

O PAPEL DA SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

The role of family health in urgent care

Sandra Lumer¹, Paulo Henrique de Almeida Rodrigues²

RESUMO

O presente artigo analisa o papel do Programa Saúde da Família na atenção de urgência 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, dentre outras, as Portarias: GM/MS nº. 2.048/2002 e nº. 1.863/2003. O estudo evidenciou que, para uma efetiva oferta desse tipo de serviço, são necessárias condições próprias adequadas, tais como: hierarquização das ações e serviços, protocolos clínicos, recursos humanos, referência e contrarreferência, regulação do transporte e dos leitos de observação, sistemas de informação e comunicação, recursos tecnológicos, área física adequada. As normas brasileiras não contêm ainda definições claras a respeito dessas condições em cada nível de atenção, especialmente, no Programa Saúde da Família.

PALAVRAS-CHAVES: Atenção de Urgência; Saúde da Família; Rede de Ações e Serviços de Saúde; Sistema Único de Saúde.

INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF), considerado pelo Ministério da Saúde (MS) como uma estratégia de organização da atenção primária (AP), vem se consolidando para ser a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS).¹ Segundo Starfield², 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 atenção. O atendimento de urgência no PSF se impõe tanto pela necessidade da integralidade da atenção, quanto

ABSTRACT

This article analyzes the role of the Family Health Program in urgent care, in relation to the other complexity levels that integrate the Brazilian National Health System (Sistema Único de Saúde - SUS). A series of recent rules and legal documents regulating urgent care in the country, including the ordinances GM/MS 2,048/2002 and 1,863/2003, were reviewed. The study showed that for effective urgent care provision, the following conditions are necessary: hierarchically organized actions and services, clinical protocols, human resources, referral and counter-referral, transport and observation beds, information and communication systems, technological resources and adequate facilities. Brazilian legislation still lacks clear definitions of these conditions at each level, especially for the Family Health Program.

KEY WORDS: Urgent Care; Family Health; Health Services Network; Brazilian Public Health Care System.

do cliente ser acompanhado de forma contínua pela Equipe de Saúde da Família (ESF), quando esta encaminhar, após um primeiro tratamento, para os demais níveis de complexidade da atenção.

A efetiva oferta de serviços de urgência e até de 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; sistema de referência e contrarreferência; sistema de regulação do transporte e dos leitos de observação; sistemas de comuni-

¹ Sandra Lumer, médica intensivista, mestre em Saúde da Família, doutoranda em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde na UTAD/Portugal. E-mail: sandralumer@gmail.com

² Paulo Henrique de Almeida Rodrigues, Sociólogo, Mestre e Doutor em Saúde Pública pela UERJ, professor do curso de Mestrado em Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá.

Apoio financeiro: OPAS

cação 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 complexidade (casos clínicos que não demandam alta tecnologia para o seu controle e tratamento); primeiro atendimento, capaz de estabilizar o quadro de pacientes mais graves para transporte e ajudar a regular a porta de entrada dos serviços de emergência. Há uma série de normas e documentos legais recentes sobre a atenção de urgência no país, entre estas: Portarias GM/MS nº. 2.048/2002³ e nº. 1.863/2003⁴. Estas não estão ainda operacionalizadas e nem contêm definições precisas a respeito do papel de cada nível de complexidade em relação às urgências e, até mesmo, das emergências. Especialmente em relação ao papel do PSF, estas diretrizes são muito vagas, com várias lacunas, o que torna difícil sua implantação, como veremos adiante. Este artigo pretende contribuir para uma definição mais clara do papel da AP nos atendimentos de urgência e consequentemente da emergência no SUS.^{3,4}

MATERIAL E MÉTODOS

Como o tema escolhido ainda é pouco tratado e sistematizado pela literatura, o estudo foi de caráter exploratório e qualitativo.^{5,6} O desenvolvimento da pesquisa envolveu, portanto, a coleta de dados de fontes bibliográficas e documentais sobre o tema, principalmente, a análise crítica das normas legais vigentes sobre a atenção às urgências/emergências e ao PSF. A complexidade do assunto em relação às urgências no PSF tem sido objeto de portarias e resoluções de órgãos governamentais e das entidades de classe. O número de serviços que atendem a essas portarias ainda é muito reduzido, o que dificulta muito a observação do processo de atenção às urgências e até do relativo às emergências no Programa, o que fortalece a opção realizada pela análise bibliográfica e documental.

