está bem definido e organizado, porém ainda apresenta falhas, ocasionadas na maioria dos casos por informações insuficientes dos especialistas ao referenciar para a AP.

2.3 Sistemas públicos de saúde no Brasil e na Espanha

A Reforma Sanitária brasileira e o surgimento do SUS

Nos anos 70, a luta pela redemocratização da saúde e do país, através dos movimentos sociais, congregando intelectuais ligados à saúde pública, profissionais de saúde e setores da sociedade denunciaram a situação caótica da saúde. Estes movimentos condenavam a prática curativa, largamente empregada na época. Este período foi marcado por uma grande produção intelectual que culminou num movimento em 1976 que defendia a Reforma Sanitária (NEGRI, 2002, ALBUQUERQUE, 1981).

Na década de 80, a crise da previdência se agrava e as soluções políticas são limitadas para resolver a questão. Os movimentos de crítica, tanto da área econômica quanto da previdência social ao modelo vigente; intensificam-se. O

próprio Ministério da Saúde sem a participação popular organizou a VII Conferência Nacional de Saúde (CNS), para discutir o modelo hegemônico e trabalhar o conceito ampliado de saúde (GUIMARÃES, 1979).

Desta data em diante vai se delineando um novo projeto de democratização da saúde, com a participação ativa do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e com a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS) e pelo Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), (BERLING, 1998).

As Ações Integradas de Saúde visavam um novo modelo assistencial procurando integrar as ações curativas, preventivas e educativas ao mesmo tempo. Esta ampliação do conceito de saúde nos remete ao Informe LALONDE (1974), que afirmava que a saúde estava condicionada a quatro fatores, a saber: a biologia humana, o ambiente, aos estilos de vida e a organização de atenção à saúde. Como observado o modelo proposto, não se restringe a atos curativos isolados, mas sim num conjunto de cuidados que não se limitam no âmbito das práticas médicas.

As “diretas já” marcam o término da ditadura, aumentando ainda mais a mobilização social. Em 1986, a VIII CNS, com ampla participação popular, lança as bases da Reforma Sanitária. Esta através da Constituição Federal Brasileira (CFB) de 1988 consolidará a cidadania e o SUS. A CFB determina que a saúde "é um direito de todos e um dever do estado" (art. 196) e que "o sistema de saúde é universal, gratuito, integral, igualitário, descentralizado com direção única em cada esfera de governo" (art. 98). Além do mais, deve priorizar as atividades preventivas sem prejuízo das atividades de assistência com a efetiva participação da comunidade, com financiamento público das três esferas de governo e de modo auxiliar pela participação da iniciativa lucrativa e filantrópica (ANDRADE, 2001).

O SUS apesar da constituinte de 1988, só é regulamentado em 1990, pelas Leis Orgânicas da Saúde (LOAS) nº. 8.080 e nº. 8142. A primeira normativa o modelo operacional, propondo a sua forma de organização, gestão, funcionamento e financiamento, dispondo sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. A outra dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema e das transferências financeiras entre as distintas esferas governamentais.

A Reforma Sanitária espanhola e o Sistema Nacional de Salud

O sistema de saúde implantado durante a ditadura do Marechal Franco seguia o modelo Bismarkiano (seguro social), ou seja, só teria direito à saúde, os trabalhadores e seus dependentes. O enfoque principal do sistema era hospitalocêntrico em detrimento da atenção básica (FORSTER, 2004).

Com a implantação da democracia, a Constituição de 1978 reconheceu o direito à saúde para todos os espanhóis e determinou a organização do *Sistema Nacional de Salud (SNS)*. A Lei 14/1986, Lei Geral Sanitária estabeleceu os princípios do SNS – universalidade, gratuidade, integralidade e descentralização. A Lei estabelece, ainda, que a rede de serviços privada seja complementar à pública e que AP é à base do sistema de saúde espanhol. Esta proposta fundamenta-se na crença de que os médicos generalistas podem atuar no sentido de diminuir a necessidade de médicos especialistas e reduzir os gastos em níveis de atenção mais complexos tecnologicamente e mais dispendiosos, já que direciona a procura por estes recursos (JUAN, 1995).

O financiamento do SNS, inspirado no *Informe Beveridge* de 1942, se caracteriza por financiamento de todos para todos, ou seja, financiamento público por meio de impostos, controle parlamentar, universalidade de acesso, gestão pública, e provisão pela mistura de público/privado (modelo social democrata). As relações econômicas estabelecem-se com base num sistema legal que especificam direitos e obrigações dos cidadãos e dos prestadores de serviços (MENDES, 1999). Até muito pouco tempo a saúde era de responsabilidade do Estado, porém agora ela está diretamente ligada as CCAA que decidem, em caso de necessidade, a qual centro de AP o cidadão deve se dirigir.

A transferência das funções e serviços às CCAA começou no ano de 1991, com a Catalunha, região de maior condição financeira e com autonomia orçamentária. Em 2002, completou seu processo de transferência sanitária a todas as CCAA, promovendo uma grande descentralização do SNS. Estas, a partir desta data têm plenas competências para a organização e gestão de seus serviços de saúde, num cenário que deve buscar a cooperação entre as administrações para contribuir com a melhor proteção possível do direito a saúde de todos (STARFIELD, 2004).

A gestão e o financiamento do sistema são públicos, mas a prestação de serviços é mista (pública e privada), prevalecendo largamente o serviço público na maior parte das CCAA, embora na Catalunha venha crescendo o papel do setor privado na prestação de serviços. Os sistemas de saúde das CCAA são territorializados em “*áreas de salud*”, responsáveis por todas as ações e serviços públicos de saúde, nos diferentes níveis de complexidade, em seu território. As áreas de saúde abrangem uma população entre 200 e 250 mil pessoas, sendo subdividida em zonas básicas de saúde, para a organização da AP, com uma população de cerca de 25 mil pessoas para cada uma dessas zonas (RODRIGUES, SERRA, VOGEL, LUMER, 2007).

Apesar de todo financiamento da saúde estar centralizado no nível federal, o dinheiro é distribuído para as CCAA de acordo com o número de habitantes existentes nas mesmas, independente da composição etária da população, ou qualquer indicador de mortalidade e morbidade. Há grande autonomia dessas comunidades para gerenciar os recursos recebidos, aplicando os mesmos somente nas ações e serviços de saúde desenvolvidos no seu território. Existe também um fundo de ajuda entre as regiões que ajuda a diminuir as diferenças entre estas regiões (RODRIGUES et al, 2007).

Como o acesso ao serviço de saúde é definido por cada região, torna-se bastante difícil para o Ministério da Saúde espanhol, implantar um sistema de informação unificado, como o banco de dados do SUS - DATASUS no Brasil, por exemplo. Hoje já se discute largamente em todo o país a proposta de unificar as informações em um único banco de dados (RODRIGUES et al, 2007).

3. URGÊNCIA, CONCEITO E EVOLUÇÃO

3.1 Conceito

Os conceitos de urgência e emergência são freqüentemente confundidos não só pelo público leigo, mas também pelos profissionais envolvidos com o setor de saúde. Por isso é fundamental que estes conceitos sejam perfeitamente definidos e estejam devidamente sedimentados para uma adequada tomada de decisão na organização deste tipo de cuidado.

Nos EUA, o chamado *Emergency Act*, ou EMTALA⁷ (*Emergency Medical Treatment and Active Labor Act*), (1986, webpage) de abrangência nacional define emergência como: uma situação médica que se manifesta por sintomas agudos ou com suficiente severidade, as quais, na ausência de atenção médica capaz de: colocar a saúde de uma pessoa em perigo; resultar em sérios danos a função do corpo ou resultar em disfunção de qualquer órgão ou parte do corpo.

A principal disposição deste estatuto é oferecer a qualquer pessoa, elegível ou não ao *Medicare*⁸, que possua ou não seguro saúde, em situação de emergência, o atendimento em qualquer hospital, independente da sua condição financeira. Se ela chegar a um departamento de emergência, solicitando exame ou tratamento de uma patologia, estes cuidados devem ser fornecidos após um criterioso exame médico. Este exame deve ser capaz de determinar se ela está sofrendo de um estado de emergência médica. Se por acaso, estiver com os sinais e sintomas de uma emergência, então, o hospital é obrigado a fornecer o tratamento até que o quadro se estabilize, garantindo inclusive a transferência para outro hospital, se

⁷ O estatuto do *EMTALA* está disponível em: <http://www.emtala.com/faq.htm>, acessado em 04/05/2006.

⁸ *Medicare* - é um programa de seguro saúde para pessoas a partir dos 65 anos de idade, para deficientes físicos e pessoas com doença renal terminal. Todos devem ser cidadãos americanos ou ter *Green Card*.

necessário, dentro de condições adequadas para a manutenção da vida. Caso inexista a condição de emergência o hospital fica desobrigado de fornecer o tratamento sem custos para o paciente.

Na Espanha, o dicionário da Real Academia Espanhola define emergência⁹ como: uma situação de perigo ou desastre que requer uma ação imediata. A subcomissão de urgências na Espanha definiu a emergência, como um grau superior à urgência, sendo a emergência médica uma urgência vital, entendida como uma situação na qual existe um perigo imediato real ou potencial para a vida do paciente, com riscos de seqüela grave se não for atendido imediatamente. A urgência¹⁰ é definida como um caso que necessita de atenção imediata, pois se não houver um tratamento médico imediato pode evoluir para uma emergência ou causar um dano temporal ou prolongado de um ou mais funções do corpo, desenvolvendo enfermidades crônicas e necessitando de tratamento mais completo. Requer uma atenção médica dentro de 24 horas da aparição dos sintomas. É interessante observar que a definição espanhola de emergência é bem similar à americana.

A urgência médica é toda a situação que leva o paciente ou os seus familiares a solicitar assistência médica imediata. Esta definição se alinha com os critérios propostos por diferentes instituições internacionais (OMS, Conselho de Saúde Europeu) que pretendem integrar neste conceito as situações vividas pela população, tais como: desastres naturais; problemas políticos e econômicos; situações de caráter não sanitário, mas que por sua natureza e gravidade requerem da mesma forma respostas diferenciadas e imediatas.

O “Aurelião”, Dicionário da língua Portuguesa, em sua última edição, define Urgência e Emergência, como:

Urgência: (do lat. Urgentia) s.f. 1. Qualidade de urgente 2. Caso ou situação de emergência, de urgência. Urgência urgentíssima. Na linguagem legislativa, urgência extraordinária.

Urgente: (do lat. Urgente) Adj. 2g. 1. Que urge; que é necessário ser feito com rapidez. 2. Indispensável imprescindível. 3. Iminente impendente.

[...]

⁹ Definição de emergência da Real Academia Española de la Lengua. <http://buscon.rae.es/diccionario/drae.htm> Edición 22ª. Acessado em: 04/07/2006).

¹⁰ Definição de urgência da Real Academia Española de la Lengua. <http://buscon.rae.es/diccionario/drae.htm> Edición 23ª. Acessado em 04/07/2006.

Emergência: (do lat. Emergentia) s.f. 1. Ação de emergir. 2. Nascimento (do Sol). 3. Situação crítica; acontecimento perigoso ou fortuito; incidente. 4. Caso de urgência, de emergência: emergências médicas; emergências cardíacas 5. Morf. Veg. Produção da superfície de um órgão vegetal em cuja formação entram elementos celulares subepidérmicos (...) 6. Biol. Pop. Excrescência de uma parte, que não forma órgão definido. 7. Brás. NE. Pop. Discussão acesa; altercação [...].
Emergente: (do lat. Emergente) Adj. 2g. 1. Que emerge. 2. Que procede ou resulta [...] (Dicionário Aurélio, 2005).

Estas definições, como descritas acima se apresentam como sinônimos uma complementando a outra. Giglio-Jaquemot (2005, p.25) ao analisar esta equivalência observou “o uso biomédico das palavras (emergências médicas, emergências cardiológicas) para ilustrar a acepção das palavras, enquanto a própria literatura biomédica insiste em distingui-las”.

Para Rodriguez (2000) a Emergência Médica se identifica com problemas de saúde que necessitam de cuidados especializados imediatos para evitar a morte ou complicações graves no indivíduo e a urgência médica como uma situação que coloca em risco a saúde de uma ou mais pessoas.

A Rede Brasileira de Cooperação em Emergência¹¹ (RBCE) trabalha a urgência como “imperativo ético da necessidade Humana”. De acordo com a RBCE cada pessoa que se apresenta com um problema de saúde que necessita de intervenção rápida, deve ter a sua disposição, cuidados e serviços de qualidade com uma abordagem centrada no cidadão (RBCE, 2006, webpage).

O Código de Ética Médica, no âmbito do Conselho Federal de Medicina na Resolução CFM nº. 1.246, 1988, Artigos 24 e 35 dos Capítulos II e III respectivamente, tratam dos casos de urgência e emergência, mas não define tecnicamente o que se entende por situação médica de urgência ou emergência. A definição dessas situações vem sendo explicitada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), da seguinte forma:

[como Urgência] – a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica

¹¹ RBCE - A Rede Brasileira de Cooperação em Emergências - RBCE, é uma associação civil sem fins lucrativos, criada em novembro de 1995. É formada inicialmente por técnicos e dirigentes dos serviços de urgência do sistema público de saúde do Brasil, e depois agregando outros profissionais não oriundos da saúde e também do setor privado. A Rede busca influir na formulação e sustentação de uma política pública nacional de urgências, orientada por uma estratégia promocional da saúde, com integralidade, universalidade e equidade. Disponível em: <http://www.rbce.org.br/quem.htm>. Acessado em 04/07/2006.

imediate' e por 'Emergência a **constatação médica de condições de agravo à saúde** [grifos meus] que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato (Resolução: 1.451/95 Artigo 1º, parágrafo 2º).

Paim (1994), de acordo com o CFM, complementa:

Uma emergência corresponde a um 'processo de risco iminente de vida, diagnosticado e tratado nas primeiras horas após sua constatação'. Exige que o tratamento seja imediato diante da necessidade de manter funções vitais e evitar incapacidade ou complicações graves. Representa situações como choque, parada cardíaca e respiratória, hemorragia, traumatismo crânio-encefálico etc.

Já a urgência significa 'um processo agudo clínico ou cirúrgico, sem risco de vida iminente'. Nesse caso há risco de evolução para complicações mais graves ou mesmo fatal, porém não existe um risco iminente de vida. Representa (sic) situações como fraturas, feridas lacero-contusas sem grandes hemorragias, asma brônquica, transtornos psiquiátricos, etc. (Paim, 1994p. 152).

Além destas observações, Paim (idem, p.153) propõe uma nova classificação de urgência, a "urgência de rotina" que como o próprio nome sinaliza é freqüente, porém não apresenta qualquer risco a vida, mas é percebida pelos pacientes de forma aflitiva e como tal determina um breve tempo resposta, ou melhor, um pronto atendimento.

É interessante observar que a definição do CFM e a complementação de Paim dão total autonomia ao médico para definir o que é ou não um caso de urgência ou emergência.

De acordo com Ferreira (1999), as situações tanto de emergências quanto às de urgência demandam, pronta atenção por parte dos profissionais de saúde, pois todas as queixas dos pacientes independentes de serem ou não reais determinam uma atuação profissional para a avaliação dos possíveis riscos e conseqüentemente a melhor conduta, independente de serem ou não reais.

De acordo com Le Coutour, (2000, p.47) o conceito de urgência difere em função de quem a percebe ou sente:

- Para os usuários e seus familiares, pode estar associada a uma ruptura de ordem do curso da vida. É do imprevisto que tende a vir à urgência: "eu não posso esperar";
- Para o médico, a noção de urgência repousa não sobre a ruptura, mas sobre o tempo, relacionado com o prognóstico vital em certo intervalo: "ele não pode esperar";

- Para as instituições, a urgência corresponde a uma perturbação de sua organização, é “o que não pode ser previsto”.

Este conceito ampliado de urgência - Urgência Sentida¹² está diretamente relacionada com a subjetividade do cliente, que geralmente se contrapõe a objetividade do profissional de saúde. Estes indivíduos devem ser acolhidos e encaminhados ao serviço que melhor atende o seu problema, pois significa um momento de aflição e sofrimento. Todos têm o direito de sentir-se agudamente doente.

Magalhães et al. (1989) afirmam que quando um cliente decide procurar o serviço de urgência/emergência já chega com a idéia da necessidade de um atendimento rápido e qualquer espera pode trazer muita angústia.

