

SANDRA LUMER

GESTÃO DE CENTRAL DE REGULAÇÃO DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS:

**Possibilidades e dificuldades da regulação médica no município
do Rio de Janeiro**

Doutoramento em Gestão

Orientadores: Professor Doutor: Francisco José Lopes de Sousa Diniz

Professora Doutora: Gisele O'Dwyer de Oliveira



UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

VILA REAL, 2013

SANDRA LUMER

GESTÃO DE CENTRAL DE REGULAÇÃO DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS:

**Possibilidades e dificuldades da regulação médica no município do
Rio de Janeiro**

Orientadores: Professor Doutor: Francisco José Lopes de Sousa Diniz

Professora Doutora: Gisele O'Dwyer de Oliveira

Composição do Júri:

UTAD

Vila Real – 2013

Este trabalho foi expressamente elaborado como tese original para o efeito de obtenção do grau de Doutor em Gestão de acordo com o disposto no Decreto-Lei 107/2008, de 25 de Junho, sendo apresentada na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

Ao Carlos Eduardo

Aos meus pacientes, objetivo primeiro desta caminhada.

Ao fortalecimento do SUS.

“Não existe fracasso senão no fato de não se tentar mais. Não existe derrota senão aquela que está dentro de nós mesmos; não existem barreiras intransponíveis senão as inerentes à nossa fraqueza de propósitos”.

Elbert Hubbard

AGRADECIMENTOS

Meu agradecimento a todos que direta ou indiretamente contribuíram, incentivaram e orientaram para o final desta etapa, em especial ao meu orientador, Professor Doutor Francisco José Lopes de Sousa Diniz e a minha coorientadora, Professora Doutora Gisele O'Dwyer de Oliveira, por acreditarem no projeto, pela paciência e dedicação com que o conduziu, pelos preciosos conhecimentos que me transmitiram e principalmente pela sabedoria com que desempenharam cada um desses papéis.

Ao Professor Doutor Carlos Machado, coordenador do Doutorado em Gestão pela presteza, eficiência e serenidade com que mediu e conduziu o meu processo de orientação ao longo desta caminhada. Sem sua ajuda nada disso seria possível.

A Professora Doutora Carla Marques, que colaborou nesta empreitada como professora, compartilhando conhecimentos e como diretora do curso de doutorado coordenando os processos acadêmicos.

Aos professores Doutores Paulo Henrique de Almeida Rodrigues e Maria Asensio Menchero que com suas dicas, nortearão alguns pontos desse trabalho e me permitiu concluí-lo com melhor qualidade.

A Universidade de Trás os Montes e Alto D'Ouro (UTAD), por oferecer os seus melhores recursos humanos e físicos, acolhendo em seu espaço acadêmico de excelência a todos os brasileiros, em especial a mim.

À Marie e Edivania, amigas para sempre, pela mão estendida, a cumplicidade explícita, o sorriso carinhoso e pela adorável companhia em todo período que passamos em Vila Real.

A Maria João, sempre pronta ajudar, tornando minha estadia na UTAD, acolhedora e confortável, o que em muito contribuiu para a tranquilidade que um estudo dessa natureza necessita para a sua perfeita execução.

Aos Doutores Angelo Raymundo de Souza Filho e Regina Luchesi, amigos, colegas que atuaram como moderador e auditora externa respectivamente no grupo focal, grandes defensores da Medicina de Emergência, por sua importante colaboração para o desenvolvi-

mento deste estudo.

Aos colegas médicos reguladores do SAMU e de empresas particulares que colaboraram na pesquisa. Pelo exercício da tolerância, da humildade, da confiança que me permitiram somar suas experiências e refletir em que podemos realmente ajudar para construir um SUS para todos.

Aos médicos reguladores da Cuidar Emergências Médicas pela acolhida carinhosa em sua empresa e a oportunidade de vivenciar o campo da pesquisa neste espaço.

Aos Professores Luiz Henrique Ribeiro e Luciene Marques, do Grupo Marques Ribeiro, incansáveis e dedicados, deram o apoio integral para transformar o meu sonho em realidade.

A todos os professores do doutoramento em Gestão, pelos conhecimentos passados e a dedicação na tarefa de formar novos doutores.

Aos colegas do doutoramento, pela oportunidade de ter compartilhado um convívio alegre, harmonioso e enriquecedor, no qual as divergências foram resolvidas com muitos comes e bebes nos bares de Vila Real.

À Natasha, gerente da Central de Regulação da Cuidar Emergências Médicas, amiga, secretária, presença constante na minha vida pessoal e profissional, pela ajuda incansável aos meus candentes apelos.

Ao Carlos Eduardo, meu companheiro e revisor ortográfico do texto, por jamais deixar de acreditar que eu conseguiria, nem nos piores momentos.

À Olívia, minha netinha querida que encheu os meus dias de alegria e estímulo para prosseguir.

À ASSEPLA – empresa de Consultoria e Gestão em Saúde, por financiar parte das propinas do curso de doutoramento.

Ao Orlando Correa, sócio e amigo da empresa ASSEPLA, pela sua compreensão em permitir meu afastamento em diversos períodos para cumprir o cronograma do curso em Portugal.

Ao Professor Nuno Garrido e Eng. Filipe Costa pela presteza e dedicação na formatação, impressão e entrega do trabalho, assim como os trâmites consulares.

Aos colegas das Centrais de Regulação do município do Rio de Janeiro (leitos, procedimentos e urgências) a atenção que me concederam ao longo da realização deste trabalho.

As empresas de Atenção Pré-Hospitalar, aonde tive a oportunidade de exercer a gestão de saúde de urgências/emergências em vários períodos da minha vida, as Unidades de emergência/urgência do Hospital dos Servidores do Estado e do Hospital Municipal Moacyr Rodrigues do Carmo. Esses espaços serviram de observatório dos serviços ofertados, tanto privados como públicos, contribuindo para uma análise crítica sobre a necessidade de mudanças na gestão do Sistema.

Por fim, um agradecimento muito especial à minha família, pela compreensão e paciência que sempre demonstraram em todas as etapas deste processo, e a todos os meus amigos médicos, não médicos que estiveram sempre presentes, me estimulando a prosseguir firme nos meus propósitos.

Meus sinceros agradecimentos a todos!

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

RESUMO

A regulação de urgências/emergências por uma Central de Regulação e a regulação médica, como um instrumento de gestão deste tipo de cuidado, vem sendo utilizada em outros países com muito sucesso. Para o Ministério da Saúde (MS) brasileiro este é um meio de garantir a integralidade da assistência e a equidade no acesso dos clientes ao Sistema. O presente estudo busca estabelecer uma relação entre a organização e a estrutura dos serviços de saúde com a regulação médica das urgências e emergências, apresentando suas possibilidades e dificuldades, levando – se em conta as atribuições do médico regulador - equidade do acesso ao serviço, a autonomia médica e a efetividade da regulação. Para tanto, faz uma abordagem qualitativa que analisa, através de entrevistas semi-estruturadas complementadas por um grupo focal com médicos reguladores, as condições do exercício da regulação na atual rede de saúde no Rio de Janeiro, considerando a legislação vigente. Também verifica a percepção dessa amostra quanto às possibilidades e os obstáculos de sua atividade frente a esta estrutura organizacional.

O estudo permitiu relacionar diretamente uma adequada organização/estrutura dos serviços de saúde, em particular, os de emergência/urgência, com a melhor prática da regulação médica e estes por sua vez, diretamente com o acesso, a autonomia e a efetividade. Desta forma, pode-se evidenciar os problemas e as insuficiências da rede de saúde, em particular a de urgências/emergências no município estudado. Os resultados apontaram para a importância e urgência no gerenciamento e tratamento destas questões. Além disso, apresentaram desafios interessantes em termos de pesquisas futuras, entre os acadêmicos e gestores.

Palavra-chave: Rede de ações e serviços de saúde; Central de Regulação de Urgências; Regulação médica das urgências; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The regulation of urgency/emergency by a Central Regulation and medical regulation as a tool for managing this type of care has been used in other countries with great success. For the Brazilian Ministry of Health (MH) this is a way of ensure comprehensive care and equity access of the customer to the system. This study tries to establish a relationship between the organization & structure of health services and the regulation of medical urgencies/emergencies shows its possibilities and difficulties, considering: the duties of the medical regulator - equity of access to the service, the medical autonomy, and effectiveness of regulation. To do so it makes a qualitative approach that analyzes through semi-structured interviews, supplemented by a focus group with regulator doctors, the conditions for the exercise of regulation in the current organizational structure of the health network in Rio de Janeiro, taking in consideration the legislation. Also verifies the perception of this sample about the possibilities and obstacles of their activity, facing this organizational structure.

The research allowed to relate directly an appropriate organization/structure of health services, particularly, the urgency/emergency, with the best practice of medical regulation and these, in turn, with direct access of autonomy and effectiveness. Thus, it is possible to highlight the problems and lacks of the health system, mainly the urgency/emergency in the chosed municipality. The results showed the importance and urgency of the management and urgency in the management and treatment of these issues. Furthermore, it also presents interesting challenges in terms of future research, between academics and managers.

Keyword: Network actions and health services; Emergency Regulation Center; Regulation of medical emergencies; National Health System.

ÍNDICE GERAL

AGRADECIMENTOS.....	VI
RESUMO	IX
ABSTRACT	X
ÍNDICE GERAL	XI
ÍNDICE DE QUADROS.....	XVI
ÍNDICE DE FIGURAS	XVII
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	XVIII
INTRODUÇÃO	1
APRESENTAÇÃO.....	2
ENQUADRAMENTOS DO TEMA E O PROBLEMA DA INVESTIGAÇÃO	7
PERSPECTIVA DA ANÁLISE, OBJETIVOS E QUESTÕES DA PESQUISA	9
1.1.1. Objetivo geral.....	9
1.1.2. Objetivos Específicos.....	9
RELAÇÃO DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL COM A REGULAÇÃO MÉDICA E A METODOLOGIA DA PESQUISA	11
ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DA TESE.....	14
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
2.1. CONSIDERAÇÕES SOBRE REGULAÇÃO DA SAÚDE	18
2.2. ESTRATÉGIAS DE REGULAÇÃO DO SETOR SAÚDE – GESTÃO DA SAÚDE	
21	
2.3. O PAPEL DA REGULAÇÃO DE SAÚDE NO BRASIL: AUTONOMIA ORGANIZACIONAL E SEPARAÇÃO DE FUNÇÕES.....	24
2.4. CONCEITOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	30
2.5. O SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE NO BRASIL	37

2.5.1. A Reforma Sanitária brasileira e o surgimento do SUS.....	37
2.6. DESAFIOS NA GESTÃO DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO: A QUESTÃO DA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E DO ACESSO	39
2.7. COORDENAÇÃO DAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS – SISTEMA SAMU. 50	
2.8. CENTRAL DE REGULAÇÃO DE URGÊNCIAS/ EMERGÊNCIAS.....	56
2.9. A GESTÃO DA REGULAÇÃO DAS URGÊNCIAS	61
2.9.1. Conceito de regulação médica das urgências/emergências.....	61
2.9.2. Conceito de autonomia médica	64
2.9.3. Conceito de efetividade.....	69
3. RELAÇÃO PROPOSTA E PRESSUPOSTOS DA INVESTIGAÇÃO	75
3.1. RELAÇÃO PROPOSTA	75
3.1.1. Condições organizacionais e estruturais dos serviços de saúde.....	77
3.2. PRESSUPOSTOS DA INVESTIGAÇÃO.....	79
3.2.1. Relação da estrutura organizacional da saúde com o exercício da regulação.....	79
3.2.2. Relação entre a estrutura e organização do Sistema com os atributos e competências da regulação médica.....	81
3.2.3. Relação entre a estrutura e organização do Sistema com a autonomia dos MR.	83
3.2.4. Relação da estrutura e organização do Sistema com a efetividade da regulação médica com o exercício da regulação	84
3.2.5. Relação dos atributos/competências da regulação médica (acesso as urgências, a autonomia médica, efetividade da regulação) com o exercício da regulação médica	86
4. METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO	89
4.1. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA SOBRE O TEMA.....	90
4.2. TIPO DE PESQUISA	92
4.3. POPULAÇÃO – ALVO.....	93
4.4. AMOSTRA	93

4.5. INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	95
4.5.1. Questionários semi - estruturados	95
4.5.2. Grupo focal	99
4.5.3. Análise dos dados - Análise de Conteúdo.....	101
5. RESULTADOS DA PESQUISA.....	109
5.1. CONTEXTO LOCAL.....	109
5.2. ANÁLISE DOS RESULTADOS DOS QUESTIONÁRIOS SEMI- ESTRUTURADOS	113
5.3. ANÁLISE DOS RESULTADOS DO GRUPO FOCAL	119
5.3.1. Escolha da atividade.....	122
5.3.1.1. Subcategoria – opção de trabalho.....	122
5.3.1.2. Subcategoria – convite	123
5.3.1.3. Subcategoria – perfil/preferência	124
5.3.2. Rede de atenção às urgências/emergências (privada e pública) no Rio de Janeiro	125
5.3.2.1. Subcategoria – organização e estrutura	126
5.3.2.2. Subcategoria – hierarquização e integração	128
5.3.2.3. Subcategoria – pré-hospitalar fixo - UPA	129
5.3.2.4. Subcategoria – pré-hospitalar móvel - APH.....	130
5.3.2.5. Subcategoria – capacitação.....	133
5.3.3. O gerenciamento na CRUE (a pública e as privadas) no Rio de Janeiro.....	135
5.3.3.1. Subcategoria - atribuições.	135
5.3.3.2. Subcategoria – Centrais privadas e Central pública	137
5.3.3.3. Subcategoria – controle das portas de entrada (superlotação).....	138
5.3.4. O sistema de saúde e as urgências/emergências	139
5.3.4.1. Estrutura hospitalar.....	139
5.3.4.2. Subcategoria – organização dos níveis de atenção.....	141

5.3.4.3. Subcategoria - modelo SUS:	141
5.3.4.4. Subcategoria - financiamento:	143
5.3.5. Elementos fundamentais para a melhoria do serviço de APH: educação da população, treinamento de profissionais e a reestruturação da rede	145
5.3.5.1. Subcategoria - reestruturação da rede de atenção:	145
5.3.5.2. Subcategoria - treinamento/capacitação:	145
5.3.5.3. Subcategoria - educação da população	146
5.3.5.4. Subcategoria - Qualidade do atendimento	147
5.4. SÍNTESE DOS RESULTADOS.....	147
5.4.1. Relação entre a organização e a estrutura dos serviços e a regulação médica.....	148
5.4.2. Relação da organização/estrutura dos serviços com o acesso e com o exercício da regulação	149
5.4.3. Relação da organização/estrutura dos serviços com a autonomia e com o exercício da regulação	149
5.4.4. Relação da organização/estrutura dos serviços com a efetividade e com o exercício da regulação	150
6. CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES.....	153
6.1. CONCLUSÕES GERAIS E DISCUSSÃO	153
6.1.1. Conclusões sobre a revisão da literatura	154
6.1.2. Síntese sobre a temática associada ao conceito de regulação da saúde, suas estratégias e seu papel no Brasil	154
6.1.3. Síntese sobre a temática associada ao conceito de urgências/emergências, formação do SUS e a gestão de saúde e das urgências/emergências no Sistema e a sua organização	155
6.1.4. Síntese sobre a temática associada ao sistema SAMU, a Central de Regulação de Urgências e a sua gestão.	157
6.1.5. Conclusões sobre a relação proposta	158

6.2. CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO	159
6.2.1. Contribuições para a teoria	160
6.2.2. Implicações para os gestores públicos e privados.....	161
6.3. LIMITAÇÕES DO ESTUDO E PROPOSTAS DE INVESTIGAÇÃO.....	163
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	169
ANEXOS	181
Anexo A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (grupo focal)	
Anexo B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (questionário)	
Anexo C – Questionário	
Anexo D – Roteiro para o grupo focal	

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Pseudofórmula de Martinez-Almoyna e Nitschke para Urgências.....	35
Quadro 2: Ministério da Saúde, classificação dos tipos de urgência.....	36
Quadro 3: Distribuição dos municípios por faixa de População – 2010	41
Quadro 4: Postos de trabalho na Central de Regulação de Urgências e Emergências	60
Quadro 5: Médicos reguladores por sexo, faixa etária e especialidades	114
Quadro 6: Atuação dos médicos entrevistados em nº absolutos e relativos	115
Quadro 7: Respostas em nº absolutos e percentuais sobre o perfil e as atribuições do médico regulador.....	116
Quadro 8: Respostas sobre a Organização e Estrutura da Central de Regulação, da APH e de demais serviços de saúde.....	117

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Relação Estrutura Organizacional e Regulação Médica	12
Figura 2: Estrutura da tese	16
Figura 3: Complexo Regulador.....	27
Figura 4: Conceito de Lalonde.....	38
Figura 5: Despacho regionalizado SEM	57
Figura 6: Processo de Regulação Médica utilizado no Brasil.....	62
Figura 7: Processo de trabalho em saúde	71
Figura 8: Pressuposto a testar na relação entre a estrutural organizacional e o exercício da regulação de urgências/emergências	81
Figura 9: Pressuposto a testar na relação entre estrutura e organização do Sistema e o acesso às urgências /emergência.....	83
Figura 10: Pressuposto a testar na relação entre a estrutura e a organização dos serviços de saúde e a autonomia médica.....	84
Figura 11: Pressuposto a testar na relação entre a estrutura e a organização dos serviços de saúde e a efetividade da regulação	85
Figura 12: Pressupostos a testar na relação entre os atributos/competência da regulação (acesso as urgências, a autonomia médica, efetividade da regulação) e o exercício da regulação médica.....	87
Figura 13: Mapa das divisões administrativas da cidade do Rio de Janeiro – APS	110
Figura 14: Integração dos serviços de emergência com a Regulação	113

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRAMEDE – Associação Brasileira de Medicina de Urgência

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ABRASPE - Associação Brasileira de Autogestão em Saúde Patrocinada pelas Empresas

ACLS - *Advanced Cardiologic Life Support*

AIS - Ações Integradas de Saúde

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

AP – Atenção Primária

APH – Atenção Pré - Hospitalar

APO – Administração por Objetivos

APS - Áreas de Planejamento Sanitário

ATLS - *Advanced Trauma Life Support*

BIRD - Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento

CAMU - *Capacité d'Aide Médicale Urgent*

CAP - Coordenações de Áreas de Planejamento

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CEM – Código de Ética Médica

CFB – Constituição Federativa do Brasil

CFM – Conselho Federal de Medicina

CISBAF - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense

CNS - Conferência Nacional de Saúde

CONASP - Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária

CR – Complexos Reguladores

CRUE - Central de Regulação de Urgências e Emergências

DES - Diplôme d'Études Spécialisées

EMS – Emergency Medical Services

EMTALA - Emergency Medical Treatment and Active Labor Act

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública

EUA – Estados Unidos da América

FIOCRUZ - Fundação Osvaldo Cruz

GCR – Gestor de Central de Regulação

GM - Gabinete do Ministro

GPS - Global Positioning System,

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

ICIS - Instituto Canadense de Informação sobre a Saúde

INEM - Instituto Nacional de Emergências Médicas

LOS – Lei Orgânica da Saúde

LOAS – Leis Orgânicas da Saúde

MBA – Master Business Administration

MDA ou MADA - *Magen David Adom*

MP - Ministério Público

MR – Médico Regulador

MS - Ministério da Saúde

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

OMT – Orientação Médica por Telefone

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PA – Pronto - Atendimento

PALS – *Pediatric Advanced Life Support*

PIB – Produto Interno Bruto

PJ - Poder Judiciário

PNAU – Política Nacional de Atenção às Urgências

PS – Pronto - Socorro

PSF – Programa Saúde da Família

RBCE - Rede Brasileira de Cooperação em Emergências

RCP – Ressuscitação Cardio Pulmonar

RDC – Resolução da Diretoria Colegiada

RH – Recursos Humanos

SADT - Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapia

SAMU - Service d'Aide Médicale d'Urgence

SAMU – Serviço de Atenção Móvel de Urgência

SAS - Secretaria de Assistência à Saúde

SAV – Suporte Avançado a Vida

SAVT – Suporte Avançado a Vida e ao Trauma

SBAIT – Sociedade Brasileira de Atenção Integrada ao Trauma

SBCM – Sociedade Brasileira de Clínica Médica

SBV – Suporte Básico a Vida

SEM – Serviços de Emergência Médica

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SIEM/RJ - Serviços Integrados de Emergência Médica do Rio de Janeiro

SMG – Secretaria Municipal de Gestão

SMS/RJ – Secretária Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro

SUS – Sistema Único de Saúde

TARM - Telefonistas Auxiliares de Regulação Médica

TEM - Técnico em Emergências Médicas

TOH – Taxa de Ocupação Hospitalar

UBS - Unidade Básica de Saúde

UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

WHO – World Health Organization

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO

Gestão de central de regulação de urgências e emergências:

Possibilidades e dificuldades da regulação médica no município do Rio de Janeiro

INTRODUÇÃO

O presente estudo pretende propor uma relação entre a organização e a estrutura dos serviços de saúde com a regulação das urgências e emergências¹, apresentando suas possibilidades e dificuldades, levando – se em conta três aspectos: a equidade do acesso aos serviços de urgências/emergências, a efetividade deste tipo de regulação e a autonomia médica. Em virtude disso o trabalho tem como objetivo analisar as condições de exercício da regulação feita pelos médicos neste tipo de atenção, nas condições atuais de organização e estruturação da saúde, em um dos municípios mais importantes do país, o do Rio de Janeiro².

Neste texto introdutório para uma melhor contextualização do tema faz - se uma breve apresentação do problema, abordando a justificativa da escolha e a sua relevância. Segue – se o enquadramento teórico, a perspectiva de análise com os objetivos da pesquisa. Posteriormente, discute-se brevemente a relação proposta e os respectivos pressupostos (aprofundados no Capítulo 2) e a metodologia a ser utilizada (detalhada no Capítulo 3). Finalmente, apresenta-se um esquema da tese.

APRESENTAÇÃO

A gestão da Central de Regulação de Urgências e Emergências (CRUE) é um dos meios propostos pelo Ministério da Saúde (MS) brasileiro na garantia da integralidade e da equidade no acesso dos clientes ao Sistema.

A formação do Sistema Único de Saúde (SUS), prevista na Constituição Federal do Brasil (CFB) de 1988, assegura a todos os cidadãos os princípios da universalidade, integralidade e igualdade do acesso aos serviços de saúde. Em seu art. 196, garante a todos, o direito à saúde e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção e recuperação, de forma gratuita. **Como lidar com a regulação da assistência quando os médicos devem ga-**

¹ Utiliza-se também o termo emergências, pois existe uma inter - relação com as urgências, no que tange a organização de um serviço desta natureza.

² O município do Rio de Janeiro é a capital do estado de mesmo nome e é a segunda cidade mais populosa do Brasil, por ter sido ao longo de muitos anos a capital administrativa do país, desenvolveu-se muito culturalmente e economicamente, sendo considerada ainda a “capital cultural” do país. Atualmente, Brasília, fundada em 21 de abril de 1960 é a capital do país.

rantir o princípio de universalidade e igualdade de acesso aos serviços de saúde? As atribuições do Estado aumentaram de forma significativa para garantir estes direitos. O processo de descentralização³ das ações de saúde partilhou responsabilidades entre os diferentes níveis de governo, incluindo os cidadãos, os setores públicos e os privados. A prestação de serviços no setor de saúde é um dos mais problemáticos para o exercício da regulação pelo Estado (Nunes, 2009).

A regulação abrange aspectos que vão desde a regulamentação de leis até aqueles que lidam com o acesso do usuário aos serviços de saúde, como, por exemplo: a regulação dos sistemas de saúde; da atenção à saúde e da assistência (Organização Pan-Americana de Saúde [OPAS/MS], 2006). Este estudo se situa no âmbito do último desses três aspectos da regulação da saúde, ou seja, a regulação da assistência de urgências e emergências. Para que este tipo de assistência possa ser eficaz e eficiente são necessárias as seguintes condições: hierarquização das ações e serviços prestados por este nível de atenção; utilização de protocolos clínicos informatizados; competência técnica dos profissionais envolvidos; funcionamento do sistema de referência e contra-referência⁴; controle do transporte de pacientes e dos leitos de observação e de internação; sistemas de informação, comunicação e logística; recursos tecnológicos modernos; área física adequada, núcleos de capacitação, etc.

As redes integradas de atenção à saúde são também uma importante contribuição à organização da atenção de urgências e emergências no Sistema como um todo. Esta forma de organizar a assistência enfatiza a atenção em cima das necessidades da população com a consequente gestão da demanda, superando a lógica da gestão da oferta que predomina no modelo atual [hegemônico]⁵ (Lumer, 2007).

Por que será que a gestão da regulação de alguns organismos funciona e de outros não?

É de se esperar que o sucesso na gestão da regulação seja maior onde o desenvolvimento so-

³ Descentralização caracteriza-se em dividir o poder entre os três entes federativos do Brasil, nação, estado e município. Ou seja, cada entidade será responsável por sua área de abrangência.

⁴ O sistema de referência – contra referência é uma forma de acompanhar o paciente pelo sistema de saúde. Por exemplo, quando se necessita encaminhar um paciente para um especialista ou mesmo para um exame, deve o serviço que recebeu o paciente, reencaminhá-lo para o serviço de origem. Este procedimento não somente monitora como também serve de instrumento para controlar e garantir o acesso assistencial.

⁵ O modelo de medicina voltado para a assistência à doença em seus aspectos individuais e biológicos, centrado no hospital, nas especialidades médicas e no uso intensivo de tecnologia. Também é chamado também de medicina científica e foi defendido por Abraham Flexner, cujo relatório, em 1911, fundamentou a reforma das faculdades de medicina nos EUA e Canadá e foi por algumas décadas o modelo de atenção no país. <http://www2.ghc.com.br/GepNet/docsris/rismaterialdidatico63.pdf>.

cioeconômico é mais avançado, onde a cultura política é participativa e sociável e onde o nível de estruturação e organização é maior. Estes três aspectos dão conta de quase toda a variação no desempenho institucional, (Almond & Verba, 1989; Banfield, 1958; Cnudd & Neubauer, 1969; Dahl, 1967; Fried & Rabinowitz, 1980; Huntington, 1965; Putnam, 2006). Há certamente críticos dessa visão como Chang (2004 e 2009), o qual argumenta que as condições políticas e institucionais para o desenvolvimento são criadas historicamente⁶, não constituindo, portanto, pré-condições para o desempenho das organizações. Apesar dessa posição, esta pesquisa focar-se-á na organização e estruturação dos serviços de saúde em particular das urgências/emergências, pois, esta estabelece uma estreita relação com o exercício da regulação médica das urgências e emergências. As outras duas variáveis: desenvolvimento socioeconômico e cultura política podem, inclusive, serem determinantes explicativos para futuros trabalhos.

A regulação de urgências/emergências por uma Central de Regulação e a regulação médica, como um instrumento de gestão deste tipo de cuidado, vem sendo utilizada em outros países, principalmente na França, com muito sucesso (Giroud, 2006).

Na maioria dos estados brasileiros, em particular na cidade do Rio de Janeiro, estes conceitos apesar de estarem legitimados por documentos legais⁷, não conseguiram avançar operacionalmente. Por conta, ainda, da insuficiente organização da rede assistencial e da estrutura precária da maioria dos serviços de saúde (gestão inadequada, déficit de pessoal, recursos tecnológicos, leitos, verbas, clientelismo, etc.). Desta forma a regulação médica poderá perder eficiência e eficácia, enquanto, os médicos reguladores podem ter dificuldades em exercer a sua autonomia, como, por exemplo, o controle sobre os leitos hospitalares de urgência e emergência. Estes apresentam taxas de ocupação hospitalar (TOH)⁸ de mais de 100% como demonstrado no estudo realizado por O'Dwyer, Oliveira e Seta (2009).

A precariedade da regulação como afirma Bittencourt (2010) pode contribuir para um fluxo

⁶ Aqui, o autor propõe a indicação dos fatos históricos ligados ao processo de crescimento dos países desenvolvidos, principalmente, para permitir que os países que estão em desenvolvimento, façam escolhas bem informadas, relacionadas às políticas e instituições que pretendem ou que são impelidos a adotar.

⁷ As leis pertinentes a regulação da saúde são de âmbito nacional, abrangendo assim todos os estados brasileiros. Existem também as leis estaduais e municipais que complementam a nacional ou mesmo são pertinentes a cada região.

⁸TOH é a relação percentual entre o número de pacientes-dia e o número de leitos-dia, num determinado período. Conceitos e Definições em Saúde. <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0117conceitos.pdf>.

maior de pacientes aos serviços de urgências/emergências (única porta aberta), resultando num baixo desempenho organizacional que pode ser expresso no aumento dos indicadores de morbimortalidade. Este autor, partindo de uma revisão sistemática, discutiu as intervenções dirigidas para solucionar o problema da superlotação dos serviços de emergência em hospitais no Rio de Janeiro e identificou evidências de perda de eficácia e eficiência nessas unidades. As intervenções que apresentaram interferências positivas no principal indicador da superlotação, como é o caso do tempo de permanência nos serviços de urgências/emergências hospitalares, sinalizaram para a melhoria do fluxo de saída dos pacientes, através do aumento do desempenho organizacional.

A investigação de O'Dwyer, Oliveira e Seta (2009) mostra que a rede pública é composta, na sua maioria, por unidades de atenção básica (nível primário da atenção) e serviços emergenciais, enquanto a particular é na sua maioria, pela atenção especializada e hospitalar. A deficiência de serviços ambulatoriais (especializados) e hospitalares no setor público explicaria, em parte, porque as pessoas de menor renda que usam normalmente este tipo de serviço acessam os serviços emergenciais em busca de atendimentos especializados e tecnológicos (Castro, Travassos & Carvalho, 2002). Talvez, por conta desta maneira de organizar e estruturar a rede assistencial, os serviços de urgências/emergências públicos são utilizados indevidamente, como se conclui no estudo de Lovalho, (2004). Este observa que em um determinado número de pacientes que buscou atendimento neste nível de atenção, mais da metade poderia ter sido atendida em ambulatórios e desses, um número significativo não deu seguimento ao tratamento. Estes estudos mostram que a alta da TOH, a falta de acesso aos ambulatórios de especialidades e aos hospitais, assim como uma tendência da população em acessar unidades emergenciais, compromete diretamente a *performance* dos serviços e a regulação médica. Consequentemente ocorre um acúmulo de doentes nos serviços, sinalizando para o baixo desempenho organizacional e uma perda da qualidade da atenção.

É importante ressaltar que a superlotação de pacientes e a dificuldade de acesso às emergências, não são características únicas e exclusivas dos hospitais brasileiros, é um fenômeno mundial e exaustivamente estudado por todos. A Comissão sobre o Futuro dos Cuidados de Emergência no Sistema de Saúde Norte-americano [*Committee on the Future of Emergency Care in the United States Health System*] (2007), relaciona a superlotação nas emergências hospitalares com a falta de leitos (ocupação de todos os leitos disponíveis); pacientes em macas nos corredores; tempo de espera maior que uma hora; conflitos constantes entre as equipes

profissionais e pressão dos pacientes por novos atendimentos. Todas estas evidências apontam para um baixo desempenho do sistema de saúde em geral e, em particular, do setor de urgência/emergência hospitalar, determinando a baixa qualidade assistencial.

Um relatório publicado pelo Instituto Canadense de Informação sobre a Saúde [ICIS] (2005), onde mais da metade (57%) dos pacientes que compareceram em 2003 – 2004 aos serviços de urgência canadenses, visados pelo estudo, sofriam de um problema de saúde considerado como menos urgente ou não urgente. Em somente 0,5% dos casos, o estado dos pacientes era mais grave e colocava suas vidas em perigo, necessitando de intervenção imediata. Outra experiência a respeito da preferência em acessar serviços emergenciais para cuidados não urgentes, num hospital da Virginia, Estados Unidos da América (EUA), concluiu que ações educativas são insuficientes para evitar essas portas, por ser muito difícil mudar o comportamento das pessoas em se adequar às exigências do sistema de saúde. Possivelmente, seria melhor mudar a sua organização para atender aos seus padrões de comportamento (DeSalvo, Rest, Knight, Nettleman & Freer, 2000).

Todas as considerações se constituem em razões para iniciar esta investigação, com a percepção de que uma suficiente organização e estruturação da rede de saúde, neste caso concreto, conduzirá a uma melhoria generalizada do exercício da regulação médica, principalmente quanto a sua efetividade, autonomia e promoção do acesso com equidade. O trabalho parte do pressuposto que existem duas importantes lacunas em relação às CRUE: a precária organização e estruturação da rede de saúde no país, em particular no Rio de Janeiro e o exercício da regulação médica frente às insuficiências desta rede. Tais lacunas podem criar dificuldades para que a regulação médica cumpra com o seu papel na integralidade e na hierarquização das ações e serviços de saúde. Nesta linha de pensamento, o foco do trabalho surge sobre a atuação do médico na CRUE e as indagações sobre: **como o nível de estruturação e organização da rede de saúde afeta as condições do exercício da regulação médica de urgências/emergências no sistema de saúde do Rio de Janeiro? E como é que os médicos reguladores (MR) percebem a interferência sobre o seu trabalho, dessa situação de estruturação e organização da rede de saúde?**

Um melhor conhecimento destas questões poderá contribuir com soluções que permitam que a regulação médica possa dar um atendimento resolutivo para todos os casos solicitados; otimizar recursos disponíveis, melhorar o acesso à saúde e ajudar a regular a porta de entrada

dos serviços de urgência/emergência.

ENQUADRAMENTOS DO TEMA E O PROBLEMA DA INVESTIGAÇÃO

A presente investigação tem como temática principal a análise do exercício da regulação médica na CRUE do município do Rio de Janeiro. Para tanto, estuda a percepção dos MR, gestores do processo, na atual rede de serviços de saúde da cidade em geral e em particular das urgências e emergências. Para um devido enquadramento do tema é importante compreender dois aspectos importantes. Por um lado, o conceito de regulação da saúde, em particular da assistência, e, pelo outro, a utilização deste conceito nas CRUE. Assim, o enquadramento do tema passa necessariamente pela revisão sucinta deste processo organizacional.

A importância do exercício da regulação é um assunto novo ainda nos meios de saúde brasileiros. No âmbito da literatura de saúde sobre o tema pesquisado, a escola francesa detém uma posição clara e bem definida, sendo a multiplicadora do conceito a outros países, que o tornam adequado as suas necessidades. Há algum tempo que os proponentes do conceito de regulação médica para as urgências e emergências argumentam que esta atividade é o ordenador da entrada no sistema de saúde e o responsável por uma maior coesão social e equidade (Russell, Gary, Fitzgerald & Oldenburg, 2007).

No presente trabalho entende – se o conceito de regulação médica como um elemento de ordenação e orientação das urgências/emergências. Estruturando a relação entre os vários serviços, qualificando o fluxo dos pacientes no Sistema e gerando uma porta de comunicação aberta ao público em geral, através da qual os pedidos de socorro são recebidos, avaliados e hierarquizados, como o proposto pela Portaria do Gabinete do Ministro [GM]/MS nº 814 (2001). Neste sentido, uma boa regulação do acesso às urgências e emergências parece estar associada à competência técnica dos profissionais e aos conhecimentos necessários dos clientes de um lado, enquanto, de outro, associa-se também à eficácia e eficiência dos serviços de urgências/emergências.

De acordo com o observado, a falta de organização da rede de saúde no município investigado diminui a efetividade das urgências/emergências e a autonomia dos MR, contribuindo para agravar o problema da equidade do acesso a curto e médio prazo e, conseqüentemente, com a superlotação. A longo prazo, os elementos concretos do contexto institucional que regulam a

rede de serviços de saúde parecem ter uma importância vital, uma vez que canalizam os efeitos da regulação e podem contribuir significativamente para potencializar as consequências positivas sobre a efetividade da CRUE e diminuir de forma paralela os problemas de igualdade e do acesso à saúde.

Normalmente, o exercício da regulação médica centraliza seus esforços em promover uma melhor organização das portas de entrada no Sistema. Contudo, isto pode ser prejudicado por conta da forma como se organiza e se estrutura a saúde (Barbosa, 2001; Bittencourt, 2010). Este aspecto realça a necessidade de abordar este conceito nesta perspectiva, não limitando tão somente a orientação global da atividade, mas, as suas especificidades primordiais: a garantia do acesso igualitário, a efetividade da sua atuação e a preservação da sua autonomia. Estas orientações se integram e se inter-relacionam para atender as organizações, melhorando o seu desempenho. Se aceitar a ideia de que a regulação médica incorpora estas atividades, então, não existem razões para acreditar que a filosofia do conceito não possa ser empregada nos serviços emergenciais em busca de um melhor desempenho organizacional. Isto corrobora a necessidade de uma visão que investigue o conceito da regulação com as condições organizacionais e estruturais dos serviços de saúde e do próprio sistema de saúde. O estudo desta temática se reveste da maior importância para a comunidade carioca⁹. Desde a década de noventa, quando se pensou em criar esta atividade no Brasil, o conceito de regulação médica vem se destacando nas reuniões dos Conselhos Municipais e de Classe e outras instituições que lidam com as urgências e emergências, no sentido de clarificá-las e efetivamente colocá-las em prática. A promulgação da Portaria GM/MS nº2048 (2002) legitimou este conceito, determinando as diretrizes dos serviços de urgências/emergências, sugerindo entre outros, a implantação das CRUE sob a coordenação de um médico, para ordenar as “entradas”¹⁰ no Sistema.

Portanto, **o problema** que enquadra esta tese relaciona-se com a regulação médica das urgências/emergências e das suas ligações com as variáveis organizacionais. Neste âmbito, a presente investigação está centrada nas questões das atividades da regulação. Sendo estas o foco das atenções e a sua importância no sistema de saúde brasileiro, em particular no município

⁹ Carioca é aquele (a) ou aquilo que é natural do município do Rio de Janeiro, ou melhor, tudo que é próprio da cidade do Rio de Janeiro.

¹⁰ O termo “entradas” é muito utilizado pelos médicos quando querem definir o fluxo de pessoas que acessam o sistema de saúde. A ordenação dessas entradas permite uma melhor qualidade na assistência.

do Rio de Janeiro, permeia esta pesquisa.

PERSPECTIVA DA ANÁLISE, OBJETIVOS E QUESTÕES DA PESQUISA

A motivação para realizar esta investigação vem da atuação da autora na área de urgências e emergências desde 1979 e a preocupação com a necessidade da melhoria da assistência neste setor, com vistas a uma maior racionalidade do Sistema. Ao longo desses anos de experiência, atuou tanto na esfera privada, como diretora de uma CRUE, quanto como médica socorrista em um hospital público, entre outros serviços. Desta forma, pode vivenciar as angústias e inquietações dos clientes e dos profissionais de saúde, em todos os níveis de complexidade da assistência de saúde, em particular, dos cuidados de urgências e emergências, principalmente na sua fase pré – hospitalar¹¹. Esta atividade é recente no país e seu papel ainda não é bem conhecido dos médicos em geral e pela maioria dos outros profissionais que atuam na área de saúde. Destaca-se aqui que a fase pré-hospitalar pode ser considerada recente, do ponto de vista de processos e legislação. No país, desde longa data existem serviços de transporte de pacientes críticos (empresas particulares e hospitais públicos), atendimentos de urgência em locais públicos (por bombeiros militares), porém, o conceito efetivo da regulação, com priorização das demandas, ainda é novo e pouco conhecido.

1.1.1. Objetivo geral

Analisar as condições de exercício da regulação feita pelos MR no atendimento de urgências/emergências na situação atual de organização do sistema de saúde no município do Rio de Janeiro.

1.1.2. Objetivos Específicos

a) Identificar e analisar as possibilidades e os obstáculos criados pela estruturação e organização da rede de saúde no Rio de Janeiro para o trabalho dos MR de urgências/emergências,

¹¹ A fase Pré - Hospitalar é realizada antes da chegada ao hospital. É caracterizada pelo atendimento de urgências e emergências, fora do ambiente hospitalar através de unidades móveis (ambulâncias medicalizadas) e de unidades fixas que atendem as demandas, direcionando – as para os hospitais de acordo com a complexidade do caso.

considerando a literatura, a legislação e as normas vigentes;

b) Levantar e analisar a percepção dos MR quanto às possibilidades e aos obstáculos decorrentes da insuficiente estruturação e organização da rede de saúde no Rio de Janeiro, em relação às suas capacidades de exercício da função de regulação de urgências/emergências.

Considerando que a organização e estrutura dos serviços de saúde em geral é um importante fator para o exercício da regulação médica das urgências/emergências e seu desempenho, procura-se, nesta tese, dar respostas a **duas questões fundamentais da pesquisa**. Estas serviram de guia para todo o processo de investigação, em particular, para o desenvolvimento dos pressupostos sugeridos no estudo, a saber:

1 Questão - Como o nível de estruturação e organização da rede de saúde afeta as condições do exercício da regulação médica de urgências/emergências no sistema de saúde do Rio de Janeiro?

Procura-se, aqui, analisar as condições organizacionais e estruturais da rede assistencial carioca e de que maneira, esta interfere na prática da regulação médica das urgências/emergências. Para isso, pretende – se examinar na literatura, na legislação e normas vigentes, as possibilidades e dificuldades do acesso aos serviços e da autonomia médica, assim como o comprometimento da efetividade da regulação nas CRUE (públicas e privadas).

2- Questão - e Como é que os médicos reguladores (MR) percebem a interferência sobre o seu trabalho, dessa situação de estruturação e organização da rede de saúde?

Nesta questão procura-se entender através dos questionários médicos e do grupo focal, como o MR que atua nas CRUE percebe seus atributos/competências, frente às condições organizacionais e estruturais da rede assistencial de saúde carioca. Considera – se como atributos desses profissionais; facilitar o acesso, exercer a autonomia médica e contribuir para a efetividade da atenção.

RELAÇÃO DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL COM A REGULAÇÃO MÉDICA E A METODOLOGIA DA PESQUISA

Para alcançar os objetivos e poder responder às questões enunciadas da investigação, desenvolveu-se uma relação entre a estrutura organizacional da saúde e a regulação médica das urgências e emergências (explicada detalhadamente no Capítulo 2). Esta relação é composta por cinco elementos:

- 1 - Condições da estrutura e organização do sistema de saúde;
- 2 - Acesso às urgências/emergências;
- 3 - Autonomia médica;
- 4 - Efetividade do trabalho de regulação;
- 5 - Exercício da regulação das urgências/emergências.

