

REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA MACRORREGIÃO NORTE DE MINAS GERAIS

ESTUDO DE CASO

Navegador SUS

Série Técnica Redes Integradas de Atenção à Saúde



**Organização
Pan-Americana
da Saúde**



Escritório Regional para as Américas da
Organização Mundial da Saúde



SAÚDE

Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde
Ministério da Saúde
Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais

REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA MACRORREGIÃO NORTE DE MINAS GERAIS

Estudo de caso

NAVEGADORSUS. Série técnica para os gestores do SUS
sobre redes integradas de atenção à saúde baseadas na APS, n. 5.

Brasília-DF

2011

© 2011 Organização Pan-Americana da Saúde – Representação Brasil

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total dessa obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Tiragem: 1.ª edição – 2011 – 1000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – REPRESENTAÇÃO BRASIL

Gerência de Sistemas de Saúde / Unidade Técnica de Serviços de Saúde

Setor de Embaixadas Norte, Lote 19

CEP: 70800-400 Brasília/DF – Brasil

<http://www.paho.org/bra/apsredes>

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

Cidade Administrativa

Rodovia Prefeito Américo Gianetti, s/nº. Serra Verde. 12ª andar. Ala: ímpar

CEP: 31.630-900 - Prédio Minas.

Elaboração:

Antônio Jorge de Souza Marques

Revisão Técnica:

Renato Tasca, Elisandrea S. Kemper, Gisele Bicalho e Welfane Cordeiro.

Capa e Projeto Gráfico:

All Type Assessoria editorial Ltda.

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Marques, Antônio Jorge de Souza

Rede de Atenção à Urgência e Emergência: Estudo de Caso na Macrorregião Norte de Minas Gerais. / Antônio Jorge de Souza Marques. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

42 p.: il

ISBN:

1. Gestão em saúde 2. Atenção à saúde 3. Redes de Atenção à Saúde 4. Rede de Urgência e Emergência. Sistema Único de Saúde I. Organização Pan-Americana da Saúde. II. Título.

NLM: W 84



SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	5
INTRODUÇÃO	7
1. CONTEXTO NACIONAL – A POLÍTICA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	8
2. CENÁRIO SOCIOECONÔMICO DEMOGRÁFICO DA MACRORREGIÃO NORTE DE MINAS GERAIS	9
3. SITUAÇÃO DE SAÚDE	14
4. MARCO DE REFERÊNCIA	19
5. A REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS EM MINAS GERAIS – U/E.....	22
5.1. OS PONTOS DE ATENÇÃO	27
5.2. ESTRUTURA DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DA MACRORREGIÃO NORTE	32
6. RESULTADOS PRELIMINARES E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
6.1. ATRIBUTOS DA REDE.....	35
6.2. USO DO PROTOCOLO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	37
6.3. DADOS RELATIVOS AOS ATENDIMENTOS	39
REFERÊNCIAS.....	41

APRESENTAÇÃO

A OPAS/OMS no Brasil em parceria com a Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais lança mais uma publicação da Série Técnica NavegadorSUS, desta vez trazendo uma inovação no seu conteúdo. Trata-se de um relato do Estudo de Caso da Rede de Urgência e Emergência implantada na Região Norte do Estado de Minas Gerais.

O estado de Minas Gerais vem conduzindo um processo de implementação de importantes mudanças nas políticas públicas no Estado, transformando as ações e programas em referência para o Brasil e para o mundo. No setor saúde há um esforço em ampliar o acesso e a qualidade dos serviços, baseados nas diretrizes de um projeto maior chamado Choque de Gestão.

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências vem trazendo resultados importantes para a saúde da população. Destaca-se a experiência pioneira da Rede de Urgência e Emergência do Norte de Minas – a pretensão é ser estendida a todas as regiões do Estado - que já reduz cerca de mil mortes por ano em eventos de urgência na região, além minimizar os custos.

A OPAS/OMS Brasil acredita que a melhor resposta em saúde ao quadro epidemiológico e demográfico da população brasileira seja um sistema de saúde integrado, organizado por meio das Redes de Atenção à Saúde, baseado em uma forte e resolutiva Atenção Primária à Saúde. Para que ocorra a implantação das Redes de Atenção são necessárias mudanças radicais no modelo de atenção ancorado pela APS.

Além do requisito de uma forte APS, cabe destacar o papel da gestão estadual na condução desse processo, intervindo e mobilizando os municípios do seu Estado para a organização das redes dentro de um processo de regionalização e com sistema de governança único para toda rede.

Diante do exposto e no seu papel de Cooperação Técnica com o Brasil e de gestão do conhecimento e produção de evidência de boa gestão, a OPAS/OMS Brasil apresenta o Estudo de Caso da Rede de Atenção às Urgências e Emergências da Região Norte do Estado de Minas Gerais, como uma experiência bem-sucedida e que vem apresentando resultados positivos e impactantes na saúde da população.

Este é mais um volume da Série Técnica NavegadorSUS, que traz o compromisso de discutir e apresentar experiências inovadoras e bem sucedidas em temas desafiadores à implantação de Redes de Atenção e APS no SUS.

Convidamos o leitor a acessar a experiência de Minas Gerais relatada nessa publicação, que serve de estímulo ao gestor comprometido em produzir os melhores resultados em saúde e a melhoria da qualidade de vida da população.

Diego Victoria
Representante OPAS/OMS no Brasil

INTRODUÇÃO

As ações de Urgência e Emergência e suas deficiências apresentam-se para a sociedade como a ponta mais visível do sistema de saúde em todo o mundo. No Brasil, prevalece uma organização atomizada, fragmentada e inadequada para o enfrentamento do quadro epidemiológico, onde predominam condições crônicas com alta frequência de agudizações.

Para Mendes¹, a transição demográfica e epidemiológica resultante do envelhecimento e do aumento da expectativa de vida significa crescente incremento relativo das condições crônicas. A crise contemporânea dos sistemas de saúde caracteriza-se pela organização da atenção em sistemas voltados às condições agudas, apesar da prevalência de condições crônicas. O autor destaca ainda a estrutura hierárquica, sem comunicação fluida entre os diferentes níveis de atenção, como um fator que favorece a precariedade na assistência.

Há evidências que apontam a organização dos serviços por meio de redes integradas como uma forma adequada de resposta à Urgência e Emergência. Em um país como o Brasil, a organização de redes de atenção nas urgências e emergências tem também grande vantagem econômica e de redução do tempo de resposta.

As redes integradas de saúde são definidas como uma rede de organizações que oferta, ou procura fazer arranjos para ofertar, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida, e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve².

A partir do planejamento estratégico no Estado de Minas Gerais, definiu-se a viabilização das redes temáticas, sendo que, no ano de 2008, iniciou a implantação da primeira rede integrada de atenção a Urgência e Emergência na Macrorregião Norte do Estado. O curto período de funcionamento dessa experiência inovadora já nos permite evidenciar a robustez dos resultados inaugurais.

O presente estudo relata a experiência de implantação dessa rede de atenção a Urgência e Emergência na macrorregião citada. Será demonstrado o porquê da opção da organização da atenção por meio de uma rede integrada, destacando-se o cenário epidemiológico da região. Os dados foram obtidos por meio da análise dos seguintes relatórios: Relatório Estatístico do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) da Macrorregião Norte/MG; Relatório sobre a Variação da Mortalidade na Macrorregião Norte; e Relatório Preliminar da Classificação de Risco nas Portas de Urgência dos Hospitais, elaborados pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Sendo assim, define-se este estudo como exploratório, retrospectivo e de levantamento documental.

O texto se organiza da seguinte forma:

- I. Contexto Nacional – a Política de Urgência e Emergência.
- II. Cenário socioeconômico demográfico da Macrorregião Norte de Minas.
- III. Situação de Saúde.
- IV. Marco referencial.
- V. A rede de Atenção às Urgências e Emergências em Minas Gerais – U/E.
- VI. Resultados preliminares e considerações finais.

1. CONTEXTO NACIONAL – A POLÍTICA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

A Política Nacional de Atenção às Urgências teve como marco inicial a Portaria GM nº 1.863, de 29 de setembro 2003, proposta como meio de responder a situação do quadro brasileiro de morbimortalidade relativo a todas as urgências, inclusive as relacionadas ao trauma e à violência, contempladas no Anexo da Portaria MS/GM nº 737, de 16 de maio de 2001 – Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.

Dada a relevância pública, a política nacional estabelece normas para a organização dos serviços públicos e privados de atenção às urgências, conforme preceituam o art. 197 da Constituição Federal e os arts. 1º e 15 da Lei nº 8.080,

de 19 de setembro de 1990. Os objetivos da Política Nacional são: a) implantar e implementar o processo de regulação da atenção às urgências, a partir de Centrais de Regulação Médica, que integram o Complexo Regulador da Atenção, conforme previsto na Portaria SAS/MS nº 356, de 22 de setembro de 2000, e NOAS-SUS³ 01/2002; b) estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada de cuidados integrais às urgências, de qualquer complexidade ou gravidade, desconcentrando a atenção efetuada exclusivamente pelos prontos-socorros; c) garantir a adequada referência regulada para os pacientes que, tendo recebido atendimento inicial, em qualquer nível do sistema, necessitem de acesso aos meios adicionais de atenção; d) adequar a dinâmica da captação de órgãos às necessidades de transplante da população brasileira.