Almoyna e Nichitsche (2000, p.15-16)¹³ conceituam as urgências médicas “como um evento caracterizado como vital pelos indivíduos e/ou pela sociedade” e que apresenta uma gravidade considerada como ameaçadora a integridade física ou psicológica da pessoa. É passível de tratamento sendo que a tentativa de solução deve ser realizada num tempo curto. Estes autores, também propõem que a urgência implica em demanda de um “estado de exceção social”, pois caracteriza um estado prioritário em relação aos outros pacientes, determinado por um caso grave que põe risco a vida e por este motivo, não pode aguardar numa fila de espera ou por uma consulta marcada. Avaliam o grau de urgência como uma combinação multifatorial complexa, aonde não se trata somente do conhecimento médico. A quantificação do grau de urgência esta associada a dois fatores, sendo um médico e outro técnico. O fator médico está relacionado à gravidade e ao tratamento. A gravidade e os cuidados são ponderados pelo tempo que é inversamente proporcional a urgência. É possível, segundo os autores exprimir estes fenômenos numa pseudofórmula matemática como pode se ver no quadro a seguir:

¹² Urgência Sentida, expressão largamente utilizada em vários países para definir um estado clínico que não põem em perigo a vida e cuja atenção pode esperar um tempo estabelecido de acordo com um critério de triagem.

¹³ O Dr. Miguel Martinez Almoyna é um dos precursores do SAMU de França, sendo, portanto, este conceito, empregado no SAMU francês e na maioria dos SAMUs ao redor do mundo, inclusive no Brasil.

Quadro 2: Pseudofórmula de Almoyna e Nichitsche para Urgências

$$U = (G) \times (V) \times (A) \div (T)$$

Onde: G = Gravidade da Urgência; A = Atenção Médica, recursos utilizados para o atendimento; V = Valor Social, a pressão social que envolve o atendimento; T = Tempo Resposta.

Fonte: Adaptado do Manual de Urgências, 2006, p. 48.

O Brasil atualmente aderiu ao conceito de urgência apresentado acima por Almoyna e Nichitsche (2000) e embasado neste, desenhou um modelo de atenção às urgências similar ao sistema francês, com a criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Além disso, publicou em novembro de 2002, a Portaria GM/MS 2048 que regulamenta atenção de urgências no país.

O MS propõe no Manual de Regulação Médica das Urgências (2006) a classificação de risco das urgências, apresentado no quadro abaixo.

Quadro 3: Ministério da Saúde, classificação dos tipos de urgência

Nível	Código	Classificação
1	Vermelho	EMERGÊNCIA ou URGÊNCIA ABSOLUTA
2	Amarelo	URGÊNCIA DE PRIORIDADE MODERADA
3	Verde	URGÊNCIA DE BAIXA PRIORIDADE
4	Azul	URGÊNCIA DE MÍNIMA PRIORIDADE

O nível 1 é para os casos em que há risco imediato de vida e/ou a existência de risco de perda funcional grave, imediato ou secundário. O nível 2 compreende os casos em que há necessidade de atendimento médico, não necessariamente de imediato, mas dentro de poucas horas. O nível 3 para os casos em que há necessidade de uma avaliação médica, mas não há risco de vida ou de perda de funções, podendo aguardar várias horas. Finalmente o nível 4 compreende as situações em que o médico regulador aconselha / orienta por telefone ou encaminha o paciente por próprios meios a unidades de saúde não hospitalares.

Esta classificação não define adequadamente as urgências, permite somente uma sinalização por cores dos agravos, o que é útil para a tomada de decisão por parte do médico regulador do melhor recurso a enviar nos casos de urgência/emergência. Esta definição é também utilizada para avaliação de risco nos

serviços de urgência, devendo o sistema de cores, ser utilizado para a identificação e delimitação dos espaços físicos de atuação. Este modelo é proposto no Manual de Acolhimento e Avaliação de Risco do MS, publicado em 2004, e tem como base a proposta canadense de triagem de pacientes nos serviços de urgência¹⁴.

O manual de “Normas para projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde”, elaborado pelo MS em 1995 (p.31), define a urgência e emergência através dos procedimentos realizados pelos serviços de emergência, tendo como critério a gravidade e a complexidade do caso a ser tratado:

- Urgência de baixa e média complexidade: quando não há risco de vida;
- Urgência de alta complexidade: não há risco de vida, porém o paciente apresenta um quadro crítico ou agudo;
- Emergência: casos em que há risco de vida.

Os conceitos de urgência e emergência aqui apresentados são abrangentes, às vezes vagos e pouco funcionais, além de estarem como o próprio CFM (Resolução nº. 1.451/95, p.1) determina, sob a “constatação do médico”. Desta forma diferentes interpretações de urgência/emergência podem ser elaboradas pelos profissionais que atuam na área. Estes, através das experiências pessoais adquiridas e senso crítico analisam e classificam a urgência/emergência dentro de um grau de comprometimento e complexidade de cada evento, tomando as decisões que entendem como as melhores para ofertar a sua assistência. A meu ver, mesmo com critérios acurados para a interpretação dos conceitos, a possibilidade de equívocos é muito grande. O entendimento da urgência e emergência não pode estar tão somente vinculado à subjetividade do profissional ou a sua própria experiência, mas sim a um consenso previamente acordado e normatizado através de protocolos clínicos, aonde todos poderão oferecer a atenção de forma igualitária e universal.

É importante rever os conceitos de urgência/emergência, com o objetivo de se obter definições mais claras e resolutivas, pois estamos observando ao longo dos anos a fragmentação deste tipo de atenção, por conta de uma rede assistencial inadequada e sabidamente incapaz de absorver a demanda gerada. Além também

¹⁴ COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, 2002.

de um aumento significativo da violência urbana e dos acidentes de trânsito, principalmente nos grandes centros, o que contribui para um aumento expressivo da mortalidade entre os jovens, comprometendo sobremaneira a cadeia produtiva do país.

No meu entendimento, vejo a urgência como a maior expressão da fragilidade de um ser humano, é onde todos os indivíduos se igualam, a despeito de quaisquer fatores sociais, econômicos ou financeiros. A urgência não tem hora, cara, credo, ideologia, ela é básica, primária, portanto, necessita de conceitos claros e regras bem definidas e resolutivas para poder cumprir com o seu objetivo maior, que é salvar vidas.

3.2 Um breve histórico da Urgência no Brasil e na Espanha

No Brasil

Segundo Pereira Neto (1995), a Reforma Luis Barbosa de 1921 introduziu o complexo PS – Dispensário, integrado ao sistema filantrópico liberal. Assim, o Estado elegia a urgência como prioridade da assistência médica municipal além de afirmar a medicina científica frente às práticas populares. Alguns de seus postulados foram propostos pela Fundação Rockefeller que pregava o combate à doença como pré-requisito para o desenvolvimento econômico e a associação do tratamento preventivo com o curativo e a centralização dos serviços. A higiene deveria ser uma atribuição federal. A organização dos serviços de saúde, na gestão Luis Barbosa, comportava três níveis de atendimento: as casas de saúde - para os abastados; os serviços de urgência - gratuitos para os indigentes; e o atendimento geral - para funcionários do Estado. Desta maneira, o Estado expande seu atendimento médico, mas não rompe com o modelo filantrópico-liberal, pois resguardava sua hegemonia no mercado de serviços de saúde.

Teixeira (2004) mostra a trajetória profissional e política de Pedro Ernesto que em 1933, através do Decreto nº. 4.252/33, instituiu a Assistência Municipal que

contribuiu para reafirmar a singularidade de sua gestão na cidade do Rio de Janeiro, ao dotar a cidade da maior rede de hospitais públicos do País. O objetivo era prestar atenção médica hospitalar e social voltada para os necessitados. Estes eram divididos por necessidades absolutas e relativas e de acordo com esta condição poderiam obter a gratuidade do serviço, ou pagar uma taxa estabelecida em lei orçamentária. O critério de pagamento para as urgências seguia a mesma lógica. Desta forma, verifica-se uma mudança no caráter da assistência que deixava de ser de PS e passava a oferecer a população serviços médicos e hospitalares, mantendo o modelo assistencialista, para pobres e excluídos.

Para Machado 2003, o PS é a única entrada aberta do sistema de saúde, tanto para emergências como substituta de várias tentativas de acesso aos serviços de saúde. Segue dizendo que mesmo que o cliente fique horas na fila, sente-se atendido no mesmo dia em que se percebe com necessidade deste serviço. Ainda diz que o PS é a válvula de escape da sociedade frente a uma AP precária até mesmo na visão médica. E que também é o recurso universal dos que não podem esperar por atendimentos marcados para meses, que muitas vezes é maior do que o tempo de suas doenças ou mesmo de suas sobrevidas.

Pelo exposto acima, a cultura hospitalocêntrica favoreceu a crescente demanda para os PS ao longo da história da saúde no Brasil. A população entende ser ali o espaço para resolver todos os seus problemas de saúde, esta porta de entrada se tornou um espaço de conflitos entre os profissionais de saúde e o cliente, definindo a baixa efetividade da atenção prestada. Com certeza a construção desta lógica de entrar no sistema está intimamente relacionada com uma fracassada tentativa de acesso, afirmando desta forma uma efetiva incapacidade organizacional.

Historicamente a ausência de políticas públicas para a área de urgências constituiu-se em graves deficiências do ponto de vista organizacional, estrutural e operacional. A assistência às urgências ainda é centralizada, hospitalocêntrica com uma forte desigualdade no acesso, atuando como fator perpetuador das distorções do Sistema de saúde. Os recursos financeiros ainda são insuficientes em relação às necessidades dos clientes, a quantidade de hospitais nem sempre refletem a disponibilidade de leitos. Os critérios de distribuição dos leitos nem sempre estão

bem dimensionados e também muitas vezes não são coerentes com os indicadores de saúde. O PS é a primeira porta de entrada que o cidadão procura, ela não fecha, independente de estar ou não capacitada para atender as necessidades que se apresentam. Todos os agravos serão resolvidos neste espaço, até os casos de baixa complexidade não acolhidos pela AP, por conta da dificuldade que esta apresenta de desempenhar o seu papel de porta de entrada do sistema.

Por conta do cenário exposto acima, o MS desencadeou o Plano de Atenção Integral às Urgências de responsabilidade pactuada entre governos municipais, estaduais e a União, de caráter nacional a Portaria GM/MS nº. 2.048/02 referente a Regulamentação Técnica dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Além desta Portaria, foi instituída também a Portaria GM/MS nº. 1.863/03 que implantou a Política Nacional de Atenção às Urgências. Nesta, há a incorporação de outros novos elementos conceituais, além da revisão e retomada de alguns já bastante difundidos, tais como: a regionalização do sistema e a organização de redes loco regionais de atenção às urgências.

Estas Portarias propõem um complexo regulador da assistência que pressupõe a aplicação de instrumentos e regras, protocolos clínicos, controle financeiro e até a avaliação da qualidade ofertada. Vários critérios são adotados para garantir o acesso do cliente ao serviço de saúde. Este acesso deve ser ordenado de modo a garantir a eficácia do tratamento a ser dispensado, assim como a sua continuidade. Este complexo regulador é um observatório da saúde da população além de ordenar os fluxos gerais das demandas, tais como:

- Transferências inter-hospitalares;
- Disponibilidade de leitos na rede;
- Controle dos casos não urgência/emergência;
- Recursos de urgência móvel.

É necessário, porém prover o sistema de uma Central de Regulação única para todo o estado, devidamente equipada com um sistema de informação/comunicação adequado aos recursos disponíveis e com recursos humanos treinados, especificamente para funções desta natureza. Além disso, uma boa integração/articulação com a defesa civil, bombeiros e principalmente com os

gestores municipais e estaduais, independente de preferências político partidárias. Com certeza não adianta ter uma central equipada com tecnologia e pessoal de ponta se não organizamos a atenção nos seus diferentes níveis de complexidade.

A Central de Regulação e o Transporte Sanitário formam uma rede integrada de atenção às urgências que poderão ser o primeiro exemplo de estruturação de redes integradas de atenção à saúde. Esta forma organizacional pode ser um facilitador na reordenação do fluxo de entrada nas unidades de emergência, que extrapolaram a sua capacidade de atendimento. Pode permitir que estes setores redefinam e priorizem seus atendimentos dentro de um processo de avaliação de riscos. Conseqüentemente esta maneira de atuar, diminui os conflitos gerados entre as equipes e os clientes por conta de assistência inadequada.

Na Espanha

A *Ley General de Sanidad* (1986), segundo Garrido (1999), não contemplou as urgências deixando para as CCAA, organizarem de acordo com o seu entendimento e necessidades a atenção de urgência/emergência. Segue abaixo uma evolução cronológica dos serviços relacionados às urgências na Espanha: ¹⁵.

- 1948: Criação dos Serviços Médicos Noturnos de Urgências;
- 1962: Criação do Serviço Especial de Urgencias (*SEU*) de Madri
- 1964: Criação dos SEUS em cidades maiores de 90.000 habitantes;
- 1968: Criação dos Serviços Normais de Urgências;
- 1974: *Ley General de la Seguridad Social*;
- 1982: *Plan de Atencion Sanitaria de Urgencias (PASU)*;
- 1984: *Plan Nacional de RCP* (Plano Nacional de Ressuscitação Cardio Pulmonar);
- 1988. “*Informe del Defensor del Pueblo*” y *Plan Nacional de Ambulancias de Cruz Roja Española*. Madri. Critica a atenção de urgências na Espanha;

¹⁵ Estes dados foram compilados de um fórum de discussão na web sobre a historia dos transportes sanitários na Espanha: <http://www.e-mergencia.com/foro/sh.php?t=13294>.

- 1989. “*Plan director de Urgencias Sanitarias*”. *Insalud*; Melhoria dos serviços de urgência hospitalar; Criação dos Serviços de urgências extra-hospitalares (061); Centros de Coordenação de urgência;
- 1990 até 1999: Desenvolvimento dos serviços de urgência na Espanha.

A expansão dos serviços de emergências em toda Espanha, a partir do final da década de 80 foi muito rápida, principalmente no que tange aos serviços de atenção pré-hospitalar. Em 1989, diante da necessidade de criar um serviço de emergência pré-hospitalar na cidade de Madri, a prefeitura através do conselho de saúde e consumo,¹⁶ decide formar uma equipe que se encarregaria do estudo e desenho deste projeto. Partindo do modelo antigo e tradicional do parque das ambulâncias municipais, criado em 1875, se desenham novos modelos de ambulância e se atualizam as comunicações e os uniformes, investindo também na melhoria da seleção e formação de pessoal. Por fim, o novo serviço com a atual filosofia, vem à luz como um projeto piloto em junho de 1991. Posteriormente em dezembro de 1992, após a constatação da utilidade do serviço se decide prove-lo a categoria de transporte sanitário local, sendo chamado pela sigla de S.A.M.U.R. (*Servicio de Asistencia Municipal de Urgencia y Rescate*). O objetivo do serviço é de resolver rapidamente as emergências/urgências, assistindo ao paciente de forma rápida e com segurança até a chegada ao hospital.

Em 17 de abril de 1998 o ministério da saúde espanhol promulga uma lei de caráter nacional, o Real Decreto nº. 619/1998 que define entre outros, os tipos de ambulância, equipamentos, materiais e recursos humanos para atenção pré-hospitalar de urgência/emergência. Esta lei é similar à nossa Portaria GM/MS nº. 2048/02, porém a gestão é da competência das CCAA, como se segue:

[...] Ley de Ordenación de los Transportes Terrestres, aprobado por el **Real Decreto** 1211/1990, de 28 de septiembre, establece, en su artículo 134.1, que las características técnicas, así como el equipamiento sanitario y la dotación de personal de cada uno de los distintos tipos de vehículos sanitarios serán determinados por **Real Decreto** a propuesta conjunta de los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Fomento. [...] **La Ley 14/1886, de 25 de abril, General de Sanidad, establece en su artículo 40.7 que la Administración General del Estado, sin menoscabo de las competencias de las Comunidades Autónomas, determinará con**

¹⁶ Estas informações foram colhidas no site do S.A.M.U. R de Madri. www.munimadrid.es/samur

carácter general las condiciones y requisitos técnicos mínimos para la aprobación y homologación de las instalaciones y equipos de los centros y servicios sanitarios;(grifos meus) precepto que goza de la condición de norma básica en el sentido previsto en el artículo 149.1.16 de la Constitución, conforme establece el artículo 2 de la precitada Ley.[...] este **Real Decreto** establece las características, equipamiento y dotación mínimos que habrán de reunir los vehículos que hayan de destinarse a la presentación de servicios de transporte sanitario[...]. (Real Decreto nº. 619 de 1998, p. 1)

Além do S.A.M.U. R, o atendimento de urgência/emergência na Espanha é feito nos *Centros de Salud (CS)*, nos hospitais, nos domicílios ou em qualquer lugar aonde elas ocorram. Em situações de desastres e catástrofes é realizado pela defesa civil (*Protección Civil*), em acidentes nas estradas, pelos *DYA (Detente Y Ayuda)* e em atendimentos com caráter social e humano, pela Cruz Vermelha, sendo que estes três últimos são serviços voluntários.