Esta proposta procura analisar elementos estratégicos da estrutura organizacional e alguns dos seus efeitos, de uma forma sistemática e integrativa. É importante esclarecer que ao incorporar numa só pesquisa vários temas que, de alguma forma, têm sido pesquisados separadamente, se permite ter uma melhor perspectiva da interação entre estes elementos e a regulação médica das urgências/emergências. Este é um aspecto que pode contribuir para a originalidade que se pretende dar a pesquisa e, desta maneira, preencher uma importante lacuna na literatura que aborda o tema das urgências e emergências. A figura 1 ilustra a relação proposta.

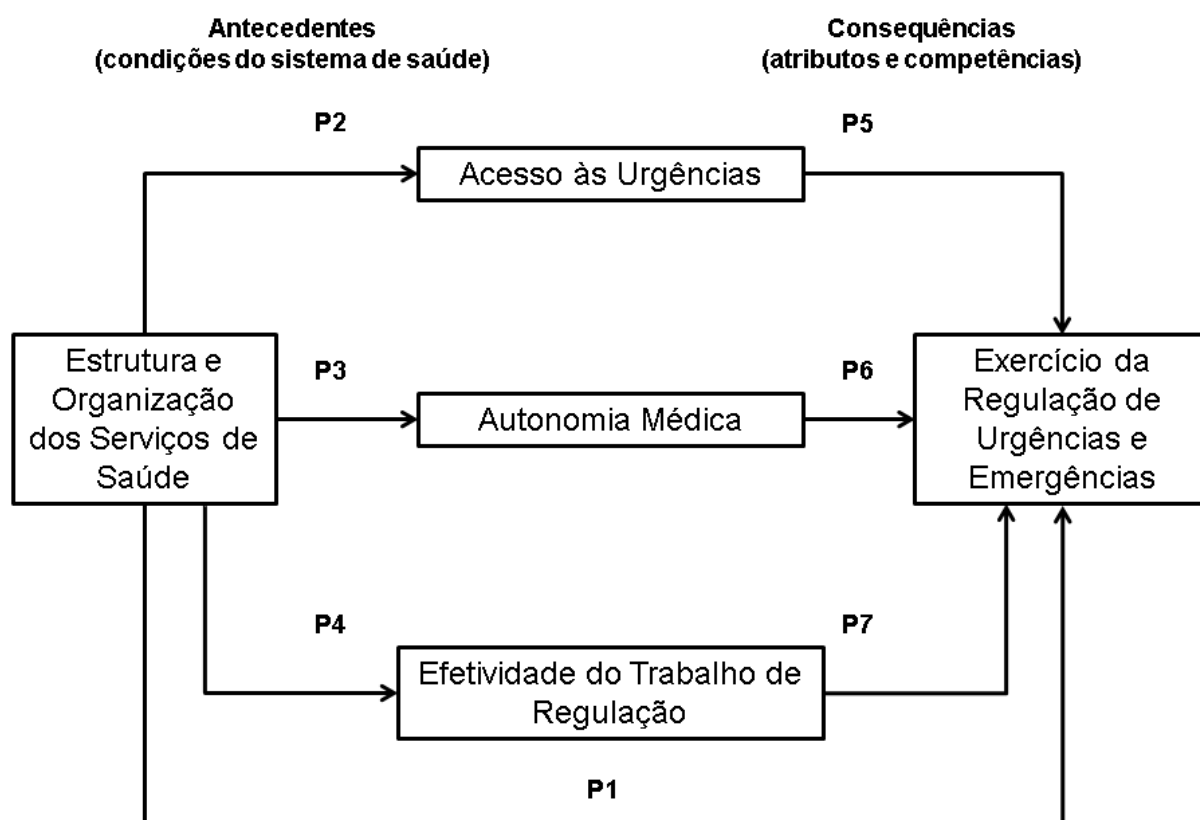


Figura 1: Relação Estrutura Organizacional e Regulação Médica

Empiricamente, pretende-se neste trabalho testar os seguintes pressupostos da pesquisa:

Pressuposto 1 – A estrutura e a organização dos serviços de saúde tem influência direta no exercício da regulação de urgências/emergências.

Pressuposto 2 – A estrutura e a organização dos serviços de saúde tem influência direta na equidade de acesso as urgências.

Pressuposto 3 – A estrutura e a organização dos serviços de saúde tem influência direta na autonomia médica.

Pressuposto 4 – A estrutura e organização dos serviços de saúde tem influência direta na efetividade do trabalho de regulação.

Pressuposto 5 – O acesso às urgências tem influência direta no exercício da regulação de

urgências/emergências.

Pressuposto 6 – A autonomia dos serviços tem influência direta no exercício da regulação de urgências/emergências.

Pressuposto 7 – A efetividade do trabalho de regulação tem influência direta no exercício da regulação de urgências/emergências.

Os três últimos pressupostos (5, 6 e 7), por estabelecerem uma íntima relação com os atributos/competências da regulação, serão discutidos em conjunto quando se analisar a relação destes com o exercício da atividade na CRUE.

Em termos metodológicos, a presente investigação está imbuída no paradigma qualitativo, ou seja, a abordagem escolhida para a realização desta pesquisa é, essencialmente qualitativa. Nesta, as seguintes técnicas são utilizadas:

- 1) A revisão da literatura, na qual se apresenta os conceitos a abordar, mediante a consulta das principais obras de referência sobre a temática, e de trabalhos científicos publicados nos principais jornais e revistas da especialidade;
- 2) A pesquisa com informantes - chave, ou seja, com aquelas pessoas que têm familiaridade com o objeto da investigação, no caso os MR;
- 3) Elaboração de questionários semi - estruturados (totalizando quinze entrevistas) e formação de um grupo focal com MR (oito profissionais), escolhidos aleatoriamente, do grupo total de entrevistados.

No questionário semi - estruturado e no grupo focal, são formuladas perguntas relativas aos cinco componentes da relação (organização e estrutura dos serviços, acesso aos serviços, autonomia médica, efetividade da regulação e exercício da regulação médica) que compõem os sete pressupostos, no sentido de esclarecer as relações propostas no estudo. Essas questões qualitativas são objetos de profunda leitura e submetem-se à análise de conteúdo definidas por Bardin (2004) em três grandes etapas: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Cada fase será discutida no Capítulo 3. A análise de conteúdo é uma metodologia muito utilizada em pesquisas qualitativas, principalmente na área de Saúde Pública, como se pode ver nos artigos de diversos autores, tais como:

Gawryszewski, Oliveira e Gomes, (2012), Koury, (2008), Mazza, Melo e Chiesa, (2009), entre outros.

ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DA TESE

Esta investigação está dividida em três partes: uma introdutória e duas outras conclusivas (quadro teórico e investigação empírica) Na **introdução** do presente trabalho faz-se uma apresentação com as justificativas associadas à escolha do tema e a sua relevância, expondo o enquadramento teórico. Nesta, também se apresenta de forma sucinta, os objetivos, as questões e os pressupostos da investigação, a metodologia adotada e a estrutura da pesquisa. Na parte referente ao quadro teórico (Parte 1) estão incluídos dois capítulos principais que tratam do referencial teórico, da relação proposta, explicando os seus pressupostos. Por outro lado, surge o **Capítulo Primeiro**, que abarca o referencial teórico que está dividido em nove seções, a saber:

- A seção 1.1 faz algumas considerações sobre a regulação da saúde em geral , em particular da regulação da assistência que é o foco deste estudo, definindo seu caráter multidisciplinar, com atributos econômicos, financeiros, culturais, políticos, sociais, administrativos e legais.
- A seção 1.2 define as estratégias na regulação na saúde, abordando a regionalização e a organização da assistência, o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e os critérios de habilitação às modalidades de gestão.
- A seção 1.3 define o papel dos reguladores de saúde no Brasil com a sua autonomia organizacional e a separação de funções à luz das normas vigentes no país.
- A seção 1.4 conceitua as urgências e as emergências sob a ótica nacional e internacional, através de autores experientes no assunto, conselhos de classe e organizações de saúde.
- A seção 1.5 fala sobre o sistema público de saúde no Brasil, o SUS, enfatizando a sua origem. A subseção 1.5.1 historia, de forma breve, o surgimento da Reforma Sanitária.
- A seção 1.6 descreve os desafios na gestão das urgências e emergências no SUS,

analisando alguns documentos que tratam as questões da organização dos serviços de saúde e o acesso.

- A seção 1.7 trata da coordenação das urgências e emergências através do sistema - Serviço de Assistência Móvel de Urgências (SAMU) relatando a sua origem e a sua implantação nos serviços de saúde brasileiro.
- A seção 1.8 apresenta a CRUE definindo sua estrutura física e as suas competências e atribuições.
- A seção 1.9 aborda o processo de trabalho do MR, ou melhor, seu exercício na CRUE, para um melhor entendimento desta prática, definindo na subseção 1.9.1 os conceitos de regulação médica, na 1.9.2 a autonomia médica e na 1.9.3, a efetividade da regulação.

Por outro lado, no **Capítulo Segundo** propõe-se uma relação entre a estrutura organizacional da saúde e a regulação médica das urgências/emergências, com os respectivos pressupostos da investigação. É detalhado cada um dos componentes da relação sugerida e é feita a contextualização de cada um dos pressupostos estabelecidos, com base em estudos teóricos e empíricos realizados na literatura.

A parte da investigação empírica (Parte 2) é composta por dois capítulos:

- O **Capítulo Terceiro** retrata alguns aspectos associados com a metodologia adotada para a pesquisa, explicitando o objeto da investigação, o método, a população e a amostra. Também a forma como se desenvolveu o questionário e o grupo focal, o processo de operacionalização dos conceitos e os procedimentos de coleta e de análise de dados.
- O **Capítulo Quarto** apresenta resultados da investigação empírica, sendo iniciado com uma análise do contexto local, dos questionários semi - estruturados do grupo focal e a síntese dos resultados que testam os pressupostos.

Por último, o **Capítulo Quinto** é dedicado às conclusões e implicações do trabalho efetuado, as suas limitações e propostas para investigações futuras. Na figura 2 visualiza - se esquematicamente a estrutura desta tese.

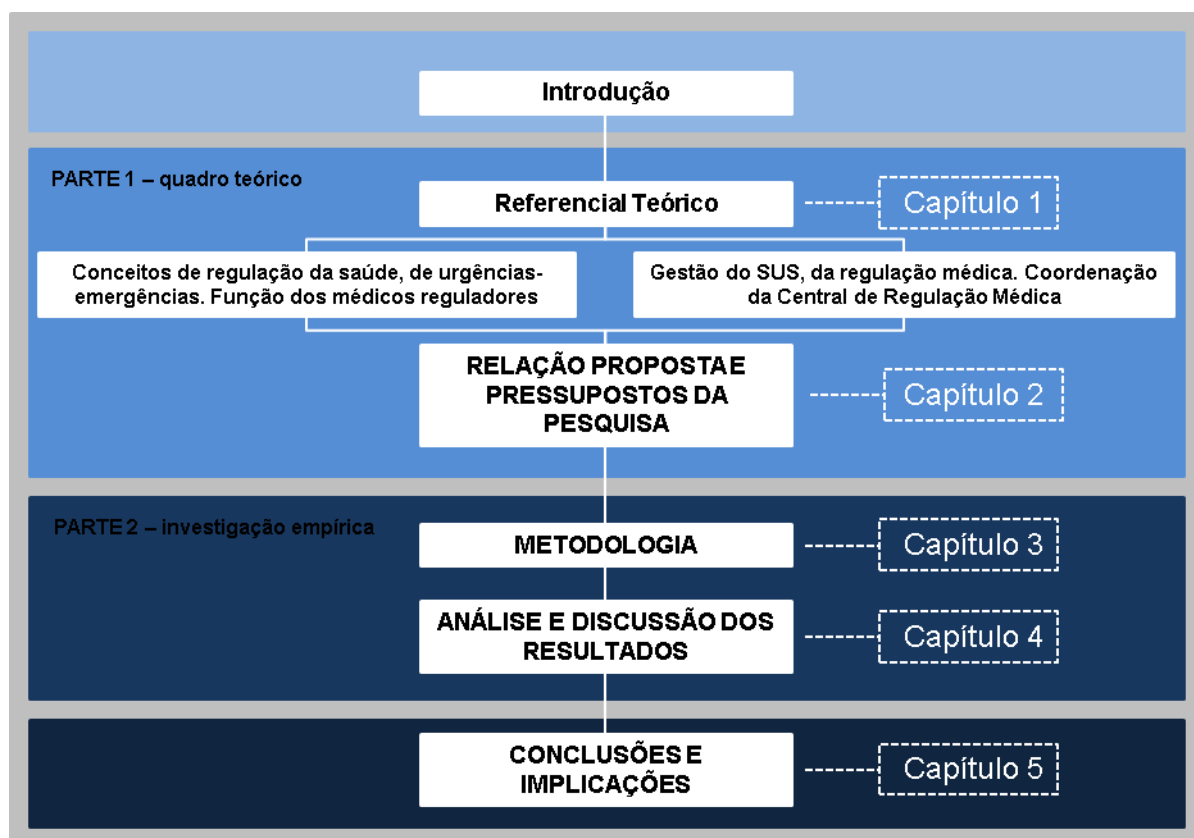


Figura 2: Estrutura da tese

CAPÍTULO 2

REFERENCIAL TEÓRICO

Gestão de central de regulação de urgências e emergências:

Possibilidades e dificuldades da regulação médica no município do Rio de Janeiro

2. REFERENCIAL TEÓRICO

No sentido de se formar um pensamento lógico que possibilite a compreensão clara sobre a complexidade do problema abordado, dando concretude aos procedimentos que visem racionalizar a assistência na área de urgências/emergências, através da atuação dos MR, realizou-se consultas à literatura nacional e internacional e às normas brasileiras, em busca de conceitos relevantes para o embasamento e o desenvolvimento da relação a testar. Como o tema ainda é pouco estudado e a atuação em regulação de urgências é uma prática ainda recente em alguns países, inclusive o Brasil, pretende-se, de forma geral, sistematizar os conhecimentos encontrados sobre regulação na saúde e suas estratégias, em particular sobre Complexos Reguladores (CR), gestão de urgências/emergências, centrais de regulação e regulação médica, apontando as condições organizacionais e estruturais destes serviços. Para isso, apresenta-se um breve histórico da formação do SUS, localizando e analisando as urgências/emergências na assistência à saúde brasileira, e no Rio de Janeiro, como elementos potencialmente regulados para uma melhor organização e estruturação dos serviços no Sistema, abordando em todos os temas discutidos, o dilema de acesso, a integralidade da atenção, a autonomia da regulação e a sua efetividade.

2.1. CONSIDERAÇÕES SOBRE REGULAÇÃO DA SAÚDE

De forma abrangente, a regulação é um termo utilizado para serviços que requerem gerenciamento de necessidades, ofertas e demandas, em vários setores da economia. Na saúde, o estado atua como regulador na produção de medicamentos e insumos estratégicos, contratação de serviços assistenciais, aspectos ambientais, determinação de procedimentos, entre outros. Pode-se dizer que a regulação, tem um caráter multidisciplinar, com atributos econômicos, financeiros, culturais, políticos, sociais, administrativos e legais. Tem por finalidade, articular as demandas e as necessidades de saúde com os recursos disponíveis, guiando-se pela normatização vigente, sem comprometimento da qualidade dos serviços prestados, integrando e padronizando procedimentos (Associação Brasileira das Autogestoras em Saúde Patrocinadas pelas Empresas [ABRASPE], 2002).

A luz da economia, Selznick (1985), define que a regulação “é o controle, objetivo e sustenta-

do, exercido por uma agência pública sobre atividades que são valorizadas socialmente” (p.363). Este conceito é citado por diversos autores tais como: Baldwin e Cave (1999), Castro (2002), Majone (1996), Nunes (2009), Saltman e Busse (2002) e Walshe (2002). Para Hancher e Moran (1989) é definida como um interventor no conflito entre as “liberdades conferidas a propriedade privada dos meios de produção e a necessidade de se impor limites ao exercício destas liberdades” (p.1). Às vezes, é vista estritamente, como “um mediador entre as relações de produtores e consumidores ou como normas de comportamento utilizadas pelo setor público, para aplicação de sanções ou premiações por parte do Estado” (James, 2000, p.327) outras vezes, mais abrangente, como um meio no qual pessoas, instituições e procedimentos são guiados a se comportar de acordo com regras (Picciotto, 2000).

A regulação da saúde é definida pela World Health Organization [WHO] (2000) “como uma responsabilidade ampliada reconhecida dos ministérios da saúde e em alguns países, das agências de segurança social, abrangendo a elaboração das regras que regem o comportamento dos intervenientes no sistema de saúde, bem como as formas para assegurar que estas sejam cumpridas” (p.124).

Arretche (2002) também considera a atuação ampliada dos ministérios na regulação da saúde e acrescenta que é necessária a integração das três esferas de governo (municipal, estadual e federal) para garantir que os cidadãos tenham um serviço de qualidade. Neste mesmo sentido, Barreto (2004) destaca a responsabilidade destes ministérios na elaboração de políticas de saúde e na regulação e monitorização dos efeitos adversos das exposições naturais ou artificiais, diretamente relacionadas ao sistema de saúde (medicamentos, vacinas, equipamentos, serviços, etc.), ou que possam implicar na saúde dos indivíduos ou das populações. Assim como Chinitz (2002) propõe também, que o estado controle os meios de acesso da população às ações e serviços de saúde, regulando a atenção e assistência à saúde. A regulação da assistência, espaço deste trabalho, é definida pelo governo brasileiro (Ministério da Saúde [MS], 2003), como:

[...] a introdução de mecanismos de ordenação das práticas de assistência [...] um instrumento ordenador, orientador e definidor da atenção à saúde, [...] de forma rápida, qualificada e integrada, com base no interesse social e coletivo.

Este documento determina como objetivos da regulação assistencial:

Oferecer a melhor alternativa assistencial para a demanda do usuário, [...] organizar e garantir o acesso da população a ações e serviços em tempo oportuno [...] organizar a oferta de ações e serviços de saúde adequá-las às necessidades demandadas pela população; otimizar utilização dos recursos disponíveis; fornecer subsídios aos processos de planejamento, controle e avaliação [...].

A Portaria do Serviço de Assistência a Saúde [SAS] nº 423 (2002) determina as normas para o controle, regulação e avaliação da assistência à saúde no SUS, afirmando que o processo regulatório da assistência atua intervindo positivamente sobre o acesso dos clientes aos serviços e sobre a oferta dos mesmos. Além disso, exerce o controle sobre os prestadores destes serviços. Deste modo, a regulação da assistência tem como objetivo principal a igualdade do acesso, que garantirá a integralidade da assistência e permitirá ajustar a oferta assistencial disponível às necessidades imediatas do cliente, “de forma equânime, ordenada, oportuna e racional” (p.5).

Os planos privados de saúde no Brasil são regulados pelo governo federal através da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que determina a assistência integral obrigatória aos seus consumidores, entre outras responsabilidades, (Lei nº 9.656, 1998). Os prestadores de serviços privados vinculados ou não a esses planos devem seguir todas as Normas e Portarias propostas pela legislação vigente em todos os níveis da assistência, inclusive as relacionadas às urgências/emergências e são fiscalizados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária [ANVISA] (Lei nº 9.782, 1999).

A regulação da assistência como observado por Nunes, R., Rego e Nunes, C. (2004) é bem diferente da regulação em outros setores da economia, pois, não é apenas uma regulação econômica, mas principalmente uma regulação social. Além dos aspectos econômicos, a regulação em saúde busca garantir a equidade do acesso, a privacidade dos pacientes, o direito à informação, etc.

Hafez (1997) já considerava este aspecto social da regulação, ao definir a regulação de cuidados de saúde como “qualquer ação social que exerça uma influência, direta ou indireta, no comportamento ou funcionamento dos profissionais e/ou organizações de saúde” (p.1). Dobbins e Asubonteng (1997) compartilham também desta ideia e vêem os serviços de saúde também como um direito a ser protegido pelo governo e a regulação da assistência como um ins-

trumento para assegurar uma melhor qualidade dos cuidados de saúde. Desta mesma forma, Campos (2007) argumenta que a produção de serviços de saúde, por conter valor de uso, é um bem socialmente produzido, reconhecendo também que as “necessidades de saúde resultam tanto da oferta de serviços, quanto da demanda, da pressão social e das lutas políticas por direitos” (p. 15).

Nunes (2009) concorda com esses autores e acrescenta que como o serviço de saúde é um bem dotado de valor de uso, é um direito e, para seu exercício pleno, é necessário a universalidade do acesso e a oferta de uma rede de atenção que satisfaça as necessidades de saúde com ações justas e transparentes.

As considerações apresentadas a respeito da regulação de saúde, em particular a assistência, mostram a importância desta atividade. Não somente como uma ferramenta de controle e avaliação, mas também um elemento de ordenação e orientação dos serviços de saúde, integrada às necessidades sociais e coletivas. Ainda como um sistema de proteção, melhorando e/ou corrigindo um problema econômico ou social, no sentido da igualdade e da qualidade nos serviços ofertados.

2.2. ESTRATÉGIAS DE REGULAÇÃO DO SETOR SAÚDE – GESTÃO DA SAÚDE

A Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS] (2008) aponta para a necessidade de se integrar às redes de serviços de saúde, evitando-se assim, a pulverização do Sistema que afeta diretamente o acesso, a qualidade dos serviços e o uso racional e eficiente dos recursos. Desta forma, aumentando os custos e gerando a insatisfação dos usuários. É importante ressaltar que a fragmentação pode ocorrer também por ação de outros fatores como, por exemplo, um financiamento incapaz de promover a prestação de serviços integrais. Para evitar estes problemas os sistemas de saúde, estrategicamente, estruturaram esquemas mais ou menos amplos, de regulação dos serviços e acesso aos mesmos. O objetivo principal das estratégias de regulação é o de tentar integrar as inovações e o empreendedorismo dos serviços de saúde, com a responsabilidade social do Estado para garantir melhores indicadores de saúde (Saltman, Busse & Mossialos, 2000). Existem na literatura, vários tipos de estratégias de regulação em saúde. Entre estas, podem-se destacar: “descentralização (horizontal - instituto autônomo e verti-

cal autoridades regionais ou locais), delegação, privatização, auto-regulação, acreditação (regulação da qualidade), etc.” (Saltman & Busse 2002, p.1677).

No Brasil, as garantias constitucionais do direito ao acesso às ações e serviços de saúde, (CFB, 1988) são regulamentadas pela Portaria GM/MS nº 373 (2002) que dispõe sobre a Norma Operacional de Assistência a Saúde (NOAS), estabelecendo três estratégias integradas de ação:

[...] regionalização e organização da assistência; fortalecimento da capacidade de gestão do SUS; revisão dos critérios de habilitação de municípios e estados.

Para que os municípios e estados sejam habilitados às modalidades de gestão previstas nessa Norma é necessário que neles estejam organizadas estruturas de controle, regulação e avaliação de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as alternativas e serviços imprescindíveis para a resolução dos seus problemas de saúde.

Uma estratégia para regular a oferta e a demanda da saúde é a constituição de Complexos Reguladores, que reúnam um conjunto de ações da regulação do acesso à assistência, de forma articulada e integrada, buscando adequar a oferta a uma demanda que mais se aproxima às suas necessidades reais (MS, 2005).

A Norma mencionada apresentou um avanço significativo em relação à regulação assistencial, pois, não só sinalizou as diretrizes, como também, suscitou discussões de estratégias para intermediar o acesso dos usuários aos serviços de saúde e garantir os fluxos entre os municípios, através da regionalização e hierarquização.

A nova presidente da república, a Senhora Dilma Rousseff instituiu o Decreto nº 7.508 (2011) que regulamenta finalmente, a Lei nº 8.080 – LOS e contribui significativamente com as diretrizes da Norma. Este dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa de forma mais explícita. O documento presidencial considera entre outros:

1. A Região de Saúde (integrar todos os municípios limítrofes na organização, no planejamento e na execução de ações e serviços de saúde). Os serviços de urgência e emergência, entre outros, são contemplados como condição mínima para se instituir a região. Nessas regiões de saúde é que a integralidade da assistência deve acontecer, com

absorção de pelo menos 70% das necessidades de saúde da população regional, conforme prevê a Constituição do país.

2. Contrato Organizativo - trata de todos os elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde.
3. Portas de Entrada - a urgência e emergência, assim como a Atenção Primária (AP) são definidas como “portas”, deixando em aberto possibilidades de outras entradas de acordo com as características da região.

Observa-se uma nítida valorização da AP, que deve ser a principal porta, exercendo um papel ordenador do Sistema, numa ordem hierarquizada de complexidade de serviços.

4. Comissões Intergestoras (pacto federativo de gestão compartilhada).
5. Mapa da Saúde - descrição geográfica da distribuição dos recursos ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada. Este mapa deve estar apoiado nos censos regionais (mapa real) mostrando todos os recursos de saúde: profissionais, estabelecimentos, equipamentos, serviços e forma de acesso. Estes serão devidamente analisados para a realização do mapa de saúde de metas, que será o indutor para a organização das redes de atenção à saúde em busca da qualidade e eficiência nos seus resultados (alguns municípios brasileiros já estão utilizando esses mapas).
6. Redes de Atenção à Saúde - ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente.

O Decreto nº 7508 (2011) define ainda que para assegurar aos cidadãos o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde do Sistema, os entes federativos devem orientar, ordenar, monitorar e ofertar ações e serviços de saúde, de forma a garantir a transparência, a integralidade e a equidade do acesso. A proposta de transparência da estrutura organizacional do SUS garante maior segurança jurídica na fixação das responsabilidades dos entes federativos para que o cliente/cidadão possa, de fato, conhecer, em detalhes, as ações e os serviços de saúde ofertados nas regiões de suas redes assistenciais. Esta regulamentação contribuirá, também, para um maior esclarecimento do Ministério Público (MP) e do Poder Judiciário (PJ), em relação às responsabilidades dos estados e seus municípios nas redes de aten-

ção à saúde, uma vez que essa divisão de competências e atribuições não tem sido muito clara. O SUS é um sistema único num país de grandes diferenças demográficas e socioeconômicas. Por isso, é importante ter clareza dos papéis de cada ente federativo nas regiões e redes de saúde onde o direito à saúde se efetiva. O SUS é, naturalmente, um sistema interfederativo.

O uso racional dos serviços de saúde se constitui em um desafio para a maioria dos Sistemas. As considerações analisadas pressupõem que haja um arcabouço de procedimentos e acordos para responder as necessidades de saúde, garantindo o acesso, sendo a regionalização e a regulação estratégias fundamentais neste processo.

2.3. O PAPEL DA REGULAÇÃO DE SAÚDE NO BRASIL: AUTONOMIA ORGANIZACIONAL E SEPARAÇÃO DE FUNÇÕES

O planejamento da saúde utiliza vários mecanismos legais e protocolares que visam garantir e ampliar o acesso aos serviços dentro do SUS. Esses mecanismos envolvem uma atenção básica resolutiva, protocolos assistenciais e CR, entre outros aspectos. Uma política de regulação pautada na integralidade deve planejar ações que facilitem uma boa atenção, assegurando o acesso dos clientes em todos os níveis de complexidade do Sistema. Dentre essas ações, encontram-se as de regulação da atenção à saúde, que são responsáveis por disponibilizar, nos casos de internação, os leitos referenciados na medida da gravidade/emergência do problema, da complexidade tecnológica e da resposta exigida (MS, 2004b). A regulação do acesso à assistência tem como objetivos maiores, organizar, controlar, gerenciar e priorizar os fluxos assistenciais na esfera do SUS, levando em conta as alternativas mais adequadas à necessidade do cidadão, por meio de atendimentos às urgências, consultas, exames, leitos e outras necessidades (MS, 2007). Por conta destas prerrogativas o governo brasileiro instituiu a Portaria SAS/MS n.º356 (2000) definindo o CR:

“O Complexo Regulador Assistencial ligado ao Sistema Único de Saúde, institui ao poder público o desenvolvimento de sua capacidade sistemática em responder às demandas de saúde em seus diferentes níveis e etapas do processo de assistência. Enquanto um instrumento ordenador, orientador e definidor da atenção à saúde, fazendo-o de forma rápida, qualificada e integrada, com base no interesse social e coletivo”.

Para a regulação da assistência em qualquer nível (pré-hospitalar, ambulatorial e hospitalar) é necessário uma Central de Regulação própria para cada tipo de atenção. Em conformidade

com a NOAS (2002), todas as centrais devem atuar de forma articulada, constituindo assim, o CR. Estes devem ser implementados de acordo com os desenhos da rede de atenção básica, atenção especializada (ambulatorial e hospitalar), atenção às urgências e emergências e Centrais de leitos. Podem ter abrangência municipal, micro ou macrorregional, estadual ou nacional, devendo essa abrangência e respectiva gestão serem pactuadas entre as três esferas de gestão do governo. Os serviços particulares embora regidos pelas mesmas leis, normalmente não se articulam com os públicos, construindo uma lógica própria de atuação, com parcerias privadas, independentes dos acordos com as esferas governamentais.

À medida que a regulação assistencial tenta organizar a oferta de serviços, exige também uma interface de pactuação com os serviços públicos e os privados como determinados pela NOAS (2002). Nesse contexto, a regulação assistencial, reside em um cenário complexo e que abarca vários sujeitos (governo, serviços privados, trabalhadores e clientes) que buscam os serviços, caracterizando um sistema contraditório e repleto de tensões. Essa rede de forças e de relações acaba por determinar o melhor ou o pior resultado da ação das CRUE, ora privilegiando os interesses individuais, ora os coletivos, por um lado, e os públicos e os privados, por outro, em função dos conflitos que se estabelece (Gawryszewski, Oliveira & Gomes, 2012). Em 2006, o governo brasileiro elaborou um documento aprimorando os preceitos contidos na Norma citada acima, denominado de **Pacto pela Saúde** no qual, em seu componente de gestão, define a regulação como uma diretriz, determinando: uma linha de financiamento específico, os princípios orientadores da regulação, os conceitos das principais estruturas regulatórias, a definição de metas e as responsabilidades dos gestores. Além disso, determina uma política de regulação apoiada em três eixos estruturantes (Portaria GM/MS nº399, 2006):

1. Recursos financeiros para a implantação e custeio dos Complexos Reguladores (estrutura física, telefonia, mobiliário, aplicativos de informática, sistema operacional, recursos humanos, etc.);
2. Instrumento para operacionalização dos CR (abrangência da Central, responsabilidade administrativa/gestão do recurso, procedimentos regulados, unidades solicitantes e unidades executantes);
3. Programa de capacitação permanente de recursos humanos (formação de gestores através de cursos básicos de regulação).

O Pacto classificou as centrais em três tipos: Central de Regulação de Urgências, Central de Regulação das Internações e Central de Regulação de Consultas e Exames, como especificados abaixo (Portaria GM/MS nº 399, 2006):

✓ **Central de Regulação de Urgências:**

“regula o atendimento pré – hospitalar que é realizado pelo SAMU. A partir do momento em que o paciente necessita de uma internação, será acionada a Central de Regulação de Internações” (p.14).

✓ **Central de Regulação de Internações:**

“é a responsável pela regulação dos leitos hospitalares dos estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS, próprios, contratados ou conveniados. O escopo da Central de internações hospitalares deve ser configurado com os leitos das diversas clínicas, de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e de retaguarda aos Prontos - Socorros (PS)” (p.15).

✓ **Central de Regulação de Consultas e Exames:**

“é responsável pela regulação do acesso dos pacientes às consultas especializadas, aos Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapia - SADT, bem como aos demais procedimentos ambulatoriais especializados ou não” (p.15).

Estas Centrais formam o CR que estrutura a relação entre os vários serviços, ambulatorial ou hospitalar, formando uma rede de atenção e qualificando o fluxo dos pacientes no Sistema. Estes espaços de regulação são responsáveis por receber os pedidos, avaliar e hierarquizar, respondendo de acordo com as necessidades reais de saúde e acompanhando a sua solução. (OPAS/MS, 2006). Além disso, devem planejar e gerenciar o acesso aos atendimentos, aos recursos, estabelecer protocolos clínicos e oferecer sempre a melhor resposta assistencial (MS, 2005). A ideia é integrar todas as centrais em uma só unidade de comando com um gestor próprio para a função e com uma administração da informação local, comum a todas. Todas as chamadas telefônicas são recebidas através de um número único nacional que faz as conexões necessárias com as diferentes centrais. Incluiu-se a Central de regulação de procedimentos ambulatoriais que, por apresentar uma grande demanda, deve ser destacada.

A CRUE tema deste trabalho foi separada em duas unidades, a intra-hospitalar e a pré-

hospitalar. A primeira atua regulando as internações entre os hospitais, principalmente os leitos de pacientes internados nas emergências, buscando vagas para um tratamento definitivo. De acordo com o caso, os pacientes são transferidos para unidades específicas¹² (cardiológicas, psiquiátricas, ortopédicas) ou mesmo para unidades de maior complexidade que tenham serviços de UTI, Centro para Queimados, Transplantes e Hemodinâmica. A outra é responsável por regular a entrada nos hospitais dos pacientes atendidos por unidades móveis, no domicílio ou em qualquer lugar onde ocorram casos de emergência (acidentes de trânsito, desastres climáticos, catástrofes, etc.¹³). É importante esclarecer que independente de ser pública ou privada faz a sua própria regulação, ou seja, busca vagas na rede, sem qualquer integração com as outras centrais. Este fenômeno tem acontecido com muita frequência no município estudado, se contrapondo ao que é preconizado nos documentos acima citados. A figura 3 a seguir, é uma representação esquemática de um CR, dentro das normas estudadas.



Figura 3: Complexo Regulador

Fonte: Próprio autor, 2012

¹² Existem vários hospitais de especialidades no Rio de Janeiro. Estes atendem somente os casos relativos àquela determinada área, por exemplo: Hospital de Cardiologia, Câncer, Psiquiátrico, Maternidade, etc. Além disso, tem muitos hospitais que não dispõem de atendimento de alta complexidade (UTI, Hemodinâmica, etc.).

¹³ Esse serviço é realizado pelo SAMU (público) e por empresas privadas. Entretanto em casos de acidentes e catástrofes a gestão única é da Defesa Civil, sendo que estes serviços devem trabalhar em parceria.

Ressalta – se aqui que as centrais de regulação são estruturas básicas¹⁴ que compõem o CR; mas, é possível trabalhar com outras, mais específicas que atuam em um universo menor de procedimentos¹⁵ como, por exemplo: terapia renal, transplantes e procedimentos de alta complexidade, tais como: cardiológicos, oncológicos, neurocirúrgicos, traumatológicos, ortopédicos, neonatais que devem estar integrados às ações regulatórias das demais centrais de regulação.

A estruturação do CR permite absorver toda a assistência à saúde de média e alta complexidade em uma estrutura de regulação, porém é necessário conhecer e definir (MS, 2006a).

- ✓ “Planos de pactuação entre os governos sua abrangência e escopo”;
- ✓ “Fluxos operacionais e de informações”;
- ✓ “Recursos humanos e financeiros”;
- ✓ “Referenciamento das demandas e outras ações mais para garantir a efetividade da sua atuação” (pp. 15-16).

Os gestores brasileiros,¹⁶ segundo Locks (2002), iniciaram suas atividades no processo de regulação através da implantação de Centrais para a marcação de consultas. Isto porque estas utilizam menos recursos financeiros do que os necessários para as CRUE ou para internações. Para uma CRUE é necessário um bom suporte do serviço pré - hospitalar (ambulâncias, médicos e profissionais de saúde, socorristas e enfermeiros) em regime ininterrupto de trabalho, o que requer um alto investimento.

O acesso às tecnologias em saúde, na maioria dos municípios do país, vem sendo realizado pelas centrais de marcação e regulação inseridas no contexto da gestão municipal e estadual do SUS. Estas centrais foram regulamentadas por várias Portarias, anteriores a NOAS (2002), tais como:

¹⁴ O termo, “básicas” se relaciona aqui com a forma estrutural das centrais diante do CR, porém muito complexas quando as relacionam com o todo. Mesmo única, a central apresenta complexidade suficiente para operacionalizar a sua atividade, porém deve funcionar integrada com outras, para uma maior dimensão das suas ações.

¹⁵ Esses procedimentos médicos (terapia renal, tratamento oncológico, transplantes, cirurgias cardíacas, neurológicas e ortopédicas, entre outros), por sua complexidade e cronicidade apresentam um alto custo para o Sistema, por isso a necessidade de regulá-los e integrá-los a central de regulação.

¹⁶ Aqui, o autor se refere somente aos gestores municipais das centrais públicas do país. Não se tinha ainda nenhum estudo publicado sobre as centrais particulares.

- ✓ Portaria GM/MS nº 3016 (1998), que trata da organização do Sistema estadual de gestante de alto risco e coloca as centrais de regulação como um dos seus componentes;
- ✓ Portarias, GM/MS nº 2923 (1998) e GM/MS nº 479 (1999), que tratam do programa de apoio à implantação do Sistema Estadual de Referência do Atendimento Hospitalar de Urgência e Emergência e da sua vinculação as centrais de regulação;
- ✓ Portaria GM/MS nº 824 (1999), substituída pela GM/MS nº 814 (2001), que normaliza a organização da assistência pré-hospitalar no país, citando as centrais reguladoras da assistência pré-hospitalar e mostrando suas atribuições e composição. **Pela primeira vez, aponta o MR como sendo necessário para a existência de centrais reguladoras;**
- ✓ Portaria GM/MS nº 1479 (1999), que trata da criação da Central de Programação e Regulação da Assistência Oncológica nas Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e nas Secretarias Municipais de Gestão (SMG).

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

- ✓ Transferências inter-hospitalares;
- ✓ Disponibilidade de leitos na rede;
- ✓ Controle dos casos não urgentes;
- ✓ Recursos de urgência móvel;
- ✓ Recursos de tratamento.

Como se observou, numa tentativa de se organizar a assistência, o governo criou Portarias específicas para atender a demandas isoladas. Porém a NOAS (2002), ao propor estruturar a regulação da assistência através de CR, mudou a lógica de construção, organização e operacionalização das ações de saúde. Ganhou reforços para um maior e melhor controle do acesso

universal e do financiamento da saúde, através da Portaria nº 399 (2006) também chamada de Pacto pela Saúde e do recente Decreto nº 7508 (2011).

As centrais de regulação definidas nestes documentos, além das responsabilidades gestoras e técnicas, têm características próprias de funcionamento de acordo com a sua atividade assistencial e devem manter uma interface entre si, promovendo uma maior qualificação das ações de regulação e uma melhoria da gestão no sistema de saúde.

2.4. CONCEITOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Para dar subsídios à construção do trabalho, os conceitos de urgência e emergência devem ser bem definidos e sedimentados para ajudar o gestor a tomar a decisão mais adequada na organização deste tipo de cuidado. É importante ressaltar que esses conceitos são frequentemente confundidos pelo público em geral e também por uma boa parcela dos profissionais da saúde.

Nos EUA, a lei federal do *Emergency Act* ou *Emergency Medical Treatment and Active Labor Act* (EMTALA) de 1986, com abrangência nacional define **emergência** como: “uma situação médica que se manifesta por sintomas agudos ou com suficiente severidade que na ausência de atenção médica é capaz de: colocar a saúde de uma pessoa em perigo; resultar em sérios danos a função do corpo ou resultar em disfunção de qualquer órgão ou parte do corpo” (p.5).

Diferentes instituições internacionais (OMS, Conselho de Saúde Europeu, OPAS) definem a **urgência médica** como toda situação que leva o paciente ou os seus familiares a solicitar assistência médica imediata, integrando neste conceito as situações vividas pela população em geral, tais como: catástrofes, desastres naturais, conflitos políticos e econômicos, guerras; situações de caráter não sanitário que, por sua natureza e gravidade, requerem da mesma forma, respostas diferenciadas e imediatas (Lumer, 2007).

O moderno dicionário da língua Portuguesa – O Aurélio, como chamado pelos brasileiros (Ferreira, 2009) define a Urgência e Emergência, como¹⁷:

¹⁷ A definição da palavra por um dicionário foi utilizada, pois, este é a primeira fonte de consulta que as pessoas de uma maneira geral utilizam para saber o significado de uma expressão ou de uma palavra.

Urgência: (do lat. Urgentia) s.f. 1. Qualidade de urgente. 2. Caso ou situação de emergência, de urgência [...] Urgência urgentíssima (p.697).

[...] Urgência urgentíssima (p.697).

Urgente: (do lat. Urgente) Adj. 2g. 1. Que urge; que é necessário ser feito com rapidez [grifos próprios]. 2. Indispensável imprescindível. 3. Iminente impendente (p.257).

Emergência: (do lat. Emergentia) s.f. 1. Ação de emergir. 2. Nascimento (do Sol) 3. Situação crítica; acontecimento perigoso ou fortuito; [grifos próprios], incidente 4. Caso de urgência, emergência: emergências médicas; emergências cardíacas [...] (p.257).

Estas definições, como descritas acima se apresentam como sinônimas e complementares. Giglio - Jaquemot (2005) ao analisar esta equivalência do dicionário, observou que “o uso biomédico das palavras (emergências médicas, emergências cardiológicas) para ilustrar a aceção das palavras, enquanto a própria literatura biomédica insiste em distingui-las” (p.25). Em uma análise comparativa observa-se que, de acordo com tais definições, a urgência exige uma ação rápida (“ser feito com rapidez”), porém, sem destacar o risco (“situação crítica”) definido na emergência, retratando algo mais sério sem apontar, no entanto, a necessidade de atenção rápida.

Segundo Rodriguez (2000), a emergência médica se identifica com problemas de saúde que necessitam de cuidados especializados imediatos para evitar a morte ou complicações graves no indivíduo e a urgência médica como uma situação que coloca em risco a saúde de uma ou mais pessoas. É importante ressaltar que o autor define a emergência em cima do **tempo resposta** (imediato) e a urgência em cima do **risco**, embora, ambas tenham tanto um grau de risco como um tempo de atuação. Esta forma incompleta ¹⁸pode causar confusão no entendimento do conceito por parte da população em geral que acessa os serviços de urgências/emergências, exigindo prioridade de atendimento. Até por conta também, das situações de crise promover nas pessoas um sentimento de autodefesa e proteção, incentivando-as a assumir uma postura premente, emergencial frente as suas necessidades.

Em Portugal, o MS ¹⁹, entende a emergência, como uma situação onde é **iminente** (imediato - tempo) ou está instalada a falência de funções vitais (risco). Por seu turno o conceito de ur-

¹⁸ Cita-se incompleto, pois, no caso do tempo-resposta e o risco, um é dependente do outro. Deduz-se que o risco é inversamente proporcional ao tempo – resposta. Logo quanto maior o risco, menor o tempo – resposta.

¹⁹ Site do Ministério da Saúde de Portugal - <http://www.portugal.gov.pt>. Recuperado em 22 de julho de 2011.

gência diz respeito à situação onde existe risco de falência de funções vitais (risco) . Como se pode ver também faz as mesmas menções que o autor anterior se apoiando numa vez em risco e tempo e em outra somente em risco.

