

0968/02

Programa: Organização da Atenção às Urgências Hierarquizadas e Ordenadas pela Regulação Médica e Avaliação de Impacto nas Práticas e nos Indicadores Hospitalares. Formulários de informações complementares

1 - Liste os objetivos e especifique as metas mais importantes do programa, projeto ou prática, por ordem de prioridade.

Objetivo terminal: Garantir acesso com equidade e oferecer qualidade ao atendimento das urgências aos usuários do Sistema Único de Saúde.

Objetivos intermediários:

- 1- Organizar uma rede de serviços para atenção às urgências, hierarquizada e resolutive, mediante participação dos serviços de atenção ambulatorial, pré-hospitalar e hospitalar.
- 2- Ordenar o acesso dos usuários para a rede de serviços de urgência, com base na avaliação da gravidade e da necessidade dos pacientes, por meio da Regulação Médica.
- 3- Gerenciar, de forma compartilhada, o processo de atenção às urgências e os indicadores assistenciais produzidos pela Regulação Médica.
- 4- Garantir a educação permanente da população e das equipes de saúde para lidar com as urgências, no âmbito de uma rede assistencial hierarquizada e ordenada pela Regulação Médica.

Metas:

- 1) Qualificar e humanizar a assistência às urgências.
- 2) Estabelecer cooperação permanente entre gestores e prestadores de serviços do Sistema Único de Saúde, aparelhos formadores e dispositivos de controle social para gerenciar as dificuldades identificadas no processo de atenção integral às urgências.

2 - Descreva o funcionamento do programa, projeto ou prática e aponte qual(is) a(s) sua(s) frente(s) de atuação.

A identificação da desorganização do acesso da população ao atendimento de urgência e o consequente comprometimento da qualidade assistencial motivou um entendimento amplo entre os integrantes do Sistema Único de Saúde. Preliminarmente, foram mapeados os recursos assistenciais para organização da rede assistencial. Assim, ficou determinado que, dentro das hierarquizações preconizadas pelo Sistema Único de Saúde, as Unidades Básicas e os Centros de Saúde fariam assistência às urgências mais simples, enquanto os Hospitais Filantrópicos atenderiam os casos de gravidade intermediária e a Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas cuidaria dos pacientes mais graves. Na seqüência, a Central Única de Regulação Médica (CURM), foi estruturada mediante fusão dos recursos existentes, com o objetivo de orientar as equipes de saúde e ordenar o encaminhamento dos usuários para a rede de serviços. A CURM passou a contar com médicos, enfermeiros, motoristas e técnicos auxiliares de Regulação Médica para a operação de fax, rádio e telefone, bem como recursos de assistência móvel para suporte básico e avançado de vida.

Desta forma, foi implantado há 2 anos e meio, por meio de reuniões, das Equipes de saúde e representantes das associações de classe, através de ampla divulgação na imprensa falada e escrita que, nas situações de urgência, os usuários devem, inicialmente, procurar a

Programa: Organização da Atenção às Urgências Hierarquizadas e Ordenadas pela Regulação Médica e Avaliação de Impacto nas Práticas e nos Indicadores Hospitalares. Formulários de informações complementares

Unidade Básica de Saúde ou o Centro de Saúde mais próximo de sua residência ou acionar a CURM, por meio, do telefone 192, recomendação essa que, periodicamente, é divulgada para educar a população. O médico regulador, em função da gravidade e da necessidade do caso orienta o solicitante nos cuidados iniciais e se necessário, disponibiliza os recursos de assistência móvel, define o local de atendimento e comunica previamente a equipe que prestará a assistência hospitalar, sobretudo nos casos com risco iminente de vida. O médico regulador, na dependência da situação, também aciona o Corpo de Bombeiros e a Polícia Militar. Esse processo é acompanhado e gerenciado por um Conselho Gestor formado por representantes de 12 entidades participantes que se reúne mensalmente. Assim, as frentes de atuação da prática são a educação permanente da população e das equipes de saúde para o acesso ordenado aos recursos assistenciais, monitorização da rede de serviços e o gerenciamento do processo e dos indicadores produzidos pela Central de Regulação Médica.

3 – O programa, projeto ou prática faz parte de uma iniciativa, programa ou política mais abrangente (da mesma ou de outra esfera de governo)? Em caso afirmativo, descreva como se dá esta ligação.

A prática é baseada na lógica da organização e do gerenciamento do Sistema Único de saúde. Embora tenha caráter regional (âmbito municipal e estadual), está em sintonia com o programa de atenção integral às urgências definida há 2 anos pelo Ministério da Saúde (Portaria 824 de 1999, reeditada - MS 814/2001).