A partir de 2001, após a transferência das competências sanitárias para as CCAA, estas, através de leis próprias, definiram seus planos de prestação de serviços de urgências/emergências. A Comunidade de Madri, por exemplo, em 2004, realizou um plano integral de urgências e emergências, criando o SUMMA (*Servicio de Urgencia Médica de la Comunidad de Madrid*)¹⁷ que através de um número de telefone único (112), coordena e regula, todos os serviços de urgência (hospitalar e extra-hospitalar), inclusive, os serviços de urgências da AP. Esta regulação centralizada da atenção de urgência/emergência – transporte e atenção hospitalar – de cada CA, constituem-se numa rede integral de atenção às urgências.

Em Zaragoza, há uma Central de Regulação única, bastante avançada em relação às do Brasil, que é responsável pelo controle e ordenação de todos os atendimentos de urgência nesta CA. O sistema interliga todos os hospitais e centros de atenção primária à saúde da Comunidade, possui central de atendimento telefônica, com número único para todos os chamados de urgência e comanda todos os veículos de transporte de pacientes (helicópteros e diferentes tipos de ambulância). O sistema conta com esquema de geo-referenciamento capaz de identificar as áreas das chamadas, facilitando a chegada do socorro. Todos os

¹⁷ Estas informações foram colhidas no site do SUMMA. <http://www.madrid.org/SUMMA112/page/>

veículos contam com localizadores GPS¹⁸, o que permite seu rastreamento, além de sistema de comunicação com a central.

O sistema de informação contém dados importantes do atendimento, da queixa e do perfil do paciente (prontuário eletrônico). Através de protocolos clínicos de regulação, os médicos reguladores localizados na Central decidem qual o melhor recurso a enviar e providenciam a internação, quando necessário, em leito hospitalar de acordo com a complexidade do caso. Os leitos de observação dos hospitais e dos centros de AP também são controlados pela Central de Regulação.

No Brasil, existem serviços de regulação, tais com: Ribeirão Preto e Campinas, que têm experiências pontuais e exitosas nesta área, porém ainda falta muito a avançar neste país de dimensões continentais. Alguns serviços particulares em diferentes estados, alinhados com o modelo espanhol, operam dentro das normas internacionais de regulação na atenção às urgências e emergências, porém atendem exclusivamente a convênios médicos particulares.

3.3 Gestão da urgência no SUS

A Lei nº. 8080/90, ou Lei Orgânica da Saúde (LOS), descreve o processo de descentralização, como um princípio do SUS, determinando:

[...] a descentralização dos serviços para os municípios e a regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde (art. 7º. IX, a e b).

Além também de enfatizar esta determinação, como uma das competências da direção estadual do SUS:

[...] promover a descentralização, para os Municípios, dos serviços e das ações de saúde (Art. 17, I).

¹⁸ *Global Positioning System*, ou sistemas de localização georreferenciados, utilizando sinais de satélites.

Como se vê, a LOS nº 8080 retirou toda a responsabilidade concreta do estado sobre a gestão da rede e dos serviços e a passou para o município. Mendes et Pestana (2004, p.15) citam este modelo como “municipalização autárquica”. Aonde a gestão do sistema de saúde local é da responsabilidade do município, ainda que com algumas competências concorrentes com União e Estado. Afirmam ainda que a regionalização dos sistemas de serviços de saúde em outros países foi realizada através da regionalização autárquica. Nela a gestão de um sistema de saúde é exercida por uma mesorregião sanitária que funciona como financiadora e reguladora do sistema. Como é o caso da Autoridade Sanitária, no Reino Unido; da *Azienda*, na Itália; do *County Council*, na Suécia; e do Distrito Sanitário, no Canadá, acrescento a lista, à *Área de Salud*, na Espanha. O papel dos municípios, não existe, ou é secundário e se limita a ações de saúde pública. Segundo Rodrigues e Santos (2007), o sistema de saúde brasileiro é o único em todo o mundo que colocou a base da organização dos serviços na esfera local, ou municipal.

O Brasil possui aproximadamente 5.500 municípios com distintas condições: geográficas, demográficas, sociais, econômicas e financeiras, logo, com necessidades e realidades diferentes. A tabela, a seguir, apresenta a distribuição proporcional dos municípios brasileiros por faixas de população.

Tabela 1: Brasil, Distribuição dos municípios por faixa de população e região, 2000.

População	Regiões					BRASIL	%	% acum.
	N	NE	SE	S	CO			
De até 5 mil a 20 mil	303	1243	1187	933	357	4.0331	73,3	73,3
De 20 mil a 50 mil	101	397	264	135	61	958	17,4	90,7
De 50 mil a 100 mil	29	89	111	52	16	297	5,4	96,1
De 101 mil a 500 mil	12	38	90	37	9	186	3,4	99,5
De 500 mil a 1 milhão	0	6	10	0	1	17	0,3	99,8
De 1 a 2 milhões	2	2	1	2	1	8	0,1	99,9
Acima de 2 milhões	0	1	3	0	1	5	0,1	100,0
TOTAL	447	1.786	1.666	1.159	446	5.504	100,0	

Fonte: Adaptado de Rodrigues e Santos (2007).

Como se pode observar 73,3% tem menos de 20 mil habitantes, população

insuficiente para o funcionamento de uma unidade secundária de saúde e 25,7% tem menos de 5000 habitantes. Esta quantidade dificulta em muito a implantação, até de uma equipe de PSF, que segundo o preconizado pelo MS, deve se responsabilizar por uma população de 3000 a 4500 pessoas.

A LOS também prevê **a possibilidade** [grifos meus] não obrigatoriedade, de os municípios formarem consórcios para desenvolver em conjunto ações e serviços de saúde (art. 10). Nem sempre estas associações têm sucesso, por conta, talvez de disputas por interesses políticos e pessoais, que comprometem os objetivos de desenvolvimento sócio-econômico da saúde e da redução das desigualdades. Observa-se um nítido esvaziamento do papel do nível estadual na organização dos serviços de saúde e quando se perde este papel, se perde também a possibilidade de planejamento regional.

A NOAS 01/02, ao retomar a questão da regionalização da rede de ações e serviços do SUS, se tornou um instrumento de regulação que procura preencher a ausência do estado na organização dos serviços de saúde. Como apontado por Rodrigues e Santos (2007), o artigo 25 da Constituição Federal delega ao Legislativo Estadual, o poder de promover a regionalização no interior dos estados federados, por meio de Lei Complementar. A tentativa do Ministério de regulamentar o assunto por meio de uma Portaria administrativa (NOAS) pode ser interpretada, neste sentido, como uma violação das normas constitucionais (RODRIGUES e SANTOS 2007).

No caso da organização dos serviços de urgências e emergências, a Portaria GM/MS nº. 2048/2002, afirma que é da competência dos estados, porém apresenta muitas lacunas e fragilidades. Não oferece instrumentos precisos para a operacionalização do processo, nem uma definição clara de quem deve regular. Da mesma forma, a Portaria GM/MS nº. 2.657/2004, que estabelece as atribuições e dá outras diretrizes das centrais de regulação médica de urgências, não estabelece com precisão a responsabilidade da regulação como pode ser visto abaixo:

As Centrais SAMU-192, de **abrangência municipal, micro ou macrorregional**, [grifos meus] devem prever acesso a usuários, por intermédio do número público gratuito nacional 192, exclusivo para as urgências médicas,[...] funcionando como importante “porta de entrada” do sistema de saúde. Esta porta de entrada necessita, portanto, de “portas de saída” qualificadas e organizadas, que também devem estar pactuadas e acessíveis, por meio das demais centrais do complexo regulador da atenção

(Portaria GM/MS nº. 2.657/2004, pg1).

Ora se as centrais podem ter abrangência “municipal, micro ou macrorregional” seria necessário dizer a qual ente da federação (estado ou município) deve caber a gestão das mesmas. É importante frisar que as urgências/emergências, capítulo ausente da Lei Orgânica da Saúde, começaram a ganhar luz na agenda política da Saúde com as Portarias citadas. Essas, embora com falhas, são marcos para a reflexão sobre este tipo de cuidado, pois permitem uma discussão crítica por parte dos gestores e por meio destes, ganharem apoio político necessário, para que se possa fazer avançar este processo.

A Resolução do CREMERJ nº. 100/96 que estabeleceu as “Normas Mínimas para o Atendimento de Urgências e Emergências no Estado do Rio de Janeiro” definiu os níveis de complexidade na atenção às urgências/emergências, para os serviços de saúde no estado do Rio de Janeiro, como se vê esta Resolução é para uso local e não nacional. A Portaria GM/MS nº. 2048/2002 regulamenta a atenção nacionalmente, mas não define claramente o papel de cada nível de complexidade. No Estado do Rio de Janeiro, por exemplo, o SAMU integrou bombeiros (Estado) e a SMS do Rio de Janeiro só em 2007, o mesmo não ocorreu nos demais municípios. O Estado depende de acordo com o município, para a tomada de decisões, pois não tem poder impositivo.

REIS¹⁹ (2003) definiu o panorama das urgências/emergências no país, apontando entre tantos, alguns problemas, como os relatados abaixo:

- Conjunto-referência e contra-referências subdimensionadas e deficientes, pouco claras e freqüentemente desrespeitadas;
- Distribuição inadequada da oferta de serviços de urgência, agravada na medida em que se caminha para o interior do País (Neurologia, Neurocirurgia, Ortopedia, Cardiologia, Terapia Intensiva, Psiquiatria, etc.);
- Maior concentração de recursos especializados nos grandes centros urbanos, o que, por outro lado, não dá garantia de efetividade de oferta e acesso à população;
- Longas filas: Portas de urgência pequenas, pronto - socorros (sic) com áreas físicas, equipamentos e recursos humanos insuficientes para acolher a demanda que a eles acorre, gerando filas, demora e desqualificação no atendimento;
- Pacientes internados em macas: Escassa oferta de leitos de observação e/ou retaguarda, perpetuando a presença de grande número de macas nos exíguos espaços dos pronto-socorros dos hospitais;

¹⁹ Ademar Arthur Chioro dos Reis - Diretor do Departamento de Atenção Especializada /SAS/ MS.

- Adiamentos de cirurgias agendadas/cancelamento de procedimentos: Disputa por leitos hospitalares e de terapia intensiva entre os pacientes acometidos por quadros agudos e crônicos, independentemente da gravidade;
- Atendimento Desumano: Ausência de Acolhimento, de triagem de risco, inadequação na oferta e acesso aos meios diagnósticos e terapêuticos, gerando longas esperas nos pronto-socorros, sem qualquer diferenciação de risco, a não ser para as urgências sangrantes e ruidosas;
- PS dos grandes hospitais improvisam os leitos de UTI necessários ao atendimento das urgências, nas áreas de observação;
- Insuficiência da rede assistencial de média complexidade, constituída pelos PS dos pequenos hospitais e por Unidades de Pronto Atendimento, instaladas para dar vazão às demandas não satisfeitas da atenção básica e portas hospitalares, atuando, em geral, sem qualificação de recursos humanos e materiais, e sem retaguarda diagnóstica;
- PS dos grandes hospitais improvisam os leitos de UTI necessários ao atendimento das urgências, nas áreas de observação;
- Desqualificação estrutural: Historicamente estruturadas para dar vazão a demandas não satisfeitas da atenção primária e portas hospitalares, são unidades que atuam, em geral, sem qualificação de recursos humanos e materiais e sem retaguarda diagnóstica;
- Serviços de **Resgate**, prestados por Bombeiros, que funcionam dentro de uma lógica de despacho, sem regulação médica. Sua intervenção não é medicalizada, prestando somente 1.º atendimento e suporte básico de vida. Proliferaram pela insuficiência histórica da área da saúde neste tipo de atuação.
Na Rede básica:
 - Atendimento só com consulta marcada: falta de acolhimento dos quadros agudos de baixa complexidade, que passam a buscar, sistematicamente, as portas de urgência, hospitalares ou não hospitalares;
 - Desqualificação estrutural: Falta de qualificação (recursos humanos, área física, equipamentos e insumos) para prestar o primeiro atendimento a urgências graves que possam acorrer às unidades básicas de saúde e/ou saúde da família.

As dificuldades pontuadas por Reis são muito familiares para quem conhece a realidade atual das urgências/emergências no SUS, que continuam com diversos problemas, em alguns casos, declinando dia a dia, como se pode observar pela ampla repercussão nos meios de comunicação.

Minayo e Deslandes (2007) organizaram recentemente um estudo sobre os serviços públicos e conveniados de assistência às vítimas de acidentes e violência, através de pesquisadores da Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ). O trabalho teve como foco os atendimentos pré-hospitalares, de emergência, hospitalares e de reabilitação em cinco capitais: Curitiba, Manaus, Recife, Rio de Janeiro e Brasília, que estão entre as mais violentas do país. A obra é a primeira avaliação técnica da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV), desde que ela foi criada, em 2001, quando a questão da violência entrou oficialmente na pauta da saúde pública do país. Os resultados do estudo

revelam uma surpresa positiva a respeito do SAMU em todas as capitais estudadas: “a implantação do SAMU representa considerável benefício para a população”, afirmam as organizadoras (2007, p.223). Além disso, a integração da atenção pré-hospitalar com as demais unidades de saúde, através da central de regulação é um ponto de destaque, porém a maioria dos gestores revela-se insatisfeita.

O estudo aponta a falta de leitos hospitalares para receber as vítimas resgatadas, o que implica em aumento da mortalidade e das seqüelas por esses casos e demonstra o quanto foi acertada, a decisão de iniciar a implantação da Política de Atenção Integral às Urgências pelo SAMU. Mostra, também, as discrepâncias entre a estruturação dos serviços nas localidades analisadas, sinalizando um longo e árduo caminho que ainda tem de ser percorrido para a organização do Serviço.

A pesquisa encontrou no Rio de Janeiro o maior número de serviços e os mais sofisticados. No entanto, também se verificou que os serviços cariocas apresentavam elevado grau de desorganização e desarticulação.

A falta de articulação também foi uma falha identificada no Recife, embora a capital pernambucana ofereça atendimento às vítimas de acidentes e violências há mais de dez anos, com ações, inclusive, no nível da AP, o que não ocorre no Rio de Janeiro. Os serviços mais articulados e organizados são os de Curitiba, mas eles também têm pontos fracos, assim como os de todas as outras cidades estudadas. Consideraram ainda, como é “baixo o percentual das redes locais de saúde que realizam algum tipo de atendimento diferenciado as vítimas de acidentes e violências” (idem, p.221). E que a AP, digam-se as USF, Centros de Saúde, (serviços básicos) “não está preparada para assumir a demanda de atendimentos que poderia ter resolutividade aí, o que acaba por convergir para os hospitais de emergência” (idem, p.223-224). Este nível de atenção teve uma modesta participação no estudo por não ter sido identificado pelos gestores locais como atuantes no tema em questão. Finalmente, enfatizam que em todas as capitais estudadas, os hospitais apresentaram rotinas e protocolos para atendimento as vítimas, porém muito pouco utilizados pelos profissionais envolvidos, embora esses demonstrassem a intenção de organizar o serviço adequadamente para dar uma melhor atenção às vítimas.

A Política de Atenção às Urgências, não foi posta em prática em sua totalidade. Pode-se dizer que o Ministério priorizou o SAMU, aliando fatores de importância prática na atenção às urgências a outros de cunho de marketing, como resposta de curto prazo para obter o reconhecimento da população. Creio que a despeito da inegável importância deste momento para a organização da atenção de urgência/emergência do país, no entanto, a não implementação de medidas acessórias fundamentais a esse programa, pode comprometer sua proposta como modelo.

Entre as medidas que faltam, podem ser mencionadas: a efetiva operacionalização e custeio dos núcleos de educação permanente; a revisão dos valores pactuados para custeios das Centrais de Regulação e das unidades móveis; a não preocupação com a uniformização da qualidade e o padrão do atendimento prestado nas mais diferentes localidades (protocolo nacional, capacitação continuada obrigatória e efetivamente exigida); a retaguarda previamente pactuada (leitos hospitalares). Passado o "boom" da implantação, sobram problemas como a falta de: critério nas regulações médicas; condições de operacionalização da frota de transporte; recursos humanos preparados, entre outros. Tudo isso compromete a confiabilidade no serviço e expõe carências que já deveriam estar sendo enfrentadas antes mesmo de se pensar na ampliação do programa.