A Rede Brasileira de Cooperação em Emergência²⁰ (RBCE) trabalha a urgência como “imperativo ético da necessidade humana”. De acordo com a RBCE, cada pessoa que se apresenta com um problema de saúde e que necessite de uma intervenção rápida, deve ter a sua disposição, cuidados e serviços de qualidade, com uma abordagem centrada no cidadão (Macedo, 2006a).

O Código de Ética Médica (CEM), no âmbito do Conselho Federal de Medicina (CFM) - Resolução CFM nº. 1.246, 1988, artigos: 24 e 35 dos Capítulos: II e III, respectivamente, tratam dos casos de urgência e emergência, mas não definem tecnicamente o que se entende por situação médica de urgência ou emergência.

A definição dessas situações vem sendo explicitada pelo CFM, através da resolução nº1451/95, da seguinte forma:

Urgência – a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata (Artigo 1º, parágrafo 2º).

*Emergência – é a constatação médica de condições de **agravo à saúde** [grifos próprios] que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato (Artigo 1º, parágrafo 2º).*

Paim (1994), de acordo com o CFM, complementa a Resolução, citada acima, enfatizando alguns pontos:

²⁰ RBCE - A Rede Brasileira de Cooperação em Emergências - RBCE, é uma associação civil sem fins lucrativos, criada em novembro de 1995. É formada inicialmente por técnicos e dirigentes dos serviços de urgência do sistema público de saúde do Brasil, e depois agregando outros profissionais não oriundos da saúde e também do setor privado. A Rede busca influir na formulação e sustentação de uma política pública nacional de urgências, orientada por uma estratégia promocional da saúde, com integralidade, universalidade e equidade. Recuperado em 4 de dezembro de 2010 em <http://www.rbce.org.br/quem.htm>.

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

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

Além dessas observações, Paim (1994) propõe uma nova classificação de urgência, a “urgência de rotina” (p.153) que como o próprio nome diz é frequente, porém, não apresenta qualquer risco de morte, mas é percebida pelos pacientes de forma aflitiva e, portanto, determina um breve tempo - resposta, ou melhor, um pronto atendimento. É interessante observar que a definição do CFM e a complementação de Paim (1994) dão total autonomia ao médico para definir o que é ou não um caso de urgência ou emergência.

De acordo com Ferreira (1999), as situações, tanto de emergência, quanto às de urgência, demandam pronta atenção por parte dos MR ou mesmo dos médicos intervencionistas. Todas as queixas dos pacientes determinam uma atuação profissional para a avaliação dos possíveis riscos e, conseqüentemente, a melhor conduta, independente de serem ou não reais.

Para Le Coutour, (1994) o conceito de urgência difere em função de quem a percebe ou sente:

- ✓ Para os usuários e seus familiares, pode estar associada a uma ruptura de ordem do curso da vida. É do imprevisto que tende a vir à urgência: “eu não posso esperar”;
- ✓ Para o médico, a noção de urgência repousa não sobre a ruptura, mas sobre o tempo, relacionado com o prognóstico vital em certo intervalo: “ele não pode esperar”;
- ✓ Para as instituições, a urgência corresponde a uma perturbação de sua organização, é “o que não pode ser previsto” (p.47).

Este conceito ampliado de urgência - Urgência Sentida parece estar diretamente relacionada com a subjetividade do cliente, que por vezes se contrapõe a objetividade do profissional de saúde. Estes pacientes devem ser acolhidos e encaminhados ao serviço que melhor atende o

seu problema, pois significa um momento de aflição e sofrimento já que todos têm o direito de sentirem-se agudamente doentes²¹.

Magalhães, Paskulin, Martins e Silva (1989) afirmam que, quando um cliente decide procurar o serviço de urgências, já chega com a ideia da necessidade de um atendimento rápido e qualquer espera pode trazer muita angústia e frustração. Além de criar um clima de conflito e de insatisfação.

Martinez-Almoyna e Nitschke (2000) conceituam as urgências médicas “como um evento caracterizado como vital pelos indivíduos e/ou pela sociedade” (p.15) e que apresenta uma gravidade considerada como ameaçadora à integridade física ou psicológica da pessoa. É passível de tratamento, sendo que a tentativa de solução deve ser realizada num tempo curto. Estes autores, também propõem que a urgência implica em demanda de um “estado de exceção social” (p.16), pois, caracteriza um estado prioritário em relação aos outros pacientes, sendo determinado por um caso grave que ponha em risco a vida, logo, não pode aguardar numa fila de espera ou por uma consulta marcada. Avaliam o grau de urgência como uma combinação multifatorial complexa, onde não se trata somente do conhecimento médico. Observa-se aqui que estes autores tratam a urgência, como algo “grave”, “ameaçador” e de “risco”. Esta definição se contrapõe aos trabalhos pesquisados nesta seção.

A quantificação do grau de urgência está associada a dois fatores, sendo um médico relacionado à gravidade e ao tratamento, e outro técnico. A gravidade e os cuidados são ponderados pelo tempo que é inversamente proporcional à urgência. É possível, segundo os autores expressar estes fenômenos numa pseudofórmula matemática que pode ser vista no quadro 1, a seguir:

²¹ Por conta deste cenário alguns serviços, principalmente os particulares tentam de alguma forma minimizar estes efeitos, adequando a sua operação. Porém, o problema ainda persiste apesar das medidas tomadas.

Quadro 1: Pseudofórmula de Martinez-Almoyna e Nitschke para Urgências

$U = (G) \times (V) \times (A) \div (T)$
G = Gravidade da Urgência , relacionado aos agravos; A = Atenção Médica , recursos utilizados para o atendimento da urgência; V = Valor Social , a pressão social que envolve o atendimento; T = Tempo Resposta .

Fonte: Adaptado do Manual de Regulação de Urgências, (MS) 2006b, p. 48

Alguns estados brasileiros utilizam atualmente a fórmula²² apresentada acima pelos seus autores, em particular a cidade estudada nesta pesquisa. Porém, o conceito de urgência é entendido por graus de urgência, agravos que demandam maior ou menor complexidade. No caso das emergências estas se localizam no topo desta gradação. A definição destes conceitos embasou e colaborou no desenho de um modelo de atenção às urgências/emergências, similar ao Sistema francês, denominado de SAMU que será discutido mais adiante na seção 1.7.

O SUS propõe na cartilha de Acolhimento e Avaliação de Risco, (MS, 2004a), uma classificação dos tipos de urgência, que tem como base a proposta canadense de triagem de pacientes por enfermeiros, nos serviços emergenciais²³.

Este tipo de procedimento é realizado na atenção intra-hospitalar e é normalmente feito por enfermeiros treinados em protocolos de triagem, na porta de entrada do serviço. O quadro 2 apresenta a classificação dos tipos de urgência defendida pelo MS. É interessante observar que a emergência é tratada como um tipo de urgência, contrariamente ao apresentado por outros autores, como vimos no texto, mais acima.

²² Esta fórmula é muito usada nos SAMU, ou melhor, na avaliação dos casos atendidos por unidades móveis e não nas unidades fixas de atenção às emergências/urgências.

²³ A Escala de Triagem de Riscos Canadense (Canadian Triage and Acuity Scale) criada pelo COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC em 2002 propõe uma avaliação de risco para os serviços de urgência em todo o país por enfermeiros.

Quadro 2: Ministério da Saúde, classificação dos tipos de urgência

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

Fonte: Adaptado da Cartilha de Acolhimento (2004a), p.25

O nível um se aplica aos casos em que há risco a vida de imediato e/ou a existência de risco de perda funcional grave, imediato ou secundário, e deve ser prontamente atendido. O nível dois compreende os casos em que há necessidade de atendimento médico, a pacientes semi-críticos, mas, sem risco a vida de imediato e devem ser atendidos nos primeiros 15 minutos²⁴. O nível três é para os casos em que há necessidade de uma avaliação médica, mas não há risco de vida ou de perda de funções, podendo aguardar o atendimento²⁵. Finalmente o nível quatro compreende as situações em que não há a necessidade de atendimento médico, apenas um conselho ou uma orientação do médico. Esta classificação não define adequadamente as urgências, permite somente uma sinalização por cores dos agravos, o que é útil para uma análise do risco de urgências/emergências nos serviços de emergência. As CRUE normalmente se utilizam de cores, como as citadas, para definir as prioridades de envio dos recursos, relacionando-as com os tempos necessários para responder as urgências e emergências solicitadas. Pela natureza do serviço, o envio de recurso móvel opera dentro de uma logística própria no sentido de dar respostas resolutivas a estas demandas.

Os conceitos de urgência e emergência apresentados são abrangentes, mas, às vezes vagos e pouco funcionais, além de estarem como o próprio CFM (1995) determina, dependentes da “constatação do médico” (p.35). Desta forma, diferentes interpretações de urgência e emergência podem ser elaboradas pelos profissionais que atuam na área. Estes, através de experiências e senso crítico pessoal analisam e classificam as urgências e emergências dentro de um grau de comprometimento e complexidade de cada evento, tomando as decisões que entendem como as melhores para fornecer a sua assistência.

²⁴ Manual de regulação médica do MS brasileiro propõe que o tempo ideal é de “poucas horas”, isto difere em muito dos 15 minutos preconizados e deixa lacunas no entendimento do conceito.

²⁵ Este não definiu tempo, mas o Manual de regulação propõe “algumas horas”, o que torna também este entendimento indefinido.

Acredita - se que mesmo com critérios acurados para a interpretação dos conceitos, a possibilidade de equívocos é muito grande. O entendimento da urgência e emergência não pode estar tão somente vinculado à subjetividade do profissional ou a sua própria experiência. O uso de protocolos clínicos previamente consensuados e normatizados deve ser estimulado nos serviços de urgências/emergências em geral e em particular nas CRUE.

Considera - se a urgência como a maior expressão da fragilidade de um ser humano, onde todos os indivíduos se igualam, a despeito de quaisquer fatores sociais, econômicos ou financeiros. A urgência não tem hora, cara, credo, ideologia, ela é básica, portanto, necessita de conceitos claros e regras bem definidas e resolutivas para poder cumprir com o seu objetivo maior, que é salvar vidas.

2.5. O SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE NO BRASIL

2.5.1. A Reforma Sanitária brasileira e o surgimento do SUS

Na década de setenta, a luta pela redemocratização do país, através dos movimentos sociais, congregou intelectuais e profissionais ligados à saúde pública e setores da sociedade a denunciar a situação caótica da saúde. Estes movimentos condenavam a prática curativa, largamente empregada na época. Este período foi marcado por uma grande produção intelectual que culminou num movimento em 1976 que defendia a Reforma Sanitária²⁶ (Albuquerque, 1981; Negri, 2002).

Na década de oitenta, a crise da previdência se agrava e as soluções políticas foram limitadas para resolver a questão. Os movimentos de crítica, tanto da área econômica quanto da previdência social ao modelo vigente, intensificam-se. O próprio MS, sem a participação popular organizou a VII Conferência Nacional de Saúde (CNS), para discutir o modelo hegemônico, centrado nos hospitais e trabalhar o conceito ampliado de saúde (Guimarães, 1979). Desta data em diante vai se delineando um novo projeto de democratização da saúde, com a partici-

²⁶ A Reforma Sanitária preconizava mudanças na prestação dos serviços de saúde. Alguns países, em busca de um Sistema Único de Saúde realizaram as suas reformas mais ou menos na mesma época que o Brasil, tais como: 1979 - Itália, Portugal, Austrália e Grécia; 1986 - Espanha e em 1988 - Brasil. Ressalta - se aqui que o Brasil, iniciou a sua Reforma na década de 70, só conseguindo realmente oficializá-la em 1988, através da Constituição Federal.

pação ativa do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) e com a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS) (Berlinguer, 1988).

Destaca se aqui a efetiva participação da AIS, que particularmente visavam um novo modelo assistencial procurando integrar as ações curativas, preventivas e educativas ao mesmo tempo. Esta ampliação do conceito de saúde nos remete ao Informe Lalonde (1974)²⁷. Este autor afirmava que a saúde estava condicionada a quatro fatores, a saber: a biologia humana, o ambiente, os estilos de vida e a organização da atenção à saúde. Como observado, o modelo proposto, não se restringe a atos curativos isolados, mas, sim num conjunto de cuidados que não se limitam no âmbito das práticas médicas. A figura 4 a seguir, representa esquematicamente o conceito de Lalonde.

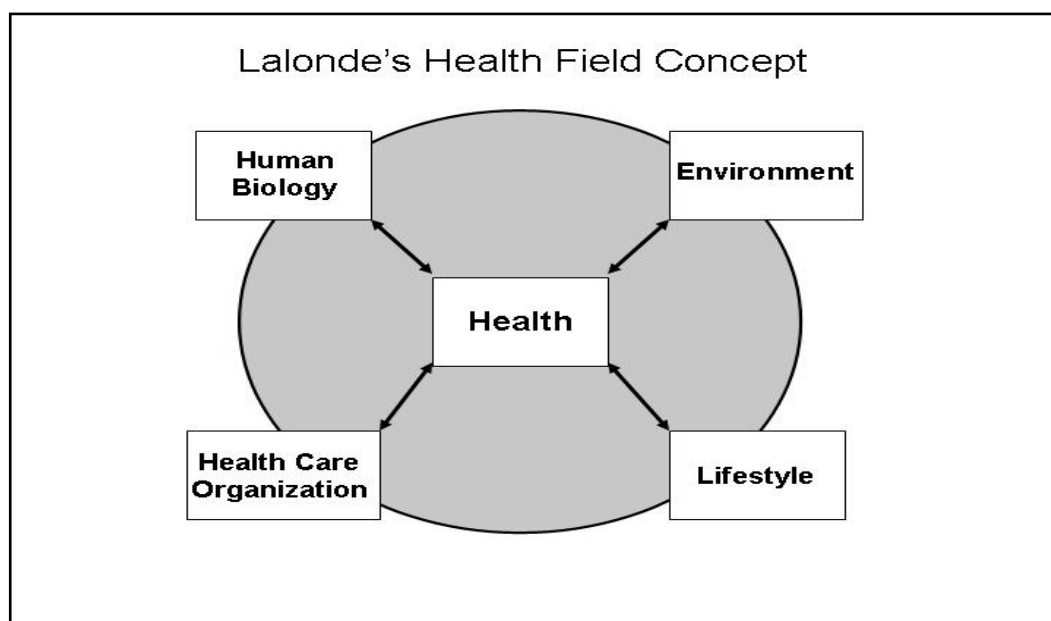


Figura 4: Conceito de Lalonde

Fonte: Scientific Paradigms in Populations Health, The Lalonde Report, 1974, Lalonde, p.16

²⁷ O conceito de promoção da saúde, desenvolvido a partir do Relatório Lalonde (1974), chamou a atenção para um conjunto de problemas de saúde cujas causas ou determinantes se encontram além dos limites do setor de saúde. Tais problemas estão relacionados a condições ambientais ou de vida e exigem uma abordagem intersetorial para serem enfrentados.

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

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

Entretanto, como defendido pelas Portarias ministeriais, o SUS não está ainda adequadamente organizado para controlar a “porta de entrada” do Sistema através da AP e ser capaz de disciplinar e intermediar o acesso da população aos níveis de maior complexidade. Vem saindo do papel de forma lenta e progressiva, com alguns retrocessos e desacertos, porém avançando como uma conquista social única. Com um efetivo compromisso dos distintos governos e da sociedade como um todo, pode - se construir o SUS idealizado e herdado como um bem de direito.

2.6. DESAFIOS NA GESTÃO DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO: A QUESTÃO DA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E DO ACESSO

A LOS 8080 descreve o processo de descentralização, como um princípio do SUS, determinando:

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

Esta determinação é enfatizada, como uma das competências da direção estadual do Sistema:

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

Observa-se então, que esta lei retirou toda a responsabilidade concreta do Estado sobre a gestão da rede e dos serviços, transferindo-a para o Município.

Para Mendes e Pestana (2004), este modelo é entendido como “municipalização autárquica” (p.15), onde a gestão do sistema de saúde local é da responsabilidade do Município, embora com algumas competências concorrentes, como a Federação e o Estado. Estes afirmam ainda que diferentemente do Brasil, outros países realizaram a “regionalização autárquica” (p.15). Nela, a gestão de um sistema de saúde é exercida por uma mesorregião sanitária que funciona como financiadora e reguladora do Sistema, como exemplos: a Autoridade Sanitária, no Reino Unido; a *Azienda*, na Itália; o *Country Council*, na Suécia; o Distrito Sanitário, no Canadá e a *Área de Salud*, na Espanha. Os municípios têm um papel secundário e se limitam, muitas vezes, a ações de saúde pública. Segundo Rodrigues e Santos (2008), o sistema de saúde brasileiro é o único em todo o mundo que colocou a base da organização dos serviços na esfera local, ou municipal. A necessidade de operar sistemas de saúde, com eficiência e qualidade, tem levado alguns estudiosos, a proporem uma escala mínima populacional, para se organizar racionalmente esses Sistemas. Só a partir de uma determinada base populacional, os Sistemas poderiam operar bem e ratear adequadamente os riscos. Nesse sentido, Bengoa (2001) propõe uma escala mínima de 100.000 a 150.000 pessoas. Essa deve ser a escala mínima de uma microrregião sanitária, definida, também, pelo MS para o SUS (MS, 2004a).

O Brasil possui aproximadamente 5.565 (cinco mil quinhentos e sessenta e cinco) municípios com distintas condições, tais como: culturais, geográficas, demográficas, sociais, econômicas e financeiras, logo, com necessidades e realidades bem diferentes. O quadro 3 a seguir, apresenta a distribuição proporcional dos municípios brasileiros por faixas de população, colhidas do Censo brasileiro de 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Quadro 3: Distribuição dos municípios por faixa de População – 2010

Faixa de População	Total de municípios	% Municípios	Total população	% população
De Zero a 5 mil	1302	23,39	4.379.816	2,30
De 5001 a 20 mil	2613	46,94	28.304.049	14,4
De 20001 a 50 mil	1043	18,74	31.379.266	16,45
De 50001 a 100 mil	324	5,82	22.263.598	11,67
De 100001 a 500 mil	245	4,40	48.567.489	25,46
> 500 mil	38	0,62	55.838.476	29,28
TOTAL	5565	=100,0	190.732.693	= 100,0

Fonte: Censo Brasileiro, IBGE – 2010, p.234

Esse quadro mostra que 70,33 % dos municípios têm menos de 20 mil habitantes e 23,3% tem menos de cinco mil habitantes. Esta distribuição pulverizada dificulta em muito a implantação de serviços de saúde em vários aspectos, principalmente na alocação de recursos tecnológicos de ponta, como os serviços de urgências/emergências que muitas vezes exigem economia de escala para se sustentarem.

É importante esclarecer que um ganho de eficiência e qualidade, dado por uma maior escala dos serviços, pode se constituir em monopólio²⁸ causando dificuldades de acesso, especialmente nas faixas mais vulneráveis da população. Por isso, um bom arranjo de um sistema de saúde deve procurar equilibrar critérios de concentração e dispersão dos distintos pontos de atenção de saúde (Ferguson, Sheldon & Posnett, 1997). Não é somente a distribuição das cidades, como é o caso do Brasil ou a escolha de uma determinada região que dificulta o acesso aos serviços de saúde, outros aspectos devem ser considerados, como citados a seguir.

Segundo Mendes e Pestana, (2004) o acesso apresenta quatro variáveis importantes: “o custo de oportunidade²⁹ da utilização dos serviços de saúde; a severidade percebida da condição que gera a necessidade de busca dos serviços; a efetividade esperada dos serviços e a distância dos serviços de saúde” (p.48). Logo o acesso aos serviços de saúde é menor quando o custo de

²⁸ Ao trabalhar com o conceito de escala pode-se de alguma forma privilegiar alguns serviços e estes tendem naturalmente a monopolizarem a prestação do atendimento, impactando o acesso.

²⁹ Segundo o Glossário de Economia em Saúde, o “custo de oportunidade” é o custo em que a sociedade incorre ao disponibilizar uma tecnologia sanitária à população, à medida que os recursos empregados para tal ficam indisponíveis para outros fins ou o valor da melhor alternativa não concretizada, em consequência da utilização de recursos limitados na produção de um determinado bem ou serviço de saúde. Site: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_ecos2.pdf.

oportunidade é maior, a severidade da condição e a percepção da efetividade são menores e a distância dos serviços de saúde é maior. Neste sentido, no que tange a distância dos serviços, uma revisão mostrou algumas evidências interessantes: a utilização da AP saúde é sensível à distância, tanto para populações urbanas quanto rurais; isso é particularmente importante para serviços preventivos ou para o manejo de doenças em estágios não sintomáticos; há evidência de uma associação negativa, para serviços de urgência e emergência e não há associação entre a distância e a acessibilidade a serviços hospitalares de casos agudos (Carr-Hill, Place & Posnett, 1997).

Ludwig (2000) constatou em sua investigação que os usuários do SUS procuram as urgências/emergências independentemente da gravidade clínica, pois, não encontram respaldo na atenção básica, além da ausência de hierarquia na organização dos serviços e a desproporção entre demanda de pacientes e oferta de serviços.

Um estudo sobre a situação dos municípios brasileiros publicado em um jornal de grande circulação no país, O Globo (2012a), revela que a grande maioria dos municípios não são viáveis economicamente, vivem apenas de repasses dos fundos de participação e não chegam a arrecadar impostos municipais típicos, dependendo da mesada dos estados e da capital do país (Brasília). Também não tem qualquer preparo para idealizar e executar projetos próprios de investimentos. Estão quase sempre a mercê do mercado clientelista de emendas parlamentares e de barganhas políticas. O governo federal não consegue firmar convênios com estes municípios por falta de qualidade técnica mínima das equipes que administram as prefeituras. Um mês após a veiculação desta matéria, o mesmo jornal, O Globo, (2012b) publicou uma avaliação do desempenho do SUS que demonstra que os brasileiros estão longe de um bom atendimento. Apenas 1,9% da população tem acesso a um serviço de saúde considerado de qualidade, com nota acima de sete, sendo a maior 8,22 (escala de zero a dez). Somente trezentos e quarenta e sete municípios tiveram esta avaliação. O município do Rio de Janeiro (4,33) e os outros municípios do Estado obtiveram as piores notas do *ranking* nacional, todas menores que cinco.

Como se pode observar, a distribuição atual dos municípios brasileiros compromete em muito a organização dos serviços como um todo, em particular, os de saúde que para cumprir com os seus objetivos necessitam entre outros: de planejamento, objetivos claros, firmeza de propósito e recursos. Esta situação deve influenciar na *performance* dos serviços, ocasionando

dificuldade no acesso e atuando como fator perpetuador das distorções do sistema de saúde do país.

Além da descentralização, determinada pela LOS (8080/90), esta lei também prevê a possibilidade, mas, não a obrigatoriedade, dos municípios formarem consórcios para desenvolver em conjunto ações e serviços de saúde (art. 10). Nesta mesma linha o novo documento de regulamentação da LOS (7508/11) propõe o consenso entre os entes federativos que deverão ser consubstanciados em contrato, consagrando os compromissos assumidos, como a tripartição do financiamento, as responsabilidades dos entes perante a rede de atenção à saúde, as metas a serem alcançadas, o nível de desempenho que se pretende, dentre outros (Decreto nº 7508, 2011). O contrato resolverá grande parte dos problemas no tocante à fixação das atribuições dos entes federativos no SUS, em razão de seu porte sócio - econômico e cultural. Estas associações são muito positivas, principalmente no que diz respeito à implantação de Centrais de Regulação e de serviços de Atenção Pré - Hospitalar (APH). Por conta, entre outros fatores, dos altos custos destas atividades, porém, pode não se obter sempre sucesso, talvez, por disputas políticas e pessoais que efetivamente comprometem o desenvolvimento sócio - econômico da saúde e a redução das desigualdades. Observa-se um nítido esvaziamento do papel do nível estadual na organização dos serviços de saúde e, quando se perde este papel, se perde também a possibilidade de planejamento regional.

Para a organização dos serviços de urgências e emergências, a Portaria GM/MS nº 2048 (2002) sinaliza que é competência dos estados da federação, porém, apresenta muitas lacunas e fragilidades. Não oferece instrumentos precisos para a operacionalização do processo, nem uma definição clara de quem deve regular. Apesar de regulamentar a atenção nacionalmente, não define claramente este papel. Por exemplo, em 2007 no estado do Rio de Janeiro, o SAMU integrou os bombeiros (Estado) e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS). O mesmo não ocorreu nos demais municípios. O Estado depende de acordo com o Município, para a tomada de decisões, pois não tem poder impositivo. Da mesma forma, a Portaria GM/MS nº 2.657 (2004), que estabelece as atribuições e dá outras diretrizes das CRUE, não estabelece com precisão a responsabilidade da regulação como se pode ver a seguir:

*As Centrais SAMU-192, de abrangência municipal, **micro ou macrorregional**, [grifos próprios] devem prever acesso a usuários, por intermédio do número público gratuito nacional 192, exclusivo para as urgências médicas, [...] funcionando como importante “porta de entrada” do sistema de saúde.*

Esta porta de entrada necessita, portanto, de “portas de saída” qualificadas e organizadas, que também devem estar pactuadas e acessíveis, por meio das demais centrais do complexo regulador da atenção (Portaria GM/MS nº 2.657, p.1).

Se as Centrais podem ter abrangência “municipal, micro ou macrorregional”(p.1) seria necessário dizer a qual ente da federação (Estado ou Município) cabe a gestão das mesmas (Lumer, 2007).

Em 2003 o governo instituiu a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), em um cenário de muita turbulência e insatisfação com os serviços de emergências, por conta das filas e da superlotação. O grande número de doentes nos serviços de emergência ocorria tanto no setor público como no privado, tanto no Brasil como no exterior (O’ Dwyer, Matta & Pepe, 2008). A Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) foi descrita na Portaria GM/MS nº1863 (2003), que, entre outras atribuições, determinou a organização dos serviços de urgências e emergências nos setores públicos e privados. A seguir, algumas determinações:

Art. 1º - Instituir a Política Nacional de Atenção às Urgências a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

Art. 2º Estabelecer que a Política Nacional de Atenção às Urgências composta pelos sistemas de atenção às urgências estaduais, regionais e municipais, deve ser organizada de forma que permita:[...] garantir a universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências [...]consubstanciar as diretrizes de regionalização da atenção às urgências, mediante a adequação criteriosa da distribuição dos recursos assistenciais [...] desenvolver estratégias promocionais da qualidade de vida e saúde capazes de prevenir agravos, proteger a vida, [...] promover a capacitação continuada das equipes de saúde, na Atenção às Urgências, em acordo com os princípios da integralidade e humanização.

Art.3º Definir que a Política Nacional de Atenção às Urgências, de que trata o artigo 1º desta Portaria, deve ser instituída a partir dos seguintes componentes fundamentais: [...] Unidades Não-Hospitalares de Atendimento às Urgências, componente Pré-Hospitalar Móvel: SAMU [...] e os serviços associados de salvamento e resgate, sob regulação médica de urgências; [...] garantir leitos gerais e especializados de retaguarda, de longa permanência e os de terapia semi-intensiva e intensiva, mesmo que esses leitos estejam situados em unidades hospitalares que atuem sem porta aberta às urgências [...] instalação e operação das Centrais de Regulação Médica das Urgências, integradas ao Complexo Regulador da Atenção no SUS [...] capacitação e educação continuada das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção [...] orientação geral segundo os princípios de humanização da atenção.

Esta Política prioriza os serviços de atendimento pré - hospitalar fixo e móvel, que operam integrados a Central de Regulação, abordando a criação do SAMU quanto à organização, abrangência, recursos, financiamento e operacionalização. Contrariamente às recomendações da Política citada, Reis³⁰ (2003) apontou alguns problemas no cenário nacional das urgências/emergências e na rede básica de atenção:

Rede de Urgências/Emergências

- ✓ Conjunto - referência e contra - referências subdimensionadas e deficientes, pouco claras e frequentemente desrespeitadas;
- ✓ Distribuição inadequada da oferta de serviços de urgência, agravada na medida em que se caminha para o interior do país (Neurologia, Neurocirurgia, Ortopedia, Cardiologia, Terapia Intensiva, Psiquiatria, etc.);
- ✓ Maior concentração de recursos especializados nos grandes centros urbanos, o que, por outro lado, não dá garantia de efetividade de oferta e acesso à população;
- ✓ Longas filas: portas de urgência pequenas, Pronto – Atendimento (PA)³¹ com áreas físicas, equipamentos e recursos humanos insuficientes para acolher a demanda que a eles recorrem, gerando filas de espera e desqualificação no atendimento;

³⁰ Dr. Ademar Arthur Chioro dos Reis - Diretor do Departamento de Atenção Especializada /SAS/ MS. Gestão 2000 - 2004.

³¹ Pronto-Atendimento (PA) é também chamado de Pronto- Socorro (PS) e mais recentemente de Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

- ✓ Pacientes internados em macas: escassa oferta de leitos de observação e/ou retaguarda, perpetuando a presença de grande número de macas nos exíguos espaços dos PA dos hospitais;
- ✓ Adiamentos de cirurgias agendadas/cancelamento de procedimentos: disputa por leitos hospitalares e de terapia intensiva entre os pacientes acometidos por quadros agudos e crônicos, independentemente da gravidade;
- ✓ Atendimento desumano: ausência de acolhimento, de triagem de risco, inadequação na oferta e acesso aos meios diagnósticos e terapêuticos, gerando longas esperas nos PS, sem qualquer diferenciação de risco, a não ser para as urgências sangrantes e ruidosas;
- ✓ Os PA dos grandes hospitais improvisam os leitos de UTI necessários ao atendimento das urgências, nas áreas de observação;
- ✓ Insuficiência da rede assistencial de média complexidade, constituída pelos PS dos pequenos hospitais e por Unidades de Pronto Atendimento (UPA), historicamente instaladas para dar vazão às demandas não satisfeitas da atenção básica e portas hospitalares, atuando, em geral, sem qualificação de recursos humanos e materiais, e sem retaguarda diagnóstica;
- ✓ Serviços de resgate, prestados por Bombeiros, que funciona dentro de uma lógica de despacho, sem regulação médica Sua intervenção não é medicalizada, prestando somente o 1º atendimento. Estes procedimentos proliferaram pela insuficiência histórica da área da saúde neste tipo de atuação³²;
- ✓ Desqualificação estrutural: historicamente estruturadas para dar vazão a demandas não satisfeitas da atenção primária e portas hospitalares, são unidades que atuam, em geral, sem qualificação de recursos humanos e materiais e sem retaguarda diagnóstica.

Na Rede básica:

- ✓ Atendimento só com consulta marcada: falta de acolhimento dos quadros agudos de

³² O município do Rio de Janeiro, hoje integra o SAMU ao Corpo de Bombeiros e a Defesa Civil. A regulação médica, já é uma prática corrente.

baixa complexidade, que passam a buscar, sistematicamente, as portas de urgência, hospitalares ou não hospitalares;

- ✓ Desqualificação estrutural: falta de qualificação (recursos humanos, área física, equipamentos e insumos) para o primeiro atendimento as urgências graves que possam ocorrer às Unidades Básicas de Saúde (UBS).

As dificuldades pontuadas por Reis (2003) são muito familiares para quem conhece a realidade atual das urgências/emergências no sistema de saúde brasileiro, que, continuam com diversos problemas, aumentando dia a dia, como se pode observar pela ampla repercussão nos meios de comunicação. Percebe-se então que a PNAU não foi posta em prática em sua totalidade. Com certeza, esta Política tem que ser defendida e aprofundada, superando-se suas insuficiências, para se poder avançar na sua implantação plena.

Não é somente a urgência, como todo o sistema de saúde, que deve se organizar de modo, a se tornarem eficazes e eficientes a utilização dos recursos disponíveis.

Para Bech (2002), a eficácia é o cumprimento de uma meta proposta e a eficiência, a relação entre o cumprimento da meta com a utilização dos recursos, portanto, os recursos devem ser organizados de acordo com as necessidades das pessoas e o potencial de uso dos mesmos.

De acordo com Guerra de Macedo (1986 como citado por Novaes, 1990), existe negligência na utilização de recursos de saúde na América Latina. Esses problemas ocorrem pela desorganização dos serviços e pela gestão adotada, como se pode observar: “na ociosidade da capacidade instalada; na demora das decisões; na prestação de exames e hospitalizações. Com um controle de cinquenta por cento desses desperdícios, seria possível ampliar a cobertura de serviços a quarenta ou cinquenta milhões de pessoas que estão atualmente desatendidas” (p. 39).

Um estudo do Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento [BIRD] (2005) feito a pedido do governo, quanto ao gerenciamento dos recursos públicos no período de 2001 a 2003, em seis estados brasileiros, entre os quais o Rio de Janeiro, detectou problemas que comprometem a qualidade dos serviços de saúde no país. Entre eles, a falta de planejamento nas políticas públicas de saúde, o excesso de burocracia, que cria atrasos nas compras de remédios e equipamentos, assim como na contratação de pessoal, e a falta de qualificação de

funcionários. O relatório prevê, que se a ineficiência persistir nos níveis atuais, em 2025, o gasto com a saúde poderá subir de 8% a 12% do Produto Interno Bruto (PIB). O relatório aponta a descentralização como uma dificuldade no acompanhamento, pelos estados e municípios das políticas públicas e do planejamento de gastos elaborados a nível federal e também o contingenciamento de recursos, que atrapalha a programação de gastos na saúde. Outros fatores que contribuem para o desperdício de dinheiro público, ainda conforme a pesquisa é o descuido com equipamentos e a falta de qualificação de funcionários. Sem manutenção preventiva os equipamentos se estragam mais rapidamente e têm de ser substituídos, antes do previsto. O documento afirma ainda que o excesso de funcionários pouco capacitados, combinado com um pequeno número de pessoas qualificadas, provoca problemas de gerenciamento nas unidades de saúde. Os baixos salários na rede pública também prejudicam a continuidade dos cuidados médicos, na medida em que provocam alta rotatividade dos funcionários, os quais abandonam o emprego em busca de remuneração maior.

Numa perspectiva de análise do desempenho institucional de alguns países em desenvolvimento, Fried e Rabinowitz (1980) consideraram que a dificuldade na gestão dos serviços, característica desses países, estava relacionada: aos sucessivos golpes de estado; a ausência de processos e instituições que garantam a alternância do poder; a prestação transparente de contas e na permanência de servidores públicos (servidores profissionais), independentes da mudança dos dirigentes políticos, entre outros. Demonstraram também que em geral os funcionários das instituições públicas não têm uma orientação clara sobre as condições de bem-estar da população e da qualidade dos recursos empregados. A atuação destes profissionais deixa muito a desejar mostrando práticas corruptas e irresponsáveis. Além disso, os recursos alcançáveis são poucos e o nível de qualificação e capacitação dos trabalhadores é muito baixo. A administração está sobrecarregada de pessoas pouco produtivas, mal remuneradas e muito insatisfeitas. A burocracia urbana não está profissionalizada e os cargos se obtêm por indicação política. Neste sentido, o “familismo amoral” de Banfield (1958, p.65) o nepotismo e o clientelismo de Nunes (2010) são práticas muito difundidas no passado, no nosso meio político e social, e no momento, com uma pequena tendência a desaparecer, por conta ainda de um baixo controle social e de regras esparsas na administração pública brasileira sobre o problema. Isto pode ser observado numa matéria publicada recentemente no jornal, O Globo (2013) sobre o nepotismo nas prefeituras brasileiras. Banfield (1958) propõe “eliminar as condições que produziram o familismo amoral, incentivando a escolarização, autogoverno e a formula-

ção de políticas públicas” (p.162).

Em relação aos serviços de saúde brasileiros, em particular, os de urgências e emergências, podemos ainda detectar a falta da confiança mútua, observada por Banfield (1958) entre os membros de uma comunidade pobre e atrasada. Estes tinham maior urgência em atender as suas próprias necessidades, numa total incapacidade de pensar no coletivo. Um bom exemplo, atual, são os profissionais de saúde que reclamam indignados da corrupção e do clientelismo no serviço público, mas aceitam receber salários sem trabalhar, não cumprem a carga horária integral, entre outras atitudes de falta de solidariedade social. Do mesmo modo, pacientes que reclamam da precariedade dos serviços de emergência, contribuem para aumentar esta condição, quando exigem atendimento a tempo e a hora para casos de baixíssima complexidade que podem ser resolvidos em clínicas de família disponíveis e de fácil acesso em sua região.

Embora o Brasil em especial o município pesquisado venha avançando nos seus processos organizacionais em bases mais democráticas, na busca de aumentar o desempenho de suas instituições, ainda é possível encontrar verdadeiros bolsões de miséria na periferia e na própria área urbana – as favelas. Nelas inexistem habitações regulares, saneamento básico e todas as condições necessárias para a prevenção e promoção da saúde. Por conta desta desigualdade social e econômica as pessoas adoecem mais e buscam os serviços de porta aberta, as emergências. Um artigo publicado recentemente no Globo (2011), a prefeitura carioca assumia o compromisso de “ampliar a cobertura da atenção básica de 3,5% para 35% até 2012” (p.15). Um balanço atualizado do que foi alcançado mostrava que “a cobertura do Programa de Saúde da Família (PSF) chegou a 23,7%” (p.15). Com certeza não são os melhores números, mas, alguma atitude por parte do governo já vem sendo tomada para diminuir o impacto no desempenho dos serviços de urgências e emergências no país.

Para atender aos interesses da coletividade, a gestão do SUS precisa ser transparente, deixando às claras quais os serviços, ações, responsabilidades, atribuições, recursos financeiros que garantirão a efetividade do direito à saúde do cidadão nas redes assistenciais, permitindo, assim, à população o exercício da democracia participativa, princípio constitucional do SUS.

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

É importante frisar que as urgências/emergências começaram a ganhar luz na agenda política da Saúde com as Portarias citadas. Essas, embora com falhas, são marcos para a reflexão sobre este tipo de cuidado, pois permitem uma discussão crítica por parte dos gestores e por meio destes, ganharem apoio político necessário, para que se possa avançar como uma efetiva política de saúde.

2.7. COORDENAÇÃO DAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS – SISTEMA SAMU

A história do "sistema *SAMU* (*Service d'Aide Médicale d'Urgence*)" começou nos anos 60 na França, quando alguns médicos de um hospital de Toulouse se surpreenderam com a desproporção entre os meios disponíveis para tratar os feridos que chegavam ao hospital, e os processos arcaicos no atendimento pré – hospitalar, às vítimas. Para resolver esta questão, o professor Louis Lareg criou, em 1964, o primeiro serviço de urgência, o *SAMU*, legitimado pelo MS francês, através de um Decreto - Lei. Este tinha o objetivo de coordenar os esforços entre as equipes médicas que chegavam ao hospital (pré-hospitalar) e os serviços de emergência, dos próprios hospitais (Giroud, 2006). Estes atualmente, além da prestação da assistência pré - hospitalar, funcionam como Centros Regionais de Regulação das Urgências (“Centros 15”, hoje “112”) conseguindo intervir, previamente, no fluxo dos usuários para os serviços de atendimento. Estes Centros devem manter comunicação privilegiada com os Centros de Operações do Corpo de Bombeiros – cujo número de acesso é “18” – e com o Serviço de Polícia – nº “17” – mantendo-se permanentemente informados do andamento das respectivas intervenções. A Lei francesa determina ainda que o *SAMU* se responsabilize por atividades de ensino, que possibilitem a capacitação e formação continuada dos médicos e dos demais profissionais de saúde, para o atendimento às emergências. Regulamenta, por fim, a regionalização do Sistema, com a definição da lista de unidades envolvidas no atendimento e sua respectiva atribuição (Ferreira, 1999).

Na década de noventa com o crescimento dos acidentes de trânsito e da violência urbana na sociedade brasileira, os indicadores de morbimortalidade por causas externas foram alterados significativamente, principalmente, entre a faixa etária mais jovem, causando um forte impacto na saúde, além de comprometer sobremaneira a cadeia produtiva do país. Nesta direção, a criação de um serviço nos moldes do *SAMU* francês, contribuiria com melhores respostas,

reduzindo as sequelas nestes eventos. Um convênio firmado entre a França e o Brasil, possibilitou a introdução no país, do SAMU. Este tipo de atendimento diferia de outros, especialmente dos americanos, pelo fato de propor um modelo com participação efetiva do médico, tanto no atendimento direto aos doentes no local da ocorrência, como também na Central de Operações. Desta forma, surge a regulação médica do Sistema, ou seja, o início efetivo do exercício da telemedicina (Ferreira, 1999; Martinez-Almoyna & Nitschke, 2000). Ressalta-se aqui que o sistema francês é denominado de “*stay and play*” (o paciente é estabilizado no local por um médico) e se contrapõe ao anglo-saxão “*scoop and run*” (nós nos importamos e corremos para o hospital), no qual o atendimento é realizado por profissional não médico (Boudenia, 2008).

A Portaria GM/MS nº 2048 (2002), que instituiu o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência e a GM/MS nº 1864 (2003), que oficializou a implantação do SAMU – 192, em municípios e regiões de todo o território brasileiro, são discutidas na Portaria GM/MS nº 1863 (2003) esses documentos determinam como no modelo francês, que tal tipo de atendimento destina-se às residências, aos locais de trabalho e as vias públicas. O socorro é realizado após uma chamada gratuita para um número público, único nacional – 192. As solicitações são processadas por rádio - operadores treinados que transferem 100% das chamadas para um MR. Esse profissional faz um diagnóstico inicial da queixa, priorizando as situações de maior gravidade e decidindo pela melhor resposta. Em caso de decidir por um recurso móvel, as unidades, podem ser de dois tipos: Suporte Básico a Vida (SBV) e de Suporte Avançado a Vida (SAV). A primeira é composta de um Técnico em Emergências Médicas (TEM) e um condutor socorrista, e a segunda pelo TEM, o condutor e um médico intervencionista. O MS preconiza uma ambulância básica para cada 100 mil habitantes e uma UTI móvel para cada grupo de 500 mil (Portaria GM/MS nº 2048, 2002).

Em agosto de 2005, logo após a saúde no município ser considerada de “calamidade pública”, o MS interviu na cidade e realizou de pronto a inauguração do SAMU - 192³³ como uma prioridade de governo. A criação do serviço aliou fatores de importância prática na atenção às urgências a outros de *marketing* político, como resposta de curto prazo para obter o reconhecimento da população. A despeito da inegável importância deste momento para a organização

³³ O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) foi inaugurado em 26/06/2005 no Rio de Janeiro, para substituir o Programa Emergência em Casa. Outros Estados já possuíam o serviço.

da atenção de urgência e emergência no país, a não implementação de medidas acessórias fundamentais a esse programa, pode comprometer sua proposta como modelo. Passado o "boom" da implantação, sobram problemas. Tudo isso influencia na confiabilidade do serviço e expõe carências que já deveriam estar sendo enfrentadas antes mesmo de se pensar na ampliação do programa³⁴.

