

5.2 MANUSCRITO 2

REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS: O DESENHO DO FLUXO DE ACESSO NUMA MICRORREGIÃO DE SAÚDE

Elaborado conforme as instruções para autores que constam no site da **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Acesso em (janeiro) 2012.

REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS: O DESENHO DO FLUXO DE ACESSO NUMA MICRORREGIÃO DE SAÚDE

ATTENTION TO EMERGENCY NETWORK: THE DESIGN FLOW IN ACCESS HEALTH MICROREGION

Karlla Cristina de Albuquerque Bispo¹
Cezar Augusto Casotti²

RESUMO

O presente estudo buscou investigar o desenho dos fluxos de acesso da rede de atenção às urgências de uma microrregião de saúde, pois os serviços de atenção as urgência no país tem se caracterizado pela fragmentação e pela dificuldade de responder adequadamente as necessidades de saúde da população. Para o Ministério da Saúde a conformação de uma rede de atenção às urgências surge como alternativa para superar a fragmentação do sistema na busca do cuidado integral. Trata-se de um estudo qualitativo em uma dada microrregião da Bahia, tendo como sujeitos 7 informantes-chaves no processo de regionalização do SAMU 192. A coleta de dados ocorreu mediante entrevista semiestruturada, análise documental e busca no banco de dados do DATASUS/MS. As informações coletadas foram analisadas através da categorização da análise de conteúdo. Os resultados deste estudo apontam para necessidade de repactuação de fluxos na rede com a adoção de uma linguagem única para classificação de risco e definição das responsabilidades relativas a resolutividade na totalidade dos pontos de atenção desta rede. Este estudo representa o esforço de alguns pesquisadores em compreender uma experiência de organização do sistema de saúde sob a forma de redes regionalizadas de atenção em urgência e contribuir para a implementação da integralidade do cuidado no SUS.

Palavras-chave: regionalização, políticas públicas de saúde, gestão em saúde, atenção à saúde, integração de sistemas, socorro de urgência.

ABSTRACT

This present study aimed to investigate the flow graphics of access to the assistance network to urgencies of the Health micro region, once the assistance service to urgencies in the country has been characterized by the fragmentation and by difficulty in responding suitably to the population's health need. To the Ministry of Health the conformation of an assistance network to urgencies comes out as an alternative to overcome the fragmentation of the system in the pursuit of integral care. It is a qualitative study in a specific micro region in Bahia, having 7 informers-

¹ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Campus de Jequié. karllaalbuquerque@yahoo.com.br

² Professor Adjunto do curso de Odontologia e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. casottica@hotmail.com

key subjects in the process of regionalization of SAMU 192. The data collection was through semi structured interview, documental analysis and research in the database of DATASUS/MS. The data collected was analyzed through categorization of the content analysis. The results of this study show the necessity of a new pact of the flows in the network with the adoption of one language to classify the risks and definition of the responsibilities related the resolution capacity at all the assistance units of this network. This study represents the effort of some researchers to understand the experience of organization of the health system into the format of regionalized networks of assistance to urgencies and contribute to the implementation of the integrality of care at SUS.

Keywords: regionalization, public policies in health, management in health, health assistance, integration systems, urgency and emergency

INTRODUÇÃO

O cenário epidemiológico brasileiro tem apontado para o aumento da morbimortalidade relacionada às urgências, principalmente devido às causas externas (violências e acidentes) e as doenças do aparelho circulatório. Esta situação tem exigido mudanças profundas na organização do sistema de saúde brasileiro com vistas a qualificar a gestão do cuidado e promover a integração dos serviços de atenção às urgências (MACHADO et al., 2011; O'DWYER, 2010).

No país, os serviços de atenção as urgência são a expressão mais evidente de um sistema de atenção à saúde fragmentado e que tem dificuldade de responder adequadamente as necessidades de saúde da população. (MACHADO et al., 2011; O'DWYER, 2010). Como alternativa para superar esta fragmentação foi proposta a conformação de redes de atenção à saúde (MENDES, 2010; KUSCHNIR & CHORNY, 2010), visto que a principal característica de um sistema que opera em redes é a busca por instrumentos e mecanismos de integração do cuidado (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

Os elementos que compõem uma rede integrada de atenção a saúde são a população, a estrutura organizacional e o modelo de atenção a saúde, sendo este último considerado o elemento que organiza o funcionamento das redes (MENDES, 2010).

No caso da atenção as condições agudas a forma de organização mais adequada para dar respostas satisfatórias às necessidades da população em situação de urgências deve estar baseada em diretrizes clínicas com algum tipo de

classificação de risco, já que o tempo resposta é uma variável importante na atenção às condições agudas. Isto implica na adoção de uma linguagem única de triagem de urgências que permeie todo o sistema para que seja possível distribuir os usuários entre os pontos de atenção a saúde, conforme a sua necessidade e a capacidade resolutive de cada serviço (MENDES, 2010, 2011).

Existem diversos modelos de triagem de urgências pensados numa concepção sistêmica, entre eles o modelo australiano e o canadense que utilizam tempo de espera segundo a gravidade, sendo que o segundo tem um grau de complexidade maior. Há ainda o modelo americano que trabalha com um algoritmo e focado na necessidade de recursos para o atendimento e o de Manchester, utilizado em vários países do mundo, inclusive em alguns estados brasileiros, o qual adota algoritmos e determinantes associados a tempo de espera classificados em cinco cores que permitem identificar a prioridade clínica, facilitando a gestão da clínica e a gestão do serviço (MENDES, 2010, 2011).