Os serviços de saúde ofertados pelo SUS, principalmente no nosso estado começam a ser questionados na mídia²⁰, inclusive o do SAMU que sozinho, não é capaz de garantir a integralidade na atenção. Ele é um serviço de atenção pré-hospitalar, dá o primeiro atendimento e como tal necessita de complementação hospitalar, para uma solução definitiva do problema. Foi colocado em prática para ser o agente observador e direcionador dos investimentos em saúde pública para urgência, mais esses investimentos não vieram. Não houve a devida atenção para a questão das portas de entrada hospitalares e pré-hospitalares fixas. Tenho clareza, que a Política de Urgências tem que ser defendida e aprofundada, superando-se suas insuficiências, para se poder avançar na sua implantação plena.

²⁰ Jornal do Brasil, "DOENTES ENFRENTAM VIA-CRUCIS", Domingo 12/08/2007.

Não tão somente as urgências como todo o sistema de saúde, devem-se organizar de modo a tornarem eficazes e eficientes a utilização dos recursos disponíveis. Para Bech (idem), a eficácia é o cumprimento de uma meta proposta e a eficiência é a relação entre o cumprimento da meta com a utilização dos recursos, portanto, segundo ele os recursos devem ser organizados de acordo com as necessidades da população e o potencial de uso dos mesmos.

A gestão nos serviços de saúde é um meio de oferecer eficácia, aos seus serviços. A rede pública e privada esta há algum tempo se utilizando, bem ou mal destas práticas administrativas. Há tão somente a necessidade, de se fazer uma releitura das práticas empregadas em busca de melhores resultados.

4. ATENÇÃO PRIMÁRIA E AS URGÊNCIAS

A LOS – Lei nº. 8080/90 – não contemplou as urgências especificamente em seu conteúdo, mas definiu as diretrizes e competências de cada nível de governo, para a organização deste tipo de atenção. Esta legislação, utilizada atualmente pelo SUS, vem sendo implantada por meio de normas operacionais e portarias ministeriais.

Neste capítulo apresenta-se uma análise de todos os instrumentos que normatizam as urgências na AP, tais como as Portarias: GM/MS nº. 373/02 – NOAS 01/02, de 27 de fevereiro de 2002 – Norma Operacional de Assistência a Saúde, GM/MS nº 2048/02 de 05 de novembro de 2002 – “Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência”, GM/MS nº. 1.863/03 de 29 de setembro de 2003 - “Política de Atenção às Urgências” e a GM/MS nº. 648/06 de 28 de março de 2006, que aprova a “Política Nacional de Atenção Básica”. Aonde entre outras recomendações, orienta sobre as atribuições do médico de família, assunto este discutido na dissertação de Isabela Vogel (2006).

Também são analisados: a Resolução CREMERJ nº. 100/1996; Sistema de Apoio à Elaboração de Projetos de Investimentos em Saúde (SOMASUS); a RDC nº. 50/2002 da ANVISA; e o Manual de Estrutura Física das UBS (2006).

4.1 Norma geral sobre a rede (NOAS 01/02)

A NOAS 01/02 é uma das primeiras, nesta linha de documentos a relacionar as urgências na AP. Esta norma propõe alguns procedimentos mínimos de competência da AP e que são chamadas de: “Responsabilidades e Ações Estratégicas Mínimas na Atenção Básica”. (capítulo - IV das disposições gerais e transitórias, anexo 1 e anexo 2). Para uma melhor compreensão destas atividades, coloquei os quadros dos anexos 1 e 2, expostos na norma, fazendo uma compilação

dos procedimentos de urgência previstos e acrescentando uma coluna à direita de cada um dos quadros para permitir observações sintéticas sobre estas citações. As observações não pretendem exaurir o assunto, mas sim trazer reflexões a partir de um olhar diferente sobre o tratamento das urgências no PSF e estão embasadas na minha experiência na área de urgências e emergências, tanto no serviço público quanto no privado. Segue uma breve análise dos quadros de procedimentos:

Quadro 4: Comentários sobre as responsabilidades e atividades da atenção básica, previstas na NOAS 01/02.

RESPONSABILIDADES	ATIVIDADES	OBSERVAÇÕES SINTÉTICAS
III) Controle da Hipertensão		
1.º Atendimento de urgência.	1º. Atendimento às crises hipertensivas e outras complicações. Acompanhamento domiciliar. Fornecimento de medicamentos.	A indefinição por conta de "outras complicações" pode ser interpretada como atender a urgências de média complexidade e até emergências, devidamente estabilizadas para transporte.
IV) Controle do Diabetes Mellitus		
1.º Atendimento de urgência.	1º. Atendimento às complicações agudas e outras intercorrências. Acompanhamento domiciliar.	O mesmo raciocínio se aplica, como observado no item anterior.
Encaminhamento de casos graves para outro nível de complexidade	Agendamento do atendimento.	Este encaminhamento deve ser realizado, com a estabilização precoce do quadro clínico inicial, portanto, necessita de um serviço organizado para o procedimento.
V) Ações de Saúde Bucal		
Atendimento a urgências odontológicas.	Consulta não agendada.	Quais as urgências resolvidas no PSF? E as emergências?
VI) Ações de Saúde da Criança		
Não previsto	Não previsto	É possível tratar as urgências pediátricas, tais como: Asma leve e moderada, Diarréia aguda, Convulsão, Febre, etc.
VII) Ações de Saúde da Mulher		
Não previsto	Não previsto	É possível tratar: Hemorragia Uterina Disfuncional, Dismenorreia (dor pélvica) parto normal.

Fonte: “Responsabilidades e Ações Estratégicas Mínimas de Atenção Básica, Procedimentos previstos” (Anexo 1 da NOAS 01/02); as observações na coluna à direita são de elaboração própria.

No Quadro 4, estão previstos os primeiros atendimentos de urgência para a Hipertensão e o Diabetes, tendo como atividades principais, tratar: as crises hipertensivas; os casos agudos do Diabetes; e as complicações intrínsecas destas patologias (quais? quando?). Essas atividades não são descritas de forma clara, pois uma crise hipertensiva ou uma crise de diabetes (hiperglicemia ou hipoglicemia) pode evoluir de forma crítica em pouco tempo, logo, deve haver recursos capazes de estabilizar o quadro para uma possível transferência. O encaminhamento de casos graves para outro nível de complexidade como citado, não é simples como parece. Para ser efetuado necessita de um planejamento criterioso das ações e de um suporte local, capaz de estabilizar o paciente para o transporte.

O Quadro 4, não faz referência à atenção de urgência na saúde bucal (SB). A atenção à SB no PSF, entretanto, prevista oficialmente na Portaria GM/MS nº. 1.444/2000, ainda não alcançou a cobertura da Saúde da Família²¹, porém é um processo em expansão e de grande impacto na construção da integralidade da atenção. Como o atendimento as urgências deste tipo não foi definido, isto suscita dúvidas do que atender e conseqüentemente do que referir para outros níveis. As urgências bucais de uma maneira geral possuem uma alta prevalência e estão relacionadas aos tecidos de suporte dentário (pulpite, abscesso, fratura dentária, entre outros). Geralmente, estas lesões causam grande sofrimento ao cliente, portanto, devem ser resolvidas no momento em que ocorrerem. A chamada urgência sentida é muito comum em SB e está relacionada entre outros, com casos de restaurações soltas, comprometimento estético, fratura de próteses, logo, também deve ser resolvida com brevidade. As emergências tais como: o traumatismo bucomaxilofacial entre outras, devem ser encaminhadas depois de estabilizados para um serviço de referência.

²¹ De acordo com Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, a cobertura de saúde bucal era em 2006 de 39,8%, enquanto a cobertura total do PSF era de 46,2% (2006). Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php>. Acessado em 05/07/2007.

Analisando ainda o Quadro 4, as ações de saúde da mulher e da criança, embora não tenham atividades previstas, podem e devem no meu entendimento, serem avaliadas e tratadas em situações de urgência. Em geral, agravos comuns na infância, tais como: a asma leve e moderada, a diarreia aguda, a convulsão, a febre alta, a desidratação, em condições adequadas, podem ser resolvidas no espaço da atenção básica. Assim como também as urgências relacionadas à saúde da mulher, tais como as crises de TPM, as disfunções uterinas, a dismenorrea e até um parto normal, se for o caso. Nos casos considerados de emergência deve-se dar um primeiro atendimento e transferir para um serviço especializado.

Quadro 5: Comentários sobre as responsabilidades e atividades da atenção básica

RESPONSABILIDADES	ATIVIDADES	OBSERVAÇÕES
	Grupo 02 - Ações Médicas Básicas	
	Atendimento médico de urgência com observação – (até 8 horas) Também chamada de média permanência [grifos meus].	Como é previsto este tipo de procedimento, deduz-se que deve haver um local apropriado para acolher o paciente, além de equipamentos e medicamentos capazes de atender a uma possível evolução crítica do quadro clínico inicial.
	Grupo 08 – Cirurgias Ambulatoriais Especializadas	Deve haver local apropriado para o procedimento.
	Debridamento e curativo das escaras ou laceração	Idem.
	Sutura de ferida de cavidade bucal e face	Outras pequenas suturas podem e devem ser realizadas (ver quadro de procedimentos não previstos).
	Exerese de calo	Outros procedimentos de mesma natureza podem ser realizados.
	Remoção manual de fecaloma	Idem.
	1.º atendimento a paciente com pequenas queimaduras	Reforça a idéia de um local específico para o procedimento, com pessoal devidamente treinado.

Fonte: “Elenco de alguns procedimentos a serem acrescentados aos da relação atual de atenção básica”, procedimentos previstos (Anexo 2 da NOAS 01/02); as observações na coluna à direita são de elaboração própria.

O Quadro 5, acima, é uma complementação ao primeiro e acrescenta

primeiramente o atendimento médico de urgência na atenção básica, definindo, para este, um tempo de permanência de até 8 horas. Esta atividade me parece, pouco esclarecedora dentro da lógica técnico-administrativa, proposta para os outros procedimentos citados. É importante ressaltar, porém que este item reforça a idéia de que é possível organizar um PSF capaz de atender as demandas de urgências/emergências de seus clientes.

Quadro 6: Procedimentos não previstos na NOAS

RESPONSABILIDADES	ATIVIDADES	OBSERVAÇÕES
Ações médicas de urgências clínicas e cirúrgicas (adulto e infantil)	Tratamento da Asma leve e moderada	Tratamento definitivo
	Hidratação venosa na Diarréia Aguda, nos Vômitos Incoercíveis e na Gastroenterite.	Idem
	Analgesia na Dor crônica e aguda (cólicas: biliar e nefrética, gastrite, migrânea, artropatias, etc.).	Idem
	Drenagem de pequenos abscessos	Idem
	Controle da hipertermia na Febre	Idem
	Controle de pequenos traumas; Imobilização de luxação e entorses. Suturas de pequenas feridas e exereses de unha	Tratamento definitivo ou encaminhamento para Serviço Especializado Tratamento definitivo
	Controle da Convulsão, "Status Epilepticus"	Reconhecimento e 1º Atendimento
	Retirada de corpo estranho (laringe e nariz)	Reconhecimento e 1º atendimento
	Intoxicação alcoólica aguda e por drogas	Reconhecimento e 1º Atendimento
	Acidentes por animais peçonhentos	Reconhecimento e 1º Atendimento.
	Estabilização de pacientes críticos para transporte com vistas ao tratamento definitivo.	Parada cardio respiratória, Edema Agudo de Pulmão, IA, Traumatismos, AVC, Arritmias etc.
Ações Médicas de Urgências Psiquiátricas (adulto e infantil)	1º Atendimento e encaminhamento para tratamento definitivo para serviço especializado.	Ansiedade, Depressão, Síndrome do Pânico, reconhecimento dos principais sinais e sintomas.

Fonte: elaboração própria.

Os itens que abordam as cirurgias ambulatoriais especializadas (o quadro não especifica esta denominação) e o primeiro atendimento nas pequenas queimaduras

sinalizam para a possibilidade de se incluir, para tratamento outros procedimentos de natureza similar e com o mesmo grau de complexidade, como por exemplo: pequenas suturas, exereses de unha, etc. A previsão na norma destes diferentes tipos de procedimentos permite-me deduzir que é necessário, haver uma estrutura física local adequada, recursos humanos capacitados para acolher o paciente, além de equipamentos e medicamentos capazes de atender a uma possível evolução crítica do quadro clínico inicial. Pensando nesta possibilidade, organizei o Quadro 6, acima, com algumas sugestões de procedimentos não previstos, porém a meu ver passíveis de oferecer uma efetiva resolubilidade.

No Quadro 6, os procedimentos foram divididos em dois grupos: a) ações médicas de urgência clínicas e cirúrgicas; e b) ações médicas de urgências psiquiátricas. Ambas contemplam a atenção a adultos e crianças. Nas ações clínicas e cirúrgicas, considerei alguns agravos que sabidamente podem ser tratados de forma definitiva, ou melhor, com alta resolução local, por uma equipe previamente treinada em protocolos clínicos consensuados e normatizados para esta finalidade. As atividades propostas tais como: o controle da asma leve e moderada, a hidratação venosa nas diarreias e vômitos agudos, a analgesia nas dores agudas e crônicas, o controle da hipertermia e a drenagem de pequenos abscessos, seguem o padrão de tratamento definitivo proposto no quadro, com ressalvas para possíveis complicações que serão encaminhadas a um outro nível de complexidade.

A luxação, a entorse e os pequenos traumas, após serem analisados clinicamente, considerando principalmente a cinemática do trauma, devem ser imobilizados de acordo com a sua natureza. Em caso de dificuldade no reconhecimento dos sinais e sintomas, para fechar o diagnóstico, faz-se a imobilização provisória com o encaminhamento para um serviço especializado, para o tratamento definitivo. As suturas de face e da cavidade bucal, assim como a exereses de calo estão contempladas na NOAS, porque não ampliar estas atividades, já que estes procedimentos seguem uma mesma lógica de atuação, exigindo uma intervenção técnica muito parecida. Foi por este motivo que incluí a exereses de unha e as suturas de pequenas feridas.

O controle das crises epiléticas, a retirada de corpo estranho (laringe e nariz) a intoxicação alcoólica aguda e por drogas e os acidentes por animais peçonhentos

são exemplos de casos de urgência que devem ser imediatamente reconhecidos e tratados pelas equipes. Imediatamente após uma avaliação criteriosa da gravidade dos sinais e sintomas e das possibilidades de um tratamento definitivo no espaço da SF. Muito embora já tenha sido abordada em alguns itens, a estabilização de pacientes críticos para transporte com vistas ao tratamento definitivo, foi destacada no Quadro 6 por conta de sua relevância, em qualquer serviço de saúde. As emergências são súbitas e imprevisíveis e não podem esperar por um suporte, sem uma intervenção médica imediata, para a manutenção da vida.

Assim a parada cardio-respiratória (PCR), o edema agudo de pulmão (EAP), o infarto agudo (IAM), os traumatismos encefálicos (TCE), o acidente vascular cerebral (AVC), as arritmias e outras entidades críticas, podem e devem ter um primeiro atendimento em qualquer lugar aonde elas ocorram. A orientação da NOAS para procedimentos mínimos de atenção de urgência para a atenção básica, cria vieses claros de responsabilidade deste nível, exigindo: a organização da estrutura física; disponibilidade de equipamentos adequados; capacitação das equipes. Caso tais pré-condições não sejam atendidas, será muito difícil garantir bons resultados na atenção a esses eventos e a integralidade do cuidado.

Finalmente, considere as ações médicas de urgências psiquiátricas (adulto e infantil), como exemplificação tão somente porque acredito (experiência pessoal) que seja um dos diagnósticos em urgência/emergência mais difíceis de serem observados pelos médicos em geral, por conta principalmente da subjetividade da queixa, da mimetização de sinais e sintomas de gravidade, da presença de comorbidades, entre outros. Além do que a apresentação das crises põe risco imediato a saúde e a segurança do paciente, assim como a segurança de outros membros de suas famílias ou comunidade.