Na experiência da autora desta tese³⁵, entre as medidas que faltam, podem ser mencionadas algumas, entre outras: a operacionalização e custeio dos núcleos de educação permanente; a não preocupação com a uniformização da qualidade e o padrão do atendimento prestado nas mais diferentes localidades (protocolo nacional, capacitação continuada obrigatória e efetivamente exigida) e a retaguarda previamente pactuada (leitos hospitalares).

No Brasil não existe ainda, a especialidade de medicina de urgência. As urgências e emergências são tratadas por médicos de várias outras especialidades, em geral recém-formados em medicina, treinados ou não em Suporte Avançado a Vida e ao Trauma (SAVT). Este é um protocolo adaptado de reanimação cardiovascular e de estabilização nos traumas em geral, (adulto e pediátrico) dentro dos padrões da escola americana de medicina de urgência, atualizado geralmente, de dois em dois anos. Os cursos de curto tempo (no máximo de dois dias, cada um) sobre o SAVT são: *Advanced Cardiac Life Support (ACLS)*, *Advanced Trauma Life Support (ATLS)* e *Pediatric Advanced Life Support (PALS)*³⁶. Os procedimentos visam à urgência hospitalar e não a pré-hospitalar a qual, por ter características muito particulares, necessita de formação específica. Não existem no país, cursos oficiais de capacitação, visando prover uma melhor resposta a esta prática. Algumas sociedades médicas como a Sociedade Brasileira de Clínica Médica (SBCM)³⁷ na tentativa de suprir este vazio oferecem cursos de urgência, voltados à área hospitalar e provas para a obtenção do Certificado de Área de Atuação em Medicina de Urgência e não Especialista em Medicina de Urgências. Outras, como

³⁴ A ampliação do programa para outros municípios é incentivada pelo governo federal, porém, as dificuldades enfrentadas pelos serviços ainda não são totalmente resolvidas.

³⁵ A autora participou da equipe multidisciplinar que elaborou o projeto de implantação SAMU-192 no Município do Rio de Janeiro, com vistas, a sua elegibilidade pelo governo federal. O modelo adaptado do SAMU de France contava com uma Central de Regulação Médica, 55 ambulâncias, 05 bases de saída de unidades estrategicamente posicionadas, equipes treinadas e equipamentos de ponta.

³⁶ Os protocolos do ACLS foram publicados pelo *American College of Surgeons* em 1976 e o protocolo do ATLS em 1981, seguindo-se o PALS em 1983. O Canadá foi o primeiro país fora dos EUA a receber o ATLS seguindo-se então, a sua difusão internacional. Desde então, a publicação original foi atualizada e revisada várias vezes. Atualmente o ATLS, o ACLS e o PALS já foram disseminados a mais de 30 países e já capacitou mais de 350.000 médicos. Recuperado em 16 de setembro de 2009 em: www.ligadetrauma.ufc.br/historia.

³⁷ A Sociedade Brasileira de Clínica Médica (SBCM) é um órgão oficial responsável entre outras atividades afins, pela certificação dos especialistas em Clínica Médica. Recuperado em 17 de setembro de 2009 de <http://www.sbcm.org.br>.

por exemplo, a Associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMEDE)³⁸, muito atuante na luta para o reconhecimento da especialidade, assim como também a Sociedade de Atendimento Integrado ao Trauma (SBAIT)³⁹.

É importante ressaltar que na França desde 1970, a cadeira de urgências já fazia parte do conteúdo programático da formação médica, desde o segundo ciclo do primeiro ano. A partir desta época, várias instituições propuseram cursos de formação em resgate, catástrofes, etc., até que, em 1986 é fundada a primeira instituição de Capacitação Médica de Urgências, (*Capacité d'Aide Médicale Urgent – CAMU*) que confere um diploma de especialização em medicina de urgência (*Diplôme d'Études Spécialisées - Médecine d'urgence*). Finalmente, em 2004, a medicina de urgência é reconhecida oficialmente como uma especialidade médica (Nemitz, 2005).

Os serviços de saúde disponibilizados pelo SUS, principalmente na cidade estudada, começam a ser questionados na mídia, inclusive o do SAMU que, sozinho, não é capaz de garantir a integralidade na atenção. Ele é um serviço de atenção pré-hospitalar, dá o primeiro atendimento e como tal necessita de complementação hospitalar, para a solução definitiva do problema. Foi colocado em prática para ser o agente observador e direcionador dos investimentos em saúde pública para urgência, mas, parece que tais investimentos não vieram. As portas de entrada de urgências/emergências hospitalares, ainda congestionadas, necessitam de uma atenção especial para poder cumprir com o seu papel de salvar vidas. Por outro lado, Minayo e Deslandes (2007) revelaram uma surpresa positiva a respeito do SAMU-192. Um estudo organizado recentemente por estas pesquisadoras, com outros estudiosos da Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ) sobre os serviços públicos e conveniados de assistência às vítimas de acidentes e violências, com foco nos atendimentos pré-hospitalares, de emergência, hospitalares e de reabilitação em cinco capitais: Curitiba, Manaus, Recife, Rio de Janeiro e Brasília, que estão entre as mais violentas do país. Estas cidades mostraram que “a implantação do SAMU representa considerável benefício para a população” (p.223) e que a integração da atenção pré-hospitalar com as demais unidades de saúde, através da CRUE, é um ponto de destaque. Entretanto, a maioria dos gestores revela-se insatisfeita, pois há falta de leitos hospi-

³⁸ A Associação de Medicina de Emergência (ABRAMEDE) é uma sociedade, representada por vários profissionais de saúde que atuam em emergências. www.abramede.com.br

³⁹ A Sociedade de Atendimento Integrado ao Trauma (SBAIT) é formada também por vários profissionais que trabalham nas urgências/emergências. www.sbait.com.br

talares para receber as vítimas resgatadas, o que implica em aumento da mortalidade e das sequelas por esses casos. Em relação ao estado do Rio de Janeiro, foi constatado que este possui o maior número de serviços e os mais sofisticados, porém, apresentavam elevado grau de desorganização e desarticulação. As discrepâncias entre a estruturação dos serviços nas localidades analisadas, em particular o do município em questão, sinalizam um longo e árduo caminho a ser percorrido para a organização do serviço. Os serviços mais articulados e organizados são os de Curitiba, mas eles também têm pontos fracos, assim como os de todas as outras cidades estudadas. Consideraram ainda, que é “baixo o percentual das redes locais de saúde que realizam algum tipo de atendimento diferenciado as vítimas de acidentes e violências” (p.221). Finalmente, enfatizam que, em todas as capitais estudadas, os hospitais apresentaram rotinas e protocolos para atendimento às vítimas, porém muito pouco utilizados pelos profissionais envolvidos, embora esses demonstrassem a intenção de organizar o serviço adequadamente para dar um melhor atendimento aos pacientes (Minayo & Deslandes, 2007).

O atendimento de urgência e emergência passa por reestruturação em todo país. Uma das medidas implantadas é destinar mais recursos para os gestores públicos investirem na qualificação dos serviços e atendimentos prestados pelos componentes que fazem parte da Rede de Atenção às Urgências. Segundo o MS, todos os municípios que aderirem ao SAMU – 192 terão mensalmente um aumento de sessenta e seis por cento do recurso, normalmente repassado pelo governo. Porém, estas cidades devem atender a critérios de qualidade técnicos e estruturais, assim como possuir uma população de mais de cem mil habitantes. Este serviço também foi transformado em estabelecimento de saúde⁴⁰, o que possibilitará aos gestores, o acompanhamento mensal das atividades executadas. Além dessas mudanças, o governo brasileiro está implantando novos serviços e ações com vistas a melhorar os cuidados na atenção de urgências/emergências, para isso, o MS elaborou um documento com propostas de melhorias neste setor, como se segue (MS, 2012):

1. SALAS DE ESTABILIZAÇÃO - Para diminuir a lotação das emergências dos hospitais e trazer o atendimento mais próximo da residência do cidadão. Com uma equipe

⁴⁰ Todos os serviços de saúde no Brasil devem ser cadastrados num registro nacional chamado Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES, www.cnes.org.br). Com ele obtêm-se *on line*, várias informações sobre um determinado serviço de saúde, tais como: localização e natureza do serviço, recursos físicos e humanos, capacidade instalada, gestão etc. Este deve ser atualizado anualmente. Embora não haja obrigatoriedade de cadastramento da instituição nesse sistema, muitas empresas quando compram serviços de outras empresas de saúde consultam este banco de dados para conhecer a estrutura organizacional.

de médico, enfermeiro e pessoal técnico, as salas prestarão assistência temporária para estabilização de pacientes em estado grave ou de condição clínica frágil. “As Salas de Estabilização serão articuladas com a rede de atenção básica, o SAMU 192, as UPA - 24h e os hospitais”.

2. **ATENÇÃO HOSPITALAR** - O Programa SOS Emergência é uma ação para enfrentar as principais necessidades dos grandes hospitais do país, qualificar a gestão, ampliar o acesso aos usuários em situações de urgência e garantir atendimento ágil, humanizado e com acolhimento. Este serviço funciona articulado com os demais serviços de urgência e emergência.
3. **ATENÇÃO DOMICILIAR** - Para promover qualidade de atendimento e a redução de filas nos hospitais de emergência, o atendimento domiciliar será ampliado em todo o país, oferecendo assistência multiprofissional gratuita em casa a pessoas com necessidade de reabilitação motora, idosos, pacientes crônicos sem agravamento ou em situação pós-cirúrgica. As equipes multidisciplinares atenderão, em média, 60 pacientes, simultaneamente.
4. **FORÇA NACIONAL** - Para responder de forma mais ágil e qualificada em situações extremas, como casos de epidemias, de catástrofes e desassistência, o Ministério criou a Força Nacional do SUS. A ação do Ministério levará em conta cinco níveis de assistência e o tamanho das equipes variará de acordo com a classificação do risco. Além disso, o MS pretende investir mais de dez milhões de reais até 2018, para compra de materiais para atender a estrutura física, equipamentos, insumos, medicamentos, capacitação e deslocamento.

Estas informações demonstram a preocupação do governo em dar respostas efetivas às frequentes crises no cenário das urgências/emergências, porém, estas medidas ainda não foram colocadas totalmente em prática. Um ou outro serviço disponibiliza a humanização e o acolhimento no atendimento, mas, ainda fora dos conceitos definidos para esta prática. Os serviços não estão integrados e as filas de espera são uma constante.

Historicamente a ausência de políticas públicas resolutivas no país para a área de urgências/emergências constituiu-se em graves deficiências do ponto de vista organizacional, estrutural e operacional, como se pode observar na literatura sobre o tema. A assistência às urgên-

cias/emergências parece apresentar ainda, uma forte desigualdade no acesso, atuando como fator perpetuador das distorções do Sistema. Os recursos financeiros parecem ser ainda insuficientes em relação às necessidades dos clientes. A quantidade de hospitais nem sempre reflete a disponibilidade de leitos e os critérios de distribuição não estão bem dimensionados e também muitas vezes não são coerentes com os indicadores de saúde. Esta investigação não tem a pretensão de se aprofundar nessas questões, porém, estará pontuando tal quadro, com vistas, a se situar na problemática da regulação de urgências/emergências no município pesquisado.

2.8. CENTRAL DE REGULAÇÃO DE URGÊNCIAS/ EMERGÊNCIAS

Nos EUA, os Serviços de Emergência Médica (*Emergency Medical Services – EMS - SEM*)⁴¹, regulam as suas atividades, através de uma Central de chamadas, responsável por todas as demandas de emergências. Este sistema é definido como um serviço local de expedição (despacho regionalizado)⁴² para envio de ajuda às situações de crise. Estas unidades contam normalmente com Técnicos de Emergências Médicas (TEM - *Dispatcher*)⁴³ que realiza o despacho das unidades móveis (ambulâncias) através de protocolos de avaliação de gravidade de doenças e lesões, com resposta rápida e efetiva de recursos (veículos especializados, equipes específicas, medicamentos de ponta, equipamentos sofisticados e avançados). Normalmente, esses protocolos são compostos de um interrogatório sistematizado com perguntas específicas ao solicitante do socorro. As respostas aos questionamentos determinarão as instruções de pré-chegada que também são normatizadas e consensuadas entre os pares⁴⁴. É importante ressaltar que este serviço é realizado por um TEM, profissional não médico, porém, exaustivamente treinado para atuar em situações que envolvem risco a vida. Inclusive a sua ação pode

⁴¹ EMS - sigla em inglês de Serviço de emergência médica (**SEM**) é um tipo de serviço de emergência que providencia assistência de emergência pré-hospitalar, tratamento a condições clínicas agudas ou súbitas, transporte para instalações permanentes, e qualquer outro transporte de pacientes ou vítimas com lesões ou condições que os impeçam de se transportar a si próprios.¹ A função dos serviços de emergência médica é prestar tratamento a quem necessite de intervenção médica urgente, tendo por objetivo estabilizar o paciente e atingir um nível de cuidados minimamente satisfatório, de modo a poder transportar a vítima em segurança para a próxima etapa no processo, normalmente o departamento de emergência de um hospital.

⁴² O serviço de expedição de unidades móveis (despacho regionalizado) é local. Esta logística facilita o deslocamento das viaturas, reduzindo sobremaneira o tempo-resposta nas emergências/urgências, imprimindo assim maior qualidade aos serviços.

⁴³ O município do Rio de Janeiro, através do Corpo de Bombeiros, treinou técnicos de enfermagem de suas fileiras e introduziu o TEM não como despachador, mas, nas unidades móveis, no sentido de dar respostas aos chamados de socorro de menor complexidade. As unidades móveis são chamadas de básicas, porém, as suas ações são bastante limitadas quando comparadas as dos TEM americanos que estão autorizados a realizar procedimentos de emergência, como intubação oro traqueal etc., ou melhor, procedimentos que salvam vidas. Estas ações só são realizadas no Brasil por médicos treinados, sendo terminantemente proibidas aos nossos TEM.

⁴⁴ Os protocolos são normalmente realizados por médicos emergencistas, após sucessivas discussões com os grupos da classe e devem ser revistos de 2 em 2 anos, para serem atualizados.

se estender as unidades móveis para atendimento de todos os casos de emergência e urgência *in loco* (onde elas ocorrerem) (Clawson, julho, 1984). Esta forma de regular a atenção de urgências e emergências – despacho regionalizado - é esquematizada na figura 5.

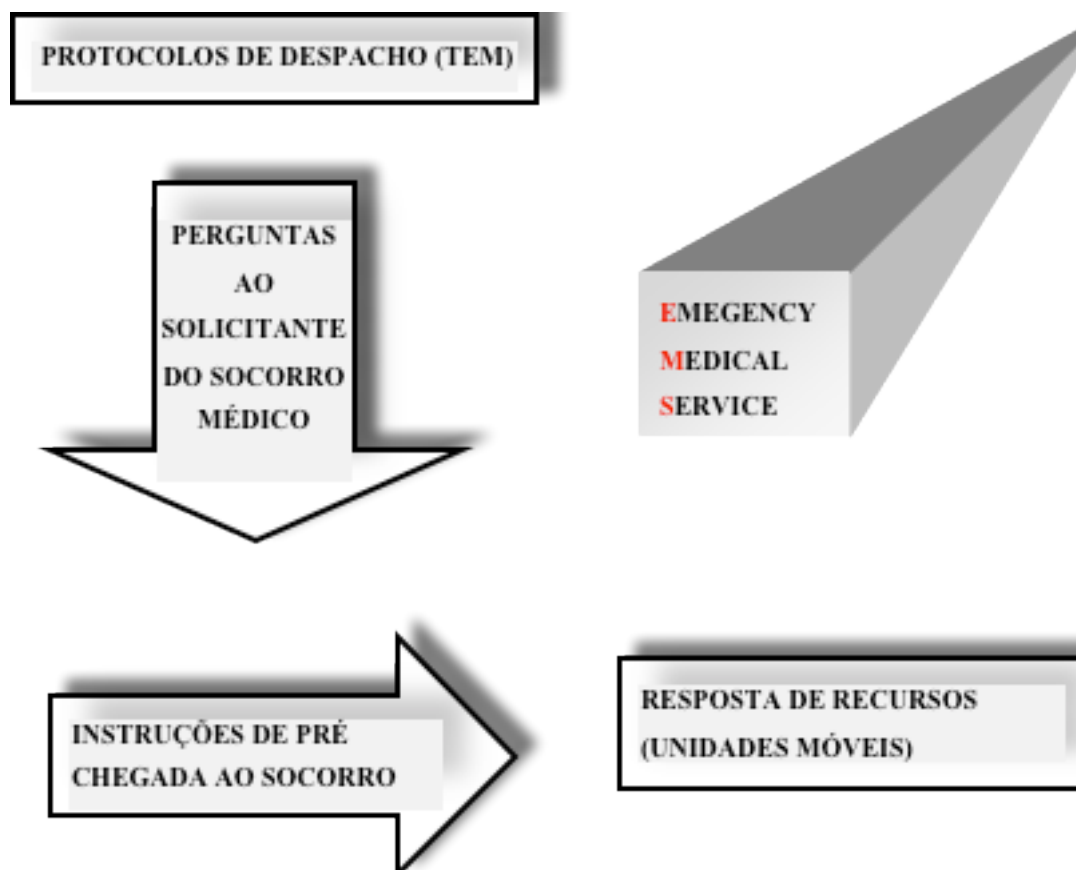


Figura 5: Despacho regionalizado SEM

Fonte: Própria, 2012

Um estudo comparativo entre EUA e China, a respeito dos cuidados a população e o controle dos grandes acidentes, desastres e catástrofes, revelou que os americanos são mais efetivos e eficazes que os chineses. Nos EUA, estes eventos são controlados por uma Central de Operações que é responsável por integrar os serviços envolvidos nestas emergências e definir qual a melhor resposta a dar a estas situações (Jiaxiang Amy & Lindu, 2009).

Na França, durante muito tempo a recepção de chamadas de emergências médicas foi considerada como de menor importância. A busca de uma melhor resposta para o paciente e maior eficiência no uso dos recursos obrigou a implantação de uma Central para receber os pedidos

de socorro. Esta ação foi considerada como o "pivô" da medicina de emergência no país. Hoje, totalmente integrada ao serviço de socorro francês (*Service d'Aide Médicale d'Urgence - SAMU*) é capaz de oferecer a solução mais adequada, para as mais diferentes situações de emergência. Este serviço tem como principais funções: melhorar o atendimento de pacientes em perigo, evitar procedimentos médicos inúteis, internações desnecessárias, garantir e simplificar o acesso ao hospital mais adequado com a finalidade principal de salvar vidas do maior número de vítimas, no menor tempo resposta e da melhor forma possível. Estas Centrais (Centros de Recepção e Regulação das Chamadas – os Centros 112) estão localizadas no hospital principal de cada região, geralmente próximas à sala de emergência e da unidade de cuidados intensivos (Giroud, 2008). Além do Centro de Chamadas do *SAMU* (112) em Paris (França), existem outras Centrais de Regulação estrangeiras⁴⁵, tais como: *Emergency Medical Service* (EMS-911) em Napples e Nova Iorque (EUA); o Serviço 061 em Zaragoza (Espanha); o Instituto Nacional de Emergências Médicas (INEM) em Lisboa (Portugal); o *Magen David Adom* (MDA ou MADA ou מגן דוד אדום) em Tel - Aviv (Israel); o *SAMU* em Tunis (Tunísia) e serviços privados na América Latina (Argentina, Chile, Peru e Uruguai). Com exceção das Centrais, americana e israelense, que fazem a sua regulação com pessoal **não médico** todas as demais estão apoiadas no **modelo francês** de atenção pré – hospitalar. Tanto no aspecto conceitual, quanto no planejamento e na organização dos serviços, principalmente no que diz respeito ao gerenciamento de ofertas, demandas e necessidades de urgência e emergência, na figura de um MR.

No Brasil, a Portaria GM/MS nº 2.657 (2004), estabelece um programa mínimo⁴⁶ para a construção da CRUE sugerindo: dimensões para os postos de trabalho; tipos de equipamentos de telecomunicações e, principalmente, sinalizando condições para o conforto das equipes (“salas de repouso”, “ar condicionado”, etc.) e a sua proteção quanto à acústica e a incidência de luz solar.

⁴⁵ A autora teve a oportunidade de visitar estas Centrais e atuou como *fellow* no *Magen David Adom* em Israel. Este serviço utiliza normalmente socorristas/resgatistas em sua operação, porém as Centrais de Regulação espalhadas pelo país contam com médicos reguladores que através de protocolos próprios fazem a gestão da demanda e auxiliam os técnicos e paramédicos *in loco*, casos de maior complexidade clínica, orientando inclusive, na dosagem de medicamentos.

⁴⁶ Ao se referir a um programa mínimo defende tão somente uma condição básica para a implantação do serviço. Apesar de parecer obrigatória, ainda não existe na prática, fiscalização ou qualquer tipo de controle ou mesmo sanção a essas determinações. A Central pública estadual ou municipal tem que atender a todas estas orientações, para conseguir a cooperação financeira do governo na implantação da unidade. Em contrapartida as empresas particulares, determinam a sua própria estrutura obedecendo aos critérios que entenderem necessários para a realização do seu processo de trabalho.

A Portaria GM/MS nº 2.970 (2008), mais recente, acrescenta e complementa a GM/MS nº 2.657 (2004), pormenorizando a ambiência (isolamento acústico, iluminação e temperatura adequadas); enfatizando o conforto e a segurança das equipes; definindo o sistema de telefonia quanto à quantidade de aparelhos e disponibilidade de linhas para registro de toda a comunicação efetuada por telefone e rádio, com acesso protegido, permitido apenas às pessoas autorizadas pela Coordenação do Serviço. Também determinando o sistema de comunicação entre os envolvidos diretamente nos atendimentos (ambulâncias, bases operacionais, unidades de saúde, outras Centrais de Regulação, Corpo de Bombeiros, Defesa Civil, Polícia Militar e Civil, Serviços de Urgências Móveis privados e outros); garantindo a gravação contínua do atendimento⁴⁷ por meio digital e provendo o sistema de gestão informatizado (chamadas de socorro, cancelamentos, protocolos clínicos, registros de atendimentos regulados e atendimentos domiciliares, tempo-resposta nos atendimentos, relatórios gerenciais, pesquisa de satisfação, entre outros) para arquivamento dos registros gerados pela regulação. Este local deve ser de acesso restrito aos profissionais que nela atuam, exceto em situações de ensino e treinamento, porém, com prévia aprovação da coordenação. Para uma melhor organização do serviço, a Portaria define de forma esquematizada os postos de trabalho nas CRUE, com as quantidades de profissionais (MR, telefonista e rádio operador) para diferentes turnos (dia/noite) e de acordo com uma determinada faixa populacional. É importante destacar aqui que os critérios de alocação de recursos para a execução da atividade na CRUE devem ser obedecidos rigorosamente, tanto pelo serviço público quanto pelas empresas particulares. E que o descumprimento de qualquer uma das determinações propostas pela legislação, está sujeito a sanções éticas e legais. Segue o quadro 4 dos Postos de Trabalho da CRUE, para um panorama geral dos profissionais sugeridos pela Portaria ministerial.

⁴⁷ A gravação contínua do atendimento é uma prova documental do atendimento médico e é reconhecida legalmente pelo Conselho de Classe como um ato médico. Este tipo de consulta por telefone é à base da telemedicina, atividade bem recente, pouco conhecida, mas, de grande abrangência, pois, não tem limites geográficos para a sua atuação. Permite ao MR orientar pacientes que se encontram em qualquer situação clínica, principalmente nos casos de urgência e emergência, definindo qual a melhor conduta a tomar, enviando ou não um recurso móvel.

Quadro 4: Postos de trabalho na Central de Regulação de Urgências e Emergências

Número de Profissionais	Médico Regulador		Telefonista		Rádio Operador		Número Total	
	Dia	Noite	Dia	Noite	Dia	Noite	Dia	Noite
Até 350.000	01	01	2	01	01	1	04	3
351.000 a 700.000	02	02	3	02	01	1	06	5
701.000 a 1.500.000	03	02	5	03	01	1	09	6
1.500.001 a 2.000.000	04	03	6	05	01	1	11	9
2.000.001 a 2.500.000	05	04	7	06	02	1	14	11
2.500.001 a 3.000.000	06	05	8	07	02	02	16	14
5.250.001 a 6.000.00	10	08	8	13	06	4	33	25

Fonte: Adaptado da Portaria GM/MS 2.970/08 (2008, p.3). A tabela original, estima à quantidade de profissionais para 11 milhões de pessoas

Como se pode observar, o número de profissionais aumenta proporcionalmente a uma determinada faixa de habitantes. É muito comum, as Centrais não seguirem esta tabela principalmente as empresas privadas que operam com número de profissionais abaixo do determinado. Esta prática muitas vezes relacionada ao custo da mão de obra médica é motivo de sobrecarga de serviço e da insatisfação dos profissionais e da clientela atendida.

Alguns serviços particulares em diferentes estados, alinhados com o modelo francês, operam dentro das normas internacionais de regulação na atenção às urgências e emergências, porém atendem exclusivamente, convênios médicos particulares (Lumer, 2007). É necessário prover o Sistema de uma CRUE, única para todo o Estado, devidamente equipada com um sistema de informação/comunicação, adequado aos meios disponíveis e com recursos humanos treinados, especificamente para funções desta natureza. Além disso, deve haver uma boa integração/articulação com a defesa civil, bombeiros e serviços privados, principalmente com os gestores municipais e estaduais, independente de preferências político partidárias. Assim a Central de Regulação e o transporte sanitário da APH são contemplados, em várias Portarias

ministeriais e devem formar uma rede integrada de atenção às urgências e emergências, podendo tornar-se o primeiro exemplo de estruturação de redes integradas de atenção à saúde. Esta forma organizacional deverá ser um facilitador na reordenação do fluxo de entrada nas unidades emergenciais que extrapolaram a sua capacidade de atendimento. Permitindo que estes setores redefinam e priorizem seus atendimentos dentro de um processo de avaliação de riscos, diminuindo sobremaneira os conflitos gerados, entre as equipes e os pacientes, e seus familiares.

2.9. A GESTÃO DA REGULAÇÃO DAS URGÊNCIAS

Como o tema deste trabalho visa à gestão das urgências/emergências, será abordado o processo de trabalho do MR, ou melhor, seu exercício na CRUE, para um melhor entendimento desta prática, definindo os conceitos de regulação médica, autonomia e efetividade da regulação.

2.9.1. Conceito de regulação médica das urgências/emergências

O conceito de regulação médica das urgências/emergências, utilizado no Brasil, como visto, tem a sua origem no modelo francês de APH (SAMU – 112). Este modelo pioneiro propõe a presença do “médico em todos os níveis da gestão de urgência” desde a chamada até o momento da intervenção. A principal missão do serviço é: garantir escuta médica permanente capaz de decidir e enviar no menor tempo, a melhor resposta para cada caso, assegurando também a disponibilidade de recursos hospitalares adequados ao paciente respeitando a sua livre escolha. O atendimento aos pacientes é realizado por unidades móveis (ambulâncias) com equipamentos e medicamentos adequados para atender aos casos de urgências e emergências (Giroud, 2006).

É importante ressaltar que a ideia do socorro fora da estrutura hospitalar (pré-hospitalar), com o uso de unidades móveis medicalizadas e equipadas com materiais próprios para este tipo de atendimento, surgiu nos EUA no final do século XIX (Ferreira, 1999). Entretanto, o conceito de regulação médica é diferente do modelo francês que tomou corpo no Brasil. A regulação dos casos é feita por um “*dispatcher*” (despachador) treinado em protocolos de urgência e emergência e o atendimento, *in loco*, por um “*paramedic*” (paramédico) que é capacitado para atuar no local, onde os acidentes acontecem (domicílio, via pública, trabalho, etc.) ou em

qualquer outra situação clínica (Clawson, 1984, p.65). Segue esquematizado, na figura 6, o modelo do **processo da regulação médica** numa CRUE brasileira. Este serviço é realizado por médico, diferentemente dos EUA e outros países, como visto na seção 1.8.

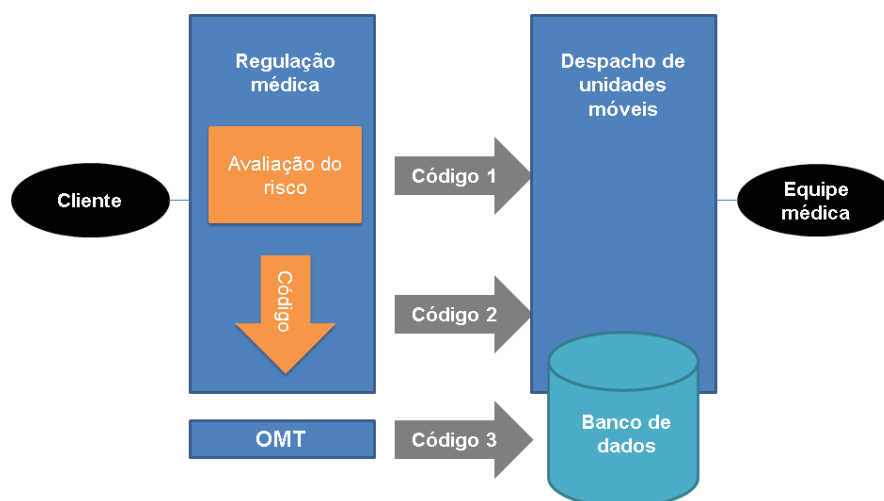


Figura 6: Processo de Regulação Médica utilizado no Brasil

Fonte: Própria, 2012

O **cliente** ou o seu familiar telefona para a Central de Regulação de Urgências solicitando um socorro médico, a teleatendente anota os dados cadastrais e encaminha a ligação para o MR. Este embasado em protocolos de urgência realiza a **avaliação do risco**, classificando em códigos para a saída das unidades móveis. As emergências recebem o código vermelho – **código 1**; as urgências recebem o **código 2** - amarelo e os casos de não urgência /emergência, o **código 3** – verde. Para este último, normalmente não se envia o recurso móvel somente é feita uma **orientação médica por telefone (OMT)**. Os códigos, vermelho e amarelo são encaminhados ao **despacho de unidades** que vai priorizar o atendimento, enviando no menor tempo - resposta possível a **equipe médica** numa unidade móvel. Em geral os tempos ideais são de menos de 10 minutos para as emergências e de até 25 minutos para as urgências. Porém, o trânsito das grandes cidades entre outros fatores, é ainda um grande dificultador para o cumprimento destes tempos. Todos os atendimentos são registrados em um boletim de atendimento eletrônico e guardados num **banco de dados**.

Este método de gerenciamento de urgências/emergências foi comprovado e é exportado para

muitos países. Como resposta positiva ao processo de regulação médica, a população francesa veio a assumir a conduta de telefonar previamente para um número de acesso público. No sentido de buscar orientação e ajuda, antes de se dirigir a um serviço de urgência, o que efetivamente contribui para descongestionar as portas de entrada dos hospitais de urgências/emergências. A sala de regulação médica está equipada com postos de trabalho, equipamentos de telecomunicações e documentação de regulação própria (Boudenia, 2008). O MR faz a triagem dos casos, dentro de protocolos clínicos e decide pelo envio do melhor recurso ou senão, faz uma orientação por telefone, indicando o local mais próximo para a resolução definitiva do problema. A regulação das chamadas pelo médico permite enviar o "caminho certo" para a "pessoa certa" para levar a um "bom serviço" (Giroud, 2009, p.737), ou melhor: O paciente certo, no lugar certo, na hora certa ⁴⁸.

A qualidade dos serviços de urgências/emergências oferecidos à população pode ser avaliada através de uma adequada regulação médica. A presença deste serviço na Central promove maior coesão social e equidade (Russell, Gary, Fitzgerald & Oldenburg, 2007).

Para se definir as responsabilidades e modalidades de coordenação entre as pessoas envolvidas na Central de Regulação é necessário um conjunto de regras de trabalho.

- **A primeira** é afirmar a responsabilidade geral das autoridades de saúde neste domínio, isto é, organização, treinamento, supervisão de intervenções e financiamento;
- **A segunda** diz respeito à responsabilidade técnica do médico sobre a concepção do Sistema, treinamento e controle de intervenções e pessoas, coordenação de intervenção direta em casos mais graves;
- **A terceira** é prever as modalidades de coordenação entre os primeiros socorros, o transporte de equipes médicas, os médicos especializados em atendimento de emergência, os Centros de Saúde, os hospitais de retaguarda, etc. Os resultados estão estreitamente relacionados com a habilidade das pessoas envolvidas. (Giroud, 2006).

⁴⁸ Esta expressão é muito utilizada na APH e quando cumprida integralmente, pode ser considerada um ótimo indicador de qualidade do serviço.

Como se pode observar, apesar de todos os recursos e procedimentos elencados, estes são dependentes diretamente da habilidade das pessoas envolvidas e acrescenta – se aí também ao seu conhecimento e atitudes.

No Brasil em 2001 a Portaria ministerial GM/S nº 814/01 em seu anexo I define a Regulação Médica das Urgências como:

“É o elemento ordenador e orientador do Sistema de Atenção Integral à Urgências, que estrutura a relação entre os vários serviços, qualificando o fluxo dos pacientes no Sistema e gerando uma porta de comunicação aberta ao público em geral, através da qual os pedidos de socorro são recebidos, avaliados e hierarquizados.

*Ao “médico regulador” devem ser oferecidos os meios necessários, tanto de recursos humanos, como de equipamentos, **para o bom exercício de sua função** [grifos próprios] [...] incluída toda a gama de respostas pré hospitalares previstas nesta Portaria [...] portas de entrada de urgências com hierarquia resolutive previamente definida e pactuada, com atribuição formal de responsabilidades”.*

É importante frisar que, para o cumprimento dessa recomendação (**para o bom exercício da sua função**), os recursos devem ser suficientes e disponíveis, além da efetiva organização e hierarquização da rede de saúde, com a formalização e pactuação das responsabilidades de cada serviço envolvido na atenção.

2.9.2. Conceito de autonomia médica

A autonomia médica, conquistada ao longo do século XIX e início do século XX, na Inglaterra, vêm sofrendo profundas alterações principalmente nos últimos cinquenta anos (Schraiber, 1995). Se no início do século, esta autonomia não era plenamente respeitada e a prática médica constantemente questionada ⁴⁹, hoje em dia é amplamente reconhecida e consignada nos CEM de todo o mundo.

O CEM do CFM (1988) define em seu Artigo 7º dos princípios fundamentais que o médico deve:

⁴⁹ Alexander Lacassagne, médico legista e pesquisador observava que a autonomia médica deveria ser empregada, porém, com responsabilidade. Para ele, esta responsabilidade era uma obrigação. Sinalizando que os médicos podiam sofrer sanções em razão das faltas cometidas durante o exercício da sua profissão. Dizia o grande Mestre da Medicina Legal: "Nossa profissão sofre atualmente uma crise: fala-se muito mal dos médicos. Diariamente são atacados pelo público e, na imprensa, é o alvo das críticas mais acerbas" (Precis de Médecin Legale, Masson Editeurs, Paris, 1906, p. 55).

“Exercer a medicina com ampla autonomia, evitando que quaisquer restrições ou imposições possam prejudicar a eficácia e a correção do seu trabalho”.

Esse princípio de “ampla autonomia” pode estar, como definido por Freidson (1970, como citado por Schraiber, 1995), envolvendo um alto grau de subjetividade e complexas decisões de pessoalidade. Essas características também se estabelecem em razão da sociedade exigir da medicina sempre uma ação, uma solução ou resposta para as demandas que lhe são feitas, mesmo quando não existe conhecimento científico para embasá-las⁵⁰.

Para Ribeiro e Schraiber (1994), a autonomia está associada à tomada de decisões no processo de trabalho e se apresenta, na atividade médica, em consequência de dois momentos essenciais: como “trabalho social, que consome e produz bens e serviços, reproduzindo o modo de produção dominante e valores decorrentes; e como serviço, onde a autonomia, relativizada pela sua realidade de trabalho social, manifesta-se em atributos adquiridos pelo trabalho médico (independência técnica e auto-regulação)” (p.198). Neste tipo de atividade, a autonomia se mostra limitada pelo processo de produção, porém, capaz ainda de garantir o privilégio técnico, social e profissional. Logo, conclui-se que o grau de autonomia dependerá do conflito entre: a produção industrial e o consumo de serviços; dos grupos de interesses e a nível institucional, dos projetos democráticos.

É importante enfatizar a importância dos avanços da ciência médica e da tecnologia, na transformação da atividade médica, quanto a sua autonomia. A subjetividade do médico no seu exercício profissional era a tônica. Esta lhe conferia o *status* de grande comandante das ações. Essa subjetividade foi pouco a pouco sendo substituída pela objetividade dos resultados dos laboratórios de análises clínicas⁵¹, dos diagnósticos por imagens (Raios-X, Ultra - Som, Ressonância)⁵² e de outros procedimentos tecnológicos de ponta. Estes progressos carregados de objetividade e regulamentações contribuíram de maneira importante para restringir a autonomia médica. As decisões médicas já não se baseiam na experiência pessoal, na intuição, que são eminentemente subjetivos e, portanto, carregados de autonomia. Para Schraiber (1995)

⁵⁰ A sociedade exige do médico alguma resposta para o seu sofrimento, independente de estar ou não apoiado na ciência médica ou mesmo na tecnologia. Às vezes basta uma palavra, uma atitude para que se possa dar conforto ao paciente ou aos seus familiares.

⁵¹ Exames Laboratoriais, entre outros: sangue (glicose, ureia, creatinina, hemograma), urina e parasitológico de fezes.

⁵² Diagnósticos de imagem – Raios-X, Ultra Som, Ressonância Nuclear Magnética (RNM), estes exames muito comuns na prática clínica, vem em ordem crescente substituindo o exame clínico. Por serem cada vez mais resolutivos em dar respostas diagnósticas satisfatórias ao tratamento clínico dos pacientes, como é o caso da RNM que é capaz de ver com grande definição e sensibilidade os órgãos internos, o que lhe confere grande relevância na prática médica.

estas decisões são agora baseadas na experiência científica, no índice computadorizado, de forma que a autonomia teve seus limites muitíssimos estreitados.

No Brasil, pode – se avaliar a autonomia do MR através ainda da Portaria nº 814/01, pois, este documento como já visto, ao definir a Regulação Médica também define suas atribuições e competências, dividindo – as em duas categorias: técnicas e gestoras. Segue, entre outras, destacadas as principais:

Técnicas:

[...] a competência técnica do “médico regulador” se sintetiza em sua capacidade de “julgar”, discernindo o grau presumido de urgência e prioridade de cada caso, segundo as informações disponíveis, fazendo ainda o enlace entre os diversos níveis assistenciais do Sistema, visando dar a melhor resposta possível para as necessidades dos pacientes.

Assim deve o médico regulador: *Julgar e decidir sobre a gravidade de um caso que lhe está sendo comunicado [...] estabelecendo uma gravidade presumida (grifos próprios). [...] impõe-se a gravação contínua das comunicações, o correto preenchimento das fichas médicas de regulação, das fichas de atendimento médico e de enfermagem, e o seguimento de protocolos consensuados e normatizados.*

Esta “gravidade presumida” é classificada através de um sistema de triagem, conforme visto na seção 1.4, onde está qualificada por cores, as prioridades. Pode – se dizer que é “presumida”, pois, é avaliada somente em cima de informações passadas pelo telefone pelos pacientes ou o seu familiar, não envolvendo a anamnese⁵³ completa do paciente.

Enviar os recursos necessários ao atendimento, considerando as necessidades e ofertas disponíveis;

Este aspecto é importante, pois, nem sempre para uma determinada necessidade tem – se uma oferta adequada ou mesmo disponível. O que adianta ter autonomia técnica sem poder oferecer o recurso. É necessário, portanto, prover ofertas para atender as necessidades.

⁵³ Anamnese – é um exame clínico composto da história clínica atual e pregressa do paciente, exame físico completo, com vistas ao diagnóstico presuntivo da doença. No caso da regulação médica não se faz o exame clínico, somente uma breve história dos sinais e sintomas naquele momento do chamado.

Monitorar e orientar a atendimento por outro profissional de saúde habilitado [...] no local da situação de urgência;

Este detalhe demonstra claramente a autonomia do MR sobre os outros profissionais de saúde {médico intervencionista e enfermeiros}. Esta autoridade técnica pode ser confrontada pelos profissionais que atuam nos locais dos acidentes, principalmente, pelo médico intervencionista, pois, este também como médico tem a sua própria autonomia e, portanto, está livre para decidir sobre o problema, sem qualquer interferência.

Definir e acionar o serviço do destino do paciente informando sobre as condições e previsão de chegada do mesmo, sugerindo os meios necessários ao seu acolhimento.

Novamente, poderá ocorrer uma disputa de autonomias, pois de um lado o MR, definindo e sugerindo a forma de acolhimento, do outro o médico receptor do hospital, que conhecendo as condições e os recursos do local poderá criar um impasse na hospitalização do paciente.

Gestoras:

*[...] tomar a decisão gestora sobre os meios disponíveis, devendo **possuir delegação direta dos gestores municipais e estaduais** (grifos próprios) para acionar tais meios, de acordo com seu julgamento.*

Como esta atribuição está diretamente relacionada à “delegação direta dos gestores municipais, estaduais”, ela acaba sendo dependente da vontade do gestor que poderá ou não delegar esta função ao MR, apesar de ser uma atitude prevista na Portaria ministerial. Logo, a autonomia do médico pode ser considerada como relativa, pois, não depende exclusivamente de si próprio.

***Assim deve o médico regulador:** Decidir sobre qual o recurso que será mobilizado e em que condições [...] a resposta mais adequada a cada situação, **advogando** (grifos próprios) assim pela melhor resposta.*

Esta atribuição do MR se relaciona diretamente com o envio dos recursos móveis (ambulâncias) para a realização do socorro. Estas unidades podem ser de dois tipos: avançadas ou básicas.⁵⁴ Por exemplo, se ocorrer à indisponibilidade de uma unidade avançada para atender uma

⁵⁴ Ambulâncias avançadas são as que têm os recursos para os casos mais graves, as SAV, contam com o médico intervencionista na equipe. As básicas são para os casos de menor complexidade e não possuem o médico na equipe, são chamadas de Suporte Básico a Vida (SBV).

necessidade de emergência, o MR tem autonomia para enviar uma unidade básica, apesar de não ser a “melhor resposta”, pode ser a única possível. Esta situação de decidir ou “advogar”, pelo **melhor meio possível** e não o **melhor meio** pode ser entendida, como imperícia, imprudência ou negligência, configurando-se assim em um erro médico.