O trabalho envolveu, além dos procedimentos de análise citados, a experiência de um dos autores, de mais de 30 anos em serviços de urgências públicos e privados.

RESULTADOS

A ideia 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. Este contexto estimulou as reflexões sobre os problemas de saúde pública e influenciou as teorias sobre a organização dos sistemas de

saúde, principalmente, na Europa e nos Estados Unidos.⁷ 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 e o segundo sob autoria de Bertrand Dawson.⁸

O modelo flexneriano recomenda a excelência técnica, enquanto os aspectos preventivos e promocionais da saúde permanecem sem tanta ênfase, defendendo que a assistência médica primária deveria ter característica missionária para atuar principalmente em áreas rurais e a aprendizagem médica estar centrada no hospital.⁷ Os aspectos sociais foram muito negligenciados, pois para Flexner, “todos os problemas sociais poderiam ser resolvidos por meio de uma vacina”^{9,38}. Este modo de pensar estava apoiado na medicina europeia, 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, disponibilizam-se a consultas externas, a não ser quando existe interesse em internações de determinadas patologias específicas para estudos e pesquisas.⁷

Em contraste ao modelo flexneriano, o relatório de Dawson⁸ propunha a organização regional da saúde, como uma forma de direcionamento das ações de prevenção e terapêutica, chamando a atenção para a inter-relação entre a medicina e os problemas sociais. Em seu texto, Dawson distinguia três níveis de atenção à saúde: centros de saúde primários, secundários e hospitais escolas que deveriam estar interligados em rede, com distintas atribuições. Ele defendia enfaticamente, ainda, que a atenção primária deveria ter o papel mais importante no sistema, por representar o primeiro tipo de atenção a ter contato com as pessoas, por poder desenvolver ações preventivas e maior possibilidade de assegurar continuidade do cuidado.

A lógica orientadora dessa nova forma de organização da assistência enfatiza o trabalho em cima das necessidades da população com a consequente gestão da demanda. Supera, assim, a lógica da oferta que predomina no modelo hegemônico atual e sua consequente gestão da oferta. Ainda não se conseguiu implantar, no Brasil, estratégia que atue plenamente, em todos os níveis da atenção e por linhas de cuidado, de forma efetivamente integrada e contínua. Esta questão permanece ainda mais como um projeto do que como uma realidade. Verifica-se que os investimentos e intervenções que vêm sendo feitos ainda não são suficientes para suprir todas as necessidades da população.

Assim como Novaes⁷ e Dawson⁸, Duncan *et al.*¹⁰ 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 nas diretrizes constitucionais (artigo 198) - “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada”¹¹ - quanto entre os princípios do SUS¹²: integralidade de assistência; regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde. A nosso ver, o nível primário deve funcionar como o primeiro e o principal contato do Sistema com a população, ou como a principal porta de entrada, sendo a urgência outra porta necessária. É este o único nível do Sistema que pode estabelecer um vínculo permanente com os clientes e orientar o seu fluxo no mesmo, quando necessitam dos recursos dos demais níveis de complexidade.

A organização dos serviços na AP inclui uma gama de determinantes tais como: recursos humanos treinados, instalações, equipamentos, protocolos, financiamento, entre tantos outros que devem ser descentralizados e 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.^{2,7} Esta observação vai de encontro à realidade continental do país que apresenta municípios com posição geográfica de difícil acesso o que, em muitas vezes, inviabiliza um transporte rápido, como o preconizado para as situações desta natureza.