Considero o PSF, pela sua proposta, um excelente local para o cuidado da saúde mental, pois pode observar melhor a dimensão do laço social do paciente, conhecendo sua rede de suporte, sua família, trabalho, cultura e outros aspectos sócios econômicos que estão profundamente relacionados ao desenvolvimento de doenças psiquiátricas. Esses indicadores são facilitadores para o manejo das urgências na saúde mental. Seguem algumas formas de apresentação das crises, como por exemplo: deixar de se alimentar e de beber, auto-negligência, auto-

agressão, comportamento bizarro, entre outras. Além disso, os pacientes podem ficar também vulneráveis ao uso de drogas, sofrer violência sexual e apresentar intenções suicidas. Estes sinais e sintomas podem ser encontrados, um ou outro, nos Delírios, na Depressão, na Demência, na Psicose, na Esquizofrenia, ou melhor, em qualquer crise psiquiátrica. É importante lembrar que o paciente em crise é um risco também para os outros (familiares, equipe), por isso, deve ter um primeiro atendimento no PSF e ser transferido para serviço especializado, com recursos adequados para eventos desta natureza.

4.2 Normas sobre atenção às urgências

Portaria GM/MS nº. 2.048/02

Após as definições de procedimentos mínimos na AP, propostas pela NOAS 01/02, o Ministério da Saúde com o objetivo de organizar os serviços estaduais de urgência /emergência, estabelece através da Portaria GM/MS nº. 2.048/02 a responsabilidade da AP, no acolhimento dos casos agudos e crônicos agudizados. No ano seguinte é instituída, pela Portaria GM/MS nº. 1.873/03, a “Política de Atenção às Urgências”, que define a unidade de SF como uma das portas de atendimento às urgências, dentro do seu nível de complexidade. Essas Portarias propõem estrutura e processos de atenção às urgências que visam à continuidade do cuidado, imprimido maior resolubilidade ao PSF nesta área de atuação. Além também de atender a um dos princípios doutrinários do SUS e que também orienta o Programa, que é a integralidade da atenção.

A Portaria GM/MS nº. 2.048/02 estabelece que a AP integre os Sistemas Estaduais de Atenção às Urgências e Emergências da seguinte forma:

As atribuições e prerrogativas das unidades básicas de saúde e das unidades saúde da família em relação ao acolhimento/atendimento das **urgências de baixa gravidade/complexidade** [grifos meus] devem ser desempenhadas por todos os municípios brasileiros, independentemente de estarem qualificados para atenção básica (PAB) ou básica ampliada (PABA) (capítulo III, parágrafo primeiro).

A mesma Portaria define também os princípios e as diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, determinando as normas e os critérios de funcionamento destes serviços, através de uma regulamentação técnica para toda a rede assistencial. Vários temas são abordados entre eles, a conceituação do atendimento pré-hospitalar fixo e as suas atribuições:

O Atendimento Pré-Hospitalar Fixo é aquela assistência prestada, num primeiro nível de atenção, aos pacientes portadores de quadros agudos, de naturezas **clínicas, traumáticas ou ainda psiquiátricas** [grifos meus], que possa levar a sofrimento, seqüelas ou mesmo à morte, provendo um atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrante do Sistema Estadual de Urgência e Emergência. Este atendimento **é prestado por um conjunto de unidades básicas de saúde, unidades do Programa de Saúde da Família (PSF)** [grifos meus], Programa de Agentes Comunitários Saúde (PACS), ambulatorios especializados, serviços de diagnóstico e terapia, unidades não-hospitalares de atendimento às urgências e emergências. (capítulo III, parágrafo 1.1).

É interessante ressaltar que os quadros agudos clínicos, traumáticos e até psiquiátricos são dados como de responsabilidade da AP de forma genérica, sem uma dimensão precisa. Isto pode levar o leitor a uma informação equivocada sobre quais patologias se deve tratar neste tipo de atenção e se estas estão incluídas nas urgências de baixa gravidade/complexidade como preconizado no parágrafo1, já citado acima. A Portaria segue determinando as responsabilidades da AP com os “quadros agudos ou crônicos agudizados”, conforme o detalhamento abaixo:

Acolhimento dos Quadros Agudos:

Dentro da concepção de reestruturação do modelo assistencial atualmente preconizado, inclusive com a implementação do Programa Saúde da Família, é fundamental que a atenção primária e o Programa de Saúde da Família se responsabilizem pelo acolhimento dos pacientes com **quadros agudos ou crônicos agudizados** [grifos meus] de sua área de cobertura ou adstrição de clientela, cuja complexidade seja compatível com este nível de assistência (Capítulo III).

Mais uma vez, ao abordar os “quadros agudos ou crônicos agudizados” o texto trata de forma genérica, permitindo várias interpretações sobre quais patologias devem ser acolhidas. A Portaria propõe, também, a capacitação dos recursos humanos, a estruturação dos recursos físicos, equipamentos e medicamentos, além da organização da grade de referência para a AP, como descrito abaixo:

Capacitação de Recursos Humanos:

[...] profissionais da saúde, ao se depararem com uma urgência de maior gravidade, **tenham o impulso de encaminhá-la rapidamente para unidade de maior complexidade, sem sequer fazer uma avaliação**

prévia e a necessária estabilização do quadro [grifos meus], por insegurança e desconhecimento de como proceder. [...] é essencial que estes profissionais estejam qualificados para este enfrentamento, se quisermos imprimir efetividade em sua atuação (Capítulo III, parágrafo 1.2).

É comum o profissional de saúde não treinado, ficar amedrontado frente a uma situação de urgência/emergência. Embora, a Portaria reconheça este problema chama a atenção apenas para a importância do treinamento das equipes, sem mencionar a necessidade de se utilizar protocolos clínicos consensuados para assegurar a efetividade das ações. A Portaria aponta ainda, para a estruturação dos recursos físicos na AP, como um dos processos mais importantes para a organização dos serviços:

Estruturação de Recursos físicos:

Todas estas [sic] unidades devem ter um espaço devidamente abastecido com medicamentos e materiais essenciais ao primeiro atendimento/estabilização de urgências que ocorram nas proximidades da unidade ou em sua área de abrangência e/ou seja [sic] para elas encaminhadas, até a viabilização da transferência para unidade de maior porte, quando necessário.

A definição deste espaço é fundamental, pois quando do recebimento de uma urgência [...] é obrigatório que a equipe saiba em qual ambiente da unidade encontram-se os equipamentos, materiais e medicamentos necessários ao atendimento. Numa **insuficiência respiratória, parada cardíaca, crise convulsiva** [grifos meus] ou outras situações que necessitem de cuidado imediato, não se pode perder tempo [...].

Além disso, unidades de saúde de sistemas municipais qualificados para a atenção básica ampliada (PABA) deverão possuir área física especificamente destinada ao atendimento de urgências e sala para observação de pacientes até 8 horas [grifos meus] (Capítulo III, parágrafo 1.3).

Materiais: Ambú adulto e infantil com máscaras jogo de cânulas de Guedel (adulto e infantil), sondas de aspiração, Oxigênio, Aspirador portátil ou fixo, material para punção venosa, material para curativo, material para pequenas suturas, material para imobilizações (colares, talas, pranchas).

Medicamentos: Adrenalina, Água destilada, Aminofilina, Amiodarona, Atropina, Brometo de Ipratrópio (sic), Cloreto de potássio, Cloreto de sódio, Deslanosídeo, Dexametasona, Diazepam, Diclofenaco de Sódio, Dipirona, Dobutamina, Dopamina, Epinefrina, Escopolamina (hioscina), Fenitoína, Fenobarbital, Furosemida, Glicose, Haloperidol, Hidantoína, Hidrocortisona, Insulina, Isossorbida, Lidocaína, Meperidina, Midazolam, Ringer Lactato, Soro Glico-Fisiológico, Soro Glicosado (Capítulo III, parágrafo 1.3).

A descrição acima parece estar tão somente orientando sobre a necessidade de se estruturar a área física, sem, contudo, estabelecer os critérios para que essa estrutura possa apoiar efetivamente as ações. Faltam neste sentido, definições sobre itens tais como: tamanho da área, mobiliário, tipos de equipamentos (respiradores, eletrocardiógrafo, desfibriladores, etc.), elementos que compõem um serviço de urgência. Não faz tampouco qualquer citação sobre uma regulamentação técnica específica, destinada ao planejamento e execução de projetos para esta

finalidade. Além de tudo, admite, quando cita a “insuficiência respiratória, parada cardio-respiratória e a crise convulsiva”, que estes agravos de natureza emergencial podem também, ser atendidos pela AP e não somente as urgências de baixa gravidade/complexidade, como citado no capítulo III parágrafo 1, da referida Portaria. Da mesma forma, alguns medicamentos por ela relacionados – aminofilina, adrenalina, amiodarona, dobutamina e diazepam – são utilizados basicamente em casos de atendimento de emergências e não em casos de urgências de baixa gravidade/complexidade.

Os equipamentos descritos na Portaria, além de incompletos, não estão em consonância com os medicamentos, pois estes são destinados ao suporte avançado à vida (situações de emergência) enquanto os equipamentos são para atender ao suporte básico a vida (situações de urgência)²². Essas inconsistências no texto da Portaria dificultam a organização das ações de urgência e o primeiro atendimento de emergência no nível primário de atenção.

A Portaria determina, ainda, a estruturação de uma grade de referência e aponta a necessidade de se regular os atendimentos através de uma Central de Regulação, da seguinte forma:

Estruturação da Grade de Referência

É fundamental que as unidades possuam uma adequada retaguarda pactuada para o referenciamento daqueles pacientes que, uma vez acolhidos, avaliados e tratados neste primeiro nível de assistência, necessitem de cuidados disponíveis em serviços de outros níveis de complexidade. Assim, mediados pela respectiva **Central de Regulação** [grifos meus], devem estar claramente definidos os fluxos e mecanismos de transferência dos pacientes que necessitem de outros níveis de complexidade da rede assistencial, de forma a garantir seu encaminhamento, seja para unidades não hospitalares, ambulatórios especialidades ou unidades de apoio diagnóstico e terapêutico. Além disso, devem ser adotados mecanismos para a garantia de transporte para os casos mais graves, que não possam se deslocar por conta própria, através do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel, onde ele existir, ou outra forma de transporte que venha a ser pactuada (Capítulo III, parágrafo 1.4).

A Portaria fala da necessidade de “retaguarda pactuada” e “mediação pela

²² O Suporte Avançado à Vida-SAV é um conjunto de manobras para salvar vidas que só podem ser aplicadas técnicas de uso exclusivo do médico. Já no Suporte Básico à Vida-SBV, são aplicados procedimentos não exclusivos do médico, porém realizados por pessoal técnico devidamente treinado. No Mundo existem diversos protocolos e modelos de atendimento de urgência/emergência, destacando o Protocolo Norte Americano e o Protocolo Francês, que utilizam estas determinações.

Central de Regulação”, etc. Ela não define claramente as responsabilidades e os critérios para o estabelecimento destas prioridades e nem tampouco que mecanismos devem ser utilizados para garantir um efetivo funcionamento deste serviço. É importante a pactuação local entre equipes que devem ser complementares e também a presença de um Comitê Gestor de Urgências atuante. Essas medidas evitam colocar a população num espaço de insegurança, exposição e fragilidade, cujo resultado é cruento e previsível. A defesa intransigente da vida tem que ser o objetivo principal.

As determinações contidas na Portaria, como instrumentos de regulamentação técnica, não estão muito claras e bem definidas o que dificulta, em muito, o planejamento e a operacionalização das ações, contribuindo certamente para a insatisfação dos clientes e dos profissionais envolvidos no processo de trabalho.

Portaria GM/MS nº. 1.863/03

A responsabilidade da AP em relação às urgências também é contemplada na Portaria GM/MS nº. 1.863/03, que define a Política de Atenção às Urgências. Esta propõe a organização das redes regionais de atenção integral às urgências como elos de uma rede de manutenção da vida em níveis crescentes de complexidade e responsabilidade. Institui como um dos componentes fundamentais desta cadeia, o componente pré-hospitalar fixo e define os serviços que o compõe, da seguinte forma:

Componente Pré-Hospitalar Fixo: unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família, equipes de agentes comunitários de saúde, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias, e Unidades Não-Hospitalares de Atendimento às Urgências, conforme Portaria GM/MS nº. 2048, de 05 de novembro de 2002 (Artigo 3º, componente 2.a).

Esta Portaria define ainda como portas de atendimento de urgência, os seguintes serviços:

Componente Pré-Hospitalar Fixo: Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família, ambulatórios especializados, [...] Unidades de Pronto Atendimento (UPA)(Artigo 3º, componente 2.a);
Componente Pré-Hospitalar Móvel: SAMU, Serviços de Salvamento e Resgate (Artigo 3º, componente 2. b);
Componente Hospitalar: Portas Hospitalares do tipo I, II e III(Artigo 3º, componente 2. c);

Componente Pós-Hospitalar: Hospital-Dia, Programa de Atenção Domiciliar (PAD), Reabilitação (Artigo 3º, componente 2. d).

Tal como a outra Portaria analisada, esta também determina que as urgências sejam atendidas na AP, inclusive evidenciando que esta seja uma das portas de urgência. Não estabelece, entretanto, de forma completa e clara as condições para que este papel possa ser desempenhado pela AP, em geral, e pela Saúde da Família, em particular. Há uma série de condições ainda indefinidas em ambas as Portarias que são essenciais para a organização de serviços resolutivos de urgência, tais como: a capacitação dos recursos humanos; estruturação dos serviços (espaço físico, equipamentos, medicamentos); diretrizes e protocolos clínicos; fluxos de entrada e saída; e logística. Tais condições não citadas, ou citadas de forma incompleta, dificultam o leitor/gestor interpretar as diretrizes propostas, para tomar a melhor decisão na organização da urgência na AP.

4.3 Normas específicas sobre atenção primária

Portaria GM/MS nº. 648/06

Esta Portaria estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da AP, entre elas, as atribuições dos profissionais das ESF, de saúde bucal (SB) e ACS (anexo I). A recomendação para os médicos da SF pode ser complementada, segundo a Portaria, com diretrizes e normas da gestão local. Segue a determinação da mesma quanto aos procedimentos de urgência que devem ser realizados por este nível de atenção:

III - realizar atividades de demanda espontânea e programada em clínica médica, pediatria, ginecoobstetrícia, cirurgias ambulatoriais, **pequenas urgências clínico-cirúrgicas** [grifos meus] e procedimentos para fins de diagnósticos (Anexo 1, p.13)

Deve-se chamar a atenção, em primeiro lugar, para o fato desta Portaria, utilizar uma terminologia distinta ("pequenas urgências clínico-cirúrgicas") da utilizada pelas Portarias voltadas para a atenção às urgências ("urgências de baixa gravidade/complexidade"), porém ambas as expressões são indefinidas, quanto a

identificar, que casos clínicos são classificados de “pequenas urgências” ou “baixa gravidade”.

Como exemplificação da possibilidade da gestão local, intervir nas atribuições acima apresentadas, o PSF Rural da Cidade de Marmeleiro no Paraná, acrescentou a sua rotina de trabalho as seguintes determinações para o médico de família:

Realizar o pronto atendimento médico nas urgências e emergências; Encaminhar aos serviços de maior complexidade, quando necessário, garantindo a continuidade do tratamento na USF, por meio de um sistema de acompanhamento e referência e contra-referência; Realizar pequenas cirurgias ambulatoriais; Indicar internação hospitalar (<http://www.portalsaudepsf.com.br/manual.htm>).

Esta Portaria, ao permitir adequar a proposta a gestão local, assegura maior autonomia ao processo, diferentemente das outras portarias analisadas, que pretendem ser normas centralizadas seguidas pelos estados e municípios, independente da autonomia dos entes federados. Essa decisão é com certeza, um elemento facilitador na gestão da AP em particular e nas urgências em geral.

Muito embora se possam criar normativas locais, a revisão e adequação das normas da AP e do PSF, expressa na Portaria ora analisada, reflete ainda o papel do governo federal de estabelecer as diretrizes nacionais do programa, isto não pode ser visto como um - Faça-se cumprir - simplesmente. Cabe ao estado orientar os municípios, quanto ao conhecimento do conceito da estratégia e a sua adequação a norma, de forma dialógica e não conservadora. Sem verticalização, que normalmente induz a realizar a ação sem entender bem o porquê, dificultando em muito a implantação de qualquer procedimento.