[...] decidir os destinos hospitalares não aceitando a inexistência de leitos vagos como argumento para não direcionar os pacientes para a melhor hierarquia disponível em termos de serviços de atenção de urgências, (a chamada “vaga zero” para internação) [...] exercendo as prerrogativas de sua autoridade para alocar os pacientes dentro do sistema regional, comunicando sua decisão aos médicos assistentes das portas de urgência”

O MR como autoridade na alocação de meios disponíveis, ao decidir sobre os leitos hospitalares e não aceitando a sua inexistência (“vaga zero”), pode provocar conflitos nas portas de entrada dos serviços de urgências/emergências, casos estes serviços não provisionarem, recursos flexíveis para receber uma demanda excedente. Esta discussão é um ponto muito importante, pois, envolve diretamente a autonomia dos médicos na regulação, em contraponto com os recursos organizacionais, levando a perda da efetividade da regulação.

Existem outros documentos legais recentes a respeito da regulação e atenção de urgências/emergências no país, tais como: a Portaria nº 2.048 (2002), já citada e a PNAU (MS, 2006c) que é uma compilação de algumas Portarias ministeriais que contemplam entre outros temas, também as atribuições, competências de todos os profissionais envolvidos na Central. Em particular o MR, aperfeiçoando e reforçando a Portaria nº 814 (2000) e as Resoluções do CFM, nº 1671 (2003a) e nº 1672 (2003b). Estas últimas, nos moldes das Portarias acima dispõem, respectivamente, sobre a regulamentação do atendimento pré - hospitalar e o transporte de pacientes, enfatizando as competências “técnica” e “gestora” do MR. Reafirmam que a técnica envolve conhecimento próprio da prática médica, tais como, presumir e priorizar os casos de urgência, dentro dos protocolos normatizados e enviar recursos adequados a estas solicitações; além de orientar por telefone os casos em que não for possível ou necessário de se enviar o recurso. Contudo, as gestoras estão mais relacionadas à tomada de decisões não propriamente médicas, tais como: “decidir sobre o melhor recurso a enviar e sobre o destino hospitalar”; “garantir o atendimento nas urgências, mesmo nas situações em que inexistam leitos”; “regular as portas de urgência”, entre outras (Portaria nº 2048, 2002, p.22).

Como se pode observar, as decisões técnicas e gestoras são um grande desafio no exercício da

regulação médica. Por conta de estarem intimamente relacionadas com a organização e estruturação da saúde em todos os níveis de complexidade da atenção, e em particular com os serviços de urgências/emergências.

2.9.3. Conceito de efetividade

O conceito original de efetividade provém da Administração por Objetivos (APO), proposta por Drucker, (1954): eficiência + eficácia. Para entender este conceito é importante definir dois outros conceitos que se entrelaçam: **eficiência**, - “fazer certas as coisas” (significa executar as atividades corretamente), **eficácia** - “fazer as coisas certas” (significa fazer as atividades corretas, fazer a melhor escolha). O resultado depende de “fazer certo as coisas certas”; que é o conceito de **efetividade**. Drucker sugere ainda que, entre os dois critérios, a eficácia é o mais importante, já que nenhum grau de eficiência, por maior que seja, irá compensar a escolha de objetivos inadequados (Drucker, 1954). Nesta mesma linha, alguns autores definem a efetividade como: “o critério de desempenho que mede a capacidade da organização produzir a solução ou resposta desejada pelos participantes da comunidade” ⁵⁵ (Sander, 1982, p.13); a “relação entre resultados alcançados e os objetivos propostos ao longo do tempo” (Oliveira, 2007, p.467) e “um termo usado para traduzir o comportamento gerencial quando, manipulado de forma adequada seus insumos (eficiência), o executivo atinge seus produtos (eficácia), com valor social, isto é, tendo tais produtos ampla aceitação do mercado” (Cury, 2006, p.21).

Estendendo o conceito de efetividade para a saúde, o resultado obtido com as ações e serviços de saúde é que vai evidenciar a qualidade dos serviços ofertados e a satisfação dos clientes. Neste mesmo sentido, Donabedian (2003) define a efetividade, como o grau de melhoria alcançado na saúde sob as condições da prática assistencial diária. Ao definir e avaliar a qualidade, a efetividade pode ser mais precisamente especificada como sendo o grau em que o cuidado, cuja qualidade está sendo avaliada, alça-se ao nível de melhoria da saúde que os estudos de eficácia têm estabelecido como alcançáveis. Logo, pode-se avaliar o grau de melhoria através do nível de qualidade dos estudos da eficácia. Esta relaciona – se com a capacidade das ciências e tecnologias, na sua forma mais perfeita, trazerem melhorias a assistência à saúde.

⁵⁵ Ressalta - se aqui que com a evolução do termo, atualmente, tem-se outros conceitos: eficiência + eficácia + “satisfação do cliente”, logo, a qualidade dos serviços pode ser facilmente avaliada.

de e ao bem estar das pessoas. É importante destacar que a estrutura organizacional, tais como: recursos humanos, instalações, equipamentos, higiene, etc., podem resultar em processos mais adequados, o que é uma verdade, porém não suficientes. Uma estrutura hospitalar, no que se refere às suas instalações ou a qualquer outro recurso, por exemplo, pode afetar os procedimentos e provocar resultados indesejáveis, mas, uma boa estrutura por si só não garante os resultados.

Em qualquer atividade profissional, a estrutura organizacional está diretamente relacionada ao processo de trabalho, pois é a estrutura que define os limites das relações organizacionais e é através dos processos que percebemos esta relação como um meio de avaliar o desempenho da organização (Oliveira, 2007). O desempenho se relaciona com a qualidade⁵⁶, a excelência e utiliza como ferramentas, os indicadores de gestão, com vistas a maior eficiência e redução dos custos das instituições e das empresas (Gurgel Júnior & Vieira, 2002).

Ferreira (2001) simplifica o conceito de efetividade, num diagrama, onde estabelece uma inter-relação do processo de trabalho em saúde com as ações e a situação de saúde, sugerindo que qualquer situação de saúde tem objetivos definidos a alcançar. Se os recursos empregados para atender a esses objetivos são devidamente empregados, como por exemplo: o uso da capacidade instalada e da capacidade operacional nas ações de saúde, pode se dizer que houve **eficiência**. Se estas ações obtiverem resultados satisfatórios, como a cobertura alcançada através da ação produzida, assim como a resolução do problema, pode – se dizer que houve **eficácia** e se estes resultados foram capazes de mudar a realidade ou as condições de saúde da população pode- se afirmar que houve **efetividade**. Na figura 7 a seguir segue o diagrama de Ferreira relativo ao processo de trabalho em saúde.

⁵⁶ Apesar da qualidade estar relacionada com a produção de serviços a ser considerado no desempenho organizacional da saúde, compõe o seu núcleo técnico, mas “qualidade e desempenho são conceitos distintos e não se confundem” (Bittencourt, 2010, p.29)

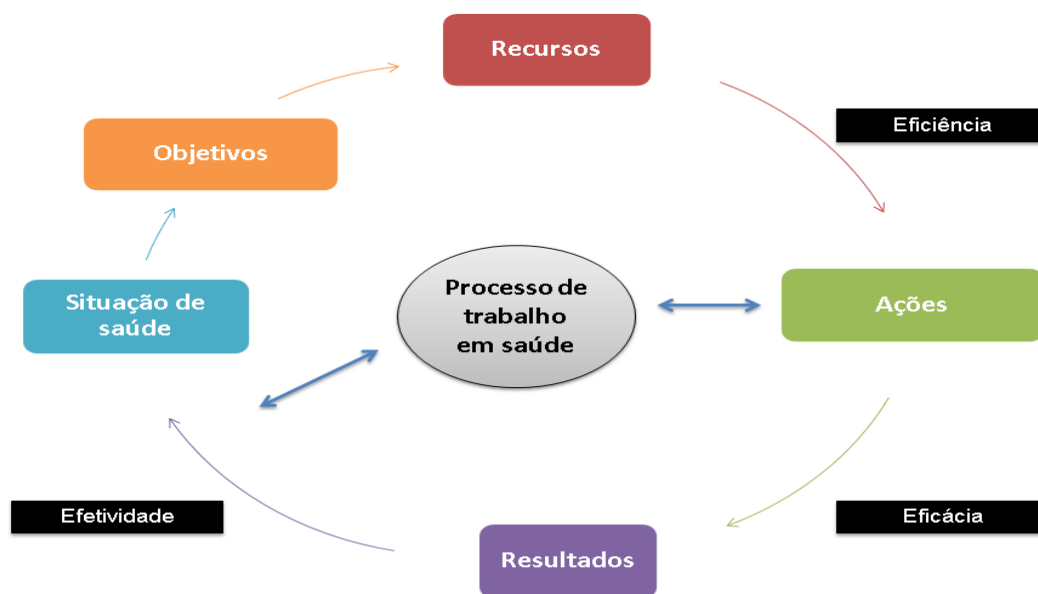


Figura 7: Processo de trabalho em saúde

Fonte: Ferreira 2001, p.78

Diante deste quadro a efetividade pode ser representada, entre outros, por indicadores epidemiológicos, tais como: mortalidade, morbidade e fatores de risco. Logo, quanto maiores estes indicadores, menos efetiva foi uma determinada assistência ou ação de saúde. No caso específico da regulação das urgências e das emergências os indicadores de mortalidade⁵⁷, assim como os de morbidade⁵⁸ seriam ferramentas interessantes para avaliar a efetividade, porém, não foi encontrado na literatura estudos que relacionam diretamente esta prática médica com estes indicadores e nem tampouco com a efetividade da regulação. No entanto pode – se prever uma baixa efetividade da regulação, quando a prática da regulação médica não é cumprida na sua totalidade, quer seja pelo aspecto da autonomia quer seja pela organização e estruturação da saúde.

⁵⁷ Mortalidade – é a variável característica das comunidades de seres vivos; refere-se ao conjunto dos indivíduos que morreram num dado intervalo do tempo. Representa o risco ou probabilidade que qualquer pessoa na população apresenta de poder vir a morrer ou de morrer em decorrência de uma determinada doença. Diversas vezes temos que medir a ocorrência de doenças numa população através da contagem de óbito e para estudá-las corretamente; estabelecemos uma relação com a população que está envolvida. É calculada pelas taxas ou coeficientes de mortalidade. Representam o “peso” que os óbitos apresentam numa certa população. Indicadores de Mortalidade: Calculam-se principalmente os coeficientes ou taxas de mortalidade geral, mortalidade infantil, mortalidade por causa e a letalidade, apesar de haver muitos outros coeficientes de mortalidade bastante usados. www.joinville.ifsc.edu.br.

⁵⁸ Morbidade - é a variável característica das comunidades de seres vivos, refere-se ao conjunto dos indivíduos que adquirem doenças (ou determinadas doenças) num dado intervalo de tempo em uma determinada população. A morbidade mostra o comportamento das doenças e dos agravos à saúde na população. Indicadores de Morbidade: A morbidade é frequentemente estudada segundo quatro indicadores básicos: a incidência, a prevalência, a taxa de ataque e a distribuição proporcional. www.joinville.ifsc.edu.br.

Para Barbosa (2001), a regulação médica por ser um processo relativamente novo, enfrenta problema estrutural e toda sorte de desafios políticos, que para serem superados necessitam de uma ação coletiva e integrada por todos os envolvidos na promoção da saúde. Afirmar ainda que “o MR deve fazer a” *advocacy* ”do paciente (direito dos pacientes) ⁵⁹ (p.233), buscando a melhor resposta às suas necessidades, combinando universalidade e equidade, ou seja, acolhimento universal e respostas, conforme hierarquia de necessidades, documentando as ofertas não disponíveis, na perspectiva de afirmá-las como objetivos estratégicos”. Desta maneira, vê os espaços de regulação como “observatórios privilegiados do funcionamento do Sistema e das condições de saúde da população” (p. 233), dando instrumentos para um planejamento ascendente e dinâmico das respostas imediatas aos pacientes e aos serviços e de respostas estratégicas e sustentadas do sistema de saúde.

Em linhas gerais, tentou – se desenhar neste capítulo o cenário político, social e legal em que se apóia o tema em questão. Para isso, pesquisou-se a legislação vigente no país através de Portarias e Normas ministeriais que determinam a atividade da regulação médica nas Centrais de Regulação de Urgência e Emergência, definindo – se o papel do MR e o seu processo de trabalho. Além disso, artigos nacionais e internacionais foram apresentados, apesar da escassa literatura sobre um serviço ainda recente e pouco conhecido no Brasil, e mesmo em outros países, como já mencionado. Nesses trabalhos, (Bittencourt, (2010); Boudenia (2008); Donabedian, (2003); Giroud (2009); Gawryszewski, Oliveira e Gomes (2012); Ludwig, 2000; Martinez - Almoyna e Nitschke, (2000); O’Dwyer e Mattos, (2012), entre outros, entretanto, foi possível encontrar alguns conceitos e considerações que serviram de alicerce para a construção de um conhecimento maior sobre a regulação médica de urgências e emergência e a sua relação com a estrutura organizacional da saúde. Para, desta forma, levantar e identificar suas possibilidades e dificuldades na cidade carioca.

No próximo capítulo representa-se graficamente a relação proposta contextualizando, com base nos estudos encontrados na literatura, os respectivos pressupostos da investigação. Na seção 2.1 discute – se a relação proposta, do ponto de vista de suas variáveis e os seus conceitos, no sentido de entender a realidade estudada. Cada relação é demonstrada por um esquema simples, para uma melhor visualização que será em outras subseções explicando a par-

⁵⁹ Este conceito é amplamente discutido pelos médicos reguladores, que devem ter como primeiro dever, o direito dos pacientes, fazendo prevalecer as suas necessidades, buscando sempre o maior benefício que se possa oferecer.

tir da revisão da literatura sobre a regulação das urgências/emergências. Na seção 2.2 analisa-se os pressupostos da investigação em causa, seguida pela sua aplicação nas urgências e emergências, ou melhor, os pressupostos que compõem a relação pretendida são estudados através de um conjunto de dimensões e/ou itens observáveis.

CAPÍTULO 3

RELAÇÃO DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL COM A REGULAÇÃO MÉDICA E OS PRESSUPOSTOS DA INVESTIGAÇÃO

Gestão de central de regulação de urgências e emergências:

Possibilidades e dificuldades da regulação médica no município do Rio de Janeiro

3. RELAÇÃO PROPOSTA E PRESSUPOSTOS DA INVESTIGAÇÃO

Em complemento à vertente teórica demonstrada, este estudo é composto por uma vertente prática. Neste capítulo, apresenta-se, esquematicamente, uma relação teórica da investigação que embasará o estudo empírico apresentado nos capítulos seguintes, e formaliza - se os pressupostos que o compõem.

O objetivo central da relação proposta é explicar as ligações entre as condições do Sistema quanto a sua organização e estrutura e alguns de seus efeitos/consequências. Em última análise, pretende-se analisar e discutir conceitos - chave que, possivelmente, conduzem a um bom exercício da regulação de urgências/emergências.

3.1. RELAÇÃO PROPOSTA

Uma grande parte das definições de um modelo refere-o como uma representação da realidade que procura evidenciar a **relação** entre vários elementos de um processo a investigar (Pinã, 1990). De uma forma geral, os modelos teóricos procuram entender a realidade estudada, produzindo antecedentes e/ou consequências dos conceitos que são analisados.

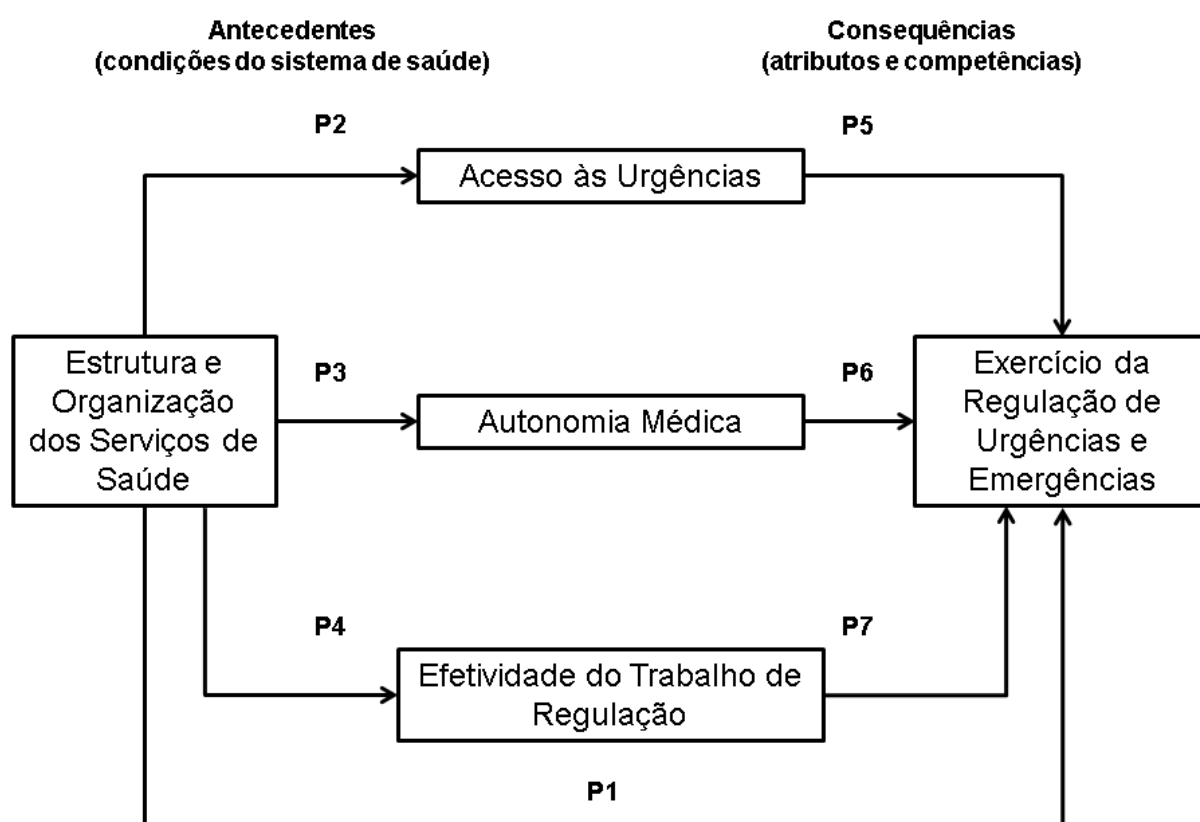
Para Kline (2005) existem dois tipos de variáveis num modelo teórico: as que podem ser medidas diretamente chamadas de manifestas ou observáveis e as que expressam conceitos teóricos, as latentes ou não observáveis. Este último tipo de variáveis é chamado também de *constructos (construct)*⁶⁰, que nada mais é do que, uma medida indireta da variável latente.

A área da saúde vem a algum tempo desenvolvendo modelos teóricos, com o propósito de avaliar economicamente uma determinada doença (diabetes, hipertensão, infartos, doenças oncológicas, etc.), identificando as melhores opções de gerenciamento dessas doenças ou ainda analisando determinantes e condicionantes do processo saúde – doença e modelos técnicos - assistenciais (Arredondo, 1992; Clarke *et al.*, 2004; Jones, 2000;), entre outros motivos.

⁶⁰ Por *construct* entende-se um conceito que pode ser operacionalizado por um conjunto de variáveis.

Como a presente tese tem o foco em questões estratégicas⁶¹ para o exercício da regulação médica das urgências/emergências, se propõe estabelecer uma relação que pode ser mais tarde aprofundada e despretensiosamente se tornar mais um modelo teórico.

A partir da revisão da literatura sobre a regulação das urgências/emergências, e tendo em vista o propósito subjacente a esta investigação, propõe-se a relação, representado graficamente na figura abaixo já apresentada na introdução(figura1).



Na relação descrita neste estudo existem cinco componentes que abrangem conceitos fundamentais que poderiam como citado por Kline (2005) serem os *constructos*, a saber: a estrutura e organização dos serviços de saúde (condições dos serviços), o acesso às urgências, autonomia médica, a efetividade do trabalho de regulação (como respostas as condições organizaci-

⁶¹ - Considera-se aqui como “estratégicas”, pois estas questões são determinantes para a definição de uma boa prática da regulação em urgências/emergências.

onais) e o exercício da regulação de urgências e emergências. Este processo de operacionalização vai ser explicitado no próximo capítulo. Como se pode observar, a relação proposta tem três componentes/partes fundamentais. Na primeira parte da relação, está representada a estrutura e a organização dos serviços de saúde. O segundo componente se relaciona com o trabalho e a organização e o último, os resultados destes conceitos com o exercício da regulação médica das urgências e emergências.

De uma forma geral, pretende-se com esta relação testar até que ponto as condições dos serviços de saúde no que tange à sua estrutura organizacional terá efeitos em determinados atributos/competências da regulação das urgências/emergências e no exercício da sua prática, como um todo.

Parte-se do pressuposto que as organizações de saúde em geral e os serviços de urgências/emergências em especial, para desempenhar adequadamente as suas funções necessitam das seguintes condições: hierarquização das ações e serviços prestados por este nível de atenção; facilitar o acesso aos serviços e garantir a autonomia médica para uma efetiva regulação das urgências. Tendo isto em consideração, assume - se a necessidade de uma perspectiva de regulação das urgências com estas metas em mente, no sentido de promover a integralidade da atenção e a universalidade, princípios fundamentais da constituição do SUS brasileiro.

3.1.1. Condições organizacionais e estruturais dos serviços de saúde

A relação proposta mostra que as condições estruturais e organizacionais do Sistema no todo, em particular dos serviços de saúde vão influenciar os atributos/competências da regulação das urgências/emergências e a sua atuação global. Numa perspectiva geral, como se organiza e se estrutura um serviço de saúde tem implicações relevantes quer seja para os clientes e os profissionais, quer seja para o desempenho organizacional. No capítulo anterior foi realizada uma abordagem teórica sobre, a organização e a estruturação dos serviços de saúde brasileiros, abordando desde a gestão até características particulares do exercício da regulação médica com vistas a uma melhor compreensão do estudo. Essa revisão da literatura permitiu evidenciar algumas questões chave que permeiam esta investigação, e que estão na base da relação proposta expondo, numa visão sistêmica, a sua utilidade para a conquista de um Sistema mais justo socialmente. Como observado, a gestão da CRUE é um dos meios propostos pelo governo brasileiro na garantia da integralidade e da equidade no acesso dos clientes aos servi-

ços. Porém, este acesso está diretamente relacionado a uma estrutura organizacional eficiente e eficaz. Neste sentido, as redes integradas de atenção à saúde são também um contributo relevante na organização da atenção de urgências e emergências, como um todo. O sentido que norteia esta forma de organizar a assistência enfatiza o cuidado em cima das necessidades da população, permitindo gerenciar a demanda, superando a forma da oferta. Nesse contexto, a orientação é tratar as necessidades com a melhor oferta, permitindo um acesso integral e equânime sendo a regulação um instrumento ordenador, estruturador e qualificador dos fluxos de pacientes no Sistema (MS, 2001).

Através da revisão efetuada, constatou-se, também, que um grande número de evidências aponta no sentido de que existe grande fragilidade da rede assistencial brasileira, inclusive no Rio de Janeiro e que as insuficiências organizacionais impactam as portas de entrada dos serviços, com possibilidade de interferência na regulação das urgências/emergências. Logo, as condições das organizações de saúde permitirão aprender sobre o exercício da regulação. É com base neste argumento que a ligação entre a organização dos serviços se faz com o trabalho na regulação médica das urgências/emergências, abordando as questões do acesso às urgências, a autonomia médica e a efetividade da função.

Conforme já mencionado, a função dos reguladores como definida por documentos legais, além de ordenar e orientar a entrada de forma integral no Sistema é também de gerenciar doenças, recursos, leitos, pessoas, processos e outros agentes que determinam uma atuação não somente “técnica”, mas também “gestora”. Estas atribuições implicam nas questões a serem testadas na investigação como consequência das condições organizacionais. Na presente investigação, tendo em conta estas implicações, enfatiza-se a necessidade de uma estrutura organizacional capacitada para atender aos clientes e a sua contribuição para melhorar o acesso, a autonomia e a efetividade. Por isso, realça – se no estudo a função desempenhada pelo MR. Nesta perspectiva parece, então, relevante averiguar até que ponto esta função é influenciada pelas estruturas organizacionais e até a sua própria atuação no Sistema.

Em termos gerais, a relação proposta pode ser utilizada para evidenciar a importância que a organização dos serviços de saúde em geral, particularmente os de urgência e emergência desempenha na regulação médica. A partir da revisão da literatura foram identificadas as relações causais, que foram transformadas nos pressupostos da pesquisa. Em seguida, estes são contextualizados na relação enunciada. São referidos os estudos que já comprovaram estas

ligações, bem como justificadas as associações entre os componentes da relação.

3.2. PRESSUPOSTOS DA INVESTIGAÇÃO

Como foi referido, anteriormente, este estudo está consubstanciado numa visão de que condições adequadas dos serviços de saúde trarão benefícios para a população em geral, promovendo a universalidade, a integralidade e a igualdade da atenção. Desta forma, examinam-se estas condições e os seus potenciais efeitos nas atribuições da regulação médica assistencial. Para estudar as relações entre todos os conceitos descritos, é sugerido um total de sete pressupostos de investigação, cuja inferência é descrita seguidamente. Tal como foi feito em outras partes desta tese, efetua-se uma análise geral dos pressupostos em causa, seguida pela sua aplicação nas urgências e emergências.

3.2.1. Relação da estrutura organizacional da saúde com o exercício da regulação

O conceito de estrutura e organização dos serviços de saúde (Pressuposto1) tem sido amplamente estudado, desde a concepção de um tipo de sistema de saúde até como são organizadas, as suas ações, com as características tecnológicas e assistenciais para solucionar os problemas de saúde da população (Paim, 1999). Como visto na revisão da literatura, os estudos existentes sobre a teoria organizacional, vê as organizações como um sistema social, com objetivos e procedimentos construídos em cima de valores, para alcançar a efetividade (Selznick, 1948; Scott, 2001). Dawson (1920) já tinha esta mesma dimensão quando propôs organizar as ações e os serviços dentro das necessidades das pessoas, com vistas alcançar, a eficiência e a efetividade. Para o direcionamento dessas ações é também proposta a descentralização, a regionalização e a hierarquização da rede de serviços de saúde (LOS – 1990). Esta última pressupõe diferentes níveis de complexidade da assistência, da menos complexa (nível primário) a mais complexa (nível terciário), sendo a AP a melhor forma de se entrar no Sistema (Starfield, 2002; Duncan, 2004). No caso, das urgências estas devem se organizar em redes regionais de atenção integral e garantir o acesso através dos CR (MS -PNAU, 2006c).

Como se pode ver, se a rede não estiver regionalizada e integrada, articulada com os diferentes níveis da atenção, a entrada no Sistema se faz de forma desordenada, desorientada, portan-

to, caótica. Logo, a regulação médica que tem como função precípua, ordenar e orientar os fluxos no Sistema, não poderá dar respostas resolutivas às necessidades dos cidadãos. Como comprovado por Santos *et al.* (2003) a regulação médica pode modificar o cenário dos serviços de urgências/emergências, reorganizando a entrada e aumentando a resolubilidade e a qualidade dos serviços.

Em termos empíricos, não foram encontrados estudos que analisam a relação direta da organização dos serviços com a regulação médica. O que se pode encontrar são pesquisas recentes sobre os fluxos de pacientes (Bittencourt, 2010; Ludwig, 2000); os processos de trabalho nos serviços de emergência e avaliações desses serviços (Lovalho, 2004; Ludwig, 2000; O'Dwyer, Oliveira & Seta, 2009; O'Dwyer, Matta & Pepe, 2008; Santos *et al.*, 2003). Um outro, cujos autores, Pinho, Kantorski e Erdmann (2005) relacionam a qualidade das urgências com a sua estrutura organizacional, na visão dos familiares de pacientes. E dois últimos trabalhos mais próximos desta tese: o de Gawryszewski, Oliveira e Gomes (2012) e o de O'Dwyer e Mattos (2012). O Primeiro correlaciona o acesso ao SUS com as representações e práticas dos profissionais da CRUE e de Leitos, do município carioca. Este estudo mostrou a fragilidade do sistema público de saúde no município, a baixa efetividade das práticas nas Centrais de Regulação e a prática de processos informais de ação. O segundo discutiu a integralidade do SAMU, sob o olhar de gestores, dos três entes federativos. O trabalho identificou a falta de integralidade da assistência, por conta da desestruturação da AP e dos hospitais de referência. Além disso, a ausência de capacitação das equipes, somada a vínculos trabalhistas frágeis, entre outras mazelas, comprometem o desempenho do serviço.

Como dito no âmbito do município investigado não se tem um estudo privado ou público que relacione a estrutura organizacional diretamente com o exercício da regulação. Na presente investigação, pressupõe-se que as condições organizacionais do Sistema interferem substancialmente no trabalho médico de regulação, sendo por isso estabelecido o seguinte pressuposto, ilustrado na figura 9.

Pressuposto 1

Existe uma influência direta entre a estrutura e organização dos serviços de saúde e o exercício da regulação de urgências /emergências.

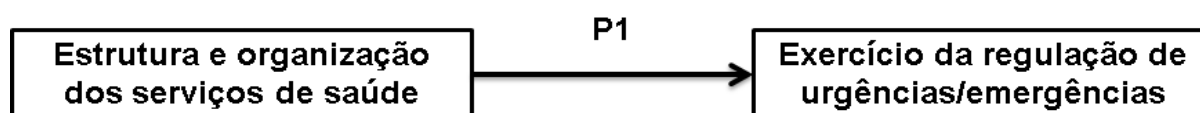


Figura 8: Pressuposto a testar na relação entre a estrutural organizacional e o exercício da regulação de urgências/emergências

3.2.2. Relação entre a estrutura e organização do Sistema com os atributos e competências da regulação médica

A ligação da organização e estrutura do sistema de saúde com os atributos e competências da regulação médica [(acesso, autonomia profissional, efetividade)- Pressuposto 2], ainda não foi diretamente estudada. Porém, alguns trabalhos, estabeleceram indiretamente esta relação, ao mostrar cada um desses atributos/competências, em pesquisas de qualidade, resolubilidade do Sistema, etc., citando a organização das ações de atenção à saúde, tanto no aspecto tecnológico e assistencial, como uma forma de modelo assistencial que possa resolver os problemas de saúde da coletividade.

No caso do pressuposto 2, por exemplo, Bittencourt (2010) mostrou que a precariedade dos serviços pode contribuir para um fluxo maior de pacientes aos serviços de urgência e emergência, causando a superlotação e um baixo desempenho organizacional que pode ser expresso no aumento dos indicadores de morbimortalidade. Neste sentido, O'Dwyer, Oliveira e Seta (2009) afirmam em seu artigo que a deficiência de serviços ambulatoriais (especializados) e hospitalares no setor público explicaria em parte, porque as pessoas acessam os setores de emergências em busca de atendimentos especializados e tecnológicos.

Assim como os autores citados, Lovalho (2004) observou que mais da metade das pessoas que buscam atendimento neste nível de atenção, poderiam ter sido atendidas nos ambulatorios, porém, com a indisponibilidade desses serviços de especialidades, a tendência da população é acessar as unidades emergenciais. Estes estudos indicam que a integralidade da assistência proporciona o cuidado e o acesso.

Minayo e Deslandes (2007) concluíram em suas pesquisas que no Rio de Janeiro, apesar dos serviços de saúde, incluindo aí os de emergência, serem os mais sofisticados do país apresen-

tam elevado grau de desorganização e desarticulação constante, contribuindo para a iniquidade do acesso. Nesta mesma linha, uma pesquisa mais recente, também na cidade carioca, realizada por Gawryszewski, Oliveira e Gomes (2012) mostra a escassez de recursos, tanto de leitos de UTI adultos e pediátricos, como de especialidades mais complexas (neurocirurgia, especialidades cirúrgicas, neonatais, etc.). Esta situação revela uma grande barreira ao acesso para satisfazer as necessidades de saúde da comunidade. A priorização do acesso é feita muitas vezes, dentro de uma prática possível, conhecida como a “escolha de Sofia” que é exemplificada como “uma prática não escolhida” (p.128). É importante evidenciar que esta forma de decidir não interfere tão somente no processo de trabalho, mas causa principalmente desconforto e insatisfação aos MR, por saber que a sua opção extrema, poderá causar algum tipo de dano.

Trabalhos internacionais como os canadenses demonstraram que 80% das pessoas que acesam as urgências poderiam facilmente ser referidos ou confiados a outros serviços ou sistemas de cuidados de saúde, somente 11% tem necessidade de ser atendido no setor (ICIS, 2005). Assim como no Canadá, os EUA e a Inglaterra também apresentam um acesso indevido às urgências/emergências como definido num estudo sobre qualidade da saúde nesses países. Esses estudos não se correlacionam diretamente com a estrutura organizacional, mas, sim com a forma de gerenciar os processos e os recursos, nestas organizações. Apesar de possuírem tecnologia de ponta com especialistas super qualificados ainda apresentam falhas na gestão dos processos e dos recursos, custos altos, práticas pouco eficientes, desperdício, etc. (Macedo, 2006 b; Porter & Teisberg, 2006). Os trabalhos desses autores demonstram a influência direta entre a estrutura e organização do sistema de saúde e o acesso às urgências. Segue a figura 10 que representa esta relação.

Pressuposto 2

Existe uma influência direta entre a estrutura e organização do sistema de saúde e o acesso às urgências /emergências

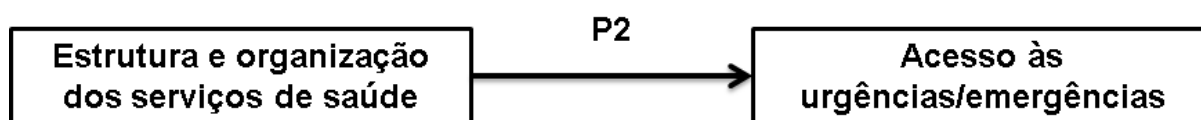


Figura 9: Pressuposto a testar na relação entre estrutura e organização do Sistema e o acesso às urgências /emergência

3.2.3. Relação entre a estrutura e organização do Sistema com a autonomia dos MR.

Na presente tese, estabelece-se que a estrutura e organização dos serviços terão uma influência direta na autonomia dos médicos. Apesar de não se ter encontrado um trabalho que demonstre esta relação diretamente, pode-se intuir através de conceitos sobre a autonomia do trabalho médico, propriamente dito (Schraiber, 1995; Freidson, 1995). Assim como a de outros profissionais de saúde (enfermeiros, fisioterapeutas, etc.) que trabalham em serviços de urgências/emergências (Lima & Almeida, 1999). Estes autores defendem que a subjetividade no desempenho da função é relativa e é definida pelos limites de competência dos saberes de outros agentes e por relações sociais mais amplas. Ribeiro e Schraiber (1994) vão mais além, afirmando que a autonomia na atividade médica se mostra limitada pelo processo de produção, porém, capaz ainda de garantir os privilégios técnicos, sociais e profissionais. Além disso, o grau de autonomia dependerá do conflito entre: a produção e o consumo de serviços; dos grupos de interesses e a nível institucional, dos projetos democráticos. Neste contexto, apesar de não ser o único motivo, a oferta de serviços estruturados e organizados para atender as demandas por urgências/emergências, implicará, numa maior autonomia. Quando a Portaria ministerial nº 814 (2001), seguida por outras Portarias, propôs a autonomia técnica e gestora dos serviços, relacionou-a diretamente com a oferta dos meios necessários, tanto de recursos humanos, como de equipamentos, para um bom desempenho da função (MS, 2001). O francês estabelece esta relação direta, determinando que autonomia médica é proporcional a organização dos serviços (Giroud, 2009).

A investigação de Gawryszewski, Oliveira e Gomes (2012), numa CRUE pública, retrata bem a relação entre a organização do serviço e o processo de trabalho na Central. Em um cenário de insuficiências diversificadas, tais como: falta de leitos e de informações sobre os recursos

humanos (disponibilidade de especialistas) e físicos (unidades móveis disponíveis); sucateamento dos hospitais e das emergências; os MR, não têm governabilidade sobre uma necessidade, para criar de imediato uma resposta para reorganizar o serviço. Estes mesmos aspectos são evidenciados no artigo de O'Dwyer e Mattos (2012), que observaram a ausência de estrutura jurídico-administrativa para que a regulação tenha efetivamente autoridade sanitária. Neste enquadramento, é de se esperar a existência de uma relação entre a estrutura e a organização do Sistema e a autonomia médica tendo em conta as Portarias ministeriais que estabelecem esta relação. E também a importância de se ter uma regulação médica autônoma para reordenar os fluxos de pacientes, ajudando a organizar o serviço como um todo. Assim, estabelece-se o seguinte pressuposto representado na figura 11:

Pressuposto 3

Existe uma relação direta entre a estrutura e a organização dos serviços e a autonomia médica.

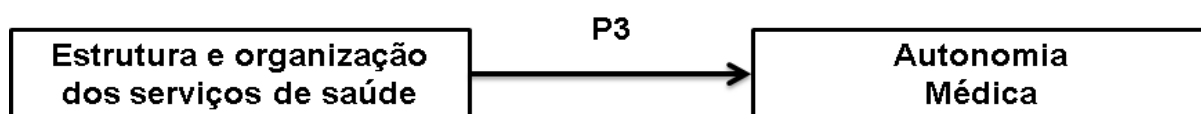


Figura 10: Pressuposto a testar na relação entre a estrutura e a organização dos serviços de saúde e a autonomia médica

3.2.4. Relação da estrutura e organização do Sistema com a efetividade da regulação médica com o exercício da regulação

O próximo pressuposto relaciona a estrutura e a organização do Sistema com a efetividade da regulação. Vários estudos sobre a efetividade dos serviços de saúde foram realizados, porém, até o término deste estudo não foi encontrado na literatura qualquer estudo sobre esta relação diretamente. Porém, mediante os **conceitos de efetividade** estudados, onde em linhas gerais, ela é o produto entre o serviço oferecido e o resultado alcançado por este serviço (Drucker, 1981; Ferreira, 2001; Donabedian, 2003; WHO, 2007) e os estudos existentes sobre as organizações, que se apoiam na sua estrutura, organização e nos seus valores para alcançar a efetividade (Selznick, 1948; Scott, 2001; Mendes e Pestana, 2004). Desta forma, fica possível re-

lacionar as condições estruturais e organizacionais do sistema de saúde com a efetividade da regulação, pois, a regulação das urgências e emergências é o instrumento que vai monitorar e orientar as portas de entrada no Sistema com o objetivo de gerar resultados positivos neste tipo de atenção. Como para um bom exercício da regulação médica das urgências/emergências é necessário, estrutura organizada dos serviços com recursos e processos bem definidos (OPAS/MS, 2006), os resultados só serão satisfatórios se estas condições são amplamente atendidas. Logo, pode – se prever uma alta efetividade da regulação em sistema ou serviços de saúde bem estruturados e organizados. Um prova disso é a pesquisa de Santos *et al.* (2003) em um hospital público na cidade de Ribeirão Preto, localizada em São Paulo. Estes pesquisadores observaram os resultados positivos da regulação médica das urgências/emergências, após uma reforma, arquitetônica, assistencial, tecnológica e administrativa no hospital estudado. A atuação da regulação médica racionalizou o uso dos recursos hospitalares, preservando as emergências para o atendimento dos casos mais complexos, garantindo assim o atendimento imediato às situações que põem em risco a vida das pessoas. O maior impacto das ações da regulação ocorreu com a diminuição do fluxo de pacientes ao serviço, com a redução também, do número de internações, da taxa de ocupação e do coeficiente de mortalidade. Desta forma, este trabalho sinaliza a influência da organização dos serviços na efetividade da regulação médica. Desta maneira, estabelece-se o pressuposto 4, representado na figura 12.

Pressuposto 4

Existe uma influência direta entre a estrutura e organização do sistema de saúde e a efetividade do trabalho da regulação.

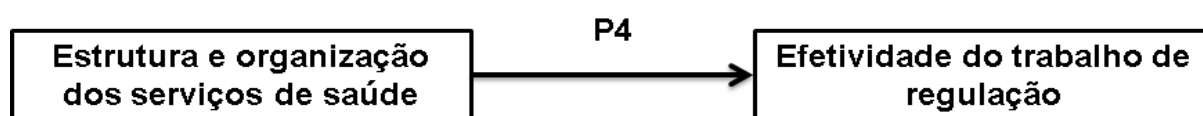


Figura 11: Pressuposto a testar na relação entre a estrutura e a organização dos serviços de saúde e a efetividade da regulação

3.2.5. Relação dos atributos/competências da regulação médica (acesso as urgências, a autonomia médica, efetividade da regulação) com o exercício da regulação médica

O conceito de regulação assistencial tem sido amplamente estudado, por várias organizações (ABRASPE, 2002, MS, 2003; WHO; 2000 OPAS/MS, 2006) e por alguns autores mais recentes (Chinitz, 2002; Campos, 2007; Nunes, R., Rego & Nunes, C. 2004; Nunes 2009). Estes estudos determinam que este tipo de regulação, não é apenas uma regulação econômica, mas principalmente uma regulação social. Além dos aspectos econômicos, a regulação em saúde busca garantir a equidade do acesso, o direito a um serviço efetivo, a satisfação do cliente, entre outros. A regulação das urgências envolve todos estes conceitos e a integralidade na sua atuação, assegurará uma melhor qualidade dos cuidados de saúde em geral, em particular, os de urgências/emergências. Por conta das considerações expostas, anteriormente, nos outros pressupostos a testar, a relação dos atributos/competências da regulação médica com o exercício da regulação médica é facilmente entendida. Tanto o acesso, quanto a autonomia e a efetividade da regulação tem um caráter de interdependência, se inter-relacionando entre si e com o próprio exercício da regulação. Para se oferecer um acesso adequado às urgências/emergências é necessário ter autonomia na tomada de decisões, estes fatores implicam em um resultado positivo da prática da regulação que pode ser representado pela efetividade. Esta representa um dos indicadores de desempenho da organização, que de certa forma poderá contribuir para uma maior satisfação dos clientes e dos profissionais envolvidos no processo.

O exercício da regulação como proposto no modelo francês e adaptado no Brasil por Martinez - Almoyna e Nitschke (2000) têm o MR, como protagonista de várias atividades com múltiplas responsabilidades. Por ser responsável pela racionalização e distribuição das demandas, define o melhor acesso atuando como um zelador da porta do Sistema, definindo quem pode e deve entrar para que o serviço de saúde funcione a contento. Para que possa avaliar as necessidades e as ofertas disponíveis, coordenando o fluxo das ações tem que ter poder para a tomada de decisão revestido da sua autonomia técnica e gestora. A efetividade só será alcançada quando estes, entre outros, aspectos estiverem totalmente resolvidos.