URGÊNCIA, CONCEITO E EVOLUÇÃO

Os conceitos de urgência e emergência são frequentemente confundidos não só pelo público leigo, mas também pelos profissionais envolvidos com o setor de saúde. Vários autores, como Martinez e Nitschke¹³, Giglio Jaquemot¹⁴, Paim¹⁵, apresentam definições sobre as urgências e as emergências. Nem todas as definições são claras o suficiente para permitir tomadas de decisão quanto à organização deste tipo de cuidado. As definições formuladas pelos autores mencionadas são, às vezes, vagas e pouco funcionais, além de dependerem da “constatação do médico”, como aponta a Resolução do CFM n.º. 1.451/9516 o que impõe ao conceito um elevado grau de subjetividade. Dessa 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 interpretação destes conceitos pode levar a uma grande possibilidade de equívocos. Afinal, seu entendimento 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, a partir dos quais todos poderão oferecer a atenção de forma igualitária e universal.

GESTÃO DA URGÊNCIA NA REDE SUS

A Lei Orgânica da Saúde¹² descreve o processo de descentralização como um princípio do SUS, além de enfatizar esta determinação como uma das competências da direção estadual do Sistema. Essa Lei retirou toda a responsabilidade concreta do estado sobre a gestão da rede e dos serviços e a passou para o município. Em contraste com a legislação da saúde, 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 01/0217 pode ser interpretada, neste sentido, como uma violação das normas constitucionais.¹⁸

No caso da organização dos serviços de urgências e emergências, são duas as Portarias que tratam do assunto: Portaria GM/MS n.º. 2.048/2002 e a Portaria GM/MS n.º. 2.657/2004. Ambas estabelecem atribuições e dão outras diretrizes para as centrais de regulação médica de urgências, no entanto não estabelecem, com precisão, de qual esfera de governo é a responsabilidade pela regulação. Ambas dizem que os sistemas estaduais devem ser regulados pelas centrais, mas que estas podem ter abrangências distintas “estadual, regional e/ou municipal”, micro ou macrorregional”.³ Nenhuma das duas estabelece a quem cabe a gestão das centrais e seria necessário dizer a qual ente da federação (Estado ou Município) deve caber a gestão das mesmas. Esta indefinição deixa margem a disputas ou à omissão de responsabilidades.

As urgências/emergências começaram a ganhar luz, na agenda política da saúde, com as Portarias citadas. Essas são marcos para a reflexão sobre este tipo de cuidado. Portanto, devem ser defendidas e aprofundadas, superando-se suas insuficiências, para se poder avançar na sua implantação plena. A gestão na saúde é um meio de oferecer efetividade aos seus serviços. A rede pública e privada está, há algum

tempo, utilizando-se, bem ou mal, destas práticas administrativas. Há tão somente a necessidade de se fazer uma releitura das mesmas em busca de melhores resultados.¹⁹⁻²¹

DISCUSSÃO

DISCUSSÃO DAS INSTRUÇÕES DO SUS PARA AS URGÊNCIAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Atenção primária e as urgências

A LOS¹² não contemplou as urgências especificamente em seu conteúdo, mas definiu as diretrizes e competências de cada nível de governo, para a organização da atenção à saúde. Seu conteúdo vem sendo suplementado por meio de normas operacionais e portarias ministeriais. Neste item, apresentamos uma análise sucinta de algumas normas, manuais, resoluções e portarias ministeriais das urgências em relação à AP.

A NOAS 01/0217 é uma das primeiras, nesta linha de documentos, a relacionar as urgências na AP, definindo suas responsabilidades e atividades. Apesar disso, propõe apenas o controle do Diabetes e da Hipertensão, através de um primeiro atendimento às crises e às complicações. Essas atividades não são descritas de forma clara, pois uma crise hipertensiva ou 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. Estas ações necessitam de um planejamento criterioso e de um suporte local adequado.