A atenção às urgências vem se apresentando como pauta principal no governo federal e em muitos estados de nosso país, sendo necessária a articulação das três esferas de governo, bem como a garantia do financiamento para que seja efetivada, minimizando, assim, o grave quadro atual. A política preconiza que a atenção às Urgências deve fluir em todos os níveis do SUS, organizando a assistência desde as Unidades Básicas, Equipes de Saúde da Família até os cuidados pós-hospitalares, recuperação e reabilitação.

2. CENÁRIO SOCIOECONÔMICO DEMOGRÁFICO DA MACRORREGIÃO NORTE DE MINAS GERAIS

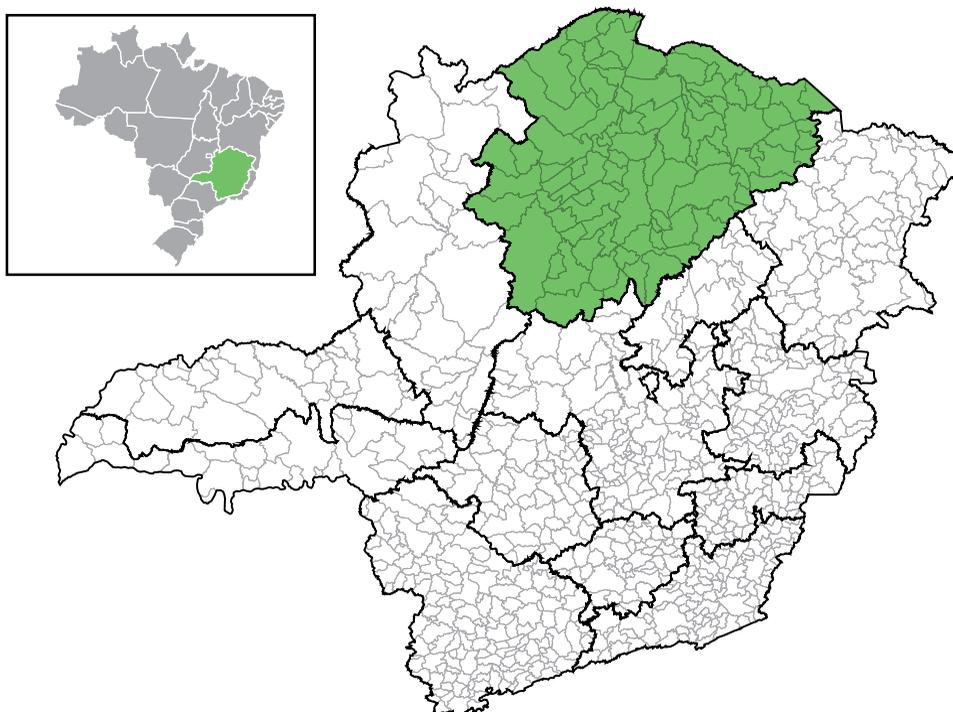
Minas Gerais é uma das 27 unidades federativas do Brasil, sendo a quarta maior em extensão territorial, com 586.528 km², o que equivale à área da França. Localiza-se na Região Sudeste e limita-se a sul e sudoeste com São Paulo, a oeste com Mato Grosso do Sul, a noroeste com Goiás, a leste com Espírito Santo, a sudeste com Rio de Janeiro e a norte e nordeste com a Bahia. O estado é o segundo mais populoso do Brasil, com pouco mais de 20 milhões de habitantes. Sua capital é a cidade de Belo Horizonte, que reúne em sua região metropolitana cerca de cinco milhões de habitantes⁴.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE* dividiu o estado em 12 mesorregiões que congregam municípios de uma área geográfica com similaridades econômicas e sociais. Sendo estas: Campo das Vertentes; Central Mineira; Jequitinhonha; Metropolitana de Belo Horizonte; Noroeste de Minas; Norte de Minas; Oeste de Minas; Sul e Sudoeste de Minas; Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba; Vale do Mucuri; Vale do Rio Doce; Zona da Mata⁴.

O Norte de Minas (Figura 1), região que nos deteremos nesse estudo, é a maior das mesorregiões e abrange 88 municípios⁴, ocupando uma área de aproximadamente 128 mil km², abrigando cerca de 1,5 milhão de habitantes, segundo estimativa do IBGE no ano de 2005, sendo maior que os estados de Santa Catarina ou Pernambuco. Possui características similares às da Região Nordeste do Brasil. O clima é quente, beirando o semi-árido, formado por Planalto Atlântico. A economia é baseada na pecuária e extrativismo vegetal.

* A mesorregião é utilizada para fins estatísticos e não constitui, portanto, uma entidade política ou administrativa.

Figura 1. Macrorregião Norte



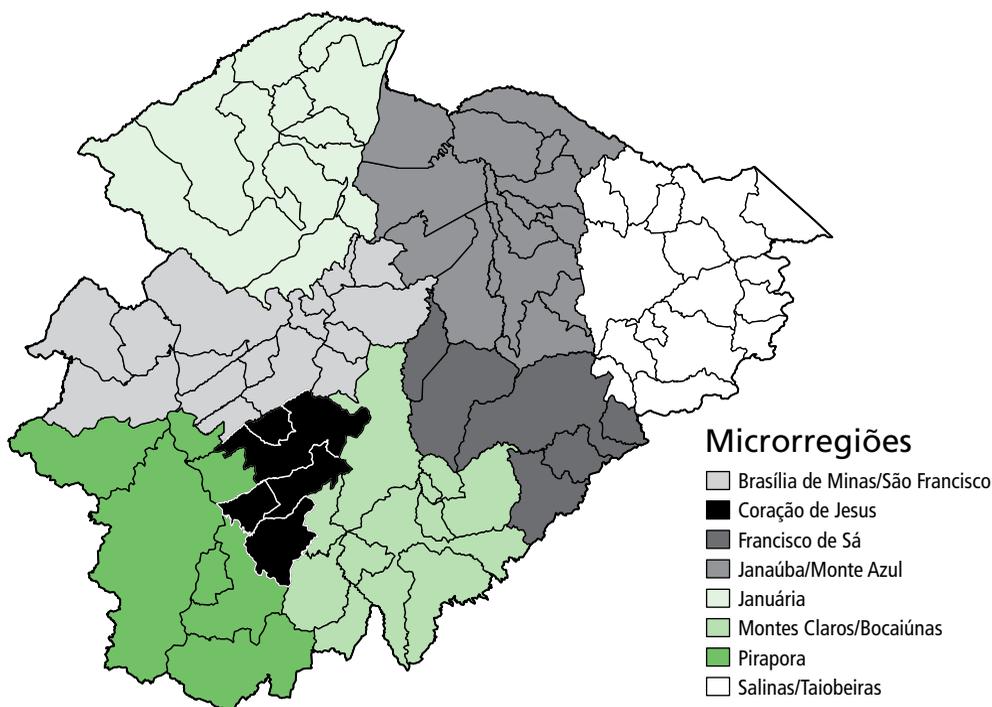
Diante desse contexto sócio, econômico e demográfico, a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais – SES/MG, partindo de um dos princípios organizativos do SUS, a *regionalização*, agrupou os municípios do estado em macro e microrregiões com o objetivo de melhor garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações necessárias à resolução de seus problemas de saúde, assegurando a otimização dos recursos disponíveis, garantindo a hierarquização do sistema, cujo objetivo principal é resolver a maior parte dos agravos no nível primário de atenção.

Denominado como Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Estado de Minas Gerais adota, desde 2002, divisão territorial específica visando à melhor resposta sanitária a determinadas situações de saúde, contendo assim 75 Microrregiões e 13 Macrorregiões. As microrregiões têm como característica desejada a autossuficiência em situações de média complexidade na área de saúde, para tanto se

atribuiu a escala populacional mínima de 100.000 habitantes e a distância máxima ao polo microrregional de 60 minutos em estrada pavimentada deslocando-se a 60 km/h. As macrorregiões, em tese, devem ter autossuficiência em grande parte da alta complexidade e por isso se estabeleceu uma escala populacional mínima de 500.000 habitantes na referência territorial.

A Macrorregião Norte, objeto deste trabalho, é composta por 8 microrregiões de saúde, como pode ser observado na Figura 2.

Figura 2. Microrregiões de Saúde



A região apresenta forte desigualdade social e baixa densidade demográfica, 11,9 Hab/ km². As distâncias entre municípios são superiores a 500 km e há extensas áreas rurais com concentração populacional alta, comparada a outras regiões do Estado de Minas Gerais.

O município de Montes Claros desempenha função de município polo macrorregional, e outros 11 municípios são polos microrregionais (Brasília de Minas, Bocaiúva, Taiobeiras, Januária, Janaúba, Salinas, Monte Azul, Coração de Jesus, Pirapora, São Francisco e Francisco Sá).

Existem, nessa região, 208 estabelecimentos de saúde credenciados no SUS⁵, com mais de 2.500 leitos hospitalares distribuídos em 40 hospitais. Importante destacar que mais da metade dos leitos estão concentrados em estabelecimentos de pequeno porte que apresentam baixa densidade tecnológica, baixa capacitação institucional, por consequência, precária capacidade resolutiva.