Portanto, tendo em conta as evidências empíricas existentes na literatura (referidas no início deste capítulo e no capítulo anterior) e como estes conceitos se inter-relacionam vai assumir-

se, na presente investigação que os atributos/competências da regulação têm um impacto direto no exercício da regulação através do estabelecimento dos seguintes pressupostos: P5, P6, P7 (figura 12):

Pressupostos P5 - P6 – P7

Existe uma influência direta entre a os atributos/competências da regulação com o exercício da regulação.

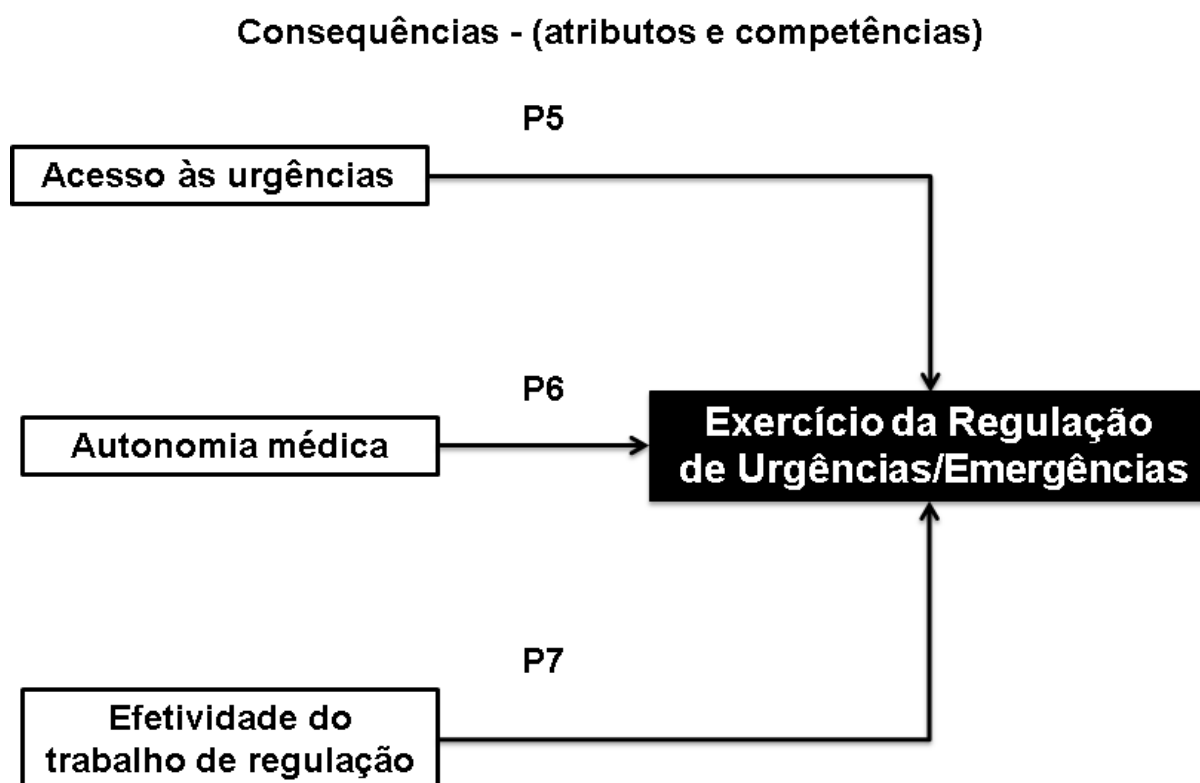


Figura 12: Pressupostos a testar na relação entre os atributos/competência da regulação (acesso as urgências, a autonomia médica, efetividade da regulação) e o exercício da regulação médica

Em síntese, são cinco componentes da relação que determinam sete pressupostos. Cada um deles foi estudado através de um conjunto de dimensões e/ou itens observáveis.

No capítulo anterior, a revisão bibliográfica exposta realçou alguns dos fenômenos básicos associados ao problema da organização dos serviços de saúde e da sua relação com a regulação médica das urgências/emergências, com o acesso aos serviços, à autonomia profissional e

os resultados positivos da atividade (efetividade). Nesse capítulo, tendo como base este enquadramento, delineou-se e propôs-se uma relação com os respectivos pressupostos da investigação, que tem como pano de fundo, esta problemática.

Utilizando-se perspectivas organizacionais e abordagens de atributos e competências, a relação apresentada pode ser utilizadas para explicar **o exercício da regulação médica**. Embora seja um tema atual, considera-se que não tem sido suficientemente analisado pelos estudos científicos desenvolvidos até à data, na sua aplicação tanto na Central pública quanto na Central privada (muito menos ainda), assim como para a realidade brasileira. Que se saiba para o setor de urgências/emergências, constitui uma das primeiras a integrar os conceitos, dentro de um paradigma global de orientações estratégicas - desempenho organizacional.

Para se estabelecer a relação numa pesquisa empírica, dever – se - á primeiramente estabelecer qual a metodologia que será utilizada. Desta forma, a próxima tarefa consiste na descrição e explicação da escolha da metodologia para responder às questões propostas e testar os pressupostos. No capítulo seguinte, a escolha dos procedimentos metodológicos é devidamente justificada, com o objetivo de viabilizar o estudo empírico que se vai desenvolver.

CAPÍTULO 4

METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO

Gestão de central de regulação de urgências e emergências:

Possibilidades e dificuldades da regulação médica no município do Rio de Janeiro

4. METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO

A pesquisa científica é o produto de uma investigação com o objetivo de resolver problemas e solucionar dúvidas, mediante a utilização de procedimentos científicos. Consiste em investigar a realidade, utilizando processos (métodos) e técnicas específicas. É necessário aplicar atentamente os sentidos a um objeto para dele, adquirir um conhecimento claro e preciso (Barros & Lehfeld, 1986). Por conseguinte, para o desenvolvimento do estudo como em qualquer processo são necessários vários passos. A sua base são os conhecimentos disponíveis a respeito do problema, requerendo uma criteriosa utilização de métodos, técnicas e instrumentos científicos. Logo, para que a pesquisa científica se sedimente numa forte fundamentação teórico-empírica, necessita de se apoiar numa sólida referência metodológica, que direcione todo o processo do estudo, explicitando o fenômeno a ser explorado.

A escolha do método mais adequado para a resolução do problema e a definição da técnica de coleta de dados depende do objeto de estudo e dos objetivos que se quer alcançar (Gil, 2002). Este capítulo apresenta os procedimentos metodológicos utilizados para orientar a realização desta pesquisa. Neste sentido, as diferentes fases, compreenderam resumidamente: a revisão bibliográfica sobre o tema que faz uma breve análise sobre a legislação e a documentação utilizada na investigação (seção 3.1); o tipo da pesquisa que se refere ao estudo qualitativo (grupo focal e questionário semi - estruturado) (seção 3.2); a população - alvo que define sobre o universo de MR (seção 3.3); a amostra que define o número de MR entrevistados (seção 3.4) e o instrumento de coleta de dados que analisa a operacionalização do questionário e do grupo focal (seção 3.5).

4.1. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA SOBRE O TEMA

O trabalho foi fundamentado, do ponto de vista teórico e conceitual, na revisão bibliografia técnica (livros, artigos e teses); base de dados informatizada (Bireme, Pubmed-medline, B-On, Emerald), meios digitais (internet) e fontes documentais (Normas, legislação e documentos oficiais) sobre os seguintes descritores: CRUE, Atenção de Urgências e Emergências e Regulação Médica das Urgências e Emergências. É importante dizer que esta revisão foi utilizada, inicialmente, para aumentar a familiaridade do pesquisador com o objeto de pesquisa,

bem como para clarificar conceitos fundamentais relacionados com a delimitação do tema, definição do problema e justificativa para a escolha do tema. Por outro lado, foi também utilizada para o desenvolvimento do estudo dando origem aos pressupostos e a relação a ser testada.

Como proposto por Fernandes (2002) depois de “demarcado o gênero de documentos sobre os quais se puderam efetuar os estudos” (p.76), estes foram submetidos a uma análise exaustiva, para retirar “toda a substância”, “extrair seus valores, veracidades e verdadeiros alcances”, (Bardin, 2004, pp.90 - 91).

As linhas principais do debate teórico foram inicialmente os conceitos e definições da Regulação da Saúde e Estratégias da Regulação propostos por Barreto (2004), Castro (2002), Majone (1996), Nunes (2009), Saltman e Busse (2002) e Walshe (2002); os de Urgência e Emergência de Martinez-Almoyna e Nitschke (2000) e Giglio-Jaquemot (2005) e finalmente a formação e estruturação do SAMU, da APH e da CRUE por Boudenia (2008), Giroud (2009) e Minayo e Deslandes (2007). Giroud (2009) foi muito importante para a construção da pesquisa, por discutir em seus artigos o modelo francês de gerenciamento das urgências/emergências na Central de Regulação, onde o brasileiro teve a sua base, estabelecendo desta forma, um breve contraponto entre os dois modelos.

Quanto à legislação e as Normas vigentes no Brasil foram analisadas os seguintes documentos: CF (1988) e a LOS (1990), importantes por tratarem do sistema de saúde como um todo; as Portarias ministeriais em especial, a SAS/MS 356/00, a GM/MS 2970/08 que tratam dos CR e das centrais de regulação e a GM/MS 2048/02 e GM/MS 1863/03 que tratam da Regulação Técnica dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência e da PNAU, respectivamente, importantes por serem específicas ao tema. A NOAS (2002), o Pacto pela Saúde (2006) e o Decreto (2011) apesar de não serem exclusivos para a atenção de urgência e emergência foram também utilizados para auxiliar a compreensão dos mecanismos de organização e gestão no Sistema em geral e em particular nas CRUE.

Todo o arcabouço teórico foi analisado com o intuito de estabelecer uma relação entre as condições organizacionais dos serviços de saúde e o exercício da regulação médica, evidenciando as possibilidades e as dificuldades sobre o olhar dos MR.

4.2. TIPO DE PESQUISA

A pesquisa de campo relacionada ao estudo constituiu-se de uma investigação descritiva e explicativa de corte transversal, com uma abordagem qualitativa que utilizou a técnica do questionário semi - estruturado (questões abertas e fechadas). Este instrumento de coleta de dados foi complementado pela técnica do grupo focal, que estimula os participantes a discutir sobre um assunto de interesse comum, com o intuito de obter mais informações sobre o problema (Gomes & Barbosa, 1999).

Para Gil (1999) as pesquisas descritivas, “descrevem as características de uma determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis, assume a forma de um levantamento de dados” (p.45) e as explicativas “visam identificar os fatores que determinam ou contribuem para a ocorrência de fenômenos. Aprofunda o conhecimento da realidade porque explica a razão e o porquê das coisas” (p.47).

Nas abordagens qualitativas, Minayo (2004) diz que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito, que não pode ser traduzido em números. A interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicas neste tipo de pesquisa e não requerem o uso de métodos e técnicas estatísticas.

A pesquisa qualitativa é importante para apreender os valores culturais, os conflitos entre grupos sociais, as compreensões de determinado grupo sobre temas específicos e para formulação de políticas públicas e sociais. Neste sentido, considerando o objeto deste estudo, a metodologia qualitativa mostrou-se mais adequada.

Em termos temporais, Hoppen, Lapointe e Moreau (1996) e Jung, (2003) dividem a pesquisa em dois tipos: longitudinal e transversal. Esta última apresenta duas características importantes: as informações são colhidas uma única vez, fornecendo uma “fotografia” das variáveis relevantes do estudo num dado momento, e a amostra de elementos é tipicamente selecionada para ser representativa da população de interesse. Por sua vez, num estudo longitudinal as informações são colhidas mais do que uma vez, em momentos distintos, apoiando - se num painel de informações, que permite avaliar como um determinado fenômeno se comporta ao longo do tempo. O objetivo é pesquisar a dinâmica do problema, investigando a mesma situa-

ção ou problema varias vezes, ou continuamente, durante um determinado período. Neste trabalho, optou-se pelo corte transversal, no qual a coleta de informação, junto a uma amostra da população, ocorre apenas uma vez. A vantagem deste método relaciona-se com os menores custos e tempo exigido. Por outro lado, são diversas as pesquisas na saúde, e mais especificamente, as pesquisas que abordam alguns temas tratados nesta tese, que utilizam os estudos transversais, como é o caso das relações entre a organização estrutural dos serviços de saúde e a regulação e efetividade desse trabalho, entre outros.

4.3. POPULAÇÃO – ALVO

O município do Rio de Janeiro tem aproximadamente noventa e dois profissionais que trabalham atualmente como MR em CRUE privadas e/ou pública. Esta informação foi colhida informalmente, pela autora, ao visitar esses serviços (a Central pública do SAMU 192 e duas privadas). Esta foi à maneira possível de se obter a população – alvo, pois, não foram encontrados, nos documentos analisados, referências sobre o número exato de profissionais médicos atuantes na área. O que se obteve foi apenas uma recomendação sobre a quantidade necessária de profissionais, entre estes os MR, para a cobertura de uma determinada faixa populacional. Esta relação foi vista no quadro 4, da seção 1.9 desta investigação.

4.4. AMOSTRA

Os noventa e dois profissionais identificados como MR que atuam no município do Rio de Janeiro foram convidados, porém, somente quarenta e dois cumpriam o único critério determinado pelo estudo e destes apenas quinze se disponibilizaram a participar da investigação, ou seja, um pouco mais da sexta parte da população - alvo.

. A estes últimos foram aplicados questionários semi - estruturados (Anexo C). O critério para a escolha dos profissionais foi ter mais de dois anos de experiência na atividade em Central pública e/ou privada. Todos os participantes trabalhavam ou trabalharam em algum mo-

mento, em ambas. Um ou outro também atuou em CRUE na baixada fluminense⁶². Esta relação de trabalho contribuiu para uma análise mais abrangente do problema.

É importante ressaltar, que a CRUE do Rio de Janeiro (SAMU- 192) é responsável pela cobertura de toda a população do município estimada em mais de seis milhões de residentes, segundo o IBGE (2009). As centrais privadas, as duas mais importantes, pela assistência de cerca de dois milhões de clientes de planos de saúde particulares. Estas, embora estejam contratualmente responsáveis pelo atendimento à saúde suplementar podem também atender a saúde pública, em situações de crises (desastres, catástrofes, etc.) ou mesmo como serviços terceirizados.

A época da construção do trabalho, a maioria dos entrevistados tinha trabalhado ou ainda trabalhava em uma das centrais privadas que está vinculada a uma empresa de APH. Esta empresa é ainda a líder no mercado brasileiro neste tipo de negócio, com uma carteira de um milhão e setecentos mil clientes, em que uma grande parte está associada a pessoas jurídicas (planos de saúde particulares) que terceirizam o serviço e usam normalmente a rede particular. Outra parte menor, composta de pessoas físicas que compram diretamente o serviço com a empresa e são usuárias da rede do SUS ou tem um plano privado não conveniado ao grupo. Além disso, faz também parcerias com os órgãos públicos, através de contratos de prestação de serviços, para a realização do transporte inter-hospitalar de pacientes. Essa organização tem uma sofisticada CRUE, do ponto de vista tecnológico, com sistemas de informação robustos, estrutura física adequada e um sistema de APH integrado que parece estruturado para atender as demandas requisitadas. Está ligada ao Sistema Integrado de Emergências Médicas (SIEM), que congrega todas as empresas de emergência médica da América Latina. Estas compartilham a reciprocidade no atendimento em caso de viagem de seus associados, normatizam procedimentos através de protocolos clínicos consensuados, realizam treinamento profissional, dentre outras atividades.

Nesta Central trabalharam na regulação, todos os médicos da amostra, gerenciando as demandas públicas e privadas. Estes, como já informado, têm experiências nas diferentes esferas institucionais, por isso, o levantamento e análise de suas percepções sobre as condições do

⁶² A Baixada Fluminense compreende treze municípios, próximos ao Rio de Janeiro, muitos fazem fronteiras entre si. Sendo muitas destas, “cidades dormitórios”, assim chamadas, pois, as pessoas somente habitam nelas, trabalhando ou estudando na cidade do Rio de Janeiro. Estas regiões têm a sua prefeitura própria e funcionam independente, umas das outras.

exercício de suas funções, na atual condição de saúde da cidade, serviram de subsídio para a crítica da problemática estudada.

Acredita-se que os resultados obtidos com a pesquisa, possam contribuir para um melhor esclarecimento sobre a regulação médica das urgências/emergências, e os possíveis caminhos para se estabelecer uma nova concepção da organização e estruturação desse tipo de atenção, em conformidade com os princípios do SUS.

4.5. INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

4.5.1. *Questionários semi - estruturados*

A coleta de dados foi feita a partir de um questionário semi - estruturado que é a junção de questões fechadas e abertas. Minayo (2010) considera que este tipo de material “combina perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas, onde o entrevistado tem a possibilidade de discorrer o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador” (p.108). Algumas das principais vantagens de um questionário é que nem sempre é necessária a presença do pesquisador, para que o informante responda as questões. Além disso, o questionário consegue atingir várias pessoas ao mesmo tempo, obtendo um grande número de dados, podendo abranger uma área geográfica mais ampla se for este o objetivo da pesquisa. Ele garante também uma maior liberdade das respostas em razão do anonimato, evitando vieses potenciais do entrevistador. Geralmente, através do questionário, obtêm-se respostas rápidas e precisas (Seltiz, Wrightsman, Cook, & Stuart, 1987). Os questionários podem ser validados através da **validação de conteúdo**, obtida através de um consenso generalizado entre os investigadores de que o instrumento contém os itens que cobrem todos os aspectos da variável que está sendo medida. (Koro – Ljungberg, 2010; Nunnally, 1978).

Um questionário ideal deve ter um aspecto simples e ser de fácil preenchimento. As questões relacionadas com o conteúdo e com a construção do questionário devem ser cuidadosamente planejadas (Clarke e Dawson, 1999 *in* Pinho, 2001). Segundo Churchill (1992) o desenho do inquérito apresenta fases distintas: **1)** Especificação das necessidades de informação; **2)** Tipo de questionário e o método de aplicação; **3)** Definição do conteúdo de cada questão; **4)** Definição das respostas; **5)** Definição do teor de cada questão e a sua sequência; **6)** Determinação

do desenho do questionário; **7)** Revisão dos passos anteriores; e **8)** Pré - teste do questionário. A seguir explica-se cada uma destas etapas.

1ª Etapa

Esta etapa do processo envolve a especificação das necessidades de informação. As principais informações procuradas são aquelas que serão utilizadas para o teste dos pressupostos e da relação proposta no capítulo três, elaboradas com base na revisão da literatura.

2ª Etapa

Nesta fase escolhe – se o método apropriado para a coleta dos dados. Para atingir os objetivos propostos escolheu – se o questionário semi - estruturado, questões abertas (comentários sobre o questionamento) e fechadas (múltipla escolha), aplicado num local próprio, para esta finalidade (citado mais acima).

3ª Etapa

A definição do conteúdo de cada questão, ou melhor, saber o que colocar em cada uma delas foi o passo seguinte. Algumas preocupações foram consideradas, como por exemplo: a verificação da necessidade de cada questão (isto é, se corresponde a um objetivo específico), se cada uma é suficiente para se obter a informação desejada, e se os entrevistados detêm essas informações.

4ª Etapa

A determinação da forma de resposta foi estruturada no questionário em grupos, porém, o seu início é marcado por informações gerais (idade, sexo, especialidade, tempo de trabalho como MR e curso na área de gestão em saúde) sobre o entrevistado. Esses dados serviram para conhecer o perfil dos entrevistados e a sua experiência com o gerenciamento em CRUE. Os grupos foram relacionados com um ou mais elementos da relação proposta (organização dos serviços de saúde, acesso, autonomia, efetividade, exercício da regulação médica). A estrutura do inquérito encontra-se dividida em sete grupos de perguntas, a saber:

- Grupo A: Avaliar experiência do entrevistado em serviços de urgências/emergências: tais como: PS e APH (como regulador e/ou como médico intervencionista) e o tempo de atuação. Este grupo envolve quatro questões (Q.1, Q.2, Q.3 e Q4) que tiveram por

objetivo compreender até que ponto os entrevistados (MR) tinham contato com o cenário das urgências/emergências. A familiaridade dos profissionais com este tipo de atenção é um facilitador na identificação dos problemas.

- 2. Grupo B: Conhecer as práticas da regulação médica (realização de capacitação, conhecimento da legislação de urgências/emergências e das atribuições/competências do MR. Este grupo engloba cinco questões (Q.5, Q.6, Q.7, Q.8 e Q.9), onde se procurou conhecer as competências/atribuições (acesso, autonomia e efetividade) do MR para o exercício da atividade.
- 3. Grupo C: Este grupo composto por duas questões (Q.10 e Q.11) teve como objetivo obter informações sobre a percepção dos entrevistados sobre a sua atuação gestora/técnica na CRUE.
- 4. Grupo D: Este grupo de cinco questões (Q.12, Q.13, Q.14, Q.15, Q.16 e Q.17) teve por objetivo conhecer as condições estruturais (recursos humanos e físicos) e organizacionais da CRUE, da APH e da rede de saúde da cidade estudada.
- 5. Grupo E: Com três questões (Q.18, Q.19 e Q.20), este grupo, teve a finalidade de conhecer as dificuldades da organização e estruturação dos serviços de saúde no município estudado e como isto afeta as emergências/urgências e a atuação do MR.
- 6. Grupo F: Essas duas questões (Q.21 e Q.22) abordaram a percepção dos entrevistados sobre a qualidade (efetividade) do serviço de quem fornece (MR) e dos que recebem (clientes).
- 7. Grupo G: As três últimas questões permitiram avaliar se a CRUE tem condições de atender às necessidades de urgência e de emergência, regulando o acesso de forma adequada (entrar no Sistema pela porta certa) e igual para todos os clientes.

5º Etapa

A quinta fase relaciona-se com a compreensão clara, por parte de todos os entrevistados de todas as palavras e frases das questões e a sua sequência no questionário. Neste quesito procurou-se usar um vocabulário simples direto e familiar a todos, sem ambiguidades no sentido das palavras, sem perguntas múltiplas (duas questões numa só) e finalmente sem questões

confusas. Imprimiu-se uma lógica sequencial para que os entrevistados fossem respondendo cada questionamento relacionando-o com o precedente, de forma progressiva e sem rupturas da ideia.

6ª Etapa

O aspecto do questionário tem forte influência na cooperação do entrevistado. O dimensionamento, a clareza, o formato, a colocação das perguntas e das instruções devem ser considerados. Neste caso, estes aspectos foram observados no sentido de tornar o documento visualmente agradável e de fácil manuseio.

7ª Etapa

Esta etapa se relaciona com a revisão das outras fases, garantindo todas as condições de um questionário adequado. Assim, depois de rever criteriosamente todas as fases, fez-se as correções necessárias para alcançar a última fase – o pré - teste.

8ª Etapa

Para verificar a adequação do instrumento de coleta de dados é comum realizar um pré-teste com uma pequena amostra com vistas a eliminar problemas potenciais (Triviños, 1987). Com base neste critério foram aplicados três questionários-teste com MR, informados previamente que o questionário, não era o definitivo. Solicitou-se aos mesmos, os comentários que julgassem convenientes para melhorar o texto e a adequação ao contexto da pesquisa. Estes entrevistados não participaram da amostra final da pesquisa. Com base nas críticas e sugestões apresentadas, as correções foram realizadas e desta forma, obteve-se a versão final do questionário (Anexo C) contendo no seu escopo os cinco componentes propostos na relação. Este documento foi submetido à validação por dois acadêmicos da área (Professores Paulo Henrique de Almeida Rodrigues e Isabela Correa Voguel Koury).

Concretamente a realização do questionário permitiu através de 25 questões, colher informações dos entrevistados sobre: o processo de trabalho na CRUE; suas atribuições neste processo; a organização e estruturação da rede de saúde em geral e dos serviços de urgências/emergências em particular. Assim como, suas percepções quanto às dificuldades e as possibilidades do exercício desta prática, na atual organização da saúde na cidade do Rio de Janeiro, corroborando para esclarecer os pressupostos da pesquisa. Foram realizadas, no total,

15 entrevistas com os MR. A todos os participantes foi entregue o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B). A aplicação do questionário final ocorreu no Centro de Estudos de uma empresa médica particular, no dia 10 de setembro de 2011, às 9 horas da manhã, sem qualquer intercorrência. Após explicação detalhada sobre a importância da veracidade e autenticidade das respostas. O tempo médio para responder ao questionário foi de aproximadamente 45 minutos. Foram coletados dados gerais (sexo, idade, especialização, tempo de atuação, curso) dos profissionais entrevistados como citado na **quarta etapa** de desenvolvimento do inquérito.

4.5.2. Grupo focal

O questionário foi complementado por um **grupo focal**, com **oito MR** escolhidos aleatoriamente. Esta técnica esteve bastante presente em trabalhos realizados com soldados na Segunda Guerra Mundial e embora tenha origem na pesquisa de *marketing*, sua aplicação em outras áreas de pesquisa tem revelado potencialidades variadas, principalmente na área da saúde pública (Krueger, 1988).

De acordo com Merton, Fiske e Kendall (1990), no grupo focal as discussões são conduzidas, visando identificar tendências e padrões na percepção do que se definiu como foco de estudo. A análise sistemática e cuidadosa dessas discussões, é que vai fornecer pistas e "insights" sobre a forma como é percebido o serviço ou as ações para a saúde. Esta técnica dá ao pesquisador uma visão ampla das emoções despertadas pelos questionamentos. As diferentes reações observadas (compromisso, descontentamento, alegria, realização, raiva, entre outros), personificam as respostas e são capazes de gerar um significado muito mais profundo ao resultado final. "Uma característica ímpar que muito enriquece a pesquisa" (Ezequiel, 2005, p.66). Neste mesmo sentido, outros autores definem o grupo focal como uma técnica utilizada, tanto para ajudar na formulação de questionários, quanto em combinação com outros métodos qualitativos (entrevistas, observação participante, entre outros). Pode ser utilizada como a única técnica numa pesquisa, além de ter a capacidade de coletar em pouco tempo um volume importante de informações qualitativas. Baseia-se em um tipo específico de grupo, sendo os membros selecionados por suas características comuns. O grupo focal permite que esses dados sejam trabalhados de maneira geral, dando espaço para que os entrevistados sejam considerados os '*experts*' de seu próprio mundo e descrevendo-o de acordo com sua representação

social. O entrevistador é o responsável por captar e decifrar as mensagens dos entrevistados. Utiliza-se um roteiro de perguntas que pode ser avaliado previamente por pesquisadores da área (Carlini-Cotrim, 1996; Gomes & Barbosa, 1999; Triviños, 1987). O grupo deve ser composto de 5 a 12 participantes, escolhidos aleatoriamente, um moderador e dois assistentes: um para a gravação da sessão e outro para transcrever e analisar os dados. O moderador é muito importante para um melhor desenvolvimento do grupo, sua função é garantir de forma discreta e firme que o grupo cubra todos os tópicos de interesse da pesquisa, da forma menos direta possível. Ele é o responsável por abordar os tópicos principais, se reportando sempre aos objetivos da pesquisa. Além disso, deve incentivar a participação de todos, evitando predomínio da fala de um entrevistado sobre os outros. Cada sessão deve durar de uma a duas horas, no máximo, e a conversa deve concentrar-se em poucos tópicos. Esta metodologia não trabalha com probabilidades e nem visa estudar a frequência de uma determinada opinião. Trata-se de utilizar o grupo no entendimento de como diferem e se formam percepções, opiniões e atitudes acerca de um fato, produto ou serviço. Os participantes devem sentir-se como informantes e não como parte do estudo (Bauer & Gaskell, 2002; Carlini-Cotrim, 1996; Krueger, 1988). O local para a realização do grupo focal deve ser neutro, acessível e não movimentado. Recomenda-se a maior privacidade possível e silêncio suficiente para obtenção de material gravado audível (Carlini-Cotrim, 1996; Krueger, 1988). É possível obter - se a **confiabilidade nos grupos focais**, quando o processo da pesquisa for bem organizado, planejado e baseado em um contrato ético de participação assumido por todos os elementos do grupo (Koro-Ljungberg, 2010; Triviños, 1987).

A realização do grupo focal foi no dia 10 de setembro de 2011, às 14 horas, numa das salas do Centro de Estudos de uma empresa particular, situada no município estudado, com duração aproximada de 2 horas. O roteiro do grupo focal com sete questões teve a sua formatação final (Anexo D) após correções acordadas com a coorientadora do trabalho. O propósito era obter informações mais aprofundadas sobre como os MR percebem a sua gestão na CRUE na atual estrutura organizacional dos serviços de emergência no município do Rio de Janeiro e desta forma auxiliar na compreensão da relação proposta. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo A). Contou com a presença da autora do trabalho mais o apoio dos profissionais de saúde: Dra. Regina Lucchesi, médica, professora de clínica médica da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) como auditora externa; da Sra. Natasha Leser, gestora de Central de Regulação, como observadora externa; do Dr. Ângelo

Raymundo de Souza Filho, médico, como moderador; o Sr. Carlos Eduardo Serra como transcritor das falas gravadas e dos MR, os entrevistados, para debate do tema.

4.5.3. *Análise dos dados - Análise de Conteúdo*

O percurso de análise das falas do grupo focal toma como base a obra de Laurence Bardin (2004), literatura de referência atualmente em análise de conteúdo. No entanto, outros autores, tais como: Berelson, (1984), Downe-Wamboldt, (1992) e Franco, (1986) servem de apoio visando atingir o objetivo proposto. Esta técnica vem crescendo no Brasil e em vários países, principalmente nas pesquisas que se caracterizam por uma abordagem predominantemente qualitativa (Dellagnelo & Silva, 2005).

A Análise de Conteúdo é uma técnica de pesquisa que trabalha com a palavra permitindo produzir inferências do conteúdo da comunicação de forma prática e objetiva. Bardin (2004) a define como sendo:

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção destas mensagens (p.37).

Este tipo de análise de dados utiliza a dedução frequencial ou análise por categorias temáticas. A dedução frequencial enumera a ocorrência de um signo linguístico (palavra, frase ou tema) que se repete dentro de uma determinada frequência. Ela funciona por desmembramentos analógicos do texto em categorias e constrói as características, de acordo com o aparecimento dos temas, ou seja, identifica no texto os elementos comuns e os agrupa em categorias (Bardin, 2004).

Todo o material coletado do grupo focal (falas dos participantes) é definido por Bardin (2004, p.90) como o “*corpus*” das entrevistas. Essas foram gravadas em DVD pela autora e transcritas literalmente por um profissional com larga experiência neste tipo de atividade, reiterando – se o caráter fidedigno, sigiloso e ético do procedimento. Durante estas transcrições não houveram quaisquer intercorrências, todas as falas estavam claras e perfeitamente audíveis. Observa-se aqui que todas as falas transcritas, ainda em estado bruto, configuram o “*corpus*” a ser analisado.

Para Bardin (2004) a análise de conteúdo está dividida em três grandes etapas: **pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados e interpretação**. Segue uma breve exposição de cada uma dessas fases e como estas foram utilizadas na pesquisa.

1 - Pré - Análise

A pré-análise se divide em 4 fases distintas:

a) leitura flutuante, pode – se dizer que é o momento em que se começa a conhecer o texto, onde se toma contato com os documentos a serem analisados, conhece-se o contexto e deixa-se fluir impressões e orientações; b) escolha dos documentos que atendam o objeto do estudo consiste na demarcação do que será analisado; (c) formulação dos pressupostos e dos objetivos e; (d) referenciação dos índices e elaboração de indicadores, que envolve a determinação de indicadores por meio de recortes de texto nos documentos de análise. Algumas regras básicas são sugeridas nesta fase: a exaustividade na escolha dos documentos - nenhum elemento do documento pode ficar de fora; a homogeneidade dos entrevistados e do tema e a pertinência dos documentos que devem ser adequados para atender aos objetivos da pesquisa (Bardin, 2004; Berelson, 1984).

No caso desse trabalho foram empreendidas várias leituras de todo o *corpus* das entrevistas a princípio, sem compromisso objetivo de sistematização, mas, sim se tentando apreender de uma forma global as ideias principais e os seus significados gerais. Muitas das impressões trabalhadas no contato direto com os entrevistados do grupo focal surgiram na lembrança e auxiliaram na condução deste procedimento. Nessa fase inicial, todos os documentos analisados atendem os critérios e as regras preconizadas pela técnica proposta.

2 - Exploração do Material

Esta fase consiste em definir **categorias** (sistemas de codificação) e selecionar as unidades de análise ou registro (unidades de significados) que são consideradas como unidades base, visando à categorização e à contagem frequencial, onde as questões da pesquisa devem ser respondidas. Frequentemente, as unidades de registro incluem palavras, sentenças, frases, parágrafos ou um texto completo de entrevistas, diários ou livros (Bardin, 2004, Downe-Wamboldt, 1992). A exploração do material é uma etapa importante, porque vai enriquecer ou não as interpretações e inferências. Esta fase vai aprofundar-se no *corpus* orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos (Bardin, 2004).

Como se vê existem várias opções na escolha dos recortes a serem utilizados para se obter as unidades de registro que tem a sua importância aumentada de acordo com a frequência que aparece no texto. Consegue-se evidenciá - las, ora concretamente através de mensagem explícita, ora através dos significados não aparentes no contexto. Aqui, o **tema**, foi a unidade escolhida como base, o que levou ao uso de palavras, sentenças e parágrafos como unidades de análise. Segundo Berelson, (1984), o **tema** é uma afirmação sobre um determinado assunto. D'Unrug, (1974) complementa que pode ser tanto uma afirmação como uma alusão e que pode se desenvolver em várias proposições. Com rigor, utilizou - se na escolha dos recortes, como primeiros norteadores, os objetivos, os pressupostos e algumas teorias que alicerçam o trabalho, porém, não se pode desconsiderar a relação entre o material da pesquisa e o pesquisador. Por isso, não se pode evitar o uso de recursos mentais e intuitivos da investigadora que muitas vezes ultrapassam as questões postuladas. Após caminhar pelos objetivos, pressupostos e teorias e inferências da autora surgiram as unidades de análise que foram categorizadas e subcategorizadas, segundo o procedimento a seguir: O processo de categorização pode ser definido como:

Uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos (Bardin, 2004, p.117).

A categorização pode ser dividida em **apriorística e não apriorística**. Na primeira, o pesquisador já possui de antemão categorias pré - definidas, essas podem até suportar subcategorias, porém podem limitar a dimensão de novos conteúdos importantes que não se alinham com as categorias previamente escolhidas. Na segunda, ao contrário da primeira, as categorias e as subcategorias emergem totalmente do contexto das respostas dos sujeitos da pesquisa, o que inicialmente exige um ir e vir ao material analisado, porém, resguarda os objetivos da pesquisa (Rosemberg, 1981). Nessa investigação, esta fase foi realizada, sob os critérios da **categorização não apriorística**, pois emergiram do contexto das respostas dos participantes do grupo focal. Buscou - se classificar os elementos de acordo com o que cada um deles tinha em relação ao outro. Para isso foi feito um inventário, isolando os elementos e a seguir classificando - os, ou melhor, repartindo-os e impondo uma organização às mensagens, de modo a fornecer uma representação simplificada dos dados brutos, uma passagem dos dados brutos a dados organizados. Em síntese, para a elaboração das categorias realizou-se a transcrição de todas as falas e expressões dos entrevistados gravadas em DVD, durante o grupo focal. As

entrevistas foram mapeadas para a classificação das falas segundo as categorias identificadas. Os conteúdos de cada categoria das distintas falas foram agrupados separadamente para análise do seu significado e eventual tratamento quase quantitativo ⁶³(medida da intensidade temática) não se distanciado logicamente do caráter qualitativo implícito na pesquisa. Os participantes foram identificados por siglas (**MR1 a MR12**) para garantir o seu anonimato. A avaliação das falas serviu como apoio para um confronto entre elas e o referencial teórico que alicerçou o trabalho e também como ilustração da relação proposta.

Destaca – se aqui que a leitura exaustiva e repetida dos depoimentos, em busca da identificação das categorias empíricas presentes nas falas, foi acompanhada de uma leitura transversal⁶⁴, possibilitando a identificação dos temas centrais, por meio dos quais se pôde aprofundar em cada categoria. Além da categorização e descrição das percepções, foi feita uma observação sistemática, com as percepções e grandezas coletadas nas entrevistas. Desta forma foi possível extrair considerações e conclusões a respeito do tema em questão.

Parte da terceira fase da análise de conteúdo - **tratamento dos resultados e interpretações** – poderia ser definida como a síntese dos resultados propriamente dita que será discutida mais detalhadamente no **capítulo 4**. Esta fase permite estabelecer os quadros de resultados, diagramas, figuras e modelos os quais condensam e revelam as informações obtidas pela análise. Porém para que haja um maior rigor estes resultados são submetidos a testes de validação e confiabilidade. Para que ao se obter resultados significativos e confiáveis poder propor as inferências e interpretações a respeito dos objetivos previstos. Estas inferências são operações lógicas, pelo qual se admite uma proposição através de outras já aceitas como verdadeiras (Bardin, 2004).

Alguns autores, tais como: Appleton (1995); Bardin, (2004); Creswell, (2007); Flick, (2009); Pope e Mays (1995) e Triviños (1987) discutem a validação e a confiabilidade neste tipo de análise.

Pope e Mays (1995) afirmam que uma das maiores críticas a análise qualitativa está na difícil reprodutibilidade da pesquisa por outros pesquisadores e que também é muito comum a defi-

⁶³ Análise quase quantitativa é a frequência que um determinado tema aparece num documento (Rosemberg, 1981).

⁶⁴ Ler apenas o tema que interessa numa obra qualquer (Rosemberg,1981).

ciência na generalização dos dados.

Appleton (1995) e Bardin (2004) defendem que os critérios de confiabilidade dos dados na pesquisa qualitativa devem ser diferentes da quantitativa. Ao se levar em consideração o objeto do estudo, a luz das ciências humanas, ou seja, a percepção dos entrevistados, um homem, assim como o pesquisador, seria impossível obter uma reprodução de dados como as encontradas nas análises quantitativas.

Flick (2009) enfatiza o cuidado com o detalhamento do processo da pesquisa como um todo (o planejamento da pesquisa), como também a adequada exposição dos dados (incluindo a redação) na busca da validação e da confiabilidade. É fundamental uma boa redação dos resultados da pesquisa, na qual se torna explícita uma boa organização dos dados.

Triviños (1987) considera que “os resultados, para ter valor científico, devem reunir certas condições, a coerência, a consistência, a originalidade e a objetivação (não objetividade), por um lado, constituindo os aspectos do critério interno da verdade, e, por outro, a intersubjetividade, o critério externo” (p.170).

Creswell (2007) para assegurar a validação em pesquisa qualitativa, define algumas estratégias: - “faça uma triangulação de diferentes fontes de informações de dados” (entrevistas com diferentes fontes de informação e diferentes tipos de coleta de dados) - “use conferências dos membros para” determinar a precisão dos resultados - “use descrição rica e densa para transmitir os resultados” - “esclareça os vieses que o pesquisador traz para o estudo” - “apresente informações negativas ou discrepantes que vão contra os temas” - “passe um tempo prolongado no campo” - “use os pares para aumentar a precisão do relato” - “use um auditor externo para rever o projeto todo” (p.200).

Para Flick (2009) a triangulação é uma técnica muito bem aceita, tanto na coleta como na análise de dados e “supera as limitações de um método único, por combinar diversos métodos e dar-lhes igual relevância” (p.32). Este autor não se refere apenas à triangulação metodológica, mas, também salienta a importância da “triangulação dos dados”, “triangulação do investigador” e da “triangulação da teoria” (p.32). A triangulação metodológica (pesquisa qualitativa - quantitativa) é defendida por alguns autores que afirmam que estes métodos juntos, podem produzir resultados de forma mais consistente do que se estivessem adotando um único método. Críticos desta visão argumentam que estes métodos têm pressupostos muito diferentes ao

objeto investigado, logo, devem ser independentes, além de possuírem naturezas e profundidades diferentes o que os tornam incomensuráveis, defendem ainda que a triangulação só deve ser utilizada para fornecer visões complementares sobre um mesmo fenômeno (Risjord, Moloney & Dunbar, 2001).

Tendo como base os trabalhos acima descritos evidenciou – se na investigação algumas estratégias para a confiabilidade dos dados e a validação. No caso da **confiabilidade** destaca-se:

- a) a transcrição criteriosa e *ipsis literis* das entrevistas, feita por um especialista. Esta conduta cria confiança de que os dados serão os mais fidedignos possíveis;
- b) a análise sistemática dos dados fornece também uma impressão de planejamento e organização, tornando esta informação consistente e confiável;
- c) a contextualização do objeto pesquisado, com informações sobre o seu perfil e preferências (sexo, idade, especialidade clínica), indica a intenção de oferecer dados dos entrevistados, resguardando seu anonimato que pode contribuir para a localização do tema em um determinado grupo.

Para a **validação** ressalta-se:

- a) A garantia e manutenção do anonimato dos entrevistados, tanto nos questionários, como no grupo focal. Esta estratégia deve funcionar como um facilitador para respostas verossímeis;
- b) A ambiência do local das entrevistas e do grupo focal. O cenário de tranquilidade, conforto e de fácil acesso para todos, além da adequação de melhores dias e horários para as entrevistas; permitiu despertar um clima de participação e contribuição efetiva no processo de investigação;
- c) A relação de confiança e empatia entre os entrevistados e o pesquisador, incluindo a abordagem respeitosa e atenciosa, garantindo a desistência de sua participação a qualquer momento;
- d) O conhecimento básico do tema e da amostra a ser estudada para uma abordagem linguística adequada. Como a autora e os entrevistados são médicos que trabalham na área, a compreensão do tema foi fácil e sem restrições a redação das entrevistas;

e) A avaliação por peritos e/ou pares – a pesquisa contou com dois médicos (um auditor externo e outro moderador), além da coorientadora, Dra Gisele O'Dwyer Oliveira, também médica com vários artigos publicados na área de emergências/urgências.

Este capítulo apresentou a técnica da análise de conteúdo, explicitando integralmente duas de suas fases (pré – análise, exploração do material) e parcialmente a última fase, que é o tratamento dos resultados, onde se discutiu a validação e a confiabilidade dos dados. Cada fase foi utilizada e serviu como guia para apresentar os passos da técnica de análise de conteúdo proposta na metodologia do trabalho.

O próximo capítulo servirá de análise e discussão dos resultados obtidos. Este abará uma breve explanação do contexto local, apresentará a análise dos resultados dos questionários e as categorias e subcategorias encontradas no grupo focal, com a devida proposta de validação fechando o capítulo através de uma síntese dos resultados. A estes resultados significativos e fiéis pode - se propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos no estudo. Desta maneira, finaliza-se a fase de tratamento dos resultados com as inferências e as interpretações dos mesmos.