Outro atributo relacionado às redes integradas de atenção a saúde é a existência de uma coordenação única com a ideia de cooperação entre provedores dos serviços responsáveis pela prestação de cuidados, assegurando a continuidade e a globalidade dos serviços requeridos para atender as necessidades dos usuários (HARTZ; CONTANDRIOPOLULOS, 2004).

No Brasil, estrategicamente, o Ministério da Saúde optou por iniciar a implantação da Política Nacional de Atenção às Urgências a partir do componente pré-hospitalar móvel, o SAMU 192, por acreditar que este poderia desempenhar um papel relevante no processo de organização do desenho da rede e dos seus fluxos, atuando como uma das portas de entrada da rede de urgência, centro de comunicação e coordenação de fluxos e contrafluxos, ou seja, espaço privilegiado de identificação das necessidades do sistema de saúde, através das Centrais de Regulação Médica (MACHADO et al., 2011; SILVA et al., 2009; O'DWYER, 2010).

Nas redes de atenção às urgências a Central de Regulação Médica de Urgência se ocupa da coordenação dos fluxos e dos contrafluxos dos usuários nos pontos de atenção a partir da classificação de risco e da determinação do lugar mais adequado para a atenção, favorecendo o descongestionamento das portas hospitalares de urgência. Neste sentido, classificação de risco se configura uma importante ferramenta de comunicação, compartilhamento de responsabilidades e regulação na rede (MENDES, 2011).

Para Mendes (2011) e Machado et al. (2011) a integração dos serviços de urgência e emergência em rede perpassa pela pactuação conjunta de fluxos entre estes pontos de atenção tendo estes suas atribuições na rede definidas e sua classificação quanto ao nível de atenção a que está inserido a partir da sua capacidade instalada, ou seja, conforme o seu grau de resolutividade.

O presente estudo pretende investigar o desenho dos fluxos de acesso da rede de atenção às urgências de uma microrregião de saúde do interior da Bahia, implantada a partir do processo de regionalização do SAMU 192 proposto pelo Colegiado de Gestão Microrregional.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa por trabalhar com o estudo das relações, representações, crenças, percepções e opiniões, “produtos das interpretações que os homens fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam” (MINAYO, 2010).

A pesquisa qualitativa oferece maior possibilidade em descrever a complexidade do fenômeno a ser estudado, facilitando a aproximação da realidade com a prática, obtendo como resultado a reflexão no desenvolvimento e na dinâmica social, voltada para o enfrentamento dos problemas e a busca de propostas viáveis de aplicação.

O estudo é de caráter exploratório e permite a caracterização do objeto, isto é, investigar o desenho do fluxo de acesso da rede de atenção às urgências numa microrregião.

O presente estudo foi desenvolvido em uma microrregião de saúde da Bahia constituída por vinte e cinco (25) municípios, onde na ocasião da regionalização do SAMU 192 residiam 517.253 habitantes (IBGE, 2009). Segundo o Plano Diretor de Regionalização da Bahia (PDR) esta microrregião esta localizada na Macrorregião Sul e conta com uma estrutura de governança regional denominada Colegiado de Gestão Microrregional formada pelos gestores de saúde dos municípios que a compõe e um (1) representante da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.

Foram sujeitos deste estudo sete (7) informantes-chaves do processo de regionalização do SAMU 192 do cenário estudado, sendo eles: coordenador do SAMU 192 Regional, gestores dos dois (2) municípios da microrregião que são referência para a unidade móvel de suporte avançado (USA) e quatro (4) gestores de municípios que possuem base descentralizada com unidade móvel de Suporte Básico de Vida (USB). Para estes últimos utilizou-se como critérios de inclusão a distância entre os municípios que possuem USB e os municípios de referência para USA, sendo selecionados dois (2) para cada município de referência para USA, sendo estes o mais próximo e o mais distante em quilometragem.

Utilizou-se a triangulação de técnicas de pesquisa para obtenção dos dados, visto que segundo Minayo (2010) é possível adotar várias fontes de dados e utilizar diferentes técnicas para coleta dos mesmos. Neste sentido, para investigar o desenho do fluxo de acesso da rede de atenção às urgências na microrregião utilizou-se entrevista semiestruturada, análise descritiva do documento técnico elaborado pelo Colegiado de Gestão Microrregional relacionado à Regionalização do SAMU 192, atas das reuniões do Colegiado de Gestão Microrregional, sendo estas confrontadas com as portarias federais que a instituíram.

O estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da UESB (CEP/UESB), que emitiu parecer favorável a sua realização, conforme protocolo nº 075/2012.

Utilizamos o método da análise de conteúdo, onde aplicamos a regra da exaustividade, não deixando de fora qualquer um dos elementos, por qualquer motivo, a regra da representatividade, onde a amostragem aponta se a amostra é uma parte representativa do universo estudado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O fluxo da rede de atenção às urgências na microrregião foi pactuado no Plano de Atenção às urgências, o qual foi elaborado e aprovado pelo Colegiado de Gestão Microrregional. Ele é parte integrante do Projeto de Regionalização do SAMU 192, conforme prevê a Portaria GM 2970/2008 (BRASIL, 2008).

Segundo este documento o fluxo de atenção às urgências foi pactuado a partir dos seguintes princípios:

- Acolhimento do usuário em quaisquer pontos do sistema
- Direcionamento imediato do usuário ao equipamento com grau de resolutividade adequado a situação
- Responsabilização pelo usuário no sistema.

A seguir estes princípios serão apresentados e discutidos com base na legislação vigente relativa à Política Nacional de Atenção às urgências e na revisão de literatura sobre Redes de Atenção à Saúde.