Normas para projetos físicos

Para um melhor entendimento das normas analisadas a seguir, relato a definição do MS (2004) para UBS ou Unidade de Atenção Básica (UAB): “Unidade que presta serviços de caráter individual ou coletivo, envolvendo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação, através de clínica médica, pediatria, obstetrícia e ginecologia” (Manual do SUS, p.245, 2005). A UBS é também vista pelo documento do MS, como uma estrutura física prioritária, pois quando funciona adequadamente conseguiria resolver a maioria dos

problemas de saúde da comunidade. O que contribui entre outras ações, para a redução das filas nos PS e hospitais, resultando numa maior satisfação dos clientes e também numa maior racionalidade no uso dos recursos existentes. O documento do MS diz ainda que pode variar o formato das UBS, conforme as necessidades de cada região:

- 1) unidade de saúde da família: [...] para prestação de assistência em atenção contínua programada nas especialidades básicas e com equipe multidisciplinar para desenvolver as atividades que atendam às diretrizes da Estratégia Saúde da Família do Ministério da Saúde [...];
- 2) posto de saúde: unidade destinada à prestação de assistência a uma determinada população, de forma programada ou não, por profissional de nível médio, com a presença intermitente ou não do profissional médico;
- 3) centro de saúde/unidade básica de saúde: unidade para realização de atendimentos de atenção básica e integral [...] nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica [...] (Manual do SUS, 2005, p.245).
- 4) unidade móvel fluvial: barco/navio, equipado como unidade de saúde, contendo no mínimo um consultório médico e uma sala de curativos, podendo ter consultório odontológico;
- 5) unidade terrestre móvel para atendimento médico/odontológico: veículo automotor equipado, especificamente, para prestação de atendimento ao paciente;
- 6) unidade mista: unidade de saúde básica destinada à prestação de atendimento em atenção básica e integral à saúde, [...] podendo oferecer assistência odontológica [...];
- 7) **ambulatórios de unidade hospitalar geral** [grifos meus]: o município deve garantir em seu orçamento recursos para a construção, ampliação e reforma das suas unidades. O MS destina, anualmente, via convênios (Fundo Nacional de Saúde-FNS), recursos que podem ser utilizados para esse fim (Idem, p.246).

O documento usa várias denominações para as UBS (USF, Posto de Saúde, Centro de Saúde, etc.). Cada uma das UBS é definida numa tabela do MS²³, (Tabela das Unidades de Saúde, nº. 42). Os diversos nomes atribuídos as UBS podem **confundir** os clientes quanto aos serviços prestados e também os gestores no momento de planejar e organizar os serviços. Como se viu, até o ambulatório hospitalar que geralmente está associado a especialidades e, portanto, na atenção secundária, pode ser chamado de UBS, segundo o documento do MS.

Em 1995, o MS elaborou o manual de “Normas para projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde”, hoje reeditado pela ANVISA, como RDC nº. 50/2002, determinando os ambientes e suas instalações para as ações de todos

²³ Tabela de Tipo de Unidade - TB42 - CNS - Cadastramento (estabelecimento de saúde), Versão 001/2002 - 10/09/2002, Disponível em : <http://dtr2001.saude.gov.br/cartao/padroes/tabelas>.

os níveis de atenção, inclusive para a atenção básica. O manual apresentava as seguintes especificações para a UBS:

Quadro nº. 7: Especificações para as UBS, seus ambientes e instalações

Unidade/Ambiente	Quantificação (mínima)	Dimensão (mínima)
Sala de atendimento individualizado	1	9 m²
Sala de demonstração e educação em saúde	1	1 m ² por ouvinte
Sala de imunização	1	9,0 m ²
Sala de armazenagem e distribuição de alimentos	1	1,0 m ² por tonelada para empilhamentos com h. = 2,0 m e com aproveitamento de 70% do m ³ do ambiente.
Sala de relatório	Por nº. de funcionários	1,0 m ² por funcionário

Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Normas Técnicas.

OBS: Também determina os seguintes ambientes de apoio: Área para registro de pacientes; Arquivo médico; Sala de espera de pacientes e acompanhantes; Sanitários para público e/ou funcionários; Copa-Sala de utilidades-Depósito de material de limpeza; Sala administrativa.

É importante ressaltar que o Manual propunha para os casos de urgência de baixa e média complexidade, os seguintes procedimentos:

- Fazer triagem para os atendimentos;
- Dar atendimento social ao paciente e/ou acompanhante;
- Higienizar e realizar procedimento enfermagem;
- Realizar atendimento de urgência;
- Prestar diagnóstico e terapia e se necessário, manter o paciente em observação por um período de até 24 horas (item 3, p. 30).

Os casos de urgência de alta complexidade e de emergência eram definidos como procedimentos, basicamente os mesmos para o caso de urgência com baixa e média complexidade. A Norma não contemplava um ambiente para a atividade de urgência/emergência na UBS, embora recomendasse procedimentos para as urgências/emergências, sem, contudo, estabelecer uma relação entre estes

procedimentos e a AP.

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ), um ano após o Manual, lançou a Resolução CREMERJ nº. 100/1996 ("Normas Mínimas para o Atendimento de Urgências e Emergências no Estado do Rio de Janeiro"). Esta Resolução, em seu artigo primeiro define os níveis de complexidade de urgência/emergência, para os serviços de saúde em geral, da seguinte forma:

- a) Nível I - Deve apresentar capacidade resolutiva para o atendimento adequado ao tecnicamente entendido como urgência médica [grifos meus]. Deverá, também, estar **capacitado a dar um primeiro atendimento às emergências**, [grifos meus] de forma a estabelecer a manutenção das condições vitais, estando apto a operar de forma ágil e segura no transporte do paciente à(s) unidade(s) de maior complexidade à que se referencia.
 - b) Nível II - Deve ter condições de prestar adequado atendimento às emergências clínicas e cirúrgicas de menor complexidade, e às emergências obstétricas.
 - c) Nível III - Deve estar capacitado para receber todas as emergências clínicas e cirúrgicas, excetuando-se os grandes traumas, estes destinados ao nível IV.
 - d) Nível IV - Deve apresentar condições para realizar todo e qualquer procedimento para melhor atender as grandes emergências, dispondo, para isso, dos recursos físicos e humanos necessários. (art.1º, parágrafo único)
- A **Unidade de Nível I** será denominada **Unidade Básica de Atendimento de Urgência**, não podendo referenciar-se como Pronto-Socorro [grifos meus] (art. 2º, parágrafo único).

As atuais USF são um tipo de UBS, sendo pela Norma do CREMERJ, por extensão, Unidades Básicas de Urgências, que deveriam seguir as recomendações e normas do MS e do conselho de classe, para a organização das urgências/emergências neste nível de complexidade. Esta Resolução também estabelece os recursos para que as UBS, referenciadas como nível 1 (um), possam atender as urgências e emergências no Rio de Janeiro. São estes: recursos humanos, instalações mínimas, equipamentos e medicamentos. Esta Resolução é bastante clara e precisa razão pela qual a reproduzo em detalhe, a seguir:

RECURSOS HUMANOS: 2 clínicos; 1 pediatra; profissionais de enfermagem.

INSTALAÇÕES MÍNIMAS: sala de atendimento, com lavabo (pia) - sala de repouso / observação /tratamento, com lavabo-sala de suturas /curativos, com lavabo- banheiro- mini-posto de enfermagem, com espaço para preparo de material, de medicamentos e análise de glicemia sala para armazenamento de material, roupas e medicamentos. (*)- espaço adequado para atender a um sistema de comunicação com toda a rede assistencial a que a unidade "Nível" se referencia.

(*) - não é necessário ser ambiente exclusivo; pode corresponder à unidade assistencial onde se insere a unidade "Nível I" (Artigo 1º, parágrafo único, anexo 1).

RECURSOS MATERIAIS:

1. Material permanente e/ou consumo – equipamentos: ambú adulto com

máscara - ambú infantil, com máscara- armário com chave para guarda de medicação controlada- armário vitrine para guarda de medicação- aspirador de secreções- bacia em aço inox- balde portas-detrito em aço inox (5 litros), com tampa acionada por pedal- bandeja para cateterização nasogástrica- bandeja para cateterização venosa profunda- bandeja para preparo de medicação- biombo - braçadeira para injeção- cadeira para transporte de paciente - carrinho para curativo (completo)- carro de parada cardíaca, contendo:- **desfibrilador e monitor (adulto, e com pás de tamanho pediátrico);- material para entubação orotraqueal - laringoscópio com jogo de lâminas curvas (2 para adulto, 2 infantis) e retas (2 para adultos e 2 infantis)**, [grifos meus] cânulas orofaríngeas de guedel (grande, média e pequena);- bolsa de ventilação (2 para adultos e 1 de tamanho pediátrico).- cilindro de oxigênio, com válvula 1012- comadre em aço inox- comadre em aço inox- **condições de transporte "extra Nível I", garantindo acesso direto ao veículo (ambulância)** [grifos meus], equipado com: (*)- suporte ventilatório (cilindro de oxigênio, bolsa de ventilação e máscara);- medicação de urgência;- desfibrilador;- presença de 1 médico e 1 profissional de enfermagem cuba redonda, pequena, em aço inox- cuba rim, em aço inox- eletrocardiógrafo- escada com 2 (duas) degraus- esfignomanômetro adulto- esfignomanômetro infantil (braçadeira infantil)- estetoscópio adulto- estetoscópio infantil- estufa ou autoclave- filtro para água (para medicação oral)- foco refletor com haste flexível- geladeira para guarda de medicação- jogo de cânulas de guedel- laringoscópio adulto, com duas lâminas retas e duas lâminas curvas- laringoscópio infantil, com duas lâminas retas e duas lâminas curvas- maca com rodízio, freio, grade e suporte para soro - para transporte- **material para aplicação de medicamentos e realização de procedimentos, como suturas e curativos**, [grifos meus], a saber: seringas, agulhas, fios de sutura, compressas de gaze, algodão hidrófilo, esparadrapo, ataduras de gaze, de crepom, luvas esterilizadas, luvas de procedimentos, sondas (aspiração orotraqueal, nasogástrica, vesical), instrumental médico-cirúrgico (pinças, tesouras, afastador), **material para imobilização provisória**: tala de papelão, algodão ortopédico, crepom, mesa de mayo, mesa para atendimento, mesa para exame / tratamento, mesa para exame infantil, com coxim suporte para cilindro de oxigênio, suportes para soro- tambores em aço inox, termômetro, umidificador para oxigenoterapia, com máscara (adulto e infantil) (Artigo 1^a, parágrafo único, anexo 1).

(*) - Pode ser a da unidade assistencial onde se insere a unidade "Nível I".

2. Medicamentos Básicos: água destilada, anestésico local, diurético, analgésico, anestésico oftalmológico, expansor plasmático, ATT, antibiótico, glicose hipertônica, antiinflamatório, barbitúricos, insulina simples, antiespasmódicos, betabloqueadores, morfina e derivados, antiemético, benzodiazepínicos, solução fisiológica, antiarrítmico, bronco-dilatadores, soluções para assepsia/antisepsia, anti-hipertensivo, bloqueador h2, anti-histamínico, corticosteróide, soro glicosado, antagonista do cálcio, vasodilatador coronariano digitalico.

Obs.: **Quanto à medicação para uso no nível proposto, deve ser considerada toda relação de medicamentos obrigatórios para o correto atendimento nas especialidades clínicas e cirúrgicas existentes na unidade** [grifos meus]. Observar o recomendado pelas respectivas Sociedades Médicas, quando for o caso. (Artigo 1^a, parágrafo único, anexo 1).

Como observado, a Resolução do CREMERJ, anterior a Portaria GM/MS nº. 2.048/2002, já definia em seu escopo, a organização da atenção de urgências/emergências nas UBS, de forma técnica, completa e bastante clara.

Com certeza, critérios técnicos bem definidos fazem toda a diferença quando

se pretende organizar qualquer processo, principalmente na área da saúde. Ressaltam-se entre outras recomendações o uso: do desfibrilador, do material de entubação, dos equipamentos de SAV e do material para imobilização provisória. Também a indicação de alguns procedimentos tais como: a garantia do acesso à ambulância (áreas próprias para estacionamento das unidades) e a realização de suturas. Além ainda de alertar para o uso de outros medicamentos, próprios de cada especialidade, observando as recomendações das sociedades de classe.

SOMASUS

Atualmente, o SOMASUS²⁴ (2004) define a lista de ambientes necessários para a estruturação das UBS e seus respectivos códigos, a saber:

Quadro 8: Lista de Ambientes das UBS

Ambientes das UBS
ADM04 Área para execução dos serviços administrativos, clínicos, de enfermagem e técnicos
AMB03 Sala de Imunização
AMB06 Sala de preparo de pacientes
AMB08 Sala de curativos e coleta de material
AMB13 Consultório Indiferenciado
AMB18 Consultório odontológico
AMB24 Consultório diferenciado - ginecológico
CAM02 Área para armazenagem – central de administração de materiais e equipamentos FI
CME02 Área para recepção de roupa limpa
CME08 Sala de armazenagem e distribuição de materiais e roupas esterilizados
Área de recepção e espera para paciente, doador, acompanhante de paciente
HIG14 Sala de espera para público
PAT02 Sala para coleta de material
SND17 Copa
ZEL01 Depósito de material de limpeza com tanque

²⁴ O SOMASUS é um sistema de informações, criado para auxiliar gestores e técnicos na elaboração de projetos de investimentos em infra-estrutura de saúde. O sistema possibilita a consulta de características físicas dos serviços de saúde, seus respectivos ambientes e equipamentos, incluindo margens de preço. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/somasus/> . Acessado em: 10/10/2007

Fonte: Tabela SOMASUS /2004.

Esta lista de ambientes inclui apenas os principais ambientes do serviço, constantes da RDC 50/02. A lista segundo a SOMASUS deve ser complementada com os ambientes de apoio necessários, tais como sanitários, copas, depósitos, áreas de circulação, etc. Como se vê, esta lista de ambientes foi compilada da Resolução da ANVISA e não contempla um espaço para as urgências/emergências, mesmo já tendo sido estabelecida a Portaria GM/MS nº. 2.048/02, determinando a estruturação deste tipo de atividade nas UBS.

Manual de Estrutura Física das UBS

O documento mais recente sobre a normatização da estrutura física das UBS é o “Manual de Estrutura Física das UBS” publicado pelo MS, em 2006, que tem como objetivo principal, orientar os gestores municipais na elaboração de projetos para reforma ou mesmo ampliação das UBS, para a Saúde da Família. Segundo o MS, o Manual não tem pretensões de padronizar as estruturas físicas das UBS para o trabalho das equipes na SF, que devem observar a regulamentação própria dos estados e municípios. O Manual está em conformidade com os princípios da RDC nº. 50/02. É importante chamar a atenção para as seguintes considerações do mesmo:

[...] a UBS deve ser compatível tanto com a pró-atividade da equipe Saúde da Família em seu trabalho na comunidade quanto com o imperativo de acolher às demandas espontâneas, dando respostas às necessidades de saúde da população de sua área de abrangência e garantindo a continuidade dos cuidados na comunidade e nos domicílios quando necessários.

Os espaços sugeridos devem ser adequados à realidade local, ao quantitativo da população adstrita e sua especificidade, ao número de usuários esperados [...]. (Manual de estrutura Física, p.5, 2006).

[...]

A equipe Saúde da Família da UBS deve se constituir tanto como o primeiro contato, como o contato longitudinal e perene do usuário com o SUS. **Não é um local de triagem onde a maior parte dos casos é encaminhada para os serviços especializados. As ESF devem resolver cerca de 85% dos problemas de saúde da comunidade** [grifos meus]. Portanto, é necessário dispor de recursos estruturais e equipamentos compatíveis que possibilitem a ação dos profissionais de saúde em relação a esse compromisso (Idem, p.14).

As considerações acima pressupõem principalmente, a garantia da integralidade da atenção, através de respostas adequadas às necessidades dos

clientes, que determinam à resolubilidade que este serviço deve alcançar. O Manual determina também no seu item III, todas as atividades desenvolvidas pela ESF nas UBS, entre elas:

[...] Atendimento em urgências básicas de médicos, de enfermagem e de odontologia.

[...] Realização de encaminhamento adequado das urgências, emergências e de casos de maior complexidade (Idem, p. 17).

Fica clara, desta forma, a determinação do atendimento dos casos de urgência e emergência no espaço da SF. Os itens VII e VIII do mesmo Manual abordam os ambientes internos, os mobiliários, equipamentos e instrumentais necessários para uma UBS que prevê o trabalho de uma ESF. Os ambientes internos prevêem: salas de espera, recepção, vacinas, procedimentos, consultórios entre outros ambientes, porém não prevê um espaço para as urgências e emergências. A sala de procedimentos é destinada como se segue para:

[...] administração de imunobiológicos e de medicação injetável, realização de pequenos procedimentos, coleta de material para análises clínicas, administração de medicação inalatória, terapia de reidratação oral e **permanência de pacientes em observação** [grifos meus] (Idem, p.46).