Embora não sejam previstos atendimentos de urgências nos programas de Saúde da Mulher e da Criança, estes podem e devem, no nosso entendimento, serem avaliados e tratados nestas situações. Em geral, agravos comuns na infância, como a asma leve e moderada, a diarreia aguda, a convulsão, a febre alta, a desidratação, em condições adequadas, podem ser resolvidos no espaço da atenção básica. Assim como também as urgências relacionadas à saúde da mulher: as crises de Tensão Pré-Menstrual (TPM), as disfunções uterinas, a dismenorreia 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.

A Norma define também um tempo de permanência de até 8 horas para “atendimento médico de urgência com observação” também chamada de média permanência. Este item reforça a ideia de que é possível organizar um PSF capaz de atender as demandas de urgências/emergências de seus clientes, através de uma estrutura física adequada,

recursos humanos capacitados, equipamentos e medicamentos capazes de atender a uma possível evolução crítica do quadro clínico inicial.

Com base nestes procedimentos, sugerimos algumas ações não previstas, porém, a nosso ver passíveis de oferecer uma efetiva resolubilidade. Para tanto, é interessante dividir os procedimentos médicos de urgência em clínicos, cirúrgicos e psiquiátricos. Alguns agravos clínicos ou cirúrgicos podem ser tratados de forma definitiva, tais como: controle da asma leve e moderada, hidratação nas diarreias e nos vômitos, analgesia na dor crônica e aguda, imobilização na luxação e entorses, suturas pequenas, entre outras. Todos esses agravos podem ser resolvidos de forma definitiva no nível da atenção primária e no PSF, portanto, com ressalvas para possíveis complicações que precisam ser encaminhadas a outro nível de complexidade. É o caso, principalmente, de agravos emergenciais, como Paradas Cardiorrespiratórias (PCR), Edema Agudo de Pulmão (EAP), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Cerebral (AVC), que são súbitas e imprevisíveis e não podem esperar por um suporte, sem uma intervenção médica imediata, para a manutenção da vida. As urgências psiquiátricas foram consideradas por sabermos que são de diagnósticos 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 co-morbidades, entre outros.

A orientação da NOAS, para procedimentos mínimos de atenção de urgência para a AP, cria vieses claros de responsabilidade deste nível, exigindo a organização da estrutura física, disponibilidade de equipamentos adequados e capacitação das equipes. Caso tais pré-condições não sejam atendidas, será muito difícil garantir bons resultados na atenção a esses eventos e à integralidade do cuidado.

A Portaria GM/MS nº. 2.048/023 estabelece, também, a responsabilidade da AP no acolhimento/atendimento das “urgências de baixa gravidade/complexidade” (capítulo III, parágrafo primeiro). Os casos agudos e crônicos agudizados, de naturezas clínicas, traumáticas e psiquiátricas devem ser atendidos neste primeiro nível da atenção em geral e, em particular, no PSF (capítulo III, parágrafo 1.1). Esses quadros agudos de responsabilidade da AP são citados genericamente, sem uma dimensão precisa. Isto pode levar o leitor a uma informação equivocada sobre quais doenças devem ser tratadas neste tipo de atenção e se estas estão incluídas nas urgências de baixa gravidade/complexidade como preconizado.

Ao tratar da capacitação dos recursos humanos, comenta sobre o impulso que o médico tem de referenciar

as urgências, sem sequer fazer uma avaliação prévia e a necessária estabilização do quadro, por insegurança e desconhecimento de como proceder (capítulo III, parágrafo 1.2). Embora 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.

Quando discorre sobre a estruturação dos recursos físicos, equipamentos e medicamentos (capítulo III, parágrafo 1.3) parecem estar tão somente orientando sobre a necessidade de se estruturar a área física, sem, contudo, estabelecer os critérios para que esta 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, ao citar a “insuficiência respiratória, parada cardiorrespiratória 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. 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 à Vida (situações de urgência). Essas inconsistências no texto da Portaria dificultam a organização das ações de urgência e o primeiro atendimento de emergência no nível primário de atenção.