ACOLHIMENTO DO USUÁRIO EM QUAISQUER PONTOS DO SISTEMA

Na pactuação do fluxo de acesso na rede microrregional de atenção a urgência ficou estabelecido no documento que orienta a regionalização desta microrregião que o acolhimento do usuário se daria nas unidades de saúde da família, SAMU 192 e sua Central de Regulação e no hospital de referência microrregional, conforme apresentamos na tabela 1.

Tabela 1. Acolhimento do usuário em situação de urgência nos pontos de atenção da rede microrregional de atenção às urgências.

Ponto de atenção	Responsabilidades relativas ao Acolhimento
Unidades de Saúde da Família	Acolher demandas urgentes proveniente de demanda espontânea, mesmo que não forem da sua área de abrangência. Realizar anamnese, exame físico e coleta de dados vitais. Acionar o SAMU 192 em caso de Suspeita ou constatação de situação de urgência. Na ausência do médico a equipe de enfermagem deve estar preparada para dar suporte básico de vida até a chegada do SAMU.
SAMU 192 e sua Central de Regulação das Urgências	Os casos de urgência serão recebidos via telefone gratuito 192. O médico regulador avaliará a gravidade do caso, orientando o solicitante como proceder até a chegada do socorro. Caberá ao solicitante dar as informações corretas sobre o caso, para tanto, se fará necessário campanha de educação pública quanto as características do Plano de Atenção às urgência, em especial quanto aos serviços prestados pelo SAMU.

Hospital de referencia microrregional	<p>Será compromisso entre os componentes do sistema encaminhar ao nível hospitalar somente os casos de complexidade que extrapolem dos do nível de resolutividade da atenção básica (unidade de saúde da família) e SAMU.</p> <p>Acolher os pacientes utilizando o critério de “vaga zero”, quando houver franca indicação.</p> <p>Caberá ao SAMU informar a chegada e repassar adequadamente ao hospital de referencia microrregional as informações concernentes aos casos encaminhados, as quais deverão estar registradas no prontuário clínico entregue pelo SAMU.</p> <p>Informar ao SAMU as dificuldades estruturais e transitórias para que possa reordenar os encaminhamentos, adequando temporariamente a grade de referencia e contra referência.</p> <p>A Central de Regulação de Urgências auxiliará o hospital regional de pequeno porte trasladando pacientes de menor gravidade para níveis inferiores do sistema.</p> <p>O hospital de referencia regional deverá se instrumentalizar com sistema de comunicação compatível com o do SAMU a fim de permitir contatos ágeis entre o SAMU e o pronto socorro do hospital, garantindo assim a chegada da informação antes do paciente.</p>
---------------------------------------	--

Fonte: Plano de Regionalização do Serviço de Atendimento Móvel as Urgências/SAMU 192 microrregional de Jequié.

Como descrito na tabela 1 as responsabilidades relativas ao acolhimento de usuários nos pontos de atenção pactuados pelos municípios que compõem a micro região de saúde foram especificados para as Unidades de Saúde da Família, o SAMU 192 e para a unidade hospitalar de referência microrregional.

No plano pactuado, os demais pontos de atenção às urgências existentes na microrregião (unidades de saúde da família, UPA 24 horas, hospitais de pequeno e médio porte com porta de entrada de urgência e atenção domiciliar) não obtiveram suas responsabilidades relacionadas ao acolhimento de urgências especificadas.

Neste sentido, corroboramos com Mendes (2011) que afirma a necessidade de adoção de regras claras a fim de que os diferentes atores partilhem de uma mesma visão para obtenção de êxito na gestão de redes integradas. Assim, entendemos que a definição de responsabilidades relativas ao acolhimento de usuários deva contemplar a totalidade dos pontos de atenção da rede.

Outra questão relevante identificada na microrregião estudada é que a proposta de acolhimento de usuários em situação de urgência não contempla critérios de classificação de risco, ou seja, não há uma linguagem única definida entre os pontos de atenção para avaliação do paciente e determinação da prioridade do atendimento segundo a gravidade clínica.

Há evidência nas entrevistas que confirmam a ausência de uma linguagem única na rede para classificação de risco no acolhimento a usuários em situação de urgência na totalidade dos pontos de atenção.

[...] Até o momento nós não utilizamos nenhum tipo de protocolo, eu desconheço [...] fica a critério de cada médico abordar de acordo com a sua experiência, seu critério clínico, né? Consequentemente, o encaminhamento que ele vai dar a este atendimento vai depender do critério dele, do critério único dele, porque não tem um protocolo estabelecido que unifique o atendimento do médico regulador, entende? (Inf. 02).

[...] O hospital de referência da microrregião usa Manchester, mas como eu não to dentro da realidade de lá [...] Não, eles (Central de Regulação de Urgências). Nós (unidade hospitalar de pequeno porte) não temos protocolo, não temos. (Inf. 06).

Para Paim (2011), modelo de atenção diz respeito a forma de organização da intervenção sobre os problemas e necessidades de saúde a partir da escolha de meios técnico-científicos disponíveis. Um dos elementos que constituem as redes de atenção a saúde é o modelo de atenção, o qual organiza o seu funcionamento (MENDES, 2010).

Para o Ministério da Saúde as Redes de Atenção à Saúde devem organizar-se a partir de um processo de gestão da clínica com a aplicação de tecnologias de microgestão baseado em diretrizes clínicas (BRASIL, 2010). No caso da Rede de Atenção às urgências o modelo de atenção escolhido pelo Ministério da Saúde está baseado na gestão de linhas de cuidado. Os fluxos assistenciais entre os pontos de atenção devem ser orientados a partir do acolhimento com classificação do risco, qualidade e a resolutividade na atenção (BRASIL, 2011a).