Por outro lado, algumas cidades-polo microrregionais apresentam serviços de suporte com capacidade instalada robusta, e podem ser consideradas importantes polos de atendimento, entre elas, Brasília de Minas, Janaúba, Pirapora e Salinas. Observamos assim que, do total dos 86 municípios, a capacidade instalada de serviços de saúde e recursos humanos especializados ficam concentrados em menos de cinco municípios.

Os municípios citados apresentam proximidade a entroncamentos rodoviários importantes, sendo o segundo entroncamento viário do estado, porém a maioria das estradas ainda encontra-se sem asfaltamento, o que dificulta, devido às longas distâncias, o deslocamento intermunicipal, gerando importante grau de complexidade no componente logístico de serviço.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IBGE, 2005) do estado de Minas Gerais é de 0,800, colocando-o na 10ª posição em relação aos 27 estados de nosso país. A Macrorregião Norte diferencia-se do restante do estado, apresentando o indicador próximo ao dos estados mais pobres do Nordeste do Brasil como, por exemplo, Alagoas, onde o índice é de 0,677. A média da macrorregião é de 0,691⁶.

Dado a enorme dimensão territorial e as vicissitudes sociodemográficas, com vigência de baixo índice de desenvolvimento humano, impõem-se aos agentes públicos grandes desafios na implantação de políticas setoriais, sendo

fundamental para a equalização de todas essas desigualdades regionais que os processos políticos decisórios considerem como diretriz fundamental o princípio da equidade.

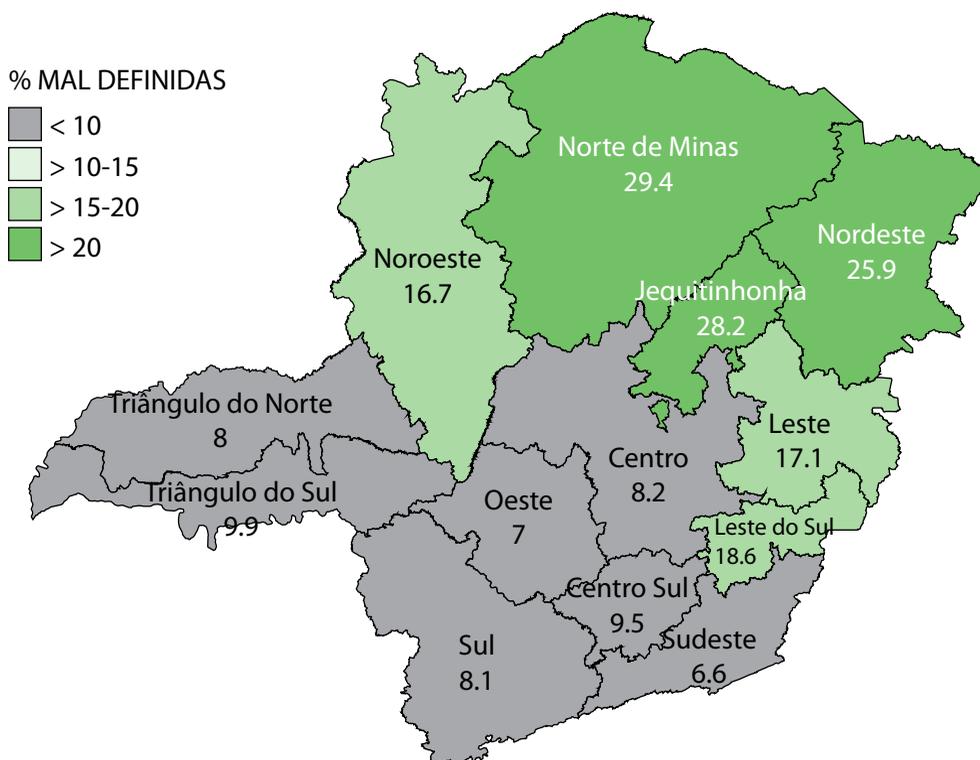
3. SITUAÇÃO DE SAÚDE

A seguir são apresentados dados relativos ao cenário epidemiológico, a partir dos quais se pretende descrever a situação de saúde no Estado, e justificar a implantação da rede de atenção a Urgência e Emergência na Macrorregião Norte. Esses dados foram extraídos do Estudo de Carga de Doenças para Minas Gerais, desenvolvido pela Subsecretaria de Vigilância em Saúde/ Superintendência de Epidemiologia juntamente com a Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/ Fiocruz, que mede o impacto da morbimortalidade, por meio do indicador de Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade (*Disability Adjusted Life Years – DALY*). Este engloba tanto os Anos de Vida Perdidos por Morte Prematura (*Years of Life Lost – YLL*), quanto os Anos de Vida Vividos com Incapacidade (*Years Lived With Disability – YLD*).

Neste estudo, são indicados os dados referentes aos Anos de Vida Perdidos por Morte Prematura (YLL), expressos por meio de números absolutos, proporção e taxas, estratificados por sexo, faixa etária, doenças e/ou condições. Sendo as últimas agregadas em três grandes grupos de eventos: **Grupo I** – Doenças infecciosas e parasitárias, causas maternas e perinatais, e deficiências nutricionais; **Grupo II** – Doenças Não Transmissíveis; **Grupo III** – Causas externas de lesões e ferimentos, seguindo a proposta de Murray e Lopez⁷.

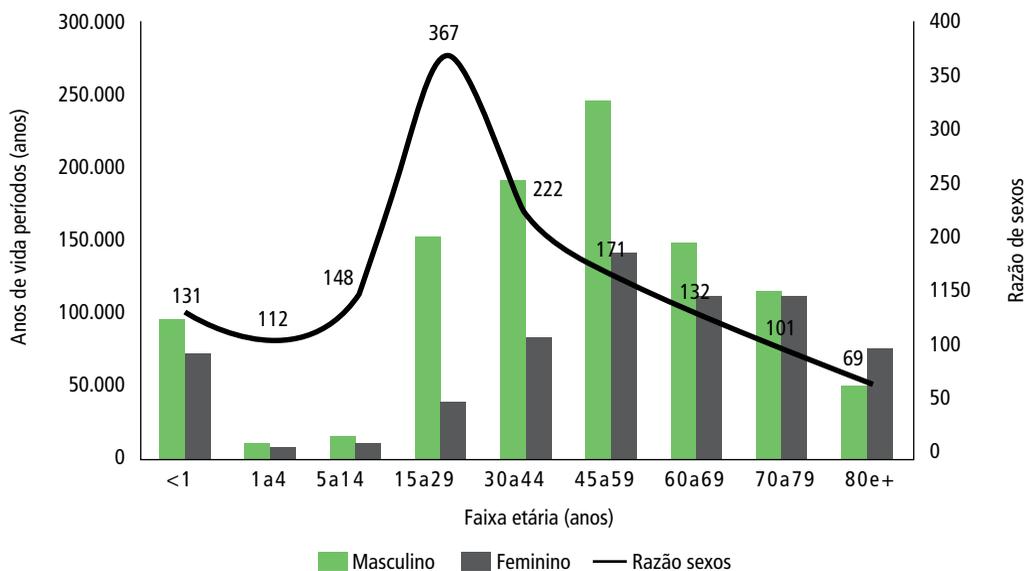
Ainda com relação ao cenário epidemiológico, enfatiza-se que as causas mal definidas são um importante indicador da qualidade da informação, e mede indiretamente o acesso e a qualidade da assistência dos serviços de saúde prestados. No Estado de Minas Gerais, conforme indica a Figura 3, as causas mal definidas representaram 11,9% dos óbitos ocorridos no triênio considerado (2004 – 2006). As macrorregiões Norte de Minas (29,4%), Jequitinhonha (28,2%) e Nordeste (25,9%) apresentaram as maiores proporções de morte mal definidas.

Figura 3. Proporção de causas mal definidas por Macrorregião



Para o triênio analisado (2004-2006), o Estado perdeu cerca de 1.715.857 anos de vida por morte prematura, sendo que 1.039.898 anos (61%) foram perdidos pelo sexo masculino ($P < 0,01$). De acordo com a figura que se segue (Figura 4), essa sobremortalidade, precoce no sexo masculino, persistiu em todas as faixas etárias analisadas, com exceção dos idosos acima de 80 anos, cujos óbitos precoces foram maiores no sexo feminino quando comparado ao sexo masculino.

Figura 4. Anos de Vida Perdidos por Morte Prematura e Razão de Sexos



Na faixa etária entre 15 e 59 anos, há maior razão de sexos dos anos perdidos, cujos valores alcançaram 367 óbitos masculinos para 100 óbitos femininos. Destaca-se também um índice alto de anos perdidos para crianças menores de 01 ano, que pode ser explicado pela magnitude e/ou precocidade dos eventos nessa faixa etária (Figura 4).

Em relação aos anos de vida perdidos por morte prematura em termos de grandes grupos, observa-se um comportamento similar, para ambos os sexos, na proporção de anos perdidos devido aos eventos relacionados aos Grupos I (Doenças infecciosas e parasitárias, causas maternas e perinatais e deficiências nutricionais) e II (Doenças Não Transmissíveis). Cabe ressaltar que os eventos relacionados ao Grupo I são mais prevalentes em crianças e adolescentes, enquanto que os eventos do Grupo II são mais prevalentes nos adultos e idosos. Especificamente para o Grupo III (Causas externas de lesões e ferimentos), em todas as faixas etárias, a ocorrência de morte prematura foi maior no sexo masculino quando comparado ao sexo feminino, com exceção dos idosos acima de 80 anos.