4 - Identifique o público-alvo. Quantos são, no momento, os diretamente beneficiados? Qual é a proporção de homens e de mulheres beneficiados? Que percentual da clientela potencial isto representa? Como é feita a seleção dos beneficiários e como eles participam do programa, projeto ou prática?

O público alvo são os usuários do Sistema Único de Saúde. A população diretamente beneficiada é a acometida por agravos agudos à saúde. No universo populacional de, aproximadamente, 1.3000.000 pessoas, a Central de Regulação Médica recebe, mensalmente, cerca de 16.000 chamados; destes, cerca de 70%, são orientados ou atendidos na rede ambulatorial e 30% são encaminhados para assistência hospitalar. A seleção para atenção aos beneficiários é feita com base na complexidade de atendimento exigida para o cuidado dos enfermos e na disponibilidade da resposta dos recursos que compõem a rede assistencial.

5 – Qual é o gasto orçamentário anual do programa, projeto ou prática? Quais as fontes de recurso financeiro (locais, estaduais, federais, privadas) ? Que percentual da receita orçamentária total do nível de governo (estadual, municipal etc.), a que pertence o órgão responsável pela inscrição, é efetivamente utilizado pelo programa, projeto ou prática?

Programa: Organização da Atenção às Urgências Hierarquizadas e Ordenadas pela Regulação Médica e Avaliação de Impacto nas Práticas e nos Indicadores Hospitalares. Formulários de informações complementares

A prática instituída apesar de não ter alínea orçamentária específica está inserida nos recursos destinados a custeio. A reforma e reestruturação da área física contaram com suporte financeiro do Programa Reforsus do Ministério da Saúde e da Fundação de Apoio do Hospital das Clínicas-FAEPA. Os recursos materiais, humanos e financeiros já destinados às Instituições participantes (Hospital das Clínicas, Direção Regional de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto), por meio, do Sistema Único de Saúde foram redirecionados para a Estruturação da Central Única de Regulação Médica. Assim, a título de exemplo, os médicos triadores que trabalhavam na porta da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas, passaram a atuar na Regulação Médica com profissionais do Município e da Direção Regional. Houve acréscimo da jornada de alguns profissionais por meio de plantão, o que representa um custo anual aproximado de R\$ 969.600,00, distribuído quase que equitativamente entre o Estado de São Paulo e o Município de Ribeirão Preto.

6 – Quantas pessoas estão diretamente envolvidas na operação de seu programa, projeto ou prática? Quantos homens e quantas mulheres realizam funções de direção (ou de tomada de decisões) e quantos realizam as funções de execução.

Cerca de 50 profissionais entre médicos e telefonistas, atuam diretamente na execução das atividades diurnas da CURM. As atividades administrativas e operacionais são coordenados por três chefes imediatos (2 homens e uma mulher). São 22 médicos reguladores (prevalendo o sexo masculino) e 28 telefonistas, sendo apenas 1 do sexo masculino. As decisões relativas às políticas públicas para Urgência e Emergência são tomadas pelo Conselho Gestor da Central Única de Regulação Médica, composto por 12 representantes das Instituições que participam do Sistema de Urgência e são avaliadas e referendadas pelo Conselho Regional dos Secretários Municipais de Saúde.

7 – Indique todas as organizações (públicas e privadas) participantes, descrevendo o papel de cada uma. Explique como estas organizações interagem e de que modo suas ações individuais são coordenadas.

As organizações participantes são a Direção da DIR XVIII, a Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, a Coordenação da UEHCFMRP-USP, a Coordenação do Centro multidisciplinar de Atenção às Emergências em Saúde da FMRP-USP (CEES), o Representante dos Hospitais filantrópicos de Ribeirão Preto e Região, o Representante da EERP-SP, o Representante do Ministério Público, o Presidente do Conselho Municipal de Trauma, o Representante da Comissão Intergestores Regionais da DIR XVIII, o Representante de outras Entidades de Ensino Superior da área de saúde, o Coordenador da Equipe Técnica da CURM, o Representante do Centro de Medicina Legal (CEMEL), o Representante da Polícia Militar, o Representante do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), o Representante da Concessionárias de Autovias e o Representante dos Usuários no Conselho Municipal de Saúde ou seu Suplente.