Este conceito de gestão da clínica para alguns estudiosos deve ser aplicado com certa cautela no sistema de saúde brasileiro, pois deriva do modelo de atenção gerenciada do sistema de saúde privado americano, cabendo aprofundamento dos estudos sobre a sua aplicação em sistemas de saúde de acesso universal como é o caso brasileiro (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

O acolhimento com classificação de risco está inserido na legislação que orienta a atenção as urgências desde o ano 2002, com a publicação do Regulamento Técnico das Urgências (Portaria GM2048/02) enquanto estratégia de reorganização do processo de trabalho para organização do fluxo de atendimento (BRASIL, 2002).

A utilização de protocolos e diretrizes clínicas baseadas em evidências propiciam a integração vertical dos pontos de atenção e favorecem a gestão do cuidado, pois padronizam o processo assistencial e facilitam a comunicação entre os profissionais de saúde (BRASIL, 2010; OPAS, 2010; MENDES, 2011). O desconhecimento e a não utilização de tecnologias de microgestão tem sido apontado como a causa das dificuldades de implantação de referencia e contra referencia em sistemas integrados de atenção a saúde (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

A grande demanda da população pelos serviços de urgência impõe a adoção de estratégias racionalizadoras da oferta para organização da rede. Isto implica na adoção de diretrizes clínicas para classificação de risco e identificação dos recursos assistenciais necessários para atendimento. Nesta lógica, os casos de menor prioridade clínica seriam referenciados para serviços de menor densidade tecnológica e os casos de maior para os serviços com maior densidade tecnológica, favorecendo organização do fluxo de acesso nos serviços de urgência, o qual deve ser previamente pactuado com a definição das responsabilidades e classificação dos serviços conforme seu perfil e densidade tecnológica (MENDES, 2011; MARQUES, 2011).

Estudos sobre o funcionamento da rede de atenção as urgências da macrorregião norte de Minas com resultados considerados exitosos relata a opção por acolhimento com classificação de risco com linguagem integrada entre todos os pontos de atenção em urgência existentes no território, por meio da adoção com adaptações do Protocolo de Manchester (MARQUES, 2011; SOUSA, 2012).

DIRECIONAMENTO DO USUÁRIO O SEGUNDO GRAU DE RESOLUTIVIDADE ADEQUADO

O outro princípio adotado para pactuação dos fluxos na rede está relacionado ao direcionamento imediato do usuário ao equipamento com grau de resolutividade adequado a situação. Neste sentido, foram encontradas evidências no documento norteador da regionalização do SAMU 192 na microrregião que explicitam o grau de resolutividade dos pontos de atenção para as Unidades de Saúde da Família, o SAMU 192 e a unidade hospitalar de referência microrregional localizada no município pólo da microrregião.

Assinalamos que a exemplo do que aconteceu com o princípio do acolhimento na construção do fluxo de acesso, os demais pontos de atenção às urgências existentes na microrregião (unidades básicas de saúde, UPA 24 horas, hospitais de pequeno e médio porte com porta de entrada de urgência e atenção domiciliar), mesmo participando da composição da rede não tiveram o grau de resolutividade definidos, reforçando o argumento de imprecisão nas regras relativas às competências dos pontos de atenção na rede, o que pode implicar em prejuízos relativos ao compartilhamento de objetivos comuns para o alcance da integração.

Segundo Silva (2011) os pontos de atenção devem ter funções e objetivos claramente definidos para favorecer a logística que orienta e controla o acesso e o fluxo dos usuários. Este autor ressalta ainda que os pontos de atenção numa rede estabelecem entre si um elevado grau de interdependência e produzem uma diversidade de fluxos visando atender as necessidades dos usuários. Para ele, as ferramentas de gestão da clínica podem orientar o caminho a ser percorrido pelo usuário nesta rede, contribuindo para a utilização racional da oferta assistencial disponível segundo a necessidade do usuário.

Estudos de Marques (2011) e Sousa (2012) revelam que na rede de atenção as urgências que avaliaram, além da adoção de um modelo de acolhimento com classificação de risco houve concomitantemente o desenho do fluxo de acesso. Este processo foi baseado na responsabilização coletiva dos atores de todos os níveis de atenção, pois cada ponto de atenção teve as suas competências ou responsabilidades descritas e formalmente pactuadas tendo a classificação de risco como base para definição do grau de complexidade/resolutividade nos pontos de atenção.

Na microrregião onde realizou-se este estudo, ao analisarmos o projeto de regionalização verificou-se que coube a estratégia de saúde da família a responsabilidade de ser resolutiva no que diz respeito às pequenas urgências e, em casos que ultrapassem o grau de resolutividade a ela conferido, fazer acolhimento das demandas com avaliação de riscos e vulnerabilidades, dando o suporte necessário até que houvesse o encaminhamento a outros pontos de atenção de complexidade adequada, mediante o suporte da Central de Regulação de Urgências. As falas dos entrevistados abaixo reforçam a inclusão da atenção básica no fluxo da rede de atenção às urgências, como responsável pela resolutividade nas urgências menores.

Não é por ser PSF constar na rede de unidade Básica que não vai dar essa intervenção de urgência/emergência porque tem por obrigação né? Depois, ou melhor, até no momento entra em contato aqui com o SAMU pra ver a ambulância pra trazer esse paciente pra unidade de tratamento definitivo, mas o primeiro atendimento, por exemplo, é melhor com exemplo, uma crise hipertensiva chega o paciente no PSF com crise hipertensiva, emergência hipertensiva níveis pressóricos elevados e toda sintomatologia lá ele é medicado e fica em observação, após esse período o paciente evolui pra piora ou não tem resposta aos medicamentos, então a equipe ela entra em contato com o SAMU e pede o suporte, então o SAMU vai até lá vê pega o caso o atendimento e desloca esse paciente, transporta esse paciente até um hospital (Inf. 03).