Ao determinar sobre a estruturação de uma grade de referência, a Portaria GM/MS nº. 2.048/023 dispõe sobre a necessidade de “retaguarda pactuada” e “mediação pela Central de Regulação” (capítulo III, parágrafo 1.4). Não define claramente, porém, as responsabilidades e os critérios para o estabelecimento destas prioridades, e nem tampouco os mecanismos que devem ser utilizados para garantir um efetivo funcionamento deste serviço.

A responsabilidade da AP em relação às urgências também é contemplada na Portaria GM/MS nº. 1.863/034 que, em seu artigo terceiro, propõe 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. 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.

A Portaria GM/MS nº. 648/0622 estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da AP, entre outras, as atribuições dos profissionais das ESF (anexo I). Ela recomenda, aos médicos do PSF, realizarem “pequenas urgências clínico-cirúrgicas” (anexo I, p.13). Esta terminologia difere da utilizada pelas outras Portarias citadas (“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”. A recomendação proposta pode ser complementada com diretrizes e normas da gestão local. Como é o caso do PSF Rural de Marmeleiro, no Paraná, que acrescentou, à sua rotina de trabalho, o pronto atendimento médico nas urgências e emergências, entre outras providências.²³ Ao permitir adequar a proposta à gestão local, esta Portaria assegura maior autonomia ao processo, diferentemente das outras, 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.

Em 1995, o MS elaborou o manual de “Normas para projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde”²⁴, hoje reeditado pela ANVISA, como RDC nº. 50/2002, determinando os ambientes e suas instalações para as ações de todos os níveis de atenção, inclusive para a atenção básica (AP). O Manual propõe, entre outros procedimentos, a realização do atendimento de urgência, porém não contempla um ambiente para este tipo de atividade na Unidade Básica de Saúde.^{24:30}

O Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ), um ano após o Manual, lançou a Resolução CREMERJ nº. 100/1996²⁵ que 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, anterior a Portaria GM/MS nº. 2.048/2002³, já definia em seu escopo, a organização da atenção de urgências/emergências nas UBS, de forma técnica, completa e bastante clara. Critérios

técnicos bem definidos fazem toda a diferença quando se pretende organizar qualquer processo, principalmente na área da saúde. Ressalta-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 (parágrafo único, anexo1).

O Manual de Estrutura Física das UBS²⁶ é o documento mais recente sobre a normatização da estrutura física das UBS, em conformidade com a RDC n.º 50/0224. Este orienta os gestores municipais na elaboração de projetos para reforma ou mesmo ampliação das UBS, para o PSF, mas não padroniza as estruturas físicas que devem observar a regulamentação própria dos Estados e Municípios. Determina o atendimento em urgências básicas e o encaminhamento adequado das urgências, emergências e de casos de maior complexidade (p.17). Indica os ambientes internos, os mobiliários, equipamentos e instrumentais necessários para uma UBS que prevê o trabalho de uma ESF (itens VII e VIII). Embora determine as atividades de urgência/emergência, nenhum espaço ou qualquer mobiliário, equipamento e/ou instrumento são referidos para a viabilização desse tipo de atividade. Poucos serviços no Brasil integraram as urgências a AP como fizeram Campinas, com algumas unidades implantadas, e a Escola de Saúde Pública de Belo Horizonte, com a elaboração de protocolos clínicos de urgências para as UBS. Estas ações, apesar de pontuais, constituem um grande avanço para as urgências/emergências nas UBS, pois legitimam esses procedimentos e servem de exemplo para outras regiões do país.

CONCLUSÃO

Com base na análise das normas brasileiras, é possível concluir que, embora as mesmas 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 às urgências, em particular, continua confuso nas normas federais, embora alguns gestores municipais, Campinas e Belo Horizonte, por exemplo, tenham estabelecido normas locais mais adequadas.