CAPÍTULO 5

RESULTADOS DA PESQUISA

Gestão de central de regulação de urgências e emergências:

Possibilidades e dificuldades da regulação médica no município do Rio de Janeiro

5. RESULTADOS DA PESQUISA

Este capítulo é dedicado à análise e discussão dos resultados obtidos. A apresentação da análise qualitativa foi organizada em cinco etapas distintas. Na primeira etapa (seção 4.1), é evidenciado o contexto local. Em seguida, na seção 4.2 é feita uma análise dos resultados dos questionários semi – estruturados. Na seção 4.3 são analisados os resultados do grupo focal, finalmente, a seção 4.4 aborda a síntese dos resultados, evidenciando as relações propostas no estudo.

5.1. CONTEXTO LOCAL

O estado do Rio de Janeiro é uma das 27 unidades federativas do Brasil. Situa-se na região sudeste, ocupa uma área de 43.696,054 Km², sendo um pouco maior que a Dinamarca. É o terceiro estado mais populoso do país com 15.180.636 habitantes (IBGE, 2010). Possui 92 municípios entre os quais o Rio de Janeiro, que é o mais populoso com 6.323.037 habitantes (IBGE, 2010) e o maior em extensão – 1.264,296 Km² - é a segunda maior metrópole do país, com o segundo maior PIB – 175,7 bilhões de reais (IBGE, 2009), o 30º maior do mundo. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,842 (IBGE, 2009). O município conta com seis faculdades de medicina sendo três públicas e três privadas.

A rede de saúde pública da cidade do carioca possui dezenove hospitais estaduais, dezenove UPA, vinte e seis hospitais municipais e dez municipalizados (hospitais federais com gestão municipal), além de uma extensa rede de hospitais particulares e de policlínicas e postos de saúde, (Prefeitura do Rio de Janeiro, 2012). Esta concentração desproporcional está relacionada ao fato da cidade já ter sido a capital do país e seus sucessivos governantes incentivarem a cada gestão a criação dessas unidades. O Rio é a cidade com maior número de hospitais públicos do Brasil. A gestão é diversificada (municipal, estadual e federal) operando geralmente desintegrada entre si e particularmente com a atenção de urgências/emergências. Os conflitos entre esses poderes são constantes.

A Resolução n.º 431, de 14 de abril de 1993, da SMS, cria na cidade, Áreas de Planejamento Sanitário (APS), para viabilizar a regionalização das ações e serviços de saúde com a implantação do SUS no Município. Nesse sentido, pela extensão territorial e concentração populaci-

onal foram criadas dez áreas de planejamento constituídas por 32 regiões administrativas, que agregam 157 bairros. As APS do Centro (1), da Zona Sul (2.1) e Norte (2.2, 3.1, 3.2 e 3.3) são as menores e as APS da Zona Oeste (5.1, 5.2 e 5.3) são as maiores. Cada uma dessas APS conta com uma estrutura gerencial para promoção das ações de saúde no nível local, as chamadas Coordenações de Áreas de Planejamento (CAP). As CAP gerenciam o total de unidades de saúde que integram o SUS na cidade, reunindo unidades de saúde de diferentes origens: municipais, estaduais, federais, universitárias e privadas. Estas APS deveriam funcionar como distritos sanitários, propiciando maior facilidade na fiscalização e na promoção de políticas de saúde para o Município, permitindo um efetivo controle social. É interessante observar uma inversão na distribuição dos serviços de saúde. Estes estão concentrados em maior número nas APS com menor densidade demográfica, (Portal da Saúde, 2005).

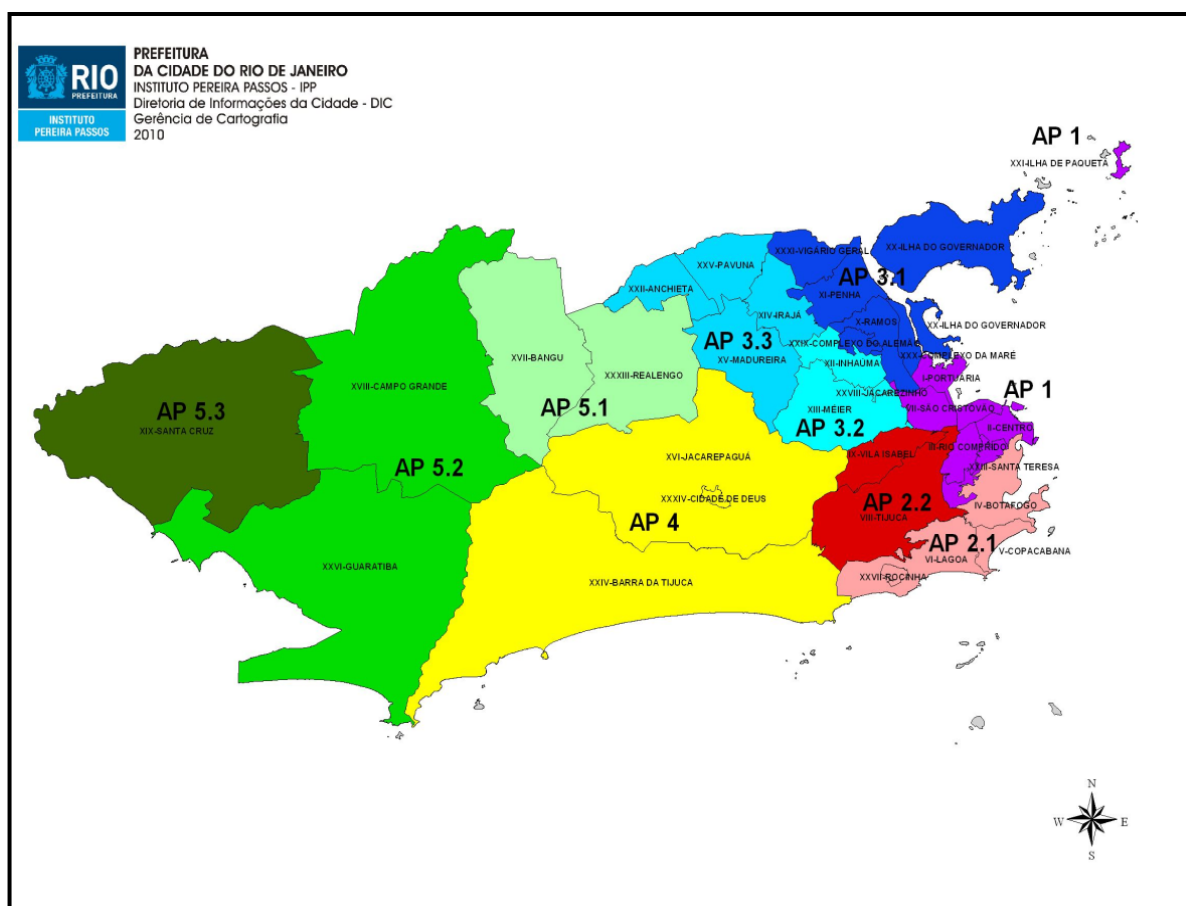


Figura 13: Mapa das divisões administrativas da cidade do Rio de Janeiro – APS

Fonte: Instituto Pereira Passos Rio de Janeiro - 2008

A rede pública hospitalar atende à população local e habitantes dos municípios vizinhos muitos dos quais trabalham ou estudam na capital. Segundo a SMS, o Rio de Janeiro é a principal referência para atendimentos de alta complexidade no estado, sendo o Pólo Estadual para oncologia, hematologia, hemoterapia, transplante, cirurgia cardíaca, neurocirurgia, dentre outras.

No que tange a atenção pré hospitalar, o município foi o pioneiro a criar o serviço em 1985 pelo Corpo de Bombeiros com a lógica atual, porém, é importante ressaltar que este conceito de atendimento já existia no país desde 1949 e era chamado de Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU) [Decreto nº 27664(1949)].

As divergências dos diferentes gestores culminou na intervenção do governo federal no município em março de 2005. Este era o gestor pleno do sistema de saúde tendo perdido esta condição após a crise que abalou a saúde na cidade. O governo federal criou um comitê gestor para atuar em seis hospitais públicos requisitados pelo MS. Esta atuação se comprometeu a melhorar a organização dos serviços e instituiu o QualiSUS, com vistas a qualificar os hospitais de emergência. Apesar desse esforço, o projeto não foi capaz de vencer anos de degradação progressiva da rede de saúde federal, estadual e nem tampouco municipal. Neste cenário é implementado o SAMU na cidade que atualmente opera em conjunto com o Corpo de Bombeiros.

Em 2010, o Rio de Janeiro aderiu ao Pacto pela Saúde (2006). Este estabeleceu as diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos da descentralização; regionalização; financiamento; participação e controle social; gestão do trabalho e educação na saúde. A grande maioria dos hospitais da região possui serviços de urgências e emergências de porta aberta com melhor ou pior estrutura.

O município foi o primeiro a implantar as UPA - 24 horas. Estas são unidades de complexidade intermediária entre as UBS e as portas de urgência hospitalares, onde em conjunto com estas devem compor uma rede organizada de atenção às urgências. Fazem parte do componente pré-hospitalar fixo e devem estar diretamente relacionada ao trabalho do SAMU – pré-hospitalar móvel - que organiza o fluxo de atendimento e encaminha o paciente ao serviço de saúde adequado à situação. O SAMU tem uma CRUE municipal, que regula as urgências/emergências, e uma estadual que regula os leitos de média e alta complexidade. As UPA foram consideradas pelos gestores municipal e estadual, como agentes para resolver o problema da superlotação nas urgências/emergências (O'Dwyer, Konder, Machado, Alves, C. P.

& Alves, R. P., 2013).

Os planos de saúde privados terceirizam serviços de APH, também privados que possuem suas CRUE próprias que não se articulam com a Central pública. É comum, um paciente ser socorrido num hospital público e por ter plano de saúde ser removido para uma unidade particular; em geral estas transferências são demoradas, por conta da falta de comunicação entre as centrais (pública e privada).

A escolha do Município deveu-se as características citadas acima e ao fato da autora atuar na área pública e privada da cidade há mais de 30 anos, nos serviços de urgências/emergências e nas unidades de pacientes críticos.

É importante ressaltar que a regulação das urgências/emergências no Rio de Janeiro, por ser o elemento ordenador de todos os serviços desta área de cuidado (hospitais, APH, PS, atendimento domiciliar, etc.) deve integrar de forma sistêmica estas unidades, públicas ou privadas. No sentido de oferecer a melhor resposta no menor tempo possível, com satisfação dos profissionais e clientes e controlar as portas de entrada no Sistema. Para tanto, também é necessário que as informações colhidas em todas as fases sejam guardadas em Centros de Informática (*Data Center*), para que possam ser utilizados pelos governantes na determinação de políticas públicas, com vistas a promover mudanças positivas nos serviços. Segue na figura 15 uma esquematização desta integração.

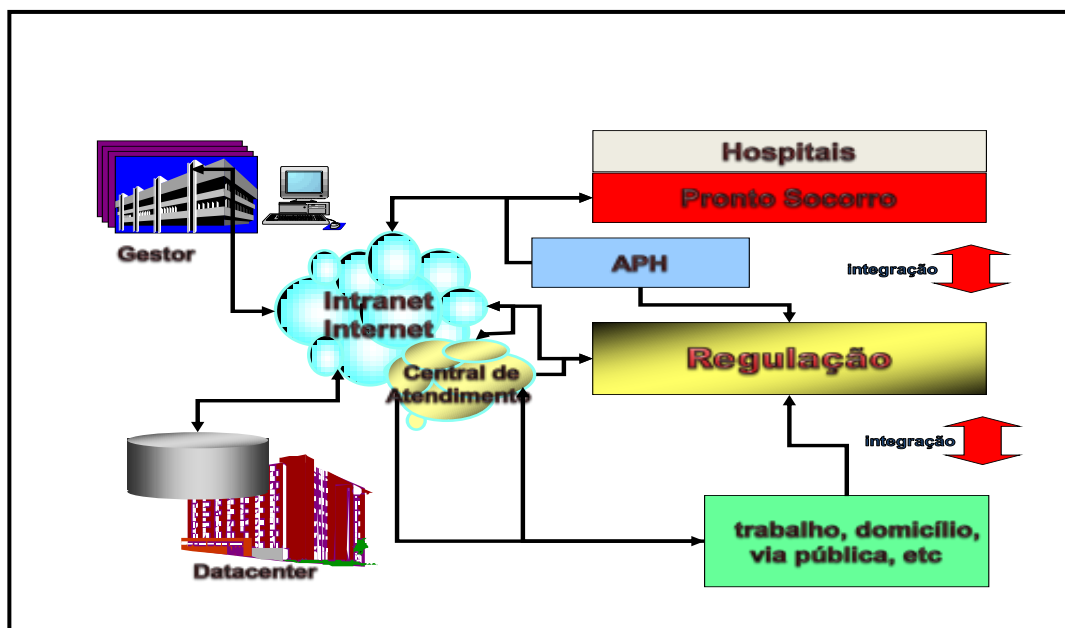


Figura 14: Integração dos serviços de emergência com a Regulação

Fonte: SAMU 192, Ministério da Saúde, 2007

5.2. ANÁLISE DOS RESULTADOS DOS QUESTIONÁRIOS SEMI-ESTRUTURADOS

Como informado no capítulo anterior, os questionários submetidos ao pré – teste e validados por acadêmicos da área com questões abertas e fechadas basicamente sobre: perfil, atribuições, capacitação, organização e funcionamento da CRUE, foram aplicados a MR pertencentes ao grupo de profissionais reguladores que atuam no Rio de Janeiro, em setores privados e/ou públicos, ou seja, quase a quinta parte da população-alvo. Além disso, foram coletados dados dos profissionais, tais como: sexo, idade, especialização, tempo de atuação em CRUE e participação em cursos de gestão de saúde. A realização do teste ocorreu sem qualquer intercorrência. Foi feita uma breve explicação de cada pergunta enfatizando a necessidade de respostas mais próximas da realidade, para uma análise consistente do estudo. A duração do questionário esteve dentro do tempo sugerido pela literatura (até uma hora). Todas as questões foram analisadas quantitativamente, com cálculos percentuais simples e distribuição de frequência.

Quadro 5: Médicos reguladores por sexo, faixa etária e especialidades

SEXO	Número de MR	FAIXA ETÁRIA	Número de MR	ESPECIALIDADE	Número de MR
MASCULINO	08	25 a 35 anos	03	ANESTESIA	01
FEMININO	07	35 a 45 anos	05	CIRURGIA GERAL	02
		45 a 55 anos	04	CLINICA MÉDICA	04
		> 55 anos	03	GERIATRIA	01
				INTENSIVISTA	02
				MEDICINA DO TRABALHO	02
				PEDIATRIA	03

Apenas como ilustração do perfil dos profissionais e não como um dado significativo do estudo, dos quinze médicos entrevistados, oito são do sexo masculino e sete do feminino. Oito estão na faixa de 25 a 45 anos e os demais acima de 45 anos. Nota - se um equilíbrio entre os gêneros, as faixas etárias. Observa-se também uma variedade de especialidades, sinalizando que a regulação médica, apesar de não ser ainda reconhecida no país como uma especialidade médica, atrai diferentes especialistas. Esta variedade de saberes traz uma importante contribuição na formação de um consenso para atuação na regulação, pois, uniformiza as atividades e pode contribuir na construção ou na atualização dos protocolos clínicos de urgências/emergências. Estes abarcam vários assuntos de interesse clínico, sendo, portanto um guia prático de respostas às necessidades dos solicitantes de socorro. Além disso, dois (um intensivista e o outro anestesista) declararam ter curso de gestão em saúde, no nível de pós-graduação, *lato sensu*. Sendo um com *Master Business Administration* (MBA)⁶⁵ ministrado por uma renomada instituição brasileira. Em ambos os casos com tempo de duração de 2 anos.

⁶⁵ O *Master Business Administration* (MBA) em saúde tem como objetivos: desenvolver competências e habilidades relacionadas ao pensar e agir estratégico frente aos desafios específicos da gestão de sistemas e serviços públicos e privados de saúde e desenvolver competências quanto à utilização de técnicas gerenciais contemporâneas que permitam identificar e apresentar soluções aos problemas organizacionais.

Quadro 6: Atuação dos médicos entrevistados em nº absolutos e relativos

TEMPO DE ATUAÇÃO DOS MR	EM REGULAÇÃO MÉDICA	EM PRONTO SOCORRO	EM APH (MÉDICO INTERVENCIONISTA)
02 a 05 anos	09 (60%)	02 (13,4%)	03 (20%)
05 a 10 anos	03 (20%)	03 (20%)	03 (20%)
> 10 anos	03 (20%)	10 (66,6%)	09 (60%)

Observa-se que 60% dos profissionais entrevistados atuam em menor tempo na regulação médica quando comparado com a atuação na APH (20%) e em PS (13,4%). Sendo os que atuam em PS e APH, o fazem há mais tempo. É possível que o número maior de entrevistados atuando há menos tempo na regulação, esteja relacionado a uma maior divulgação nos meios profissionais da atividade, nos últimos cinco anos. Em contrapartida observa-se que o número de entrevistados atuando no PS e na APH, serviços mais conhecidos, é maior em um tempo superior a dez anos. De todos os entrevistados apenas um frequentou curso de capacitação em procedimentos de regulação, como preconizado na legislação. Embora, oito deles (53,4%) informam ter conhecimento da legislação sobre as urgências e emergências e a sua regulação. Surpreendentemente, neste grupo não se inclui o entrevistado que informou ter realizado a capacitação em regulação médica. Conclui-se que a maioria dos entrevistados tem uma experiência maior em medicina intervencionista, tanto no PS quanto na APH (capacidade técnica) do que em regulação médica, que envolve uma capacidade gestora e uma técnica. A falta da capacitação exigida por lei pode ser um fator que dificulte o bom desenvolvimento do processo de trabalho na CRUE. O conhecimento da legislação apontado por pouco mais da metade dos entrevistados, por si só não é suficiente para o desempenho da função de regulador. Este é apenas uma pequena parte do conteúdo programático do curso de capacitação em regulação médica.. Além disso, o conhecimento das normas legais funciona como um embasamento do serviço, legitimando - o. Isto pode impor um caráter de maior autonomia na tomada de decisões dos profissionais.

Foram interpelados sobre o conhecimento legal das suas atribuições e se estas eram plenamente utilizadas e a respeito do seu perfil como gestor e sua aptidão/capacitação para o exercício das atividades gestoras /técnicas. Esta capacidade como já discutida é uma atribuição importante para o perfil de um MR, logo difícil de não se ver como tal. As respostas foram as

que se seguem no quadro esquematizado abaixo:

Quadro 7: Respostas em nº absolutos e percentuais sobre o perfil e as atribuições do médico regulador

Perfil e atribuições gestoras e técnicas do Médico Regulador	Respostas em números absolutos e percentuais	
	SIM	NÃO
Conhece suas Atribuições legais	13 (85,6)	02 (13,4%)
Usadas plenamente	09 (60%)	06 (40%)
Perfil gestor e técnico	14 (94%)	01 (<7%)
Apto/capacitado	14 (94%)	01 (<7%)

Como mostrado no quadro acima, a grande maioria (85,6%) conhece as suas atribuições e se vê com perfil gestor/técnico e apto assim como capacitado (94%) para o exercício da regulação, apenas uma pessoa nega essas qualificações. É interessante observar que apesar de apenas uma pessoa informar ter sido capacitada em curso especializado e somente duas terem realizado um curso de pós graduação em gestão, a esmagadora maioria se sente qualificada. Esta auto percepção pode vir a ser um dificultador na implantação de cursos regulares de capacitação para MR, quer seja por falta de *corum* ou mesmo por entendimento das organizações de que este instrumento é desnecessário, visto que o profissional médico já se encontra habilitado a este tipo de prática, independente da capacitação. Quando mais da metade afirma que consegue usar plenamente estas funções, é como se estivesse afirmando que não existem impeditivos de qualquer natureza para o desempenho da atividade. Esta informação se contrapõe ao observado na prática, até porque, por mais organizados que os serviços estejam sempre se tem algo a melhorar, a acrescentar ou mesmo mudar. Ainda sobre as respostas do questionário, o quadro abaixo mostra informações sobre a organização e o funcionamento da CRUE, da APH e dos serviços de saúde em geral, na percepção dos MR, seguindo-se no texto algumas considerações citadas pelos entrevistados sobre este tema.

Quadro 8: Respostas sobre a Organização e Estrutura da Central de Regulação, da APH e de demais serviços de saúde

Organização e Estrutura da Central de Regulação, APH e demais serviços de saúde	RESPOSTAS	
	Sim	Não
Recursos Humanos suficientes na Central	12 (80%)	03 (20%)
Recursos Físicos suficientes na Central	06 (40%)	09 (60%)
APH estruturada/organizada	03 (20%)	12 (80%)
Serviços de Saúde estruturados/ organizados	Zero	15 (100%)

A análise desses dados sinaliza uma percepção bem próxima do que é exposto pela mídia sobre a organização e funcionamento dos serviços de saúde e da APH na cidade. Para a maioria dos entrevistados, a estrutura da CRUE, embora pareça satisfatória do ponto de vista dos recursos humanos, deixa a desejar quanto aos recursos físicos (área física, mobiliário, telefonia, gravação, protocolos clínicos, tecnologia, comunicação, etc.). Esses elementos fundamentais para um perfeito funcionamento do serviço apresentam como principal queixa: a manutenção inadequada ou mesmo a falta dela que é mais comumente observada na Central pública.

A APH foi avaliada por oitenta por cento dos entrevistados como insuficiente, principalmente, quando se trata das unidades móveis (ambulâncias). Estas foram consideradas tanto nos serviços privados quanto no público, em número abaixo do necessário para atender todas as suas demandas. Os veículos da CRUE pública, em particular, estão sucateados. Os pneus gastos e a falta de ar condicionado é o padrão. As unidades quebram sistematicamente e não possuem manutenção preventiva, expondo a equipe e os pacientes, a toda sorte de riscos. Nas centrais privadas, as unidades são melhores. Em geral, os recursos humanos (médicos, enfermeiros e condutores) não têm qualquer tipo de treinamento, comprometendo a qualidade do atendimento e expondo as organizações a problemas éticos e legais. Entre outros, dois problemas foram apontados como muito graves: a constante falta de vagas nos hospitais (públicos/privados), em particular, leitos de UTI e os constantes atrasos na execução de exames em outras unidades de saúde (público-privadas), que muitas vezes estão muito distantes da origem. Ambos os casos, levam a um tempo maior de ocupação da unidade móvel, ocasionando entre outros dis-sabores: fila de espera para os atendimentos e insatisfação dos assistidos.

Por unanimidade, os serviços de saúde da rede pública foram considerados desorganizados,

principalmente os que deveriam estar articulados (integrados) com a CRUE, tais como: os hospitais de retaguarda, o sistema de referência e contra referência e a Central de Leitos. A estrutura em geral é vista por todos, como adequada em serviços de alta complexidade, porém na AP e nas urgências/emergências, deixa muito a desejar. A falta de equipamentos e medicamentos básicos nas salas de emergência sempre lotadas, somado a inexistência de treinamento das equipes hospitalares, piora o quadro destes serviços. O controle do transporte e dos leitos de observação e de internação é precário, comprometendo a agilidade que o serviço requer. Os serviços não estão ainda devidamente hierarquizados. Na esfera privada, todos concordam que a maioria dos serviços é mais organizada, entretanto, apontam para a grande dificuldade de integração com a rede de saúde em geral e em particular com a pública.

As últimas perguntas do questionário foram: se havia obstáculos que impediam o perfeito exercício da função, caso positivo, quais eram; a percepção sobre a qualidade ofertada pelo serviço e a recebida pelo cliente; se existia igualdade (equidade) no atendimento da Central e finalmente se uma adequada regulação médica é capaz de evitar a superlotação. Todos concordaram que existem obstáculos para um melhor exercício da função de MR e apontaram basicamente as seguintes causas:

- 1 - Pouca ou nenhuma autonomia do MR na decisão de necessidades/prioridades. Este papel na esfera pública é quase sempre exercido pelo poder político local. Na privada, está condicionado a políticas de relacionamento dos planos de saúde com a rede de saúde conveniada;
- 2 - A desorganização da rede de saúde, principalmente da AP, que não cumpre com o seu papel de atender aos casos de menor complexidade e a falta crônica de leitos de UTI;
- 3 - Ausência de processos de trabalhos claros e bem definidos;
- 4 - A falta de capacitação das equipes e de recursos físicos (unidades móveis, equipamentos, etc.).

Sobre as percepções da qualidade da atenção, ofertada e recebida, num escore, de “muito boa, boa e péssima”, os resultados foram: Tanto a qualidade dos **serviços ofertados** pela Central quanto os **serviços recebidos** pelo cliente foram considerados como bons para oitenta por

cento dos entrevistados e péssimos, para os demais. Estas pessoas são as mesmas que avaliaram como “péssimo”, os serviços da CRUE. As duas últimas perguntas sobre equidade no acesso e superlotação apresentaram unanimidade no quesito “não” para a primeira e “sim” para a outra. Observa-se que a maioria das respostas aponta para a problemática da gestão e organização dos serviços de saúde, em particular, dos serviços de urgências/emergências. Apesar disso, a qualidade dos serviços (ofertada e a recebida) é percebida pelos entrevistados como satisfatória. Este antagonismo pode ser justificado, no que diz respeito aos serviços da CRUE, pelo comprometimento dos profissionais das emergências em dar o melhor possível frente às piores adversidades e no caso dos serviços recebidos, talvez pela situação de emergência, maior expressão da fragilidade de um ser humano. Neste momento, tudo que é possível fazer, é recebido de bom grado, e mesmo que os meios não sejam os mais adequados é percebido como de boa qualidade. O reconhecimento de todos os MR entrevistados sobre a desigualdade no acesso e a gestão na CRUE como meio de conter a superlotação, são pontos importantes para refletir sobre a atenção de urgências/emergências e promover as mudanças, tão necessárias a este tipo de cuidado.

5.3. ANÁLISE DOS RESULTADOS DO GRUPO FOCAL

A análise das falas dos médicos participantes do grupo focal é apresentada abaixo por conjunto de categorias e subcategorias. No sentido de preservar a identidade dos mesmos, seus nomes foram substituídos nas respostas por códigos definidos por sorteio, desta forma, não se pode associar o nome do entrevistado as suas declarações. As falas são apresentadas como pertencentes ao MR 01 (Médico Regulador 01), MR 02 (Médico Regulador 02) e assim sucessivamente.

A seguir são apresentadas as categorias e subcategorias propostas para a análise de conteúdo dos participantes do grupo-focal. Na breve descrição do significado das subcategorias utilizou-se aspectos não verbais observados nas entrevistas, como objeto de análise, mas num sentido complementar na obtenção de pistas para a inferência da documentação coletada.

Categorias 1 - Escolha da atividade

Subcategorias 1

- ✓ Opção de trabalho: Compreendem aqueles que optaram espontaneamente por trabalhar na CRUE independente de suas especialidades;
- ✓ Convite: médicos que foram convidados por suas competências;
- ✓ Perfil/Preferência: médicos emergencistas intervencionistas de longa data que vêem o trabalho na Central de Regulação como uma evolução natural da sua atividade.

Categoria 2 - Rede de atenção as urgências/emergências (privada e pública) no Rio de Janeiro

Subcategorias 2

- ✓ Organização e Estrutura: deficiências e insuficiências dos serviços privado e público de urgências/emergências na cidade do Rio de Janeiro;
- ✓ Hierarquização e Integração: ausência da hierarquização dos serviços e desarticulação da rede no Rio de Janeiro;
- ✓ Pré-hospitalar fixo (UPA): não tem porta de saída, desarticulado da Central de vagas;
- ✓ Pré-hospitalar móvel (APH): principalmente na esfera pública recursos inadequados e insuficientes;
- ✓ Capacitação Técnica: falta de capacitação técnica para os profissionais dos serviços de urgência /emergência, tanto público como privados, gerando baixa qualidade da atenção.

Categoria 3 - A Central de Regulação

Subcategorias 3

- ✓ Atribuições: técnica e gestora; estas atribuições são necessárias. A gestora é a que mais apresenta dificuldade na sua execução, é comum a desautorização dos reguladores por parte de outros serviços e de outras pessoas, perda da autonomia e da efetivi-

dade da ação;

- ✓ Pública e privada: ambas tem estruturas parecidas sendo a privada um pouco melhor, quanto a vagas, porém não opera integrada a rede pública;
- ✓ Controle das portas de entrada: ainda incapazes de controlar a entrada, porém se bem organizadas poderão contribuir para diminuir o fluxo de entrada.

Categoria 4 - O sistema de saúde

Subcategorias 4

- ✓ Estrutura hospitalar: sucateamento das unidades e dos recursos, a falta de leitos para internação e/ou acomodação com pacientes mal selecionados, conceito “vaga zero” só no papel;
- ✓ Organização: falta de organização dos níveis de complexidade da atenção, sem prioridades de portas de entrada; sérios problemas de acesso – não se observa a universalidade e a integralidade do acesso em todos os níveis de complexidade da atenção;
- ✓ Modelo SUS: conflitos entre público e privado;
- ✓ Financiamento: verbas insuficientes para a saúde no Brasil, sem políticas de financiamento bem definidas.

Categoria 5 - Melhorias na atenção de urgências/emergências

Subcategorias 5

- ✓ Reestruturação da rede de atenção: definição dos níveis de complexidade da atenção, organização da AP, investimento em prevenção e promoção de saúde;
- ✓ Treinamento/capacitação: para os MR ou intervencionistas, enfermeiros, técnicos em enfermagem, condutores resgatistas e todos os demais profissionais que trabalham nos serviços de urgências e emergências;
- ✓ Educação da população: ações de esclarecimentos à população sobre as emergências/urgências (cursos, palestras e entrevistas com médicos especializados, dia nacio-

nal das urgências, etc.);

- ✓ Qualidade do atendimento: implementar a avaliação de desempenho que servirá para vincular os resultados individuais aos resultados da instituição e garantir a efetividade da regulação.

5.3.1. Escolha da atividade

5.3.1.1. Subcategoria – opção de trabalho

Esta subcategoria abarca os profissionais que optaram ou não pela atividade. A maioria dos MR (05 profissionais) informou ter optado por trabalhar como regulador na CRUE e que aguardou por uma oportunidade ou mesmo por um convite. Apesar de todos os entrevistados atualmente se sentirem plenamente identificados com a atividade, três deles inicialmente não optaram espontaneamente por este tipo de trabalho, tendo sido, de certa forma, obrigados a aceitá-lo, num primeiro momento. Apesar disso todos mostravam – se satisfeitos pela abordagem do tema, por conta, da oportunidade de pesquisar uma atividade ainda desconhecida pelos colegas e pela população em geral, porém muito importante para a organização da atenção de emergências. Alguns chegaram a comentar que era uma chance única de serem ouvidos sobre a sua atividade e que tinham esperanças de que esta escuta repercutisse positivamente nos órgãos competentes, no sentido de provocar mudanças no setor das urgências/emergências.

[...] eu também não sabia o que era trabalhar com isso, mas me ofereceram um salário muito bom, como eu tinha comprado a minha casa e queria fazer obras, um dinheirinho assim... Eu não poderia recusar de jeito nenhum. Estamos sempre querendo ganhar um a mais... Faz parte! (MR5)

A oportunidade de ganhar um “dinheirinho assim”, ou melhor uma complementação salarial (um bico) para cobrir despesas extras, foi o que motivou o MR5. Este fenômeno é muito observado entre os profissionais que atuam na área da saúde, principalmente nas emergências.

Um servidor público foi “convidado”, muito a contragosto a atuar na Central que estava inaugurando e o outro, médico intervencionista, por questões de saúde, não podia atuar em campo, então foi readaptado temporariamente na função. Apesar de tudo, com o passar do tempo,

estes profissionais se identificaram com o processo de trabalho e permaneceram na Central de Regulação, fazendo desta atividade mais uma especialidade, em suas carreiras.

[...] como eu tinha vínculo com a prefeitura, eu fui colocada na parede: ou você vai para lá [Central de Regulação], ou você vai para a Emergência do Pedro II em Santa Cruz. Este hospital fica há pelo menos 70 km da minha residência [...], sem saída, eu fui trabalhar, mesmo infeliz (MR 3).

Eu sofri um acidente [...] fiquei algum tempo de licença médica [...] voltei e eles me disseram que eu teria que trabalhar na nova Central de Regulação do Estado [...] tentei recusar, mas sou concursado [...] aceitei (MR1).

Como se pode perceber, os casos acima revelam critérios autoritários na seleção dos MR. Esta forma de escolha pode ser um elemento de desmotivação e comprometer o desempenho da regulação médica.

5.3.1.2. Subcategoria – convite

Esta subcategoria envolve os médicos que além de verem o serviço espontaneamente como uma opção de trabalho, também foram convidados, pelos gestores municipais por possuírem as competências necessárias para o desenvolvimento da tarefa. Dos cinco profissionais que escolheram a função, quatro foram convidados por terem uma grande experiência na APH (médicos intervencionistas) e por demonstrarem perfil de gestor ou de (co) mando e o quinto, por ter trabalhado com auditoria médica e na área de gestão de uma unidade de urgência e emergência.

[...] depois de trabalhar nas ambulâncias, eles me fizeram um convite para ficar na regulação, não pensei duas vezes [...] esta é a minha verdadeira especialidade [...] me senti honrado (MR2).

[...] sou emergencista/intervencionista, fazer parte da regulação foi um convite muito esperado [...] ver os bastidores das emergências é uma experiência e tanto, não tem grana que pague (MR7).

Para os profissionais que entendem a emergência como especialidade, e se autodenominam emergencistas/intervencionistas, atuar em todos os setores da assistência, além de acrescentar experiências ao currículo, gera motivação e satisfação que muitas das vezes extrapolam os limites da remuneração.

[...] finalmente fui convidado [...] fiquei no campo de batalhas muitos anos, me mandavam para baixo e para cima, já era hora de mandar também um pouquinho (MR8).

A regulação é percebida por alguns como um posto alto na hierarquia da APH. Esta forma de pensar é totalmente coerente com as diretrizes ministeriais que denominam o regulador de gestor sanitário. Porém, foi percebido por um dos entrevistados, como uma função de “mando”, poder, o que muito se distancia da verdadeira proposta da regulação.

Na fala seguinte observa-se que a escolha do profissional se deu por conta de experiência na área de auditoria e gestão médica, este perfil, não é suficiente e muito menos é citado nas atribuições/competências dos MR, definidos nas Portarias ministeriais.

[...] trabalhei muito tempo com auditoria médica [...] depois gestão de unidades de emergência [...] isto foi o que levou o serviço a me chamar para a Central [...] uma hora eu ia parar lá (MR6).

5.3.1.3. Subcategoria – perfil/preferência

Eu fiquei muito tempo nas ruas, ficaram com dó de mim (sorrindo de forma, satisfeito) [...] todo diziam que eu tinha perfil de gestor [...] e me chamaram para a Central, foi um presente (MR4).

Assim como o MR2, MR7, MR8, o MR4 já tinha uma larga experiência de campo. Atuava como intervencionista igual aos demais colegas, nas “ruas”, “campo de batalha”, “nas ambulâncias”. Esta característica parece ser um facilitador para a escolha da função do MR. Porém não é definida na legislação (Portaria nº 814 (2001) como obrigatória. É interessante ressaltar que os médicos emergencistas/intervencionistas, principalmente os que atuam em unidades móveis, na APH, vêem o trabalho na CRUE como uma evolução natural da sua atividade. Neste caso, deve – se levar em conta, a natureza desgastante dos serviços de urgên-

cias/emergências, principalmente os realizados fora do ambiente hospitalar. Estes exigem além do empenho mental, muito esforço físico⁶⁶, o que pode levar o profissional a preferir migrar para uma atividade dentro da sua área de atuação, mas, sem intervir diretamente no atendimento do paciente.

Em linhas gerais, a metade parece ter sido escolhida por apresentar as competências necessárias para a atuação na CRUE. Porém, não basta ter a competência clássica (conhecimento, habilidade e atitude) sugerida por alguns autores (Depresbiteris, 2001; Gallard & Jacinto, 1995) é necessário também: uma boa preparação física, controle emocional, agilidade, equilíbrio, criatividade e outras características importantes para quem opera em situações de crise e fora do ambiente hospitalar.

5.3.2. Rede de atenção às urgências/emergências (privada e pública) no Rio de Janeiro

Durante a questão sobre escolhas, perfil e preferências todos os participantes mantiveram - se tranquilos, sem alternância da voz ou qualquer outro sinal de desconforto. Porém, quando se tratou da rede de atenção de saúde, o clima era de descontentamento geral. Uma frase “atropelando” a outra com vozes alteradas, gesticulações em sinal de reprovação com a cabeça e com as mãos, abordagens de fatos recentes veiculados na mídia sobre as mazelas do SUS e suas consequências nefastas. Foi necessária a intervenção do moderador para conter os ânimos. Os tópicos mais discutidos foram as subcategorias: a estrutura dos serviços de urgências/emergências no Rio de Janeiro, com suas deficiências e insuficiências; a organização dos serviços por conta da ausência de hierarquização e a total desarticulação da rede no município; o APH fixo sem porta de saída, o APH móvel, principalmente na esfera pública com recursos inadequados e insuficientes e finalmente a falta de capacitação técnica para os profissionais que atuam nos serviços de urgências/emergências, tanto público como privados.

⁶⁶ Muitos atendimentos são realizados em áreas de difícil acesso, exigindo dos profissionais preparo físico adequado para o resgate.

5.3.2.1. Subcategoria – organização e estrutura

Esta subcategoria envolve a organização e a estrutura da rede de saúde municipal abordando as deficiências e insuficiências dos serviços privados e públicos de urgências/emergências na cidade do Rio de Janeiro. Estas duas subcategorias foram tratadas conjuntamente, por conta do vínculo entre elas. Quando citavam uma também o faziam com a outra. Desta forma, os trechos das falas a seguir traduzem claramente as opiniões dos entrevistados sobre a rede de atenção a saúde no país, principalmente na cidade do Rio de Janeiro. Todos foram unânimes quanto à desorganização dos serviços e a fragilidade na estrutura dos serviços hospitalares de urgências/emergências.

A saúde como um todo não está organizado no Brasil, [...] quando se fala nas emergências, a bagunça é geral. Os serviços privados não ficam atrás, a maioria que serve ao povo não tem recursos escassos ou não tem [...] o que importa mesmo é a fatura no final do mês. Esta é a lógica (MR2).

A desorganização das urgências/emergências definida pelo MR2 como “bagunça geral”, incluindo aí os serviços privados, que para os mais pobres e em geral, mais necessitados, é insuficiente ou até mesmo inexistente, sinaliza para um grave problema: a comercialização da saúde. Este fenômeno é observado com o crescimento dos planos de saúde para as classes D e C, limitados a consultas ambulatoriais e atendimento domiciliar com UTI móveis. Em caso de emergência, o tratamento definitivo, fica comprometido, pois, não cobre a internação hospitalar. Muito embora o cidadão tenha direito ao SUS, quando este tem um plano de saúde por mais simples que seja sempre existe a dificuldade de absorção pelo Sistema. Realmente é uma situação complexa e de difícil solução, principalmente em casos de crise, onde se necessita de ações rápidas e efetivas.

Organização, estrutura, não existe simplesmente no SUS, só no papel [...] nós assistimos perplexos a degradação do sistema de saúde deste país, e pensar que eu participei e acreditei na Reforma (MR4).

Quando cita a “Reforma”, o MR8 faz alusão a Reforma Sanitária no Brasil que se iniciou com o Movimento Sanitário (1976). Este período foi marcado por uma grande produção intelectual e uma ativa participação das Sociedades Médicas e de outras Sociedades de profissionais da saúde. É considerado um divisor de águas na saúde dos brasileiros.

A estrutura pública está totalmente sucateada e superlotada, perdemos muitas vidas por isso, a estrutura da privada é um pouco melhor, mas a superlotação é igual, infelizmente, ficamos mesmo sem saída (MR7).

A mortalidade por conta da escassez de recursos e da superlotação na iniciativa pública vem sendo muito criticada pela mídia.

Apesar da estrutura particular ser melhor, ainda é muito comum a superlotação, ocasionada principalmente, por casos não urgentes que não são devidamente atendidos nos consultórios.

Tanto na rede pública quanto na privada a estrutura e a organização deixam muito a desejar, principalmente quando as urgências e emergências são evidentes [...] a inexistência de leitos, como os de UTI [...] dá angústia em qualquer um (MR1).

[...] Tentamos fazer tudo certo, mas, quando chega ao hospital, é aquele horror, não tem maca, não tem especialista, não tem remédio, não tem nada, “prontinho para morrer” (ironizando) (MR6).

A angústia dos profissionais frente às insuficiências dos serviços, principalmente, no que diz respeito aos leitos de UTI é evidenciada pelos MR1 e MR6 que independente das dificuldades “tentam fazer tudo certo”. A não conclusão das tarefas, apesar de todo esforço, ou melhor a sensação de dever não cumprido gera impotência e descrédito na atividade.

[...] estrutura muito ruim, falha em todos os elos da corrente: profissionais de saúde, equipamentos, insumos básicos, etc. e tal [...] um serviço que infelizmente nos envergonha muito (MR3).

A vergonha despertada no MR3, por conta dos problemas gerado pelas falhas da estrutura é um sentimento que faz com que o profissional não se sinta como parte do serviço, tendendo portanto a se “esconder” como observado pelo MR5.

[...] estrutura insuficiente, serviço desorganizado [...] agora é moda, todos falam em gestão da saúde, mas tem que ajeitar a casa, pois senão a gente vai mesmo é gerenciar o caos, fazemos isso muito bem, por sinal [risos] (MR8).

A falta de foco evidenciada na fala do MR8 que propõe “arrumar a casa”, estruturar primeiro para depois gerenciar é um fato que deve ser ressaltado. O interesse dos profissionais de saúde, pelos cursos de pós - graduação em Gestão de Saúde tem crescido muito nos últimos tempos. Porém, a maioria dos serviços avançou muito pouco em resolver as suas dificuldades

estruturais e organizativas. Estes novos gestores terão que enfrentar grandes desafios para atender as necessidades dos pacientes.

Estes depoimentos sinalizam que a rede de atenção do Rio de Janeiro é incapaz de dar respostas às urgências e emergências, os serviços sofrem com a falta de recursos em todos os níveis da atenção.

5.3.2.2. Subcategoria – hierarquização e integração

A hierarquização e a integração da rede de atenção às urgências /emergências é uma proposta definida por documentos ministeriais, entre outros as Portarias nº 814/01 e nº 2048/02, já citadas neste trabalho, mas que ainda não saíram integralmente do papel como se pode perceber nas falas seguintes:

Dizem que os serviços estão hierarquizados e integrados, infelizmente, não é verdade, um serviço não fala com o outro, aliás, se escondem um do outro. Parece brincadeira, mas é o que acontece (MR5).