[...] é uma rede só, se agente conseguir fazer a interface principalmente da atenção básica [...] ai eu garanto a você nós vamos dar um banho, nós vamos tirar um monte de problema que vai parar na urgência/emergência que não tem necessidade, paciente foi com pico de hipertensão? SAMU precisa ser chamado, claro! tá com pico de hipertensão ele tem que ser socorrido naquela hora, né?, que ele pode ter AVC, um infarto, sei lá, alguma coisa assim... mas, se esse paciente que foi atendido pelo SAMU ele tiver um retorno pra unidade básica dele e essa unidade acolher esse paciente e acompanhar ele, ele não vai ser paciente mais do SAMU é isso que falta (Inf. 05).

No entanto, não encontramos na investigação critérios bem definidos que orientem a gestão da clínica conforme vemos no trecho do Plano Regional de Atenção Integral as urgências que trata do grau de resolutividade da atenção primária nesta rede, conforme evidenciado abaixo.

Nos casos clínicos em geral e quando da existência de um médico na unidade, não deverá ser acionado o SAMU até que tenham sido utilizados os recursos disponíveis na USF e observado o paciente por tempo suficiente para avaliar a eficácia terapêutica adotada. Em não havendo recursos mínimos necessários, o bom-senso deverá imperar, sendo o SAMU acionado de imediato (Doc.1).

As responsabilidades referentes ao grau de resolutividade são compatíveis com as características do processo de trabalho da atenção básica estabelecidos na Política Nacional da Atenção Básica (Portaria GM 2488/2011), porém evidenciamos a ausência de especificidade e critérios que orientem a gestão da clínica e que ajudem na determinação do grau de resolutividade da atenção primária (BRASIL, 2011b).

Na rede de atenção as condições agudas a atenção primária exerce um papel relevante como ponto de atenção tanto pela sua capilaridade junto à população quanto pela capacidade de dar respostas as demandas que exigem uma baixa densidade tecnológica e ainda, pela ênfase nas ações de promoção e prevenção, sem exercer neste caso a responsabilidade pela coordenação do cuidado e dos fluxos (MENDES, 2010, 2011; SILVA, 2011).

Apresentamos abaixo trechos das falas dos entrevistados que se referem a unidades de produção do cuidado que possuem um mesmo perfil (atenção primária) apresentando graus de resolutividade discrepantes, evidenciando a ausência de critérios que definam as competências relacionadas a resolutividade neste nível de atenção.

[...] com o SAMU a gente conseguiu mostrar pra unidade que aquela urgenciazinha e emergência de pequena intensidade podiam resolver lá e aquilo que estava além da sua resolutividade deveriam chamar o SAMU (Inf. 04).

[...] mas assim, essa articulação, se eu tenho um paciente com dispnéia, chama o SAMU para uma condição que poderia ter sido resolvida dentro da unidade. Se eu tenho um paciente com pico hipertensivo, chama o SAMU para uma condição que poderia ter sido resolvida dentro da unidade (Inf. 06).

Para Marques (2011), a postura refratária da atenção básica em relação às urgências menores pode causar congestionamento nos demais pontos de atenção às urgências. A importância da atenção primária para o adequado funcionamento das redes de atenção a saúde tem sido evidenciado em diversos estudos (SILVA, 2010; STARFIELD, 2002; MENDES, 2011; OPAS, 2010).

Causou-nos estranhamento o fato de que ao analisar os documentos encaminhados a CIB verificou-se que não foi possível identificar o quantitativo de equipes de saúde de família que assinaram o termo de adesão ao Plano de Atenção as Urgências e Emergências na microrregião. Este argumento é reforçado pelo

trecho da ata de reunião do CGMR onde foi aprovado o projeto de Regionalização que posteriormente foi encaminhado a CIB.

Estamos encaminhando documentação referente ao Projeto SAMU Regional que teve algumas ressalvas referentes ao Termo de Adesão e atas que alguns municípios não entregaram. (Doc Ata. 1)

Para Contandriopoulos e Hartz (2004) a integração pressupõe negociação e construção de pactos entre todos os atores envolvidos. Para Marques (2011) a construção de fluxos requer a pactuação entre as instituições e internamente com seus respectivos trabalhadores com vistas a alcançar a responsabilização coletiva com descrição e aceitação dos papéis propostos.

A coordenação do fluxo de acesso aos serviços de urgência é feita pela Central de Regulação de Urgências, centro de comunicação entre os pontos de atenção desta rede. O objetivo é a distribuição equitativa dos usuários entre os pontos de atenção da rede, reduzindo a superlotação dos hospitais de urgência retirando destes as urgências menores que podem ser resolvidas em outros pontos de atenção da rede, principalmente na rede de atenção primária à saúde (MENDES, 2011). Com relação resolutividade do SAMU 192 e sua Central de Regulação a análise do documento que institui o fluxo de acesso na rede estudada traz o seguinte texto:

[...] o SAMU deverá ter conhecimento de toda a disponibilidade e estrutura dos serviços do sistema, garantindo que todos os pacientes sejam encaminhados segundo a lógica pactuada protocolo. (Doc.1)

O discurso acima guarda coerência com as Portarias GM 1.864/2003 e 2.970/2008 as quais estabelecem que o projeto de regionalização deve explicitar o compromisso de cada uma das unidades e serviços que comporão a rede de atenção e o sistema de referência e contra referência, além da política denominada “vaga zero”. A grade de referência e contra referência deve discriminar todos os serviços do sistema segundo especialidade ou área de atuação de cada uma delas. (BRASIL, 2003; BRASIL, 2008). No entanto, as evidências acima nos remete a discussão de duas questões essenciais no que diz respeito ao fluxo da rede: a primeira delas está relacionada ao mapeamento dos recursos assistenciais disponíveis e a segunda ao direcionamento adequado do usuário conforme protocolo pactuado.