Como visto no estudo, as normas brasileiras não estão ainda claramente definidas, apresentando lacunas e várias contradições, 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 ideias soltas. 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 n.º 2.048/023, embora de forma incompleta e confusa, e ausente no Manual de Estrutura Física para UBS.²⁶

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. As condições necessárias para a gestão das urgências/emergências não estão estabelecidas de forma completa, deixando vaga de quem é a responsabilidade principal, se 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.

O desenvolvimento e a correta definição do papel da SF na atenção às urgências 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, Diabetes, Hipertensão Arterial, Asma e suas complicações, que são normalmente responsáveis por diversos quadros agudos.

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 é termos a consciência da importância e urgência no gerenciamento e tratamento destas questões, para promovermos a mudança.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. [Citado 2007 fev. 20]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>.
2. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002. 726p.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Portaria GM/MS n.º 2.048, de 5 de Nov. de 2002. Brasília: MS; 2002.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 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. Brasília: MS; 2003.

5. Gil A.C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 1996. 208p.
6. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1987. 252p.
7. Novaes HM. Ações integradas nos sistemas locais de saúde SILOS: análise, conceitual e apreciação de programas selecionados na América Latina. São Paulo: Pioneira; 1990.
8. Dawson B. Informe Dawson: informe provisional presentado al Ministerio de Salud de Gran Bretaña en 1920 por El Consejo Consultivo de Servicios Médicos y Afines. Washington: Organización Panamericana de Saúde; 1964.
9. Berlinguer G, Teixeira SF, Campos GWS. Reforma Sanitária: Itália e Brasil. São Paulo: Hucitec; 1998.
10. Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. Medicina ambulatorial; condutas clínicas em atenção primária. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2004. 1600p.
11. Brasil. Constituição de 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988. 292p.
12. Brasil. Senado Federal. Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Senado Federal; 1990.
13. Martinez A, Nitschke MCAS. Regulação Médica de Urgências e de transferências Inter-Hospitalares de Pacientes Graves. Brasil/França: Rede Brasileira de Cooperação em Emergências; 2000.
14. Giglio-Jaquemot A. Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005. 144p.
15. Paim JS. Organização da atenção à saúde para a urgência/emergência. Salvador: Centro Editorial e Didático da UFBA; 1994. Faculdade de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva. Saúde coletiva: textos didáticos.
16. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº. 1.451/1995. Estabelece as normas mínimas para o estabelecimento de Saúde e de Pronto Socorro. Brasília: CFM; 1995.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional de Assistência à Saúde/SUS - NOAS 01/2002. Portaria GM/MS nº. 373, de 27 de fevereiro de 2002, e regulamentação complementar. Brasília: MS; 2002.
18. Rodrigues PH, Soares I. Saúde e Cidadania: uma visão histórica e comparada do SUS. São Paulo: Atheneu; 2009. 176p.
19. São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Plano de Atenção Integral às Urgências do Município de Campinas. [Citado 2007 ago. 23]. Disponível em: www.campinas.sp.gov.br/.
20. Castro AJR. Protocolos clínicos para unidades básicas de saúde. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública; 2006. 240 p.
21. Pestana M, Mendes EV. Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. Belo Horizonte: Secretaria de Saúde; 2004. 80p.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria GM/MS nº. 648, de 28 de março de 2006. Brasília: MS; 2006.
23. Paraná. PSF Rural da Cidade de Marmeleiro no Paraná. [Citado 2007 ago. 20]. Disponível em: <http://www.portalsaudefsf.com.br/manual.htm>.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Departamento de Normas Técnicas. Normas para projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília: MS; 1995.
25. Brasil. Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro. Resolução nº. 100, 1996. Normas Mínimas para o Atendimento de Urgências e Emergências no Estado do Rio de Janeiro. Brasília: CREMERJ; 1996.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde: Saúde da Família. 2006. [Citado 2007 ago. 20]. Disponível em: www.saude.gov.br/bvs.

Recebido: fevereiro de 2010
Aprovado: dezembro de 2010