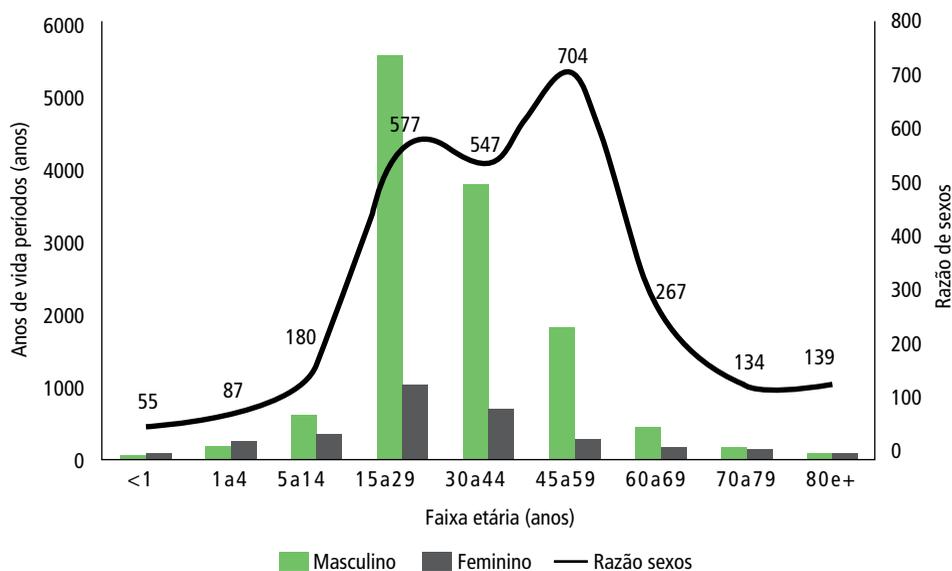
Outro dado importante refere-se aos anos de vida perdidos por macrorregião. Há, no Estado, maior risco de morrer precocemente na Macrorregião Nordeste, seguido por Jequitinhonha e Norte de Minas. Para todas as macrorregiões do Estado, os maiores riscos de morte precoce foram decorrentes das doenças não transmissíveis. Além disso, chama atenção os altos valores de taxa de YLL, nessas macrorregiões, decorrentes das doenças e/ou condições do Grupo I, caracterizando o modelo polarizado de transição epidemiológica^{8,9}.

Por fim, as doenças e/ou condições que corresponderam, aproximadamente a 50% dos anos de vida perdidos por morte prematura, no triênio de 2004 a 2006, para ambos os sexos, são as doenças isquêmicas do coração, doenças cerebrovasculares, agressões, acidentes de trânsito, infecções das vias aéreas inferiores, doenças hipertensivas, *diabetes mellitus*, asfixia e traumatismo ao nascer, cirrose hepática e doenças inflamatórias, respectivamente.

Em relação à Macrorregião Norte, o número de anos perdidos foi de 149.717 anos devido à morte prematura, também no triênio 2004 – 2006, sendo que, assim como apontam os dados relativos a todo o Estado, 59,0% foram decorrentes das mortes ocorridas no sexo masculino. Cabe ressaltar que os anos de vida perdidos pela macrorregião correspondem a 8,7% de todos anos de vida perdidos no Estado de Minas Gerais. Com exceção das faixas etárias de 1 a 4 anos e mais de 80 anos, em todas as demais, observa-se que os homens morrem mais precocemente que as mulheres ($P < 0,001$). Essa diferença é ressaltada na faixa etária de 15 a 29 anos de idade, cuja razão de sexos foi de 258 anos de vida perdidos no homem para cada 100 anos perdidos na mulher.

Em relação aos grandes grupos de eventos, nota-se uma redução dos eventos do Grupo I, em relação aos dados gerais, à medida que a idade avança. O comportamento oposto pode ser observado nos eventos relacionados ao Grupo II. Para os eventos do Grupo III, observa-se que, em ambos os sexos, há uma concentração dos anos perdidos na faixa etária entre 15 e 59 anos. Chama atenção a diferença entre os anos perdidos no sexo masculino em relação ao feminino, que na faixa etária entre 45 a 59 chegou a valores de 704 anos perdidos nos homens para cada 100 anos perdidos nas mulheres.

Figura 5. Anos de vida perdidos, segundo grandes grupos



As doenças e/ou condições que corresponderam aproximadamente a 50% dos anos de vida perdidos, para ambos os sexos, foram: doença cerebrovascular, doença isquêmica do coração, asfixia e trauma ao nascer, cirrose hepática, doença de Chagas, infecção de vias aéreas inferiores, agressões, doença inflamatória do coração e diabetes *mellitus*.

Considerando o sexo masculino, observou-se que as agressões e os acidentes de trânsito ocuparam o 3º e 7º lugar dentre todas as causas de morte prematura. Entre a faixa etária de 5 a 44 anos, os acidentes de trânsito e as agressões sempre apareceram entre as cinco primeiras causas de perda de anos de vida. Especificamente para a faixa etária de 15 a 29 anos de idade, as agressões, os acidentes de trânsito, as outras causas externas não intencionais, as lesões autoprovocadas voluntariamente (suicídio) e os afogamentos apareceram em 1º, 2º, 3º, 4º e 5º lugares, respectivamente, no total de anos de vida perdidos.

O cenário descrito aponta a necessidade de formulação de macropolíticas, que visem a redução das doenças e agravos não transmissíveis, uma vez que

são responsáveis por grande parte dos anos de vida perdidos devido à morte prematura no Estado de Minas e na Macrorregião Norte. Nesta última, ainda persiste o desafio de reduzir, juntamente com os demais eventos, aqueles relacionados às condições maternas e perinatais, deficiências nutricionais e doenças infectoparasitárias. Além disso, políticas específicas focadas no enfrentamento dos agravos na população masculina situada na faixa etária entre 5 a 29 anos se fazem necessárias e urgentes, uma vez que nessa faixa concentram grande parte dos anos de vida perdidos por morte prematura.

4. MARCO DE REFERÊNCIA

O marco de referência está contido no documento sobre Redes Integradas de Serviços de Saúde baseadas na atenção primária à saúde que foi oficializado na 61ª Sessão do Comitê Regional da Organização Pan-Americana da Saúde, realizada em Washington em 28 de setembro a 2 de outubro de 2009¹⁰.

O documento se justifica porque os sistemas de saúde nas Américas se caracterizam por uma grande fragmentação que leva a dificuldades de acesso aos serviços, baixa qualidade técnica, ineficiência na utilização dos recursos disponíveis, aumento dos custos e baixa satisfação dos usuários.

A situação de saúde caracteriza-se pelo envelhecimento da população e pelos estilos de vida não saudáveis que aumentam as enfermidades crônicas e as comorbidades, pressionando a demanda por serviços. Por outro lado, o aumento das expectativas e maior participação dos usuários exigem que os serviços sejam customizados segundo as preferências individuais ou de grupos. Do lado da oferta, as inovações tecnológicas colocam a necessidade de adaptar os modelos de atenção, ao mesmo tempo em que criam facilidades para a cooperação entre distintos prestadores de serviços¹¹.

As reformas do setor saúde dos anos oitenta e noventa propuseram respostas sociais dos sistemas de saúde padronizadas e centradas nas mudanças financeiras e de gestão, na desregulamentação do mercado de trabalho, na descentralização

e na promoção da competição, temáticas que não alcançaram a superação dos problemas dos sistemas de saúde; ao contrário, contribuíram para aumentar a fragmentação dos serviços de saúde.

Essas reflexões levaram, nos últimos anos, a uma tendência de abandonar a competição e introduzir políticas que favoreçam a colaboração entre os prestadores de serviços como uma forma de melhorar a eficiência do sistema e garantir a continuidade da atenção. Não obstante os esforços realizados, os mecanismos e incentivos para promover a integração clínica e o estabelecimento de redes integradas são, ainda, insuficientes e devem pautar as ações futuras de desenvolvimento do setor saúde.

Os diagnósticos realizados pela Organização Pan-Americana da Saúde¹⁰ em diversos países mostraram uma situação de fragmentação definida por diferentes variáveis: falta de acesso aos serviços; perda da continuidade da atenção; falta de coerência entre os serviços e as necessidades de saúde das populações; demanda reprimida; referências tardias; necessidade de visitar múltiplos pontos de atenção à saúde para solucionar um único episódio de doença; ausência de fonte regular de serviços; repetições desnecessárias de história clínica e de exames complementares; desobediência às preferências e valores das pessoas usuárias; falta de coordenação entre os diversos níveis de atenção; duplicação de serviços e de infraestrutura; ociosidade da capacidade instalada; derivação excessiva para a atenção hospitalar; baixa capacidade de resolução da atenção primária à saúde; uso dos serviços de urgência para ter acesso à atenção especializada; e internações hospitalares sociais.

Por outro lado, observaram-se, na Região, várias experiências exitosas de implantação de redes integradas de serviços de saúde, em especial, em países como Brasil, Chile, Costa Rica e Cuba, outros países da América Latina e Caribe, bem como algumas experiências nos Estados Unidos e no Canadá.