Sobre o mapeamento dos recursos assistenciais disponíveis na rede, identificamos que para constituir a rede de atenção às urgências as unidades e serviços de saúde assinaram um Termo de Adesão. Segundo este termo, estas unidades assumiram junto aos gestores municipais o compromisso de acolher os pacientes referenciados pela central médica de regulação do SAMU. Assim, os usuários seriam encaminhados aos pontos de atenção de acordo com a grade de referência e contra referência da rede. No entanto, por insuficiência de informações nos documentos oficiais não foi possível identificar exatamente quantos e quais são os estabelecimentos de saúde que aderiram a rede de atenção às urgências, conforme discutimos anteriormente. Evidenciou-se ainda a existência de uma grade de referência e contra referência, porém nela constam apenas as referências primárias, secundárias e terciárias localizadas no município sede da microrregião. A referida grade de referência e contra referência não contempla a totalidade dos pontos de atenção que constituem a rede.

A grade de referência da rede regionalizada de atenção às urgências aponta as referências secundárias localizadas no município sede da microrregião para as seguintes especialidades médicas: bucomaxilo, clínica médica, ortopedia, cirurgia ortopédica, politrauma adulto, trauma pediátrico, cirurgia vascular, diálise peritoneal, endoscopia, gestação de baixo risco, ginecologia, doenças infecciosas, neuroclínica, neurocirurgia, oftalmologia, otorrinolaringologia, pediatria e Unidade de Terapia Intensiva adulto. Os recursos assistenciais dos demais municípios do território não foram mapeados nesta grade o que é ratificado pela fala evidenciada abaixo:

[...] mas na prática não teve não, porque no momento de implantação do início mesmo prático do SAMU regional de começar a funcionar não foi repassado e não constou entre os documentos básicos pra funcionamento, então o que não se resolve dessa forma no município em questão encaminha-se para referência mais próxima, mas não houve comprometimento formal com essas unidades não. (Inf.03).

A sede da macrorregião de saúde e a capital do Estado são citadas na grade como as referências terciárias da rede de atenção às urgências para esta microrregião. Esta lógica adotada coincide com a proposta de Mendes (2007) que entende que na organização das regiões de saúde, o território local deve ter uma autossuficiência para a atenção primária, o nível microrregional para a atenção secundária e o território macrorregional para serviços de atenção terciária.

Para Machado et al. (2011) e Minayo (2008) o mapeamento dos recursos assistenciais disponíveis se faz necessário para que o sistema de acesso regulado tenha a possibilidade de após acolhimento da demanda e classificação do risco definir a opção assistencial mais adequada para o caso e, em tempo oportuno.

Ter o conhecimento dos recursos assistenciais disponíveis no território permite ainda identificar as deficiências da rede ou “vazios assistenciais” e assim, definir as prioridades para investimentos utilizando uma lógica racionalizadora que imprima a esta rede as características fundamentais das redes integradas providas de um certo grau de suficiência para assim alcançar a integralidade da atenção (BRASIL, 2002).

Com relação ao direcionamento adequado do usuário aos pontos de atenção conforme protocolo, na rede estudada, apesar do documento que institui o fluxo referir que o encaminhamento de usuários se daria segundo a lógica do protocolo pactuado, identificamos a ausência da utilização de ferramentas de microgestão para classificação de risco, conforme já foi discutido anteriormente, como também a inexistência de um instrumento de mapeamento contendo a totalidade dos recursos assistenciais disponíveis, bem como classificação de cada destes serviços segundo capacidade instalada e grau de resolutividade.

A utilização de protocolos para classificação de risco pode orientar a utilização da opção assistencial com grau de resolutividade mais adequada para cada caso com o objetivo de promover a utilização racional dos recursos disponíveis, contribuindo para a coordenação dos fluxos e contrafluxos nesta rede. Portanto, significa uma tentativa de descongestionamento dos pontos de atenção com maior densidade tecnológica, evitando que as urgências graves tenham dificuldade de acesso devido a superlotação da porta hospitalar de urgência, utilizada equivocadamente pela população como porta de entrada preferencial ou por falta de opção no sistema de saúde (MACHADO et al., 2011).

Na ausência do protocolo para classificação de risco e definição do grau de resolutividade necessário para cada caso, o julgamento pelo critério de resolutividade fica sujeito a subjetividade dos sujeitos devido a inexistência de critérios de classificação de risco e de uma grade de referência construída a partir destes, e que contemple todos os pontos de atenção disponíveis na rede.

[...] Quando o local da ocorrência for uma unidade de PSF, o médico intervencionista do SAMU deverá prestar apoio ao médico da unidade, discutir o caso e reconsiderar a necessidade de encaminhamento [...] (Doc. 1).

Então [...] o dia tem o perfil do médico regulador e não só necessariamente o perfil de sua demanda (Inf.06).

A insuficiência de informações sobre os recursos assistenciais disponíveis tem relação direta com o fluxo de regulação das urgências na microrregião estudada, pois na ausência de um instrumento formal que seja capaz de orientar objetivamente as opções assistenciais mais adequadas para cada caso através da descrição da totalidade dos pontos de atenção e o perfil destes, o médico regulador utiliza da sua subjetividade na tomada de decisão.