O projeto foi produto de um esforço conjunto do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, através da sua Unidade de Emergência (UE), da Secretaria

Programa: Organização da Atenção às Urgências Hierarquizadas e Ordenadas pela Regulação Médica e Avaliação de Impacto nas Práticas e nos Indicadores Hospitalares. Formulários de informações complementares

Municipal de Saúde (SMS), através do seu Sistema de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) e da Secretaria de Estado da Saúde pela sua Regional (DIR VIII). A discussão teórico-prática foi realizada, desde o início, por técnicos e gerentes das três instituições. Todos participam com deslocamento dos recursos físicos e humanos, para a execução das tarefas. Uma base de Regulação Médica está situada na UE, e equipada com recursos físicos desta Instituição. Neste local trabalham médicos da UE (antigos médicos triadores) e médicos da SMS, assim como a equipe de radiotelefonia constituída por telefonistas da SMS. Por outro lado, a DIR XVIII avalia os casos regionais em sua central com recursos humanos (médico e telefonistas) próprios.

A mobilização dos recursos assistenciais da Polícia Militar do Corpo de Bombeiros, dos Estabelecimentos de Saúde vinculados ao Sistema Único de Saúde, das Concessionárias de Autovias e das Instituições Privadas, vinculadas à Urgência são ordenadas também pela Regulação Médica. As Faculdades participam capacitando os recursos humanos. A interação das organizações e as ações individuais são pautadas pelas decisões do Conselho Gestor da Central Única de Regulação Médica.

8 – Se seu programa, projeto ou prática envolve a participação da comunidade e do público-alvo, descreva como esta participação se concretiza (explique os mecanismos de participação).

O principal meio de participação da população na construção do processo sempre foi o Conselho Municipal de Saúde. Desde o início do processo de instalação da CURM, as propostas foram levadas ao Conselho, sendo discutidas abertamente com todos os conselheiros, inclusive com representantes de bairro, e de diversas categorias profissionais. A participação direta da população se deu por meio de informes das comunicações e na mídia escrita e falada, além das campanhas de esclarecimento desenvolvidas pelas Instituições envolvidas.

9 – Quando e como foi originariamente concebido o programa, projeto ou prática? Quais os principais participantes governamentais e não governamentais neste processo? Houve inspiração em iniciativas anteriores? Quais ?

O Sistema foi baseado no modelo francês do Serviço de Auxílio Médico de Urgência (SAMU), e começou a ser estudado em Ribeirão Preto no ano de 1995, na Secretaria Municipal de Saúde. Paralelamente, vários outros centros recebiam a mesma influência, como Curitiba, Campinas, Porto Alegre e São Paulo. O desenvolvimento completo do projeto em Ribeirão Preto se deu, em meados de 1999, com a confluência das forças do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, através de sua Unidade de Emergência, da Secretaria Municipal da Saúde, através do seu SAMU, e da Secretaria de Estado da Saúde, através da sua Diretoria Regional (DIR XVIII). Outros participantes governamentais e não governamentais já mencionados aderiram ao processo.

Programa: Organização da Atenção às Urgências Hierarquizadas e Ordenadas pela Regulação Médica e Avaliação de Impacto nas Práticas e nos Indicadores Hospitalares. Formulários de informações complementares

10 – Identifique as etapas-chave de implementação e como isto evoluiu e se modificou ao longo do tempo. Que mudanças ocorreram desde o início de operação do programa, projeto ou prática ?

A discussão sobre a organização do sistema de urgência em Ribeirão Preto remonta à primeira metade da década de 90. Contudo o grande avanço na organização se deu a partir do publicação da portaria ministerial 824 de 1999, que dava o direcionamento legal para a implantação do programa. O final do segundo semestre de 1999, foi reservado para a adequação física da área destinada à Central de Regulação, bem como ao treinamento das equipes, além do preparo de cartazes e folhetos explicativos para serem distribuídos em todas as Unidades de Saúde da região e para toda a população. No dia 17 de janeiro de 2000, foi iniciada a nova sistemática e, simultaneamente, eliminou-se o processo de triagem médica existente na porta da Unidade de Emergência. Nos meses seguintes foi constituído o Conselho Gestor da Central Única de Regulação Médica, para monitoramento e gerenciamento do processo. Ao longo dos dois anos de processo foram realizadas algumas campanhas de fortalecimento do novo Sistema, associadas à divulgação na televisão, rádios e jornais, além de dois grandes eventos acadêmico-políticos para discussão, em plenária, da evolução do processo.

11 – Descreva os principais obstáculos enfrentados até o momento. Como se lidou com tais obstáculos ? Quais deles ainda persistem.