As redes de atenção à saúde são propostas, em coerência com o conteúdo da Declaração do Milênio das Nações Unidas e com o desenvolvimento dos sistemas de saúde baseados na atenção primária à saúde, com os seguintes objetivos:

incrementar a equidade no acesso aos serviços de saúde; promover a cobertura e acesso universal; construir uma atenção primária forte com os atributos do primeiro contato, atenção integral, orientação familiar e comunitária; satisfação das necessidades de saúde dos indivíduos; atenção à saúde apropriada; organização e gestão ótimas; e ação intersetorial.

A rede de atenção à saúde é definida, no documento Resolução CD49.R22 da OPAS , como “uma rede de organizações que presta, ou faz arranjos para prestar, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve.

Devido à ampla gama de contextos nos países, não é possível prescrever um modelo organizacional único para as redes integradas de serviços de saúde. Por isso, o objetivo das políticas públicas deve ser propor um desenho que satisfaça as necessidades organizacionais de cada sistema. Contudo, evidências providas de estudos de experimentos concretos e de consultas feitas com os países da Região indicam que essas redes devem ter os seguintes 14 atributos essenciais para seu funcionamento adequado:

1. população e território adscrito definidos e amplo conhecimento de suas necessidades e preferências em questões de saúde que determinam a oferta de serviços de saúde;
2. uma extensa rede de estabelecimentos de saúde que oferta serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de enfermidades, reabilitação e cuidados paliativos e que integra os programas focalizados em enfermidades, riscos e populações específicas, os serviços de saúde das pessoas e os serviços de saúde pública;
3. um primeiro nível de atenção que engloba toda a população e serve como porta de entrada ao sistema, que integra e coordena a atenção à saúde, além de satisfazer a maior parte das necessidades de saúde de sua população;
4. prestação de serviços especializados no lugar mais apropriado, oferecidos, preferencialmente, em ambientes extra-hospitalares;

5. existência de mecanismos de coordenação assistencial ao longo de todo o contínuo dos serviços de saúde;
6. atenção à saúde centrada na pessoa, na família e na comunidade, tendo em conta as particularidades culturais e de gênero e os níveis de diversidade da população;
7. um sistema de governança único para toda a rede;
8. participação social ampla;
9. gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico;
10. recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e valorizados pela rede;
11. sistema de informação integrado que vincula todos os membros da rede, com registro de dados por sexo, idade, lugar de residência, origem étnica e outras variáveis pertinentes;
12. financiamento adequado e incentivos financeiros alinhados com as metas das redes;
13. gestão baseada em resultado; e
14. ação intersetorial e abordagem dos determinantes da saúde e da equidade em saúde.

5. A REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS EM MINAS GERAIS* – U/E

As redes prioritárias de saúde no estado de Minas Gerais são resultado do planejamento estratégico iniciado em 2003, que deu origem ao Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI). As ações no âmbito da saúde se distribuem nas denominadas “Áreas de Resultado”, e têm objetivos estratégicos, cada um com suas respectivas metas de curto, médio e longo prazo. Os objetivos específicos englobam: universalização do acesso à atenção primária à saúde; redução da mortalidade infantil e materna; ampliação da longevidade da população adulta; aumento da eficiência alocativa do sistema de atenção à saúde; e ampliação do

* Texto adaptado de Projeto de U/E SES MG. 2007 Júnior Welfane, C e Marques, A J – Coordenação Estadual de Urgência e Emergência.

acesso ao saneamento básico. As ações e os objetivos específicos concentram-se mais fortemente na área denominada “Vida Saudável”.

Tanto as Áreas de Resultado quanto seus objetivos estão atrelados a um conjunto de projetos. Sendo esses agrupados em “Projetos Estruturadores”, “Programas Associados” e “Programas Especiais”. Tendo em vista a temática desse estudo, são descritos sucintamente aqueles projetos relativos à área “Vida Saudável”, com destaque para a atenção à urgência e emergência.

Os Projetos Estruturadores da área “Vida saudável” são “Rede Viva Vida”, projeto de redução da mortalidade infantil e materna; “Saúde em Casa”, programa de fortalecimento da atenção primária à saúde; e “Regionalização da Atenção à Saúde”, programa que tem como objetivo fortalecer a regionalização cooperativa da atenção no SUS, garantindo a implantação de redes, com todos seus componentes, incluindo os sistemas logísticos e de apoio. Os Programas Associados e Especiais são “Rede Mais Vida”, programa de atenção às pessoas idosas; “Rede Hiperdia”, programa de atenção às doenças cardiovasculares e ao diabetes; e, “Farmácia de Minas”, programa de distribuição de medicamentos.

Quanto ao projeto de Regionalização da Atenção à Saúde, destacam-se algumas iniciativas, tais como o Programa de Aperfeiçoamento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS – PRO-HOSP, e a Rede de Atenção às Urgências e às Emergências. O PRO-HOSP é um programa de revitalização do parque hospitalar do estado, que estimula os hospitais a desenvolverem uma política de qualidade. Já a Rede de Atenção refere-se a um programa de aprimoramento dos serviços de atendimento de urgência e emergência.

A organização da atenção às Urgências e Emergências tem se tornado um desafio para os gestores públicos da saúde. Observa-se, no contexto mundial, um aumento constante da demanda por serviços de urgência, com conseqüente pressão sobre as estruturas hospitalares e profissionais que atuam diretamente na porta de entrada desses serviços. Ademais, a urgência pode ser considerada como a principal causa de insatisfação da população que utiliza o sistema de serviços de saúde².

Como resposta à demanda de urgência, torna-se fundamental estabelecer como processo central, do ponto de vista da organização da rede, uma comunicação fluida em todos os pontos de atenção, com adoção de linguagem única, que classifique os usuários por prioridade de risco e determine os tempos de resposta e o fluxo no sistema de atenção. As experiências mundiais vêm mostrando que a estratégia de Classificação de Risco é um poderoso instrumento articulador em uma rede de serviços de urgência².

Existem vários modelos utilizados, já validados no mundo, apesar da sua utilização ser muito recente. Estes têm sido desenvolvidos a partir de experiências em serviços geralmente isolados, ou seja, sem concepção sistêmica. Entre os modelos desenvolvidos, estão cinco modelos de triagem considerados mais avançados, que passaram a ser utilizados por uma rede de serviços. Estes são o modelo Australiano, Canadense, Americano, de Andorra e de Manchester¹².

Entende-se que a integração dos serviços em rede, utilizando a definição de prioridades como linha guia, determina um fluxo pactuado pelos serviços. Nesse contexto, o protocolo de classificação de risco é a ferramenta de comunicação, co-responsabilização e regulação das redes de condições agudas, pois permite acompanhar, em tempo real, esses fluxos, e ainda, regular o transporte entre os serviços^{12,13,14}.

A organização da rede de resposta às condições agudas em Minas Gerais tem como critérios fundamentais a utilização de protocolo único de classificação de risco; os fluxos de encaminhamento, após a classificação de risco desenhada e pactuada internamente em cada instituição e responsabilizados nominalmente pelos respectivos trabalhadores, com descrição e aceitação dos papéis propostos; a discussão do fluxo de encaminhamento de responsabilização coletiva, assinado por todos que se co-responsabilizam pelos serviços dessa rede; a pactuação dos fluxos de encaminhamento pós-classificação de risco entre todos os atores de todos os níveis de atenção, compartilhada por uma estrutura reguladora também responsável pelo transporte do paciente, se necessário, até o destino pactuado; o compartilhamento das “regras” com as estruturas de logística, que

se co-responsabilizam pelos resultados; a informatização dos processos; e, um comando único^{1,2}.

A partir do que foi exposto, em Minas Gerais, a Secretaria Estadual de Saúde, através da Coordenação de Urgência e Emergência, propôs um desenho das matrizes das Redes de Atenção às Urgências e Emergências, com definição dos pontos de atenção, a competência ou responsabilidade de cada ponto, e a respectiva área de abrangência, tendo como eixo norteador o Protocolo de Manchester. É importante ressaltar que a utilização de um protocolo de Classificação de Risco, seja qual for, não garante os resultados em uma instituição ou uma rede, ou seja, o protocolo é uma das peças desse complexo mosaico¹².

O Quadro 1 mostra um fluxograma de determinantes gerais do Protocolo de Manchester, que foi a linguagem adotada em Minas Gerais, após amplo debate no Comitê Estadual de Urgência/Emergência, instância interinstitucional criada por ato normativo do Secretário Estadual de Saúde.

Quadro 1. Fluxograma de determinantes do Protocolo de Manchester

DETERMINANTES GERAIS	
Obstrução de vias aéreas	VERMELHO
Respiração inadequada	
Hemorragia exanguinante	
Choque	
Convulsionando	
Criança irresponsiva	
Dor intensa	LARANJA
Hemorragia maior incontrolável	
Alteração da consciência	
Criança febril	
Hipotermia	
Dor moderada	AMARELO
Hemorragia menor incontrolável	
História de inconsciência	
Adulto febril	

DETERMINANTES GERAIS	
Dor leve recente	VERDE
Febre baixa	
Evento recente	
	AZUL

A seguir, no Quadro 2, são descritos os níveis e pontos de atenção, com suas respectivas competências, assim como os territórios sanitários. Como apontado anteriormente, essa organização é norteadada pelo Protocolo de Manchester.