Os achados divergem das orientações da Portaria GM nº 2048/2002 que recomenda que para organização de redes de atenção as urgências é importante conhecer os recursos disponíveis no território, observando a quantidade, a localização, o acesso, a complexidade e a capacidade operacional e técnica. Ressalta ainda que o médico regulador deve ter a sua disponibilidade os meios necessários para o desempenho das suas atividades, incluindo a pactuação com atribuição formal de responsabilidades dos pontos de atenção (BRASIL, 2002; SILVA, 2011; MINAYO, 2008).

O projeto de regionalização define que a unidade hospitalar de referência microrregional localizada no município pólo da microrregião deve acolher os casos de urgência em que a complexidade ultrapasse o nível de resolutividade da atenção básica, adotar o critério de vaga zero quando houver indicação, redirecionar pacientes de menor gravidade para os níveis inferiores do sistema. Quanto a resolutividade esta unidade receberá os casos que necessitem de internação ou avaliação por médico especialista e aqueles que necessitem de conduta cirúrgica e arsenal terapêutico não disponível nos demais níveis da rede.

É interessante notar que apesar do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) apresentar 23 Hospitais de Pequeno Porte e 03 Hospitais de Médio Porte com entrada de urgência e 01 Hospital de Grande Porte com entrada de urgência e Unidade de Terapia Intensiva (UTI), apenas este último foi incluído no desenho do fluxo da rede microrregional de atenção às urgências. E neste fluxo, a sua responsabilidade é de dar resolutividade a todas as demandas que extrapolem o grau de resolutividade da atenção básica.

No entanto o Regulamento Técnico de Atenção as Urgências (Portaria 2048/2002) define que cabe aos hospitais de pequeno porte prestar assistência às urgências correspondentes ao primeiro e segundo nível de atenção de média complexidade. Há ainda as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) consideradas serviço de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a rede hospitalar, responsáveis por dar respostas as urgências de média complexidade, com o intuito de descongestionar as portas de entrada hospitalares de urgência. Ainda segundo a referida portaria os hospitais de referencia se responsabilizam por prestar assistência no terceiro nível de média complexidade e alta complexidade, de acordo com sua capacidade instalada, especificidade e perfil assistencial (BRASIL, 2002; BRASIL, 2008; BRASIL, 2011).

Neste sentido, há uma lacuna no fluxo da rede por não incluir os demais pontos de atenção as urgências da microrregião (UPA, 23 hospitais de pequeno porte e os 03 hospitais de médio porte), vez que este desconsidera outros pontos de atenção com grau de resolutividade intermediária entre a atenção primária e atenção hospitalar, os quais se utilizados e regulados adequadamente podem favorecer o uso racional da unidade hospitalar de referencia regional. A fala evidenciada abaixo aborda as implicações desta lacuna no fluxo da rede.

[...] sobrecarrega o hospital de media e alta complexidade de grande porte que nó temos na região e assim sobrecarrega com pacientes que não são críticos são pacientes clínicos então isso dificulta, [...] cada vez mais superlotando os serviços hospitalares sem uma gestão da clinica, agente entra as vezes no colapso que não seria necessário se o fluxo fosse melhor conformado, dialogado. (Inf.04)

[...] esse projeto não garante pra agente retaguarda, onde eu vou deixar esse paciente é, quais são as referências né, pra deixar esse paciente. (Inf.03)

[...] porque na verdade o medico regulador do SAMU, que está alocado no SAMU regulando leitos ele não tem a visualização do leito nos hospitais e o único hospital que ele tem, ele não tem de nenhum hospital e o único hospital que ele referencia é o hospital de media e alta complexidade de grande porte. (Inf.06)

Corroboramos com Mendes (2011) que afirma que para esta rede funcionar de forma efetiva, eficiente há que se construir fluxos de acesso que permitam distribuir os usuários em situação de urgência equitativamente em seus diversos pontos de atenção à saúde, conforme classificação de risco e tipologia de cada serviços, para que seja possível retirar dos hospitais de referencia o grande número

de pessoas portadoras de urgências menores capazes de serem resolvidas nos demais pontos de atenção (MENDES, 2011).

A organização de fluxos na rede de atenção às urgências deve que englobar todos os pontos de atenção visando resolução integral da demanda num determinado ponto de atenção ou referencia a um serviço de maior complexidade, dentro de um sistema hierarquizado em níveis crescentes de complexidade e responsabilidade, mediante regulação (BRASIL, 2011).

RESPONSABILIZAÇÃO PELO USUÁRIO NO SISTEMA

O terceiro princípio adotado por esta rede na construção do fluxo de acesso está relacionada a responsabilização pelo usuário no sistema. A responsabilidade sanitária sobre a população adscrita é uma característica inerente às redes integradas de atenção a saúde. Com relação a responsabilização pelo usuário destacamos a seguinte fala:

[...] se eu não tenho nem onde garantir retaguarda, eu não tenho um componente de urgência que garanta a retaguarda eu vou deixar esse paciente onde? (Inf.06)

[...] Então, não teve essa análise crítica na perspectiva de rede, implantação da rede, perfil, com retaguarda, com regulação que defina que depois desse paciente deixado nesse componente hospitalar ele não finaliza pra onde é que ele vai? qual vai ser o transporte? nada disso foi analisado com consistência, nem criticidade, não. (Inf.02)