A “permanência de pacientes em observação” sugere um espaço adequado a esta finalidade além de deixar implícita a possibilidade de procedimentos que demandem tempo para serem resolvidos. Os mobiliários, equipamentos e instrumentais são os que se seguem:

EQUIPAMENTOS – 1 caixa térmica para armazenar, amostras para exames laboratoriais, 1 cilindro de oxigênio (preso em suporte), 3 esfigmomanômetro (adulto) 1 esfigmomanômetro infantil, 3 estetoscópios (adulto), 1 estetoscópio infantil, 1 balança antropométrica adulto, 1 balança infantil, 1 régua antropométrica, 1 central de nebulização c/5 saídas, 1 nebulizador (para uso em visitas domiciliares e em caso de danos na central de nebulização), 2 focos c/ haste flexível, 2 glicosímetros, 1 suporte de soro, 1 cadeira de rodas.

INSTRUMENTAIS – 1 tesoura Mayo reta 14 cm, 1 Tesoura Metzembraun Reta 14 cm, 2 Tesouras Íris Reta 12 cm, 2 Tesouras Íris Curva 12 cm, 2 porta agulhas Hegar, 6 pinças Hemostática (mosquito), 8 pinças Kelly reta, 8 pinças Kelly curva, 6 pinças Pean 14 cm, 6 pinças Kocher reta, 6 pinças Kocher curva, 6 Pinças de dissecação (anatômica) 15 cm, 6 Pinças de dissecação (anatômica) dente de rato 15 cm, 10 Espéculos Collin pequenos, 10 Espéculos Collin médios, 5 Espéculos Collin grandes, 6 pinças Cheron 25 cm, 2 fitas métricas flexíveis inelásticas, 6 cubas rim, 6 cubas redondas, 2 tambores médios (por sala de procedimento), 4 campos cirúrgicos fenestrados, 5 almotolias, 1 cabo de bisturi, 2 caixa inox pequenas (c/tampa), 2 caixa inox médias (c/tampa).

MOBILIÁRIOS - 1 biombo duplo, 1 armário vitrine, 1 estetoscópio de pinar, 1 detector ultra-sônico (fetal), 2 lanternas clínicas para exame, 1

negatoscópio, 1 oftalmoscópio, 1 otoscópio (Idem, p.56).

Embora o Manual determine as atividades de urgência/emergência, como visto acima, nenhum espaço ou qualquer mobiliário, equipamento e/ou instrumento são referidos para a viabilização desse tipo de atividade. Poucos serviços no Brasil adequaram suas USF, para o atendimento as urgências e emergências, tais como: Campinas e Belo Horizonte, que são mencionados adiante.

O “Plano de Atenção Integral às Urgências do Município de Campinas” (2003) é um exemplo de uma proposta desta forma de organização e já com algumas unidades implantadas no município:

VIII – Atribuições / diretrizes dos serviços de urgência envolvidos

1 – Centros de Saúde/Unidades PSF [grifos meus]

Realizar acolhimento com avaliação do risco e complexidade do caso de urgência do paciente com queixa aguda que procura o Centro de Saúde / Unidade PSF;

Estar capacitado para prestar atendimento às emergências através de **manobras de suporte básico e avançado de vida até a chegada da viatura do SAMU** [grifos meus];

Estar abastecido de materiais e equipamentos para a realização de manobras de suporte avançado e básico de vida

Indicar qual o recurso necessário para o atendimento do quadro clínico agudo em que se encontra o paciente naquele momento;

Atender **sem necessidade de encaminhamento casos de baixa complexidade em urgência**, [grifos meus] minimizando ou terminando com o risco sofrimento do paciente;

Solicitar o apoio do SAMU para transferência do paciente que necessite avaliação do serviço de urgência e que, naquele momento, não tenha condições clínicas para o encaminhamento por meios próprios. O contato com o SAMU deve ser feito preferencialmente pelo médico;

Informar ao SAMU o máximo de dados clínicos do paciente para que seja feita a avaliação pelo médico regulador sobre qual a viatura mais adequada para aquele atendimento. Informar ainda ao médico regulador qual o recurso disponível naquele momento no Centro de Saúde para o atendimento do paciente;

Discutir a necessidade de encaminhamento ao Pronto Socorro, hospital ou leito de retaguarda com o médico regulador do SAMU. A discussão do recurso a ser utilizado deverá ser feita preferencialmente pelo médico que prestou a assistência [grifos meus]. Na ausência do médico no Centro de Saúde, caberá ao regulador do SAMU indicar qual o destino do encaminhamento [...];

Conhecer a diferença de capacidade resolutiva das diferentes unidades de pronto-socorro (sic) para que, no momento da solicitação, seja discutido o melhor destino para o qual o paciente deverá ser encaminhado;

Preencher o impresso de referência/contra-referência de forma que constem informações mínimas sobre história da moléstia atual e pregressa (se houver), medicações em uso, exames realizados, hipótese diagnóstica e motivo do encaminhamento;

Estar presente no momento da chegada do SAMU o profissional da equipe de referência responsável pelo paciente (p.webpage).

Como se vê, o Plano de urgências/emergências de Campinas para as USF, não só indica o tratamento das urgências de baixa complexidade, como o

preconizado na Portaria GM/MS nº. 2.048/02, assim como de todos os casos agudos que chegarem ao serviço, incluindo as emergências. Estas serão atendidas, através de manobras de SAV, que permitem a estabilização do quadro até a chegada do SAMU. A proposta propõe também uma maior integração do médico da USF com o médico regulador do SAMU, definindo suas responsabilidades desde o atendimento até a transferência para um tratamento definitivo. Além também de alertar para o preenchimento das fichas de referência e contra referência, sinaliza para a necessidade de estar com o paciente no momento da transferência. Esta proposta, como descrita acima é bastante promissora para a implantação dos serviços de urgência/emergência no espaço da USF, contribuindo para uma maior resolubilidade e a efetiva integralidade da atenção.

Assim como Campinas, Belo Horizonte também vem trabalhando na integração das urgências a AP, definindo protocolos clínicos específicos para atendimento nas UBS. Como é o caso da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais que com a colaboração de Castro e Shimazaki (2006), publicou os “Protocolos clínicos para as unidades básicas de saúde” do Município. Nesse documento eles determinam que:

O *acolhimento* modifica a lógica do atendimento, por ordem de chegada, na fila de espera da unidade de saúde, por um processo de identificação da clientela em **situação de emergência ou de maior risco**, [grifos meus] priorizando-a para atendimento imediato, procurando, assim, diminuir a possibilidade de agravamento (Idem, p.14).

[...]

Em qualquer horário, **todas as situações de emergência deverão ser atendidas de imediato pela equipe de saúde** [grifos meus]. As situações que não se caracterizam como emergências deverão ter a queixa avaliada pelo profissional que poderá atendê-lo de imediato, ou agendar uma consulta, ou encaminha-lo para outro ponto de atenção, dependendo da sua necessidade e também da disponibilidade do serviço (Idem, p.16).

[...]

Nos casos de emergência, o encaminhamento dar-se-á de forma a salvaguardar a vida do usuário, com ética, segurança e a maior agilidade possível (Idem, p. 22).

É preciso frisar que a existência dos protocolos, por si só não garantem a prestação deste tipo de serviço ao cliente, é necessário garantir a utilização desta ferramenta, através de uma adequada capacitação dos profissionais envolvidos.

O Manual do MS como referencia nacional para a implantação de UBS, não contempla uma estrutura capaz de realizar atendimentos de urgências/emergências. Neste sentido, o CREMERJ, as Secretarias Municipais de Saúde de Campinas e de

Belo Horizonte, esta com apoio da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, entenderam diferentemente do MS, a necessidade de estrutura e processos adequados. Por isso, definiram normas claras e objetivas para a realização dos mesmos em suas jurisdições. Com certeza, estas ações, embora, pontuais constituem um grande avanço para as urgências /emergências nas UBS, pois além de legitimar esses procedimentos neste nível de atenção, podem servir de exemplo para outras regiões do país.

4.4 Atenção Primária e as Urgências na Espanha

Na Espanha, como já citado por Garrido (1999), a *Ley Nacional de Salud de 1985*, não legisla sobre as questões de urgência, deixando para as CCAA a responsabilidade de organizar de acordo com as suas necessidades, este tipo de atenção. Desta forma podem-se encontrar disparidades, serviços mais ou menos organizados, mas é um consenso nacional válido para todas as comunidades o atendimento de urgências e emergências na AP. Esse consenso foi observado numa reunião em Salamanca (1999), com as maiores autoridades em urgências e emergências espanholas e sob os auspícios do *Ministerio de Sanidad*, com o intuito de se criar um modelo de organização das urgências adequado ao sistema de saúde do país.

Aqueles especialistas elaboraram um documento considerando a importância do médico da AP na estrutura dos sistemas de emergência, pois entendiam que estes eram os primeiros a intervir na cadeia de sobrevivência, sendo, portanto, um elo imprescindível e importante para a manutenção da vida. Recomendavam, ainda, a estes profissionais, uma formação nas técnicas e habilidades da medicina de urgência e emergência e apontavam para a necessidade de se dotar os serviços de materiais e equipamentos para a realização destes procedimentos. Todas essas recomendações são defendidas pela *Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias* e normatizadas pelas CCAA, de acordo com a sua forma de organizar estes serviços (Garrido, 1999). Na reunião de Salamanca, Tarrío (1999)

definiu que o papel do médico de família na urgência era buscar a integralidade do cuidado, logo, este deveria ser capaz de atuar nas urgências e emergências de forma imediata e eficaz até a transferência do paciente para um serviço médico especializado. Além do mais, afirmava que os CS deveriam oferecer atendimentos de urgência na própria unidade e nos domicílios, e que estes deveriam contar com salas específicas para este atendimento, além de materiais e equipamentos próprios para eventos desta natureza.

Essas determinações foram acatadas pelas sociedades de medicina de família e comunidade das CCAA que através de grupos de trabalho em atenção continuada, elaboraram informes técnicos e manuais, para orientar sobre estes procedimentos. Um dos documentos mais recentes sobre o tema (2005) é o realizado pelo Grupo de Trabalho em Urgências e Atenção Continuada (GUAC) da Sociedade Espanhola de Medicina de Família e Comunidade (SEMFyC), que define de forma sucinta entre outros elementos, os recursos humanos, os equipamentos, os medicamentos e os protocolos clínicos a serem utilizados pela AP no tratamento das urgências e emergências. Além disso, propõe uma forma prática de organizar os materiais utilizados, colocando-os em maletas com cores previamente definidas por atividade, por exemplo: maleta vermelha (circulação - RCP), azul (respiração), amarela (trauma e pequenas cirurgias), verde (pediatria), sendo isso um facilitador no momento de atuar em urgências/emergências domiciliares. O documento trata também da regulação centralizada da atenção de urgência – transporte e atenção hospitalar – em cada CA, com a coordenação única das urgências/emergências, inclusive as oriundas da AP (VILLAMOR et al, 2005).

Foram avaliados dois trabalhos relevantes sobre a gestão dos serviços de urgência/emergência na Espanha. O primeiro, uma pesquisa citada por Garrido (1999), realizada com 300 médicos de serviços de urgência na Espanha, que dá uma idéia da situação de urgências em geral e em particular da AP. Deste estudo, entre outras, se extraiu algumas conclusões:

- As CCAA que implantaram serviços de emergência/urgência (geral) tiveram um grau de satisfação superior das que não tem o serviço, além disso, o grau de formação dos profissionais em urgências/emergências dirigido para AP é também superior nas CCAA que tem rede integrada de urgências/emergências

funcionante;

- Quase 98% dos CS consultados referem não ter arquitetura e comunicação adequadas para a urgência, porém somente 3% não tinham desfibriladores;
- Em muitas CCAA, encontraram-se um alto grau de desmotivação pessoal por conta de promessas de melhorias não cumpridas, medo de denúncias, etc.

Outro estudo mais atual realizou uma comparação entre um informe da satisfação dos usuários do SNS, publicado em 1991 com um outro realizado em 2005/2006, intitulado de *“Confianza en el Sistema Nacional de Salud”*²⁵. Este trabalho apontou um aumento na satisfação global dos espanhóis com o SNS, nos últimos 15 anos. Seguem algumas conclusões deste estudo.

- A confiança no Sistema Sanitário vem aumentando nos últimos anos e é maior do que em outras organizações sociais, assim como a confiança no médico da AP, embora eles queiram mais tempo nas consultas;
- O tempo de espera para uma consulta eletiva (não urgente) é o principal problema detectado, sendo a contratação de mais médicos, a medida governamental mais demandada. As pessoas entrevistadas se mostraram muito preocupadas, com as limitações no acesso a especialistas, a alta tecnologia e a serviços específicos;
- A maior parte dos cidadãos não é consciente da existência de um processo de transferência da autoridade sanitária para as CCAA, salvo no caso da AP, manifestando não conhecer como está organizado o SNS espanhol.

O segundo item serviu para a definição como prioridades para melhoria do sistema de saúde: a gestão das filas de espera para as consultas não urgentes; a coordenação entre os diferentes níveis assistenciais (referência e contra-referência); e a homogeneização da informação e a planificação da atividade assistencial a médio e longo prazo (LÓPEZ-VALCÁRCEL, 2002).

²⁵ *Harvard School of Public Health y Fundación Biblioteca Josep Laporte. Confianza en el Sistema Nacional de Salud*, 2005/2006.

Estes processos estão sendo segundo a autora, amplamente discutidos entre os gestores, profissionais de saúde, associações de classe e a comunidade em geral, com a finalidade de se obter respostas breves e efetivas aos problemas apresentados.

É necessário destacar que embora apresentem problemas as CCAA conseguiram garantir este tipo de atenção a toda população atendida nos CS, onde estão totalmente implantadas e em pleno funcionamento. Os documentos elaborados pelas CCAA definem as necessidades e os recursos para a implantação e organização dos serviços, porém as discussões sobre a saúde espanhola em geral são protocolizadas pelos profissionais de saúde, que as repassam para todas as CCAA adaptarem às suas realidades (VILLAMOR et al, 1999).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve o propósito de apresentar o papel da Saúde da Família na atenção às urgências, após uma análise crítica da literatura sobre o tema e das normas vigentes no Brasil, utilizando o exemplo da Espanha como contraponto, para servir de exemplo para a possibilidade de superação de lacunas ou equívocos da nossa experiência. As normas brasileiras determinam a atenção às urgências e emergências na AP, sem o fazerem, no entanto, de forma clara.

Com base na análise das normas brasileiras é possível concluir que, embora tenham avançado substancialmente, necessitam, ainda, de uma ampla revisão, para que possam orientar de forma efetiva a construção de um modelo de atenção às urgências/emergências, capaz de atender à demanda a este tipo de serviço em todo o país. O papel da SF na atenção as urgências/emergências, em particular, continua confuso nas normas federais, embora alguns gestores municipais (Campinas e Belo Horizonte, por exemplo), tenham estabelecido normas locais mais adequadas.

As normas brasileiras (Portarias, Resolução, Manual), como visto, não estão claramente definidas, apresentando lacunas e várias contradições na amarração dos argumentos a sua tese central. Principalmente quando se trata da atenção de urgência/emergência na rede de ações e serviços de saúde. Tampouco estão integradas entre si, não existindo relações de continuidade entre elas, dando a impressão de idéias soltas, às vezes sem sentido e muitas vezes com conteúdos desarticulados. O que é normatizado em um documento não é muitas vezes, normatizado nos outros e vice-versa, como, por exemplo, ocorre em relação à estrutura física para atenção de urgências na UBS, prevista na Portaria GM/MS nº. 2.048/02, embora de forma incompleta e confusa, e ausente no Manual de Estrutura Física para UBS (2006).

Observa-se uma repetição das propostas em distintos documentos, muitas vezes sem qualquer atualização, produzindo desta forma uma quantidade enorme de material para um mesmo tema. Além disso, utilizam várias denominações para as UBS, que podem ser também: Unidade de Atenção Básica (UAB), Centro de Saúde,

Posto de Saúde, PSF, etc. Estes múltiplos nomes dificultam o gestor no planejamento das ações de saúde e na implantação das unidades básicas, quando ele tiver que determinar quais as atribuições e responsabilidades de uma ou outra unidade. O cliente pode se confundir e não acessar os serviços de atenção primária, por desconhecer as atividades ofertadas naqueles espaços e assim construir uma lógica de entrar no sistema mais fácil, que é com certeza a porta de entrada das urgências/emergências.