Quadro 2. Descrição dos níveis e pontos de atenção

NÍVEL DE ATENÇÃO	PONTO DE ATENÇÃO	COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO	TERRITÓRIO SANITÁRIO
PRIMÁRIA	CallCenter, SAMU 192	• Classificar o risco; orientar; ativar a ambulância.	Município
	Domicílio	• Identificar sinais de alerta; acionar o 192.	Município
	Unidade Básica de Saúde/PSF	• 1º atendimento vermelho, laranja e amarelo • Resolve verde e azul	Município
	“Hospital de Pequeno Porte”	• 1º atendimento vermelho, laranja e amarelo • Atendimento vermelho, laranja e amarelo de acordo com protocolos • Resolve amarelo e verde • Resolve azul, fora do horário da UBS • Acolhe azul	Município
SECUNDÁRIA	Unidade de Urgência não Hospitalar*	• 1º atendimento vermelho e laranja • Resolve amarelo e verde • Resolve azul fora do horário da UBS • Acolhe azul	Município > 200.000 habitantes
	Hospital Microrregional sem UTI	• 1º atendimento vermelho e laranja • Resolve vermelho e laranja conforme protocolos • Resolve amarelo e verde • Acolhe azul	Microrregião
	Hospital Microrregional com UTI	• 1º atendimento para vermelho e laranja • Resolve vermelho e laranja conforme protocolos • Resolve amarelo e verde • Atendimento referenciado segundo protocolo • Acolhe azul	Microrregião
	SAMU	• Atendimento a vermelho, laranja e amarelo • Orientar verde e azul	Microrregião

NÍVEL DE ATENÇÃO	PONTO DE ATENÇÃO	COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO	TERRITÓRIO SANITÁRIO
TERCIÁRIA	SAMU	<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento a vermelho e laranja e amarelo • Orientar verde e azul 	Macrorregião
	Pronto-Socorro Hosp. Macro	<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento a vermelho, laranja e amarelo • Acolhe verde e azul 	Macrorregião
	Hospital Macrorregional	<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento a vermelho, laranja e amarelo • Acolhe verde e azul 	Macrorregião

Na rede de Atenção às Urgências e Emergências, o tempo de acesso, distribuição regional do recurso, economia de escala e qualidade são princípios fundamentais na estruturação dos pontos de atenção. Sendo assim, a proposta de reorganização deve atender aos seguintes pressupostos:

- Em um determinado território, 90% da população devem ter acesso a um dos pontos de atenção da rede com o tempo máximo de 1 hora, seja este ponto de atenção fixo ou móvel.
- A linha-guia (linguagem) da rede é que determina a estruturação e a comunicação dos pontos de atenção, dos pontos de apoio operacional e da logística.
- Definição de novo modelo de governança e custeio, compartilhados por uma região.

5.1. OS PONTOS DE ATENÇÃO

Os pontos de atenção da rede englobam Unidades Básicas de Saúde (UBS), Hospital de Urgência Básica, Unidade não hospitalar de atendimento às urgências (UPA), e Hospitais Micro e Macrorregionais.

As UBSs são tradicionalmente associadas à atenção e aos procedimentos eletivos, mantendo política refratária e insuficiente de atendimento a casos agudos. Decorreu disso que pacientes em condições de urgência menor ou de urgência

social passaram a ser os principais “causadores de fila”, gerando congestionamento, com conseqüente piora na resolutividade dos serviços de urgência.

Na proposta de rede de Atenção as U/E de Minas Gerais, a Atenção Primária deve se responsabilizar na sua área de atuação pela maioria dos pacientes classificados como verde e azul (pouco urgente e não urgente) pelo protocolo de Manchester. Isto implica a reestruturação da Atenção Primária. Pacientes que chegam à UBS (Unidade Básica de Saúde) em condições graves, em urgência ou emergência por demanda espontânea deverão ter seu primeiro atendimento nesse local. Isto leva à reconfiguração do espaço físico e dos fluxos, além de qualificar a equipe. É importante salientar que os doentes graves nunca devem ser encaminhados para esses pontos pelo complexo regulador. O primeiro atendimento a doentes graves se dará somente quando esses se apresentarem espontaneamente nestas estruturas.

Com relação ao Hospital de Urgência Básica, na atual proposta do Estado de Minas Gerais, os hospitais com menos de 50 leitos, que se localizam em regiões em que o acesso até o hospital de referência microrregional se dá em mais de uma hora, deverão ter papel no atendimento de urgência e emergência de acordo com os seguintes critérios:

- Ter médicos e enfermeiros presenciais nas 24 horas do dia, sete dias por semana.
- Trabalhar com orçamento fixo e não mais com produção (SIA E SIH)*.
- Período de observação do paciente de no máximo 72 horas.
- Referência no Hospital Microrregional (utilizar estruturas de apoio para ganho de escala).
- Suporte Básico de Vida.
- Não trabalhar com economia de escala para sua referência. A variável principal aqui é o tempo de acesso.
- Investir em adequação, custeio, qualificação e educação continuada.

* SIA – Sistema de Informação Ambulatorial e SIH – Sistema de Informação Hospitalar

Outro ponto de atenção da rede são as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), estruturas definidas na Portaria 2.048/2002 do Ministério da Saúde³ como integrantes do sistema regional de atenção às urgências. Elas fazem parte da rede de resposta às urgências de média complexidade e devem contar com retaguarda hospitalar. No atual projeto, as UPAs são ligadas por contrato de gestão a um hospital de referência, com definição clara do papel de cada um. Na Macrorregião Norte, ainda não existem UPAs.

A rede de atenção conta também com os Hospitais Micro e Macrorregionais. Os Hospitais microrregionais são hospitais que devem ser referência para as urgências médico-cirúrgicas de média complexidade, podendo em alguns casos até ser referência em procedimentos clínicos mais complexos. Devem ter as seguintes características:

- Trabalham com escala mínima de referência de 100.000 habitantes.
- Devem ter minimamente plantões na área de emergência de adultos e crianças e retaguarda em cirurgia geral e ortopedia (em regiões em que a referência populacional é acima de 200.000 habitantes é importante a presença contínua do componente cirúrgico).
- Se existir um Pronto Atendimento na região, este deve ser formalmente referenciado a este(s) hospital(is) como retaguarda para internação e urgências e emergências cirúrgicas de média complexidade.
- Recomenda-se uma interface entre as equipes dessas instituições e a do Pronto Atendimento, se houver, por exemplo, direção médica única nas duas instituições.
- Devem evoluir para ter Unidades de Terapia Intensiva Geral.
- A resposta cirúrgica para casos de trauma maior tem lógica própria.

Já os Hospitais macrorregionais são hospitais de maior resolutividade e capacidade de resposta a situações complexas. A organização da rede é feita por especialização da resposta aos dois principais problemas que aumentam os Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP): o trauma maior e a urgência em cardiologia e quadros cerebrovasculares. A implantação dessas redes, assim como a concentração de recursos tecnológicos (qualificação de pessoas, estrutura física

adequada e coordenação da resposta), mostrou redução de mortalidade, e é fator fundamental na mudança do prognóstico.

A partir desses dois principais problemas apontados, a rede se organiza de forma mais complexa, concentrando-se em grandes hospitais no polo macrorregional. Alguns dos pontos da rede, entretanto, devem, posteriormente, ser descentralizados e especializados, já que a redução do tempo da resposta inicial tem profunda relação com a sobrevivência.

A partir da lógica de resposta adequada ao Trauma Maior, o Projeto Estadual de Redes de Atenção às U/E organizou os hospitais em três níveis de resposta:

- **HOSPITAIS NÍVEL 1** – Centro altamente especializado no trauma: são hospitais preparados para resolução de todos os tipos de Trauma Maior, para onde irá a maioria dos casos graves da macrorregião. Deve apresentar vários dos procedimentos chamados de “alta-complexidade” e possuir número diferenciado e especializado de leitos de terapia intensiva.
- **HOSPITAIS NÍVEL 2** – Centro Especializado no Trauma: em geral estão numa região em mesmo número dos hospitais de nível 1. A diferença entre eles é a ausência da neurocirurgia e cirurgia vascular (angiografia intervencionista).
- **HOSPITAIS NÍVEL 3** – Estão em regiões mais distantes e se prestam à estabilização dos pacientes com Trauma Maior até transferência definitiva para o hospital de primeiro ou segundo nível.