O trecho acima evidencia que as lacunas existentes na construção do fluxo de acesso da rede criam barreiras de acesso que interfere na integração do cuidado mostrando as dificuldades da rede em responsabilizar-se pelo cuidado integral aos seus usuários. A responsabilização pelo usuário numa rede de atenção a saúde pressupõe a busca pela integralidade da atenção com existência de pontos de atenção de diferentes densidades tecnológicas e resolutivos, com definição clara das responsabilidades de cada um destes serviços para garantir a continuidade e a globalidade dos cuidados necessários, eliminando barreiras de acesso entre os diversos níveis de atenção (MENDES, 2011; SILVA, 2011; HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

A organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde pressupõe a busca pelo conhecimento das necessidades dos usuários na perspectiva do cuidado integral e assim, criar as condições mais adequadas para favorecer um contínuo de atenção aos usuários para dar respostas adequadas a estas necessidades, sendo esta rede responsável pela trajetória dos usuários em seus diversos pontos de atenção conforme o grau de complexidade dos serviços requeridos em cada situação (SILVA, 2011).

CONCLUSÃO

Na micro analisada o Plano de Atenção as Urgências define o desenho dos fluxos, sendo ele norteado pelos princípios do acolhimento do usuário em quaisquer pontos do sistema, direcionamento imediato do usuário ao equipamento com grau de resolutividade adequado a situação e responsabilização pelo usuário no sistema.

O fluxo de acesso aos pontos de atenção desta rede não contemplam a totalidade dos serviços de urgência existentes no território, englobando apenas as unidades de saúde da família, o SAMU 192 e sua central de regulação e ainda o hospital de referencia.

Não foram incluídos no desenho do fluxo de acesso a rede as opções assistenciais para os casos agudos de complexidade intermediária gerando assim uma sobrecarga do hospital de referencia microrregional.

O acolhimento dos usuários não contempla a utilização de ferramentas de gestão da clínica para classificação de risco.

Quanto ao direcionamento do usuário ao ponto de atenção com grau de resolutividade adequado, há imprecisão relativa as regras quanto a classificação do grau de resolutividade esperado para as unidades de saúde da família, SAMU 192 e sua Central de regulação e unidade hospitalar de referencia regional, ao passo que para os demais pontos de atenção da rede estas regras são inexistentes

No fluxo pactuado coube a estratégia de saúde da família ser resolutiva no caso de pequenas urgências, porém há evidências que existem unidades de saúde da família com postura acolhedora e resolutiva as pequenas urgências e outras com postura refratária.

Coube a Central de Regulação de Urgências a coordenação dos fluxos e direcionamento do usuário aos pontos de atenção, porém por não existir um instrumento forma que contemple os recursos assistenciais disponíveis no território, acarretando dificuldade em favorecer o acesso regulado dos usuários aos pontos de atenção com níveis crescentes de complexidade.

A não definição de uma ferramenta de gestão da clínica para orientar a classificação de risco leva ao médico regulador utilizar de sua subjetividade para julgar e definir o ponto de atenção com resolutividade necessária para atender as demandas dos usuários, acarretando barreiras de acesso aos diversos níveis de atenção, e, conseqüentemente, dificuldades da rede em responsabilizar-se pelo seu cuidado integral.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM 2.048 de 5 de novembro de 2002.** Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM 2.048 de 5 de novembro de 2002.** Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM 2.970 de 08 de dezembro de 2008.** Institui diretrizes técnicas e financeiras de fomento à regionalização da Rede Nacional SAMU 192. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM 4.279 de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece as diretrizes para a organização da rede de atenção do SUS. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011.** Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde. Brasília, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM 2.488 de 21 de outubro de 2011.** Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a estratégia saúde da família (ESF) e o programa de agentes comunitários de saúde (PACS). Brasília, 2011b.

CNES - **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde.** Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Tot_Es_Municipio.asp?Estado=29&NomeEstado=BAHIA. Acesso em: 16 fev. 2013.

HARTZ, Zulmira M. de Araújo; CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". **Cad. Saúde Pública**, 2004, v.20, suppl.2, pp. S331-S336.

IBGE - **Instituto Brasileiro Geográfico e Estatístico**. 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 30 jan. 2013.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.5, p. 2307-2316, 2010.

MACHADO, C. V., SALVADOR, F. G. F.; O'DWYER, G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. **Rev Saúde Pública**, v.45, n.3, p.519-28, 2011.

MARQUES, A. J. de. **Rede de Atenção à Urgência e Emergência**: Estudo de Caso na Macrorregião Norte de Minas Gerais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. **As modelagens das Redes de Atenção a Saúde**. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007.

_____. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.15, n.5, p. 2297-2305, 2010.

_____. **As redes de atenção à saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 549 p, 2011.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M. C. de S.; DESLANDE, S. F. Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.8, p.1877-1886, ago, 2008.

O'DWYER, G. A gestão da atenção às urgências e o protagonismo federal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.5, p.2395-2404, 2010.

Organização Pan Americana de Saúde. **Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas**. Washington: OPS; 2010. (La renovación de la atención primaria de salud en las Américas nº 4).

PAIM, J. S. Modelos de Atenção a Saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. de. **Epidemiologia & Saúde**. 7 ed. Rio de Janeiro: MEDSI/ Guanabara Koogan. 2011. No prelo.

SILVA, J. G.; VIEIRA, L. J. E. de S.; PORDEUS, A. M. J.; SOUZA, E. R. de; GONÇALVES, M. L. C. Atendimento pré-hospitalar móvel em Fortaleza, Ceará: a visão dos profissionais envolvidos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.12, n.4, p.591-603, 2009.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.6, p.2753-2762, 2011.

SOUZA, S. F. **A rede de urgência e emergência da macrorregião norte de Minas Gerais**: um estudo de caso (manuscrito). Belo Horizonte, 2012.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.