Os obstáculos iniciais foram inúmeros. A mudança proposta, mais do que uma pequena mudança de técnica, caracterizava-se por uma grande mudança cultural para todos os participantes do sistema de atendimento às urgências. Os médicos das Unidades Básicas, acostumados aos encaminhamentos rápidos, sem discussão sobre a gravidade dos casos e dos recursos realmente necessários para cuidar dos doentes, passaram a ser questionados pelos médicos reguladores, quanto à real condição do paciente e as indicações de recursos mais sofisticados. Por outro lado, os médicos dos hospitais, que anteriormente quase nunca conseguiam identificar a origem dos casos encaminhados inadequadamente, passaram, cada vez mais, a exigir a “perfeição” dos médicos reguladores, tornando-se algumas vezes, intransigentes nas discussões. Ainda dentro do Hospital, pelas suas características universitárias, houve resistência da Faculdade de Medicina, em função da mudança do perfil nosológico dos pacientes e a falta de disposição dos Professores de Medicina para deslocar suas práticas didático-assistenciais para a rede de serviços existentes na comunidade. Por fim, a falta de clareza na disponibilização de leitos para urgências e a seletividade para aceitação dos casos, sobretudo, dos hospitais filantrópicos prestadores de serviço ao SUS, têm dificultado muito o desenvolvimento completo do Sistema. Em todos os momentos, a negociação entre todas as Instituições envolvidas, por meio do Conselho Gestor, e do Conselho Municipal de saúde têm sido a prática para tentar ultrapassar os obstáculos.

12 – Que mecanismos de avaliação estão sendo utilizados para medir o sucesso do programa, projeto ou prática ? Forneça os resultados (quantitativos e qualitativos) do último ano de operação do programa, projeto ou prática ?

Programa: Organização da Atenção às Urgências Hierarquizadas e Ordenadas pela Regulação Médica e Avaliação de Impacto nas Práticas e nos Indicadores Hospitalares. Formulários de informações complementares

A prática foi instituída em janeiro de 2000. Abaixo estão os indicadores de produção e desempenho da Unidade de Emergência nos anos de 1999, 2000 e 2001 e a avaliação de impacto entre os anos de 1999 e 2001.

Indicadores Quantitativos do Hospital

Indicadores (Média mensal)	Anos			
	1999	2000	2001	P (1999 x 2001)
Consultas/Procedimentos	9.525,92	4.729,33	4.118,25	0,00
Internação/Transf.Entrada	1.295,92	1.153,83	1.123,17	0,00
Porcentagem Ocupação	112,13	93,99	88,37	0,00
Giro de Cama	9,38	7,15	6,36	0,00
Censo Médio	146,86	133,48	137,68	0,00
Duração Internação	3,92	4,38	4,55	0,00
Nº de óbitos	81,83	65,75	62,17	0,00
Coefficiente Mortalidade	6,61	6,49	6,28	0,23

A melhora dos indicadores quantitativos permitiu a organização do acolhimento psico-social com consequente humanização do atendimento, ampliação do horário de visitas e garantia de acompanhantes para crianças, adolescentes, doentes mentais e idosos.

Ademais, a apresentação desta experiência tem sido solicitada pelo Ministério da Saúde, pela Rede Brasileira de Cooperação em Emergência e nos Encontros de Urgência do Estado de São Paulo.

13 – Qual é a mais importante conquista de seu programa, projeto ou prática até o momento (cite apenas uma; aquela que, na sua opinião, é a mais importante).

A mais importante conquista refere-se à diminuição do encaminhamento de pacientes com baixa complexidade para o hospital terciário, o que permitiu atingir níveis de ocupação compatíveis com uma atendimento tecnicamente mais adequado e a adoção de práticas de Acolhimento e humanização, reconhecidos da população. Recentemente, o Hospital das Clínicas foi contemplado pelo Ministério da Saúde com o prêmio de Qualidade Hospitalar 2001, Categoria Nacional, ficando entre os 10 melhores classificados País, mediante avaliação de desempenho feita pelos usuários do Sistema Único de saúde.

Programa: Organização da Atenção às Urgências Hierarquizadas e Ordenadas pela Regulação Médica e Avaliação de Impacto nas Práticas e nos Indicadores Hospitalares. Formulários de informações complementares

14 – Em que aspectos seu programa, projeto ou prática inovou em relação a práticas anteriores ? Procure explicar bem em que consiste a inovação.