O quadro a seguir sintetiza a tipologia da rede hospitalar de resposta ao trauma:

Quadro 3. Tipologia da Rede Hospitalar

REDE DE ASSISTÊNCIA AO TRAUMA MAIOR			
RECURSOS	HOSPITAIS		
	NÍVEL 1	NÍVEL 2	NÍVEL 3
Neurocirurgia			
Cirurgia vascular			
Angiografia intervencionista			
Sobreaviso cirurgias torácica, cardíaca, pediátrica, plástica, bucomaxilo, reimplante			
Heliponto com acesso exclusivo			
Sala de ressuscitação (RX móvel e US)			
Sala cirúrgica grande porte			
Tomografia computadorizada			
Cirurgião do trauma			
Ortopedista			
Emergencista			
Cirurgião geral			
Anestesiologista			
Unidade transfusional			
Unidade Terapia Intensiva			

A maioria dos hospitais que respondem ao Trauma Maior tem capacidade de resposta às urgências cardiovasculares, no entanto a diferenciação no fluxo a partir da coordenação da regulação das urgências é desejável. Também existem evidências que demonstram que a organização e especialização da resposta nesses casos reduzem substancialmente a mortalidade.¹¹ Para a organização da Rede de Atenção as U/E de origem cardiovasculares (IAM e AVC), a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, por analogia com a Rede do Trauma, propôs a seguinte tipologia hospitalar:

- **Nível 1 (DCV):** Angioplastia 24 h; Trombolítico 24 h; Neurocirurgia para AVC; Demais urgências e emergências clínicas e cirúrgicas; Unidade Coronariana; Centro de Tratamento Intensivo; Unidade de AVC; e, Leitos de retaguarda (hospitais de reabilitação ou de doenças crônicas).
- **Nível 2 (DCV):** Angioplastia 12 h de dor em horário de rotina; Trombolítico 24 h; Demais urgências e emergências clínicas e cirúrgicas; Centro de

- Tratamento Intensivo; Unidade de AVC; e Leitos de retaguarda (hospitais de reabilitação ou de doenças crônicas).
- **Nível 3 realizado nos Hospitais Microrregionais:** Trombolítico 24 h; Demais urgências e emergências clínicas e cirúrgicas; Centro de Tratamento Intensivo; e, Leitos de retaguarda (hospitais de reabilitação ou de doenças crônicas).

5.2. ESTRUTURA DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DA MACRORREGIÃO NORTE

Considerando o quadro epidemiológico apresentado e as premissas relativas às redes de atenção às urgências e emergências, decide-se pela implantação do projeto de urgência e emergência no Norte de Minas. A construção da rede foi realizada de forma coletiva, por meio da realização de seis oficinas de trabalho presenciais, desenvolvidas entre os anos de 2006 e 2008, quando foram discutidos os seguintes temas: análise de situação da rede; escolha do modelo de atenção a urgência e emergência; construção dos territórios sanitários e níveis de atenção; modelagem dos pontos de atenção secundária e terciária; e, modelagem dos sistemas de apoio, logístico e de governança das redes².

Estas oficinas resultaram num plano de investimento e adequação em parceria com o Ministério da Saúde que teve como saldo:

- Adoção por parte de todas as estruturas de atendimento (incluindo a atenção primária) da classificação de Risco do protocolo de Manchester, num total de 1.700 profissionais capacitados.
- Informatização, por meio do *software* ALERT, adquirido pela SES/MG, de todos os pontos, com comunicação via *web*.
- Desenho e pactuação dos fluxos micro e macrorregionais a partir da classificação de risco.
- Adoção de uma nova tipologia hospitalar, com configuração mínima e investimento por parte do estado e ministério em equipamentos, construção/adequação de áreas e capacitação das equipes. A Tipologia Hospitalar proposta

engloba Hospital de Urgência Menor e Suporte Básico de Vida; Hospital de Atenção ao Trauma Maior, Níveis 1, 2 e 3; e Hospital de Atenção às Doenças Cardiovasculares, Níveis 1 e 2.

- Construção e implantação de 60 novos leitos de terapia intensiva na região; 40 desses leitos em municípios polos microrregionais.
- Regionalização e expansão do Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU).
- Viabilização de 50 horas/mês de voo de helicóptero em parceria com a Polícia Militar de Minas Gerais.
- Constituição de um consórcio público entre os 86 municípios da região e a SES/MG para a gestão do SAMU.
- Construção do Complexo regulador, onde atua Central de Urgência do SAMU e a Central de regulação assistencial macrorregional com protocolos preestabelecidos.
- Disponibilidade por parte da SES/MG de um recurso de custeio (aproximadamente R\$ 20.000.000,00/ano) aos hospitais de referência para manutenção de equipe mínima disponível de acordo com a tipologia hospitalar, e regulada 24 horas/dia. (Resolução SES MG nº 1.771, de Nov. 2008).
- Constituição do Comitê Macrorregional de Gestão das Urgências, como órgão técnico de suporte ao Colegiado de Gestores Bipartite (CIB) Macrorregional*. No comitê, estão presentes câmaras técnicas para eventos específicos e que apresentam metas de resultados (ex: trauma maior, IAM, AVC, entre outros).

Com relação aos aspectos logísticos, partiu-se do pressuposto de que deve haver um comando único, tanto no ambiente extra-hospitalar, quanto no hospitalar, de forma que não haja solução de continuidade, e nem atraso no tempo-resposta para determinada situação. Alguns componentes fundamentais para o trabalho de logística nessa rede foram propostos. Entre esses, o Prontuário Eletrônico com cartão ou número de identificação, que permite uma identificação única na rede, independentemente do tempo e espaço; disponibilidade de

* Colegiado composto paritariamente, de um lado, por representantes de todos os municípios pertencentes a macrorregião e de outro representantes da Secretaria de Estado da Saúde, de caráter deliberativo.

transporte de urgência e eletivo; e um Complexo Regulador, para controle tanto do transporte quanto da recepção. Este oferece ainda uma visão global da rede².

Na Macrorregião Norte, a Regulação Médica das Urgências está baseada em suas Centrais de Regulação. Estas, estruturadas nos níveis estadual, regional e/ou municipal, organizam a relação entre os vários serviços, qualificando o fluxo de pacientes no Sistema e geram porta de comunicação aberta ao público em geral, através da qual os pedidos de atendimento de urgência são recebidos, avaliados e hierarquizados de acordo com a Portaria GM 2.048/2002³.

Em relação ao financiamento, é notório que o atual sistema de pagamento baseado em produção com tabela de remuneração fixa (Tabela SUS) não atende às necessidades reais de custeio dos serviços de Urgência e Emergência. Considerando a tipologia da rede e o escopo assistencial estabelecido por contrato, com os prestadores de serviços, a SES/MG propôs a introdução de incentivos de co-financiamento para implantação da rede.

6. RESULTADOS PRELIMINARES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A mensuração de resultados pode parecer precoce pelo curto tempo de funcionamento da rede, no entanto, alguns indicadores podem ser utilizados para uma análise do incremento progressivo na utilização da rede, assim como de sua relevância no acesso aos serviços de saúde. A seguir são apresentados dados extraídos de relatórios relacionados à implantação e funcionamento da Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião Norte de Minas Gerais.

A análise proposta engloba atributos da rede, uso do protocolo de classificação de risco, e dados relativos aos serviços e atendimentos, isto é, tipo de atendimento, saídas de ambulância e destino do paciente na rede. Pretende-se com isso apontar a importância da rede como resposta à demanda de urgência e emergência dessa região do Estado.

6.1. ATRIBUTOS DA REDE

Optou-se por apontar a coerência entre a Rede de Urgência e Emergência e os atributos das Redes Integradas de Serviços de Saúde da Organização Pan-Americana da Saúde¹⁰ com o objetivo de verificar se cada um dos atributos anteriormente mencionados está presente na rede implantada na Macrorregião Norte de Minas Gerais. Para a análise de coerência foi realizado um *checklist*, como mostra o Quadro 4.

Quadro 4. Atributos da Rede

ATRIBUTO	CHECKLIST
1. População e território adscrito definidos e amplo conhecimento de suas necessidades e preferências em questões de saúde que determinam a oferta de serviços de saúde.	✓
2. Uma extensa rede de estabelecimentos de saúde que prestam serviços de promoção, tratamento, gestão de enfermidades, reabilitação e cuidados paliativos e que integra os programas focalizados em enfermidades, riscos e populações específicas, os serviços de saúde das pessoas e os serviços de saúde pública.	✓
3. Um primeiro nível de atenção que engloba toda a população e serve como porta de entrada ao sistema, que integra e coordena a atenção à saúde, além de satisfazer a maior parte das necessidades de saúde de sua população.	✓
4. Prestação de serviços especializados no lugar mais apropriado, oferecidos, preferencialmente, em ambientes extra-hospitalares.	✓
5. Existência de mecanismos de coordenação assistencial ao longo de todo o contínuo dos serviços de saúde.	✓
6. Atenção à saúde centrada na pessoa, na família e na comunidade, tendo em conta as particularidades culturais e de gênero e os níveis de diversidade da população.	✓
7. Um sistema de governança único para toda a rede.	✓
8. Participação social ampla.	✓
9. Gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico.	✓
10. Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e valorizados pela rede.	✓
11. Sistema de informação integrado que vincula todos os membros da rede, com registro de dados por sexo, idade, lugar de residência, origem étnica e outras variáveis pertinentes.	✓
12. Financiamento adequado e incentivos financeiros alinhados com as metas das redes.	✓
13. Ação intersetorial e abordagem dos determinantes da saúde e da equidade em saúde.	~

✓ Atributo presente na rede

~ Atributo parcialmente presente na rede

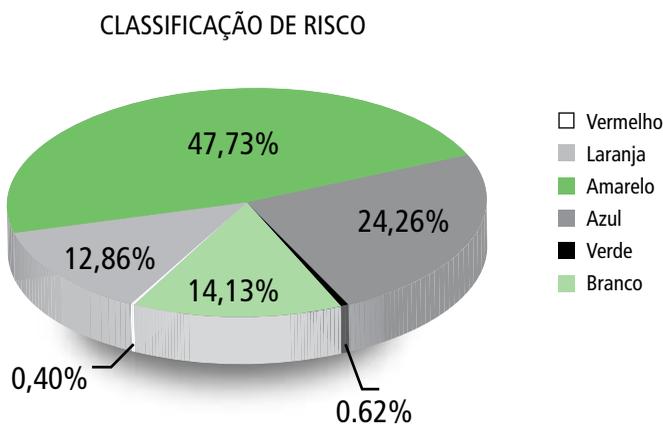
O exame da matriz de coerência permite concluir que, na Rede de Urgência e Emergência do Norte de Minas, 12 dos 13 atributos das Redes Integradas de Serviços de Saúde estão integralmente presentes. O atributo da ação intersetorial e da equidade está parcialmente presente, já que a equidade está contemplada num financiamento equitativo que discrimina positivamente as regiões mais pobres em relação às mais ricas. Contudo, a questão da ação intersetorial, num campo como os serviços de urgência e emergência, dificilmente pode ser considerada.