Esses documentos, não apresentam também argumentos suficientes para suas determinações, parecem estar alicerçados numa análise superficial, ou até desinformada, de alguns procedimentos em urgência/emergência no contexto da AP. As condições necessárias para a gestão das urgências/emergências não estão estabelecidas de forma completa, deixando vaga de quem é a responsabilidade principal – do estado ou do município – o que dificulta em muito para os gestores a construção de um modelo organizacional resolutivo para se atender este tipo de cuidado. Além do mais, por não estarem orientadas para uma mesma direção, não se legitimam como uma ferramenta para a gestão das urgências/emergências na AP.

O uso da Espanha como contraponto foi útil por diversas razões, até mesmo porque o processo histórico dos dois países tem muitas semelhanças, tais como: a transição de regimes ditatoriais para democráticos; reformas sanitárias na mesma direção (sistemas públicos e gratuitos); princípios doutrinários (universalidade, igualdade e integralidade) e organizacionais (hierarquização, descentralização e regionalização) muito parecidos. Ambos os sistemas estão baseados na AP como principal porta de entrada, organizada com base no modelo de Saúde da Família (ou medicina de família e comunidade).

Apesar de também ter um modelo de saúde único e descentralizado, o Brasil ainda não conseguiu descentralizar efetivamente a gestão das redes de ações e serviços, na medida em que o Ministério procura manter o controle total sobre o sistema. Nem assegurar uma gestão eficaz e eficiente do seu sistema, ao contrário do que fez a Espanha. É necessário, destacar que a descentralização não envolve tão somente características técnicas e administrativas bem definidas, mas numa mudança na distribuição e no uso do poder que envolve não só vontade de realizar,

como um real compromisso político de realizar.

Quando se observa o processo de implantação das mudanças nos sistemas dos dois países verificam-se muitas diferenças. Os dois sistemas, embora, se apresentem do ponto de vista político e ideológico de forma muito semelhante são muito diferentes quanto à forma de organizar e gerenciar a sua rede de saúde.

Na Espanha, cada uma das CCAA se responsabiliza pela planificação de seus serviços de saúde, existindo uma norma (decreto) para cada uma delas, a legislação geral (*Ley General de Sanidad*) aponta as regras gerais a serem seguidas pelas CCAA. Diferentemente da situação brasileira, na Espanha a regra do governo central não se preocupou com os detalhes, que ficaram por conta dos gestores regionais do Sistema. A não inclusão dos detalhes na norma geral, entretanto, não impediu o desenvolvimento de sistemas adequados de gestão da atenção de urgências/emergências.

Naquele país, não há dúvida quanto à responsabilidade sobre a regulação de urgência, nem sobre gestão dos serviços, a primeira cabe às CCAA, enquanto a segunda cabe a gestores regionais (*áreas de salud*) que comandam todas as unidades em seus territórios. Na Espanha, a AP não só é responsável pelo atendimento dos casos de urgência e emergência, como foi dotada de recursos humanos e materiais necessários para tanto. O uso de processos bem definidos e adequados é uma prática disseminada na MFyC, diferentemente do sistema brasileiro que ainda não definiu fluxos de atividades formais para a saúde em geral e em particular para o PSF. O sistema espanhol não é perfeito como relatado neste estudo, mas avançou muito no tratamento das urgências na AP e pode ser um exemplo de experiência bem sucedida nesta área da saúde.

O desenvolvimento e a correta definição do papel da SF na atenção às urgências/emergências poderão resultar em mudanças nas práticas assistenciais em todo o país. De forma a contribuir com a diminuição da morbimortalidade da população, principalmente no campo das doenças mais comuns, tais como: Diabetes, Hipertensão Arterial, Asma e suas complicações, responsáveis por diversos quadros agudos que requerem este tipo de atenção. Desta maneira as urgências/emergências podem ser efetivamente resolvidas na AP, sendo a contribuição desta não só valiosa, como indispensável.

Com certeza não alcançamos ainda o SUS que construímos e desejamos para todos, ainda temos muito a caminhar, para mudar o cenário atual. O grande desafio para nós, profissionais e gestores da saúde, possíveis agentes da mudança, é termos a consciência da importância e urgência no gerenciamento e tratamento destas questões. É importante saber administrar o que nos cabe neste universo mutável, pois como sentenciou o filósofo Heráclito²⁶: "Não há nada permanente, exceto a mudança".

²⁶ Heráclito de Éfeso (540AC – 470 AC) em Éfeso na Jônia, filósofo pré-socrático, recebeu o nome de "pai da dialética". Problematiza a questão da mudança. Disponível em: www.mundodosfilosofos.com.br. Acessado em 30/09/2007

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M.M. **Pequena história da formação social brasileira**. Rio de Janeiro: Graal, 2aed, 1981, 728 p.

ANDRADE, L. O. M. **SUS passo a passo: normas, gestão e financiamento**. São Paulo: Hucitec; 2001, 277 p.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Editora 70, 2004, 223 p.

BECH, J. Princípios Fundamentais da Atenção à Saúde. In Maria Ceci Misoczky & Jaime Bech; **Estratégias de Organização da Atenção à Saúde**. Porto Alegre: DaCasa, 2002, p.11-20.

BERLIGUER, G. **Reforma Sanitária: Itália e Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1998.

CASTRO, A. J. B. **Protocolos clínicos para unidades básicas de saúde**. Organizado por Abílio José Ribeiro de Castro e Maria Emi Shimazaki. Belo Horizonte, Escola de Saúde Pública, 2006, 240 p. ISBN 85-7526-203-3.

CECÍLIO, L. C. O. Modelos técnico-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, 13(3), p. 469-479, jul-set, 1997.

DUNCAN, B.B. et al. **Medicina Ambulatorial**. 3º ed., Artes Médicas. Porto Alegre. 2004.

FERNANDES, A.J. Métodos e regras para elaboração de trabalhos acadêmicos e científicos. Coleção educação, volume 4, Porto. Porto Editora. Janeiro 2002, 224 p.

FERRAZ, S. T. **Bases Conceituais de Promoção da Saúde** – Brasília, OPS. Mimeo, 1996.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo dicionário da Língua Portuguesa**. “Aurelião” 3ª ed, Rio de Janeiro: Editora Positiva, ano 2005.630 p.

FERREIRA, CSW. **Os serviços de Assistência as Urgências no município de São Paulo**: Implantação de um sistema Pré Hospitalar. 1999.153f. Dissertação de mestrado em Medicina Preventiva. Faculdade de Medicina de São Paulo, SP, 1999.

FORSTER, AC. **Estudo sobre a formação em Atenção Primária e Medicina de Família no Curso de Medicina da Universidade Autônoma de Madrid**, Espanha, 1999/2000, 164p. Tese de livre docência em Medicina Social-Universidade de São Paulo, São Paulo 2004.

GARRIDO, CB. **Estado actual de las urgencias en Atención Primaria**, Vol. XXV. Nº *Extraordinario Septiembre* 1999. Revista da SEMERGEN - Sociedad Española de Medicina Rural e Generalista. Disponível em: <http://www.medynet.com/elmedico/>

Acessado em: 10/05/2007.

GIGLIO - JACQUEMOT A. **Urgências e Emergências em Saúde**: perspectivas de profissionais e usuários. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas, 1994.

GUIMARÃES, Reinaldo. **Saúde e Medicina no Brasil**: contribuições para um debate. Rio de Janeiro: Graal, 1979, p.225.

JUAN, J.J.O. Situação Atual da Reforma Sanitária na Espanha. In: BUSS, PM, LABRA, ME. **Sistemas de Saúde**: continuidades e mudanças São Paulo / Rio de Janeiro: Ed. Hucitec/Fiocruz, 1995.p.153-175.

LALONDE, M. **A New Perspective on the Health of Canadians**. Ottawa: Health and Welfare Canada, 1974.

LE COUTOUR. X. **La planification sanitaire: recherche d'une éthique**. Université de Caen, Fra: Ufr de Médecine, 1990,68p.

LÓPEZ-VALCÁRCEL, B. G. e GARRIDO, R. M. U. **Prioridades en la organización de la atención a la salud en España**. In: *Invertir para la salud. Prioridades en salud pública*, Informe SESPAS 2002. Madri: Artes Gráficas Soler, 2002, p. 327-341.

MACHADO, Z, L. **Entre o inferno e o paraíso**. Saúde, Direitos e Conflitualidades. Série Antropologia 2003. Distrito Federal. Disponível em: www.unb.br/ics. Acessado em: 04/03/2007.

MAGALHÃES, AMM et al. **Implantação de um sistema de triagem em Unidade de Emergência**. Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, 9 (3): 182-187,1989.

MARTINEZ-ALMOYNA, M. & NITSCHKE, C.A.S. (Org.). **Regulação Médica de Urgências e de transferências Inter-Hospitalares de Pacientes Graves**. Rede

Brasileira de Cooperação em Emergências, Brasil-França. - 2ª Edição, 2000.

MATTOS, R.A. **O Incentivo ao PSF e seu Impacto sobre as Grandes Cidades**. In A Saúde nas Grandes Cidades. Physis – Revista de Saúde Coletiva, v. 12, n.1. Rio de Janeiro: UERJ/Instituto de Medicina Social, 2002.

MAXWELL, J.A. *Understanding and validity in qualitative research*. **Harvard Educational Review**; v. 62, nº. 3, fall, 1992 (p. 279-296)

MENDES, E.V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo, Ed. HUCITEC, 2ª ed., 1999,300p.

MENDES, E.V. & PESTANA, M.V.C. **Pacto de gestão**: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. Belo Horizonte. Secretaria de Saúde. 2004, 80p. Disponível em: www.saude.mg.gov.br/publicacoes/planejamentogestao-em-saude/livro/.marcus_pestana.pdf. Acessado em: 20/03/2007.

MENDES, E.V. **Distrito sanitário**: processo social de mudança das práticas do sistema único de saúde. São Paulo Ed.HUCITEC; 1993. 310 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. **Análise Diagnóstica da Política Nacional para a Redução de Acidentes e Violências**. Rio de Janeiro, Ed. FIOCUZ, 1ª ed., 2007.

NEGRI, B. O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio. São Paulo: SOBRAVIME, 2002.

NOVAES, H.M. **Ações integradas nos sistemas locais de saúde SILOS**: Análise Conceitual e Apreciação de Programas Selecionados na América Latina. São Paulo: 1990.

PAIM, S, J. Artigo: **Organização da atenção à saúde para a urgência/emergência**. Universidade Federal da Bahia, 1994,152p.

PEREIRA NETO, AF. O modelo de assistência médica de Pedro Ernesto: algumas considerações **História Regional** Rio de Janeiro (v.2, nº. 2, inverno,1997). Disponível em: <http://www.uepg.br/rhr/v2n2/andre.htm>. Acessado em: 15/02/07.

REIS, A. A. C. Palestra proferida no Seminário Nacional sobre: “A Política Nacional

de Atenção Integral as Urgências”, 2003. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.goiasquebec.com/app/DocRepository>. Acessado em: 14/06/2007.

RODRIGUES, P.H SANTOS, I.S **Saúde e Cidadania** – uma visão histórica e comparada do SUS. Rio de Janeiro, no prelo, 2007.

RODRIGUES, P. H., SERRA, C. G, LUMER, S. e KOURY, I. V. **Relatório de visita à Zaragoza (Espanha)**. Rio de Janeiro: Universidade Estácio de Sá, Mestrado Profissional em Saúde da Família. 2007.

RODRIGUEZ, F.J.M. **Guias práticos de enfermagem em emergências**. Rio de Janeiro, McGraw Hill, 2000.

ROSEN, G. **Uma história da Saúde pública**. São Paulo/Rio de Janeiro, Hucitec/Ed. UNESP, ABRASCO, 1994.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TARRÍO E. B. **Funciones del médico general/de familia en la asistencia urgente**. Revista da SEMERGEN - *Sociedad Española de Medicina Rural e Generalista* Vol. XXV. Nº. *Extraordinario Septiembre* 1999, *Centro de Salud de Salamanca*. Disponível em: <http://www.medynet.com>. Acessado em: 10/05/ 2007.

TEIXEIRA, C. R. R. R. **A Reforma Pedro Ernesto: perdas e ganhos para os médicos do Distrito Federal**. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz, FIOCRUZ, 2004.

TRIVIÑOS, A. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo.Ed. Atlas, 1987.

VIANA, ALD e POZ, MRD. **The reorganization of the Brazilian health system, and the Family Health Program**. Physis: Rio de Janeiro, v.15, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sc..> Acessado em: 10/01/02007.

VILLAMOR, M.A. et al. Artigo: **Organización de la atención urgente en los equipos de Atención Primaria**. *Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunidad*, Barcelona, novembro, 2005, 24p. Disponível em: www.semfy.es Acessado em 12/01/ 2007.

Documentais

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução da Diretoria Colegiada nº. 50, de 21 de fevereiro de 2002 (RDC 50)**. Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

Brasil. **Constituição Federal de 1988**.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema único de saúde - SUS e sobre as transferências de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º. 2.048, de 5 de novembro de 2002**. Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.

_____. **Portaria GM/MS nº. 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica.

_____. **Portaria GM/MS nº. 2.657, de 16 de dezembro de 2004**. Estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU-192.

_____. **Portaria GM/MS nº. 1.863, de 29 de setembro de 2003**. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

_____. **Portaria GM/MS nº. 1.444, de 28 de dezembro de 2000**. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família.

_____. **Sistema de Apoio à Elaboração de Projetos de Investimentos em Saúde (SOMASUS)**. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/somasus/ubs.html>. Acessado em: 03/10/2007.

_____. Norma Operacional de Assistência à Saúde/SUS (NOAS 01/2002).

_____. **O SUS de A a Z**. Disponível em: www.saude.gov.br/susdeaz/manual/.. Acessado em: 26/05/2007.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. **Regulação médica das urgências**. Brasília, DF, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Secretaria de Assistência a Saúde. Departamento de Normas Técnicas. **Normas para projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde**. Brasília, 1995. 144 p. ilus, tab. (Serie Saúde e Tecnologia). ISBN 85-334-0092-6.

_____. Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde – Saúde da Família. Serie A. Normas e Manuais Técnicos. 1ºEd., 2006. Disponível em: www.saude.gov.br/bvs. Acessado em: 23/10/2006.

_____. Secretaria Executiva. Programa Saúde da Família. 2001. Disponível em: <http://www.m.usp.br/cedem/did/atencao>. Acessado em: 19/04/2007.

BRASIL, Conselho Federal de Medicina - CFM, Código de Ética Médica, Resolução CFM nº. 1.246,1988.

_____. Conselho Federal de Medicina (CFM). **Resolução CFM nº. 1.451/1995**.

BRASIL, Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro – CREMERJ, Resolução nº. 100, 1996. Normas Mínimas para o Atendimento de Urgências e Emergências no Estado do Rio de Janeiro.

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano de Atenção Integral às Urgências do Município de Campinas**. Disponível em: www.campinas.sp.gov.br/

Acessado em: 23/08/2007.

CANADA - *COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC*. **Triage a l'urgence**, janvier 2002, Quebec. Disponível em: <http://www.cmq.org/CmsPages/PageCmsSimpleSplit>.

Acessado em: 08/09/2006.

EUA - Lei Federal **EMTALA** (*Emergency Medical Treatment and Active Labor Act*), 1986. Disponível em: <http://www.emtala.com/>. Acessado em: 04/05/2006.

ESPANHA, *BOE nº. 101 de 28 abril 1998, Real Decreto n 619/1998 de 17 de abril de 1998*. Estabelece as características técnicas, os equipamentos e os recursos

humanos na atenção pré-hospitalar.

_____. *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.*

_____. *Harvard School of Public Health y Fundación Biblioteca Josep Laporte, "Confianza en el Sistema Nacional de Salud", 2005/2006.*

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) - Comitê Técnico sobre o papel dos hospitais como referência à atenção primária; Genebra, 1985. Disponível em:

www.who.int/health-systemsperformance/peer_review_docs/sprg_spanish.pdf.

Acessado em: 10/04/2006.

_____. *Declaración de Alma-Ata y de la estrategia de «Salud para todos en el año 2000». Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.* Disponível em: <http://www.paho.org/spanish>

Acessado em: 06/07/2006.

UNIVERSITY OF VIRGINIA. Health System. The Dawson Report of 1920.

Disponível em: <http://www.med.virginia.edu/hs-library/kerr-white/dawson>. Acessado: 13/05/2006.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)