A organização do fluxo de urgência tem sido estudado em países desenvolvidos nos últimos 40 anos. No Brasil, desde a Segunda metade da década de 80 inúmeras tentativas foram propostas em várias cidades. Em Ribeirão Preto, foi possível implantar um Sistema organizacional adequado, com a participação de três grandes Instituições na operacionalização das práticas. Contudo, a maior inovação foi a criação e efetivação do Conselho Gestor da CURM, formado por representantes dos Gestores, dos prestadores de saúde da região, das Universidades, do Conselho Regional de Medicina, do Centro de Medicina Legal, do Corpo de Bombeiros, da Polícia Militar, das Concessionárias de Autovias e dos usuários. Este Conselho monitoriza o Sistema, é uma instância decisória e um fórum para atenuar divergências surgidas na aplicação das novas práticas. O Conselho Gestor se reúne periodicamente e é presidido pelo representante local da Secretaria de Estado da Saúde.

15 – Mesmo que seu programa, projeto ou prática não focalize especificamente a questão da pobreza, como você avalia seu impacto sobre esta questão ?

A equidade na atenção às urgências em saúde é fundamental. As diferenças e as disponibilidades de recursos de saúde para os diversos grupos sociais podem penalizar os segmentos menos favorecidos da população, com dificuldades de acesso a meio de transporte adequado aos recursos de urgência. Por outro lado, o alto custo relacionado ao atendimento em algumas situações de urgência (infartos agudos do miocárdio, lesões externas, acidentes vasculares cerebrais), sempre relacionados à alta tecnologia como tomografias, angiografias, cirurgias complexas e medicina intensiva, inviabiliza o financiamento particular para grande maioria da população. Desta maneira, a organização apropriada do Sistema permite que todas as camadas sociais da população tenham possibilidade de usufruir destes recursos, quando necessário. Ou seja, é oferecido mais àquele que mais precisa do recurso de saúde, independente da sua condição sócio-econômica. O nosso hospital que é público e dispõe de recursos para a alta complexidade, não tem, atualmente, seus espaços ocupados com casos mais simples, que podem ser resolvidos em Unidades Básicas, Centros de Saúde ou Hospitais Secundários.

16 – Qual o impacto do programa, projeto ou prática sobre a cidadania ?

O reconhecimento dos diferentes seguimentos da população e acerca da importância de racionalizar os recursos assistenciais, definir suas funções e seu papel junto ao Sistema Único de Saúde. A hierarquização do sistema permite a melhor utilização deste recurso, sem o desperdício proveniente da desorganização. Este tipo de compreensão sem a construção de uma consciência cidadã dificilmente seria alcançada, já que a população, há muitos e muitos anos com grandes dificuldades no que tange os benefícios sociais, tende a suprir suas dificuldades naquela Instituição que estiver melhor aparelhada ou mais reconhecido regionalmente, o que em pouco tempo, leva ao excesso de demanda e,

Programa: Organização da Atenção às Urgências Hierarquizadas e Ordenadas pela Regulação Médica e Avaliação de Impacto nas Práticas e nos Indicadores Hospitalares. Formulários de informações complementares

consequentemente à desestruturação. Deste ponto de vista, o projeto tem o mérito de ter envolvido a população, por meio, do Conselho Municipal de Saúde, da divulgação na imprensa escrita e televisiva e continuamente, através da divulgação nas Unidades de Saúde do novo modelo de Fluxo implantado na Cidade e Região.

Atualmente, o Sistema e a própria população tem preservado a Unidade de Emergência para o atendimento dos casos mais graves, visto que a busca espontânea ao Hospital constitui-se hoje uma exceção.

17 – Caso seu programa, projeto ou prática já tenha participado do PROGRAMA GESTÃO PÚBLICA E CIDADANIA anteriormente, qual a diferença que ele apresenta este ano em relação ao ano em que se inscreveu pela última vez ?
Não participou.

18 – Qual é a mais significativa deficiência do programa, projeto ou prática ?

A deficiência regional, no que se refere a atendimento de nível secundário e terciário para emergências, de pacientes idosos com problemas clínicos, neurológicos tem se constituído em obstáculo para o atendimento completo da prática proposta. As taxas de ocupação hospitalar com estes pacientes ainda estão acima de 100% na Unidade de Emergência. Ademais, o Sistema Único de Saúde não desenvolveu outras estratégias para reduzir a média de permanência hospitalar como a organização de instituições com leitos de retaguarda, o fortalecimento de serviços de reabilitação e dos serviços de internação e assistência domiciliar.