6.2. USO DO PROTOCOLO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Embora a rede de atenção da Macrorregião Norte seja composta de diferentes pontos de atenção, como apontado anteriormente, os dados acerca do uso do protocolo, aqui apresentados, referem-se aos Hospitais Macrorregionais, uma vez que o documento consultado é relativo às portas de urgência desses hospitais.

De acordo com o Relatório Preliminar da Classificação de Risco nas Portas de Urgência dos Hospitais, de janeiro a março de 2010, foi triado pelas portas de urgência um total de 44.666 pacientes. Na Figura 6, são apresentados os percentuais de classificação de risco.

Figura 6. Classificação de risco por cor



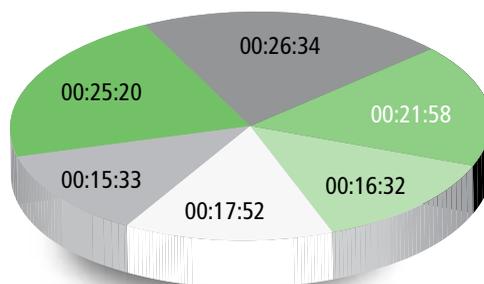
Observa-se um valor significativo de pacientes classificados como “Amarelo”, 47,7%. Os pacientes classificados como “Vermelho” correspondem a 0,4% do total. Percentual que merece uma análise mais pormenorizada, considerando-se que se tratam de pacientes classificados com o nível maior de risco. Poder-se-ia, então, ter a expectativa de percentual maior referente a esta categoria, por se tratar de serviços de urgência e emergência.

É importante considerar ainda o percentual de pacientes na categoria “Branco”. De acordo com o relatório utilizado no levantamento dos dados, o número de pacientes assim classificados equivale a 14,13%. Sendo assim, é importante avaliar a presença destes, em hospitais da rede, uma vez que essa categoria engloba episódios para os quais não é necessário atendimento de urgência. Nesse sentido, pode ser apontada a hipótese de que o percentual de pacientes classificados como “branco” pode estar relacionado a aspectos específicos da gestão dos diversos hospitais envolvidos.

O tempo gasto para classificação também foi considerado. Entende-se que esse seja um importante indicador de qualidade. Considera-se tempo de classificação o intervalo que compreende a chegada do paciente ao serviço até o primeiro atendimento médico. De acordo com Relatório Preliminar da Classificação de Risco nas Portas de Urgência dos Hospitais, o tempo médio entre a chegada do paciente e a classificação de risco em quatro dos Hospitais Macrorregionais da rede de urgência e emergência, no 1º trimestre de 2010, foi de 24' (vinte e quatro minutos). Observa-se que esse intervalo de tempo ainda se encontra acima do tempo ideal, de 10' (dez minutos). Esse dado também pode estar associado a aspectos da gestão dos hospitais, tendo em vista as diferenças entre os dados indicadores quanto ao tempo gasto para classificação. A Figura 7, relativa ao tempo médio entre a chegada do paciente e a classificação de risco no Hospital Universitário Clemente Faria, indica que, nesse caso, o tempo médio (20' – vinte minutos) foi inferior à média dos quatro hospitais, ilustrando a diferença observada.

Figura 7. Tempo Médio entre Admissão e Primeira Triagem

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTE FARIA



Considera-se, assim, a importância da identificação de fatores que contribuem para o aumento do tempo médio de classificação para o desenvolvimento de estratégias que levem a resultados mais próximos do tempo preconizado.

6.3. DADOS RELATIVOS AOS ATENDIMENTOS

De acordo com o Relatório Estatístico do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) da Macro Norte/MG, no período de janeiro a setembro de 2009, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência recebeu 43.729 chamados envolvendo as seguintes especialidades: clínica médica, traumatologia, pediatria, ginecologia-obstetrícia, psiquiatria e cirurgia. Do total de atendimentos, 10.334 não contam com a discriminação da especialidade médica relativa ao atendimento prestado. Os atendimentos em clínica médica e decorrentes de causas externas/traumas corresponderam a 44,7% e 21% do total, respectivamente. Esses percentuais são congruentes com dados relativos a perfil de serviços de emergência^{15,16}.

Com relação à utilização de Unidade de Transporte, em 16.984 dos atendimentos houve o atendimento com ambulância, sendo 1.389 ocorrências atendidas

com a Unidade de Suporte Avançado – USA e 15.594 casos com uma unidade de Suporte Básico – USB. Dos atendimentos realizados, cerca de 11.467 (66%) foram encaminhados a uma unidade hospitalar ou de saúde básica e 6.002 (34%) foram liberados no local após atendimento¹¹.

Com base no que foi exposto, considera-se que a rede de Urgência e Emergência da Macrorregião Norte atende as premissas da economia de escala, tem base territorial e população definidas, com objetivo central de encaminhar corretamente o paciente ao ponto de atenção certo, pronto para assistência mais eficaz e no menor tempo possível.

A expansão do componente logístico com a experiência seminal no Estado de regionalização do SAMU, em conjunto com o funcionamento do complexo regulador, permitiu a ordenação dos fluxos de entrada nas urgências, com a organização das referências e com notório impacto na qualidade assistencial. Além disso, a estratificação de risco com a adoção oficial/normativa do Protocolo de Manchester tem permitido a responsabilização inequívoca ao longo da rede de atenção.

Mesmo que os dados apontados sejam ainda preliminares e demandem análise mais abrangente em termos de indicadores, para que seja possível uma avaliação mais consistente do impacto da rede no atendimento à demanda de urgência e emergência da Macrorregião estudada, observa-se, entretanto, que a implantação da rede tem contribuído para uma maior racionalização, resolutividade, equidade do acesso e humanização dos serviços de saúde nessa área do Estado de Minas Gerais.

REFERÊNCIAS

1. Mendes EV. Os grandes dilemas do SUS. Salvador: Casa da Qualidade; 2001.
2. Marques AJM. O Choque de Gestão na Saúde em Minas Gerais. Belo Horizonte, Ed. Autêntica; 2009.
3. Brasil. Ministério da Saúde. A regionalização da saúde: versão preliminar para discussão interna. Brasília: Mimeo; 2004.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [Internet] 2009 [Acesso em: 2009 Aug 14]. Disponível em: www.ibge.gov.br
5. Cadastro de Estabelecimentos de Saúde. [Internet] 2010 [Acesso em: 2009 Out 28]. Disponível em: www.cnes.datasus.gov.br
6. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Agenda 21 brasileira: bases para discussão. Brasília: MMA/PNUD; 2000.
7. Murray CJL, Lopez AD. Global and regional cause-of-death patterns in 1990. Bulletin of the World Health Organization. 1994; 72(3): 447-480.
8. Frenk J, Lozano R, Bobadilla JL. La transición epidemiológica en América Latina. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 1991; 111(6):485-496.
9. Schramm JMA. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva. 2004; 9(4): 897-908.
10. Organização Panamericana de Saúde. Redes Integradas de Servicios de Salud basadas en la atención primaria de salud. Washington: OPAS; 2009.
11. Noronha JC. Avaliação da relação entre volume de procedimentos e a qualidade do cuidado: o caso da cirurgia coronariana. Cadernos de Saúde Pública. 2003 Nov-Dez; 19(6): 1781-1789.
12. Dlugacz YD, Restifo A, Greenwood A. The quality handbook for health care organizations: a manager's guide to tools and programs. San Francisco: John Wiley & Sons; 2004.
13. Bunker JP, Luft HS, Enthoven A. Should surgery be regionalised? Surgical Clinics of North America. 1982; (62): 657-668.
14. Banta HD, Bos M. The relation between quantity and quality with coronary artery bypass surgery. Health Policy. 1991; (18): 1-10.

15. Furtado BM, Araújo Júnior JL, Cavalcanti P. O perfil da emergência do Hospital da Restauração: uma análise dos possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde. Rev. Bras. Epidemiol. 2004; 7 (3): 279-289.
16. Mascarenhas MD. Perfil epidemiológico dos atendimentos de emergência por violência no Sistema de Serviços Sentinelas de Vigilância de Violências e Acidentes. Epidemiol. Serv. Saúde. 2009 Jan-Mar; 18(1):17-28.

A partir do planejamento estratégico no Estado de Minas Gerais, definiu-se a viabilização das redes temáticas, sendo que, no ano de 2008, iniciou a implantação da primeira rede de atenção a Urgência e Emergência na Macrorregião Norte do Estado. O curto período de funcionamento dessa experiência inovadora já nos permite evidenciar a robustez dos resultados inaugurais.

Este documento apresenta um Estudo de Caso da experiência da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no norte de Minas Gerais.