Esta visão de descomprometimento (“escondem um do outro”) dos serviços, que deveriam estar integrados e devidamente hierarquizados, pode ser pela desestruturação da rede de saúde como um todo. Logo, cada um cuida de resolver os seus próprios problemas evitando assim absorver outros novos.

A desarticulação da rede é vista claramente no dia a dia. Os conflitos com os colegas é uma constante, cada um procura a sua própria saída que nem sempre é a melhor para o paciente. Já deixei paciente em casa, não consegui contato com o hospital para internar (MR1).

Quando você precisa, as informações são as mais confusas possíveis, fica uma sensação de má vontade no ar [...] parece que não querem ajudar (MR3).

É importante destacar que a “má vontade”, ou mesmo a percepção de “não querer ajudar”, talvez possa estar intimamente relacionada com as dificuldades que estes setores também estão passando. O problema da hierarquização e integração da rede ainda é um nó a desatar.

5.3.2.3. Subcategoria – pré-hospitalar fixo - UPA

Quando a discussão era sobre o pré-hospitalar fixo - as UPA – os entrevistados também são unânimes em afirmar que apesar de ser um serviço bem estruturado com recursos de ponta, não tem “porta de saída”, estando totalmente desarticulado da APH e da Central de Vagas. Dois médicos acrescentam que acreditam que este serviço estará daqui mais um tempo sucateado e com as mesmas mazelas das urgências/emergências hospitalares.

[...] o serviço é bem montadinho, mas, é um gargalo, só tem entrada, saída, não (MR4).

[...] quando montaram o serviço, achei que iriam nos ajudar, mas, qual o que, ficamos foi num túnel sem saída (MR2).

As UPA fazem parte do pré-hospitalar fixo, portanto, não são serviços para internação definitiva, requerendo desta maneira, uma retaguarda hospitalar eficiente, com leitos para alta complexidade (UTI, cirurgias cardíacas e neurológicas, etc.). Além disso, necessitam de um sistema de referência e contra referência atuante para não criar “gargalo” e “túnel sem saída”.

A “sala de parada” é muito bem equipada, porém, a gente ressuscita e coloca onde? Fica complicado, desta maneira (MR1).

Não adianta pedir vagas nunca tem [...] passei um grande sufoco outro dia, fiquei quatro dias com um paciente jovem muito grave na sala de parada e não tinha nenhuma vaga de UTI na rede, quando conseguiram a vaga o rapaz, coitado, morreu (MR5).

A “sala de parada” citada é a sala também chamada de “sala vermelha”, para onde se dirigem os pacientes críticos que possam necessitar de Ressuscitação Cardio Pulmonar (RCP), Assistência Ventilatória ou monitorização de um quadro clínico que possa por em risco à vida, de imediato. Porém não é o espaço próprio para internar o paciente. Esta situação foi vivida pelo MR5 que manifestou claramente a vontade de não mais insistir com algo que “nunca tem”. Esta sensação de desistir é perversa, pois, acomoda. Logo, pouco contributiva para as mudanças.

[...] trabalhei numa UPA por seis meses, o chefe de equipe tinha muita boa vontade com o pessoal da Central, mas, nunca tinha maca para receber os pacientes do SAMU [...] difícil... [...] somente boa vontade não resolve os nossos problemas diários. É preciso muito mais do que isso!!!!(MR3).

[...] a UPA tem a porta aberta, precisa urgentemente da Central de Vagas que é incapaz de suprir a demanda da rede (MR7).

As UPA foram concebidas para a estabilização de pacientes e não para interná - los para tratamentos definitivos. A porta aberta gera uma demanda espontânea, não regulada que superlota as unidades. Quando o SAMU que é regulado, necessita de leitos de estabilização, não consegue. Este impasse em geral leva a conflitos e a desarmonia entre os gestores dos serviços. É importante ressaltar que as UPA se destacaram no cenário nacional como uma “solução” para a superlotação nas emergências hospitalares.

O Estado apesar de tudo fez um serviço de boa qualidade, mas a demanda é grande e os recursos finitos. Acredito que não vai durar muito [...] sem saída, é difícil (MR8).

[...] daqui a pouco vai ficar igual às emergências dos hospitais, sucateada e sem condições de atender a ninguém [...] só entra, saída, só Deus sabe [...] já vimos este filme (MR6).

Estas duas falas: “não vai durar muito” (MR8) e “igual, as emergências dos hospitais” (MR6) revelam desconfiança na manutenção dos serviços de “boa qualidade” que as UPA, ofereciam quando foram implantadas na cidade. A expressão “já vimos este filme”, exprime uma sensação de acomodação e de aceitação da realidade. Apesar das UPA terem uma estrutura organizacional melhor que os outros serviços de emergência/urgência, não conseguiram ainda cumprir com o seu papel de intermediação entre as unidades de saúde e as portas de urgência hospitalares, onde em conjunto com estas deveriam compor uma rede organizada de atenção às urgências. Por conta, em muito pela sistemática falta de leitos, principalmente os de UTI. Um problema comum aos serviços públicos e privados.

5.3.2.4. Subcategoria – pré-hospitalar móvel - APH

A respeito da APH todos concordam que o SAMU, público, assim como os serviços privados, um pouco melhores, não conseguem organizar o fluxo de atendimento satisfatoriamente e encaminhar o paciente ao serviço certo para cada situação, por conta, da ausência de leitos e de outros recursos inadequados e/ou insuficientes. Como a CRUE é um elemento do APH, a sua estrutura e organização foram avaliadas conjuntamente com o serviço móvel propriamente dito. A Central funciona recebendo as solicitações de socorro, regulando o atendimento e priorizando as saídas das ambulâncias.

[...] o SAMU está agonizando, as ambulâncias sem manutenção, quase não tem medicamentos e os equipamentos constantemente quebrados[...] na Central matamos um leão por dia [...] na empresa a coisa funciona um pouco melhor (MR8).

O SAMU melhorou, já foi pior [...] o problema é a ausência de manutenção nos equipamentos, nas viaturas, sem falar na dificuldade para internar os pacientes críticos, nunca tem vaga (MR3). O problema da ausência de manutenção no SAMU é evidenciado pelos MR8 e MR3. Este além de comprometer a segurança dos pacientes e da própria equipe expõe as instituições a problemas éticos e legais.

A expressão “matamos um leão por dia”, revela claramente o esforço que a equipe do SAMU (público) precisa para vencer as dificuldades encontradas no dia-a-dia. Como dito, a empresa (privada) funciona somente “um pouco melhor”. Logo, deduz – se que esta também provoca desgaste da equipe da Central.

[...] os serviços privados também deixam a desejar, mas ainda são os melhores [...] os convênios que pagam mais, tem um serviço melhor, os hospitais também são melhores, isto nos ajuda lá na Central [...] mesmo assim ainda tem muito que melhorar (MR4).

Percebe – se a diferença de estrutura e organização das Centrais privadas em relação à pública, quando se observam as candentes queixas dos clientes do SAMU, na mídia em geral, sobre este tema, As Centrais privadas também figuram nos *sites* de defesa do consumidor, porém, em menor proporção que a pública.

[...] o meu SAMU fica na baixada [...] a população é tão carente que quando chega a ambulância, mesmo “capenga”, sem nada. Eles ficam super felizes e agradecidos. A Central se esforça para ajudar na busca de vaga que nunca são encontradas na região, todos vão para o Rio [...] na outra empresa (privada), a coisa é bem melhor, mas tem problemas também (MR1).

Eu também já trabalhei na baixada. A Central deles, não funciona, as emergências, nem se fala [...] o consórcio só atrapalha [...] vem todo mundo ser atendido no Rio (MR3).

A primeira fala revela a face excludente das emergências, a “baixada” que é uma região muito pobre e envolve treze municípios da periferia do Rio de Janeiro. Para estas pessoas qualquer atenção é supervalorizada, a carência de recursos é invisível aos olhos daquele que não tem outras opções. Estes municípios estão integrados através de um consórcio, o CISBAF.

As queixas relacionadas com a saúde são temas de frequentes reportagens na mídia e muitos profissionais que trabalham na cidade carioca atribuem à superlotação das unidades e as defi-

ciências desta rede em especial.

[...] trabalho em APH privado, a estrutura em geral é boa, mas tá difícil achar médico para as ambulâncias tem dia que só tenho carro com técnico (de enfermagem) e condutor [...] não dá para regular as emergências, nos viramos na regulação para atender aos pedidos de socorro (MR5).

[...] faltam médicos para regular, medicamentos, etc. A aparelhagem está obsoleta e bastante mal conservada [...] a Central sofre para ajustar estas deficiências [...] (MR2).

Quando o MR5 fala que “não dá para regular as emergências” quer dizer que não adianta tentar fazer qualquer orientação médica por telefone, é mister enviar de imediato um recurso móvel avançado, com médico intervencionista, técnico de enfermagem e condutor, pois, existe risco imediato de morte. Toda a emergência como já citado é uma prioridade máxima, portanto, necessita de recursos de maior complexidade. O MR2 lembra que “faltam médicos para regular”. A ausência de médicos é crônica nos hospitais, embora a cidade tenha a maior concentração de médicos de todo o país. Na APH e na CRUE este fenômeno é mais comum ainda, pois, não tem a urgência como especialidade.

[...] como trabalho nos dois (público e privado) posso dizer que se equivalem quando se trata da dificuldade das vagas [...] a Central privada está totalmente desarticulada da pública, se precisarmos transferir alguém ou internar no público, ou vice versa, no privado, esbarramos na comunicação que simplesmente inexiste [...] o privado tem uma estrutura mais organizada, não é a ideal (MR6).

Para mim o pior de tudo é a falta dos leitos, a gente quebra o galho com o que tem, não dá para internar o paciente na ambulância [...] perde-se muito tempo buscando vagas nos hospitais, a Central de vagas nunca tem disponibilidade, na pública é bem pior que na privada (MR7).

A candente queixa de falta de leitos é uma realidade que todos os profissionais de saúde têm que enfrentar no seu dia-a-dia, principalmente os leitos de maior complexidade (UTI). Talvez por terem um número subestimado ou talvez por conta da superestimação dos casos clínicos que podem ser tratados em níveis de menor complexidade. Não existe muita diferença entre o público e o privado, ambos apresentam as mesmas dificuldades, porém, na prática os leitos dos privados são mais ocupados por casos menos graves que os do público que relativamente tem menos leitos disponíveis. Observa-se também uma nítida desarticulação com os serviços de saúde e também com as outras CRUE que deveriam estar interligadas, compondo o CR (internação, consultas e exames, etc.).

5.3.2.5. Subcategoria – capacitação

A capacitação técnica dos profissionais que atuam nas urgências/emergências em geral foi apontada por todos, como um tema de bastante relevância para a organização dos serviços tanto público como privados, principalmente no que tange a APH. Eles identificaram algumas situações que demonstram a deficiência dos profissionais e defendem a capacitação de todos os envolvidos na operação.

O que se pode observar é que nenhum deles fez qualquer referência à existência no município estudado ou mesmo em outros municípios, (alguns entrevistados trabalham ou trabalharam em municípios vizinhos), de um Núcleo de Educação em Urgências ou algo similar, como proposto pela Portaria ministerial que regulamenta as emergências no Estado.

[...] alguns médicos na APH não conhecem os equipamentos [...] vivo passando instruções pelo rádio, fica difícil [...] tem que treinar antes de entrar [...] a maioria dos reguladores não são treinados, mas é mais fácil, assim (MR2).

[...] não são só os médicos, não. Os condutores não conhecem a cidade, nem todos os carros tem GPS [...] outro dia a equipe ficou rodando 2 horas, quando chegou o paciente tinha ido por meios próprios, cansou de esperar (MR5).

As expressões acima sinalizam as dificuldades encontradas pela falta de conhecimento da atividade. A expressão “é mais fácil assim” pode ser interpretada como descaso das instituições com a capacitação ou mesmo desinteresse das equipes envolvidas. Treinamento, capacitação, educação continuada demandam tempo e nem sempre as equipes tem disponibilidade para os cursos. Em geral trabalham em vários plantões, muitas vezes saindo de um para o outro.

Outro dia, o paciente caiu da maca, o enfermeiro disse que ela “desarmou”, vi que ele não acionou direito a trava e que desconhecia totalmente o funcionamento da mesma. O pior que isto, é frequente e ninguém faz nada [voz baixa, balançando a cabeça] (MR6).

[...] a técnica de enfermagem da ambulância desconhecia o equipamento de imobilização de fêmur, transportou o paciente sem o mesmo, o que no mínimo causou mais dor (MR7).

É importante ressaltar que este tipo de serviço é bem peculiar, pois exige equipamentos específicos, protocolos próprios de intervenção, drogas especiais de ação rápida, etc. Em geral a atuação é muitas das vezes num cenário inóspito, fora do ambiente hospitalar, sem os recursos

que este disponibiliza e em situações de crise. Como se vê a capacitação é extremamente vital para um serviço que possui tantas variáveis para cumprir com o seu objetivo maior que é salvar vidas.

Quando o MR6 fala da frequência desses casos, exibe um tom de voz desconsolado e triste, balançando a cabeça em sinal de negação. Percebe-se nesta atitude, um profundo desconforto com a situação.

[...] isto é mais comum no privado, ninguém é treinado ou capacitado, as contratações são feitas por empresas de RH que não conhecem sobre o serviço e fazem somente uma entrevista psicológica, o resto é por sua conta e risco (MR4).

Observa-se na fala do MR4 que os serviços privados realizam contratações de profissionais sem exigir ou mesmo oferecer cursos de treinamento ou de capacitação. Esta forma de seleção interfere nos processos internos de trabalho, dificultando o seu bom desenvolvimento, além de colocar em risco os pacientes, os profissionais e a própria empresa.

Todo dia faço com as equipes o “check list” das viaturas, mas, isso só não basta. Os colegas não sabem como funcionam os respiradores de transporte [...] um procedimento simples que pode ser resolvido em apenas uma aula (MR3).

Os “respiradores de transporte” são equipamentos usados para prover de ar os pulmões nos casos de insuficiência respiratória, eles são menores que os seus similares hospitalares e apresentam menos funções que os mesmos, mas, tão resolutivos, quanto. São de fácil manejo e não demandam um curso completo para conhecer o seu funcionamento. Várias empresas fornecedoras destes aparelhos oferecem cursos de manuseio sem qualquer custo para a organização.

Na minha empresa, eles até dão um curso para os técnicos de enfermagem, já os médicos, tanto os reguladores quanto os da rua (intervencionistas) junto com os condutores, ficam a ver navios, aprendem fazendo (MR8).

A expressão “aprendem fazendo” não se relaciona com o ensino analítico e capacitador. Tampouco determina aliar o saber teórico com o saber fazer. Estas formas de aprendizado requerem supervisão. Simplesmente “fazer” sem conhecer pode provocar danos irreversíveis ao paciente, sujeitando a todos (profissionais e instituições) as sanções legais e éticas.

É comum lá na empresa e também no SAMU, alguns médicos (intervencionistas) reclamarem que o aparelho eletrocardiograma não está funcionando. De curiosidade chequei três, dois no SAMU e um na empresa, todos funcionaram perfeitamente (MR1).

O MR1 coloca em discussão a qualidade do cuidado e o comprometimento dos profissionais no enfrentamento dos problemas. Para muitos profissionais ainda é mais fácil dizer que “não funciona” do que explicar todas as razões de não saber como funciona. O médico por questões hierárquicas deve ter uma grande dificuldade em admitir e mostrar suas fragilidades.

Todas as falhas técnicas apresentadas podem ser corrigidas num curso rápido de capacitação (2 dias é o suficiente) de adequação de condutas terapêuticas e utilização de equipamentos. Porém, as relacionadas a atitudes, comportamentos devem ser objeto de profunda reflexão sobre o princípio da beneficência (fazer o bem as pessoas), base moral da atividade médica.

5.3.3. O gerenciamento na CRUE (a pública e as privadas) no Rio de Janeiro.

Na abordagem deste tema todos se portaram muito tranquilos, o descontentamento observado anteriormente a esta altura, já havia desaparecido e o clima era de descontração para seguir com a pesquisa. Todos afirmam que o gerenciamento na CRUE é mandatório e que esta, poderia efetivamente ajudar a controlar as portas de entrada no Sistema, isto, porém, ainda é considerado por alguns, como uma conquista a ser perseguida pelas CRUE cariocas.

5.3.3.1. Subcategoria - atribuições.

Esta seção aborda a atribuições técnicas e gestoras dos MR. Estão previstas nos documentos legais e são necessárias. Sendo a gestora a que mais apresenta dificuldades na sua execução, é comum a desautorização dos reguladores por parte de outros serviços, perda da autonomia e da efetividade da ação.

Dois MR apontaram o treinamento específico para a regulação, como uma solução para os problemas de gestão. Outros dois discordaram, pois segundo os mesmos a capacidade gestora é inata, defendendo que a capacidade técnica pode ser aprendida. Os demais discutiram as intervenções de outros serviços no gerenciamento da CRUE, geralmente são instâncias políticas que definem acordos pessoais (clientelismo) fora das prioridades determinadas pela área. Esta prática, não pouco comum no serviço público desautoriza o MR, comprometendo a auto-

nomia médica. Além de causar conflitos desnecessários entre todos os envolvidos no processo.

Gerenciar é uma arte e você tem que ter o dom, você tem ou não tem. Não se aprende na escola [...] com este perfil, é mais fácil resolver os conflitos e tornar a porta mais organizada (MR4).

Não basta fazer o curso para a regulação tem que ter “jogo de cintura” para resolver os problemas que surgem a todo o momento no plantão da Central [...] tô nesse negócio há muito tempo e tenho certeza que nasci para isso (MR2).

A capacidade gestora entendida por estes entrevistados como inata (“ter o dom”, “jogo de cintura” e “nasci para isso”) determina e justifica um melhor desempenho na resolução de conflitos e na tentativa de organizar a porta de entrada. Esta habilidade é percebida como uma complementação da capacitação e defendida como algo diferenciado entre os pares. Porém, nem sempre esta forma de se perceber corresponde à realidade e algumas vezes, pode se tornar uma barreira para um bom exercício da regulação médica.

A capacitação dá condições de desenvolver a veia gestora, mas o que precisamos mesmo é de treinamento específico, assim todos falarão a mesma língua e será mais fácil contermos os “penetras” na gestão da Central e nosso serviço será mais efetivo nas entradas das emergências (MR3).

Contrariamente as falas apresentadas mais acima, este entrevistado defende que a capacitação pode formar gestores. Propõe uma sistematização das ações (“falar a mesma língua”) para conter as interferências de outros atores (“penetras”) no gerenciamento das portas de entrada.

[...] o uso de protocolos nem sempre é feito por nós, usamos mesmo é nossa experiência pessoal para regularmos os atendimentos [...] um treinamento seria o ideal para ajustarmos nossas condutas [...] nossa atuação não deixaria dúvidas de quem manda na Central, somos nós (MR6).

Embora não use os protocolos, o MR6 também concorda que é necessário alinhar as condutas para determinar o comando na CRUE. É importante ressaltar a importância de se treinar o uso dos protocolos consensuados, para que cada regulador não tome decisões, embasado somente em experiências próprias. Esta sistematização de condutas organiza o processo da regulação e estrutura o serviço no sentido de facilitar e agilizar as respostas clínicas, além de ser um instrumento legal de defesa contra qualquer intercorrência.

[...] às vezes, fica muito difícil regular, pois, decidimos uma coisa e vem outro que não tem nada a ver com isso e decide outra totalmente diferente e nesses casos, pode crer, confusão à vista (MR5).

[...] na minha empresa tem sempre alguém querendo opinar na Central, é um desrespeito, mas o comando é meu e faço sempre o melhor para descongestionar o fluxo de pacientes nos hospitais (MR8).

As interferências de outros agentes, pessoas não pertencentes ao serviço, (políticos, gestores municipais, diretores de planos de saúde privados, etc.) na gestão da CRUE, podem ser observadas tanto no setor público, como no privado. Esta prática desautoriza o MR, arranha e expõe a sua autonomia, causa conflitos, desmotiva e compromete o desempenho da regulação. Além de ser um péssimo exemplo de liderança por parte desses atores.

[...] a lei diz que somos a autoridade gestora da Central, mas na verdade, são tantos decidindo por nós, que não sabemos quem somos afinal [...] quais são as nossas verdadeiras atribuições? (MR7).

As contradições do discurso teórico com a prática, no caso da autoridade gestora provocam dúvidas quanto às verdadeiras atribuições dos profissionais reguladores.

Independente das posições levantadas sobre as capacidades: gestora e técnica, a capacitação é importante para uma melhor qualidade dos serviços e deve ser praticada indiscutivelmente.

5.3.3.2. Subcategoria – Centrais privadas e Central pública

Esta seção trata de conhecer um pouco da estrutura das centrais privadas e da pública do município do Rio de Janeiro, através de profissionais que atuam tanto numa como outra.

A estrutura da Central da empresa particular que trabalhei é um pouco melhor se comparada ao SAMU, porém, a gente é muito mais cerceada nas nossas decisões. Às vezes não precisamos enviar o atendimento, mas se é um plano que paga bem, tem que mandar (MR7).

Não vejo grandes diferenças entre uma e outra, (sorrindo complementa). A não ser a na forma de pagamento uma é gratuita e a outra é paga (MR1).

A informação sobre o cerceamento nas decisões foi discutido amplamente nesta categoria, o exercício da autonomia, como visto, vem sendo um grande entrave independente do tipo de

serviço. Cabe aqui esclarecer que a atenção pública não é gratuita como parece somente à forma de pagamento a diferencia da particular. Nesta, o pagamento é feito diretamente ao plano de saúde ou ao serviço privado, na pública o pagamento é indireto, através de impostos e outra receitas.

[...] ambas tem estruturas parecidas sendo que a particular é um pouco melhor, quanto a vagas, porém não opera integrada a rede pública (MR4).

[...] na empresa que trabalho, a melhor coisa é chegar e ter a certeza que vou poder internar os pacientes, isto realmente, dá uma grande tranquilidade (MR3).

As centrais privadas e a pública na opinião dos entrevistados se equivalem do ponto de vista organizacional e estrutural, sendo que a particular é apontada como um “pouco melhor” com a vantagem de possuir mais vagas na sua rede, porém sem integração com a rede pública e vice versa.

5.3.3.3.Subcategoria – controle das portas de entrada (superlotação)

Em quase todas as falas a autonomia gestora está relacionado com a capacidade de controlar as portas de entrada no Sistema. Todos acreditam que a regulação é um excelente instrumento para ajudar a conter a superlotação nas emergências, porém, não é o único, outras medidas devem ser tomadas para diminuir o fluxo de pacientes neste setor.

[...] se não fossemos nós, a APH estaria mais complicada ainda [...] somos o coração da operação [...] em melhores condições o controle das portas, seria nosso [...] somos capazes de regular a entrada, mas, todos têm que colaborar [...] o problema não é só nosso [...] (repetiu várias vezes esta frase) (MR3).

Fui capacitado para a regulação, mas o meu diferencial é que nasci para mediar conflitos [...] tecnicamente os protocolos ajudam, mas, na Central tem que ter perfil para a gestão [...] a Central ajuda muito na melhoria da superlotação, mas, “os outros” (no caso, os outros serviços de saúde) tem que ajudar também (MR1).

Estas falas sinalizam para a importância dos outros serviços no controle das portas de emergência, principalmente no que diz respeito à organização da AP, com vistas, a atender os casos resolvíveis neste nível de atenção, evitando o congestionamento no PS. Esta é a primeira entrada que o cidadão procura, ela não fecha independente de estar ou não capacitada para atender as necessidades que se apresentam. Todos os agravos serão resolvidos neste espaço,

principalmente os casos de baixa complexidade não acolhidos pela AP que ainda tem muita dificuldade em desempenhar o seu papel, de porta de entrada do sistema de saúde.

Não é só o Rio de Janeiro que deve organizar os seus serviços, mas também os municípios vizinhos. Estes por não atenderem as necessidades de saúde de sua população, provocam seu deslocamento para as unidades na cidade, contribuindo significativamente para a superlotação. Principalmente no que diz respeito a AP e as consultas ambulatoriais que deveriam ser resolvidas no próprio local.

5.3.4. O sistema de saúde e as urgências/emergências

A colocação desta categoria foi com o intuito de ver a percepção organizacional do Sistema nas urgências/emergências, haja visto que de longa data, a ausência de políticas públicas efetivas para as urgências/emergências constituiu-se em graves deficiências estruturais e operacionais. Este tipo de assistência ainda é hospitalocêntrica com uma forte desigualdade no acesso. Os recursos financeiros são insuficientes para atender às necessidades dos pacientes, o número de hospitais nem sempre reflete a disponibilidade de leitos e os critérios de distribuição, nem sempre estão bem dimensionados e muitas vezes não estão alinhados com os indicadores de saúde. As falas indignadas dos entrevistados confirmam esta percepção. A discussão acalorada necessitou várias intervenções do moderador para conter os ânimos exaltados.

5.3.4.1. Estrutura hospitalar

Esta subcategoria foi evidenciada para conhecer as percepções sobre a estrutura hospitalar no SUS, como um todo. Esta informação é muito importante para se contextualizar a saúde no Sistema através dos recursos dos hospitais. Este representa um bom indicador de qualidade da saúde, principalmente no que tange as urgências e emergência, pois estas geralmente necessitam de um leito hospitalar para serem resolvidas definitivamente.

O SUS está na UTI há muito tempo [...] as unidades em todo o país estão sucateadas, eu já trabalhei no norte e no nordeste, voltei correndo. Aqui tá um pouco melhor, as leis são mais cumpridas, lá não tem nem lei [...] (MR2).

O norte e o nordeste do Brasil são as regiões com os piores IDH e por isso as mais carentes em termos de serviços de saúde em geral, em particular nos setores das urgências e emergên-

cias. Os recursos de ponta são escassos e a migração para o sudeste ainda é uma realidade.

Aqui sabemos das leis, mas elas não se aplicam [...] o conceito “vaga zero”, é um exemplo claro disso. Os colegas que recebem os pacientes no hospital não sabem nem o que é, e recusam os pacientes em estado crítico [...] brigo muito, é muito chato, mas, é a única forma de ajudar os pacientes, matar um leão por dia (MR6).

A lei com certeza existe, ela é de âmbito nacional, presume – se, que seja desconhecida pelos gestores ou mesmo não esteja sendo cumprida na sua integralidade.

O conceito “vaga zero” para a internação é defendido por uma Portaria ministerial e já foi citado e discutido no trabalho, trata – se de vaga para pacientes sabidamente muito críticos e os hospitais não podem recusar, na prática isto não acontece, as ambulâncias ficam de porta em porta tentando deixar o paciente, os conflitos são inevitáveis e as grandes vítimas acabam sendo os doentes e seus familiares.

É... a “vaga zero” veio para “tumultuar”os serviços, ora bolas, se não tem maca, como o colega pode usar tal conceito? É assim que começam as brigas com a gente. [...] dizemos que está na lei, mas na prática não existe nenhuma vaga, todas estão ocupadas (MR1).

O MR1 quer dizer que o conceito “vaga zero” determina que independente do número de leitos, os pacientes críticos tem que ser internados. Na prática isto é complicado, se não tem leito obviamente, não tem vaga. Usa – se muito o recurso do leito extra, que muitas vezes, no corredor das salas de emergência, não é devidamente avaliado pelos plantonistas, causando por vezes, complicações ao quadro inicial do paciente. Onde colocar esta maca? O paciente acaba ficando em um local inadequado, desumano, como por exemplo: no ”corredor” do hospital.

[...] Muito engraçado, parece até piada, a “vaga zero”, é zero mesmo, é igual a nulo, vazio, ausente [...] parece provocação [fala alto, irritado] (MR4).

Interessante esta observação, parece mesmo piada, porém se aplica bem a situação: vaga zero igual a ausência de leito. O MR4 muito irritado se sente desafiado, quando sugere que é uma provocação falar de um conceito que de fato é de difícil entendimento e operacionalização.

As leis são normalmente feitas por técnicos do MS que nunca trabalharam na APH, até porque, este serviço é muito recente no Brasil [...] a gente fica com pena do doente, “internado no corredor.”... É humilhante (MR3).

A política de humanização do governo não é para as emergências [...] como aceitar esta situação sem se indignar? (MR2).

O governo lançou em 2003 a Política Nacional de Humanização para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários, porém, esta proposta avançou pouco e só em algumas regiões. No início os serviços de saúde no Rio de Janeiro aderiram a campanha, mas, logo depois, caiu no esquecimento. A indignação dos MR é fundamentada e merece ser destacada.

5.3.4.2. Subcategoria – organização dos níveis de atenção

A organização é um problema de todo o Sistema, os níveis de complexidade da atenção ainda não estão bem definidos (nível primário, secundário, terciário), logo, não se consegue prioridades de portas de entrada. Isto complica de forma direta a integralidade do acesso.

A desorganização é geral, todos os níveis de atenção estão deficientes, ninguém sabe da sua responsabilidade [...] um reclama do outro, tudo acaba sendo de responsabilidade da urgência [...] não temos prioridades (MR5).

A atenção primária ainda muito precária não consegue ser a única porta de acesso ao Sistema como preconizado pelo MS (MR6).

A organização dos serviços por níveis de complexidade da atenção é defendido constitucionalmente e pela NOAS, uma norma que propõe a organização dos serviços de saúde por níveis de complexidade, sendo a AP o nível de atenção de menor complexidade e a atenção terciária o de maior complexidade, determinando uma estrutura hierarquizada ou piramidal de atenção, sendo o nível menos complexo a base da pirâmide e o mais complexo, o topo (Portaria nº 373, 2002). Esta forma de organizar a assistência é largamente utilizada por outros países.

5.3.4.3. Subcategoria - modelo SUS:

Nesta seção discute - se o modelo SUS que foi muito citado por todos os entrevistados, como se pode ver com as falas abaixo. Todos demonstraram preocupação, por conta, do desgaste do modelo do SUS, uma conquista, e a sua substituição por um modelo privado.

[...] pensamos na Reforma da Saúde como um bem social e acabamos nas mãos do mercado, é um retrocesso (MR3).

[...] o modelo público universal está se esgotando e o modelo segmentado está ocupando este espaço (MR1).

A preocupação com o crescimento da saúde suplementar (saúde privada) substituindo a saúde pública conquistada pela Reforma Sanitária é nitidamente percebida nas investigações citadas acima.

[...] ganharíamos maior efetividade se o Estado regulasse melhor os fluxos de pacientes e de profissionais, as instalações físicas e o financiamento entre o público e o privado (MR7).

Esta preocupação é refletida também quando o MR7 cita a necessidade de regulação do Estado para uma maior efetividade.

[...] Existe, um grande conflito entre as necessidades de saúde e a lógica de acumulação empresarial, são coisas muito diferentes, precisamos refletir sobre isto (MR2).

O que é útil para a saúde deveria servir de orientação para a regulação das práticas empresariais [...] nem sempre isto acontece (MR5).

Para estes MR, os interesses das empresas de saúde (planos de saúde privados) se movem pela lógica do lucro e não para atender as necessidades da saúde. Estas necessidades deveriam orientar as práticas destas empresas.

A Saúde Suplementar é muito criticada pelos defensores da Reforma Sanitária. No país, cerca de 23,4% da população é coberta por planos privados de assistência médica. Uma importante parcela desses beneficiários, por volta de 73,5%, está vinculada aos planos de contratação coletiva: 57,9% por intermédio de empresas com as quais mantêm relação empregatícia ou estatutária (planos coletivos empresariais) e 15,6% por meio de entidades jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial (planos coletivos por adesão) (ANS, 2011).

Os pobres herdaram o SUS, não como um direito, mas como a única opção possível para a sua saúde (MR8).

O SUS da constituinte propõe um sistema de saúde público universal para todos os brasileiros, o SUS atual é para uma parte da população que não pode pagar por um plano de saúde particular. Dessa maneira, vem se formando no país, um sistema de saúde onde convivem três

grandes subsistemas: o SUS, o público; o privado, sendo um de atenção médica suplementar, que é pago pelas pessoas ou seus empregadores a diferentes operadoras de saúde (desembolso indireto) e outro, pago diretamente pelas pessoas ou seus familiares aos profissionais (desembolso direto). Essa incoerência provoca um grande nó para o entendimento do direito adquirido constitucionalmente à saúde. No Brasil é senso comum que instituir serviços privados para quem pode pagar determinaria sobrar mais recursos para os que não podem. Esta lógica, por conta, da pouca ou nenhuma capacidade que os mais pobres têm em se articular e dar voz às suas necessidades tende a um sistema subfinanciado e de menor qualidade.

5.3.4.4. Subcategoria - financiamento:

Esta abordagem se complementa a anterior (conflitos do modelo SUS) no que tange ao financiamento, discutindo os seus investimentos em saúde e o apoio ao sistema privado.

[...] o SUS investe somente 3,5% do PIB em saúde, é muito pouco se comparado a outros países que investem o dobro (MR6).

De fato, como dito pelo MR6, o SUS investe muito pouco em saúde se comparado a outros países. Há pouco tempo, a WHO (2010) divulgou relatório anual com dados sobre a saúde no mundo, entre eles os investimentos no setor por país. Entre as 192 nações avaliadas, o Brasil ocupa a 151ª posição. A parcela do orçamento para a saúde é de 6%, enquanto no Reino Unido, 86% são de recursos públicos. Na Suécia, investe-se 85%. Na Dinamarca, Alemanha e França as destinações são, respectivamente, de 83%, 76% e 75%, como se pode ver, o país está muito distante de países em que o acesso à saúde é, na prática, universal, integral, e direito de todos os cidadãos.

[...] li uma pesquisa recente que fala que o SUS apesar de investir menos é quem sustenta o sistema privado, principalmente nos procedimentos de alto custo (MR4).

A percepção dos entrevistados sobre o financiamento é correta, este será sempre insuficiente porque, está absolutamente privatizado. O sistema público, como está na Constituição pode comprar do privado aquele serviço que não tiver condições de atender provisoriamente a população, porém, tem acontecido uma inversão dessa lógica legal com frequência.

A Confederação Nacional de Saúde (<http://www.cns.org.br/#inicio>) que congrega atualmente oito federações da área (hospitais, estabelecimentos e unidades de saúde) e 90 sindicatos em

atividade, é o órgão que representa todos os estabelecimentos de serviços de saúde no país. São hospitais, clínicas, casas de saúde, laboratórios de análises clínicas e patologia clínica, serviços de diagnóstico, imagem e fisioterapia, operadoras de planos de saúde, entre outros estabelecimentos do gênero. Esta entidade, afirma que hoje, 95% dos procedimentos especializados de alto custo do SUS são comprados do setor privado. Na área de transplante, 97% são feitos pelo serviço privado contratado. Isso é impossível de ser pago e explica a demanda reprimida que aumenta cada vez mais. Com certeza este cenário da saúde compromete o financiamento do Sistema como um todo e as emergências e urgências em particular.

[...] para mim, o problema do financiamento é político [...] eles pagam por produção, isso dá oportunidade a “falcatruas” (MR3).

Quando o MR3 se refere às “falcatruas”, relaciona o problema dos recursos da saúde aos desvios de verbas praticadas por muitos dos que atuam no SUS. Principalmente no que diz respeito à produção indevida, exames desnecessários, profissionais que não cumprem a carga horária contratada, etc. Até mesmo perpassando pelos usuários, quando estes se omitem ou consentem com essa forma de tratar o recurso público ou mesmo quando usam medicamentos, equipamentos ou serviços de forma desproporcional e sem real necessidade.

Talvez parte do problema pudesse ser resolvida se o pagamento fosse por metas alcançadas e não por produção.

A Emenda 29 (MS, 2002a), recentemente aprovada pelo governo define o que pode ou não ser considerado gasto com saúde, esta lei fixa os gastos com saúde e os percentuais mínimos para investimento a serem observados pela União, Estados e Municípios. O governo federal terá de aplicar em saúde um volume igual ao do ano anterior mais a variação nominal do PIB. De acordo com a norma, os Estados e o Distrito Federal terão de aplicar 12% do que arrecadam, enquanto os municípios deverão investir 15% de suas receitas. Ainda não foi possível avaliar a efetividade desta lei. Porém, espera-se que a Saúde Pública que vem se esforçando para satisfazer a demanda da população por um serviço de qualidade tanto em infra-estrutura como em capacitação profissional, possa se beneficiar da estabilidade dos investimentos. Este fator é fundamental para a redução das desigualdades regionais e a humanização da assistência prestada aos usuários do SUS.

5.3.5. Elementos fundamentais para a melhoria do serviço de APH: educação da população, treinamento de profissionais e a reestruturação da rede.

Na finalização do grupo focal a discussão ficou por conta das melhorias na atenção de urgências/emergências, tanto no que diz respeito aos serviços propriamente dito e ao trabalho do MR. Várias sugestões foram dadas, tais como: reestruturação da rede de atenção que já foi amplamente debatida; treinamento/capacitação dos profissionais, criação de um Dia Nacional das Urgências e educação da população com palestras educativas e outros métodos. Este tópico foi unanimidade entre os presentes como pode ser avaliado nas falas abaixo:

5.3.5.1. Subcategoria - reestruturação da rede de atenção:

Discute a definição dos níveis de complexidade de atenção, organização da atenção primária, investimento em prevenção e promoção de saúde;

[...] investimento em prevenção e promoção de saúde, deve ser uma prioridade, estamos a “reboque” em relação a outros países [...] organizar a atenção primária é prioridade, [...] devemos exigir também a capacitação de todos (MR7).

A prevenção e a promoção da saúde são de fato prioridades e vem sendo largamente discutidas no Brasil pelas escolas médicas e de pesquisa, apoiadas pela Política Nacional de Promoção da Saúde definido também no Pacto pela Saúde (2006).

5.3.5.2. Subcategoria - treinamento/capacitação:

É unanimidade entre os entrevistados, a capacitação de todos os profissionais que trabalham com urgências/emergências, como forma de ofertar melhores práticas a população para todos.

Temos que capacitar a todos, já!(MR5).

A gente finge que está tudo bem [...] precisamos exigir de todos os empregadores a capacitação, é um direito nosso, e um dever deles (MR7).

Os entrevistados pareciam animados em seguir compromissados em fazer da capacitação uma estratégia para melhores práticas das urgências/emergências.

5.3.5.3. Subcategoria - educação da população

As ações de esclarecimentos à população sobre as emergências/urgências (cursos, palestras, entrevistas com médicos especializados, dia nacional das urgências, etc) foi a base das falas desta seção.

As ações de esclarecimentos à população sobre as emergências e urgências, entre outras coisas, seria uma boa prática na busca da melhoria dos serviços. Isto é fácil de fazer.... , palestras nas escolas, cursos e assim vai (MR4).

[...] quem sabe, a educação da população pudesse ajudar a conter a superlotação nas portas dos hospitais, quem sabe? (MR2).

Tem Dia da Vacinação, dos Médicos, da Dengue, porque não podemos ter o Dia Nacional das Emergências? (MR1).

A sugestão do MR4 para a realização de palestras, já acontece de forma tímida em algumas empresas, porém são eventos pontuais, insuficiente ainda para promover qualquer mudança.

A observação feita pelo MR2, sobre a possibilidade da educação da população poder conter a superlotação nas portas de emergência, já foi assunto de discussão nos meios acadêmicos internacionais, porém, este fator apenas, não foi capaz de obter resultados satisfatórios, outros aspectos têm que ser considerados (DeSalvo, Rest, Knight, Nettleman & Freer, 2000).

A proposta do MR1 em se ter um dia especial para as emergências é interessante e poderia ser uma ferramenta de mobilização da população, da mídia e dos meios de comunicação em geral no sentido de trazer as urgências/emergências para a pauta de discussão.

[...] educar os usuários e treinar os profissionais de saúde, antes de tudo [...] isso não é obrigação, é dever (MR3).

A APH é uma atividade recente e por isso temos que participar mais dos encontros científicos internacionais e nacionais, trocar experiências. Não é barato, mas temos que investir em nós mesmos (MR6).

O “dever” destacado pelo MR3, está direcionado ao empregador, porém este deve ser compartilhado e entendido como um dever do empregado também. As ciências médicas em constante evolução exigem de seus profissionais o compromisso com atualização de novas condutas, com vistas a cumprir com um dos princípios hipocráticos mais básicos da medicina, o da beneficência e não maleficência.

O MR6 admite que o custo dos cursos seja alto, porém, não devem ser um impeditivo para se realizar a capacitação ou o treinamento. Deve – se considerar o custo moral e ético de se perder uma vida e as sanções legais desse ato.

[...] a internet facilita estes encontros [os encontros científicos citados pelo MR6] (MR1).

Não podemos dar desculpas, para não estudar mais, nossa atividade nos exige! (MR5).

Como se pode perceber as sugestões estão embasadas na educação tanto da população quanto dos profissionais como um fator preponderante para a melhoria dos serviços de saúde. Incluem-se aí aspectos de “dever”, uma necessidade maior que pode valer o investimento.

5.3.5.4. Subcategoria - Qualidade do atendimento

A qualidade do atendimento foi defendida por todos e a implementação de um processo de avaliação de desempenho dos profissionais e da instituição deveria ser uma prática comum.

[...] o treinamento e capacitação são importantes, mas a avaliação dos profissionais é ainda mais importante (MR8).

[...] treinamento e capacitação previstos na legislação são mandatórios para uma APH de qualidade, porém, concordo que deve ser avaliada permanentemente (MR1).

É muito importante o monitoramento sistemático e contínuo da atuação individual do servidor e institucional das entidades de lotação dos servidores, tendo como referência as metas globais e intermediárias dessas unidades. Neste sentido, o governo federal, instituiu uma Portaria ministerial recente, que propõe a avaliação de desempenho, como ferramenta de gestão para os serviços e servidores de saúde (Portaria GM/MS nº 3.627, 2010). Esta prática ainda não chegou a maioria dos hospitais e muito menos aos serviços de Emergência e a APH, mas, com certeza será uma contribuição para a melhoria dos serviços.

5.4. SÍNTESE DOS RESULTADOS

O tema foi muito bem recebido pelos MR, participantes da pesquisa, apesar de ser ainda novo e desconhecido por outros colegas e pela população em geral. Quer seja por falta de divulgação da atividade nos meios acadêmicos e sociais ou mesmo pela falta de reconhecimento da Medicina de Urgência como especialidade médica. Esta definiria os diferentes níveis de atua-

ção nas urgências/emergências, legitimando de fato, a regulação médica.

Como se pode observar os pressupostos testados na pesquisa envolvendo a relação entre a condição da organização/estrutura dos serviços e o exercício da regulação médica pode se dizer que foi estabelecida com as informações prestadas pelo grupo focal. Esta conexão permite relacionar diretamente uma adequada organização/estrutura dos serviços de saúde, em particular, os de emergência/urgência, com a melhor prática da regulação médica e estes por sua vez, diretamente com o acesso, a autonomia e a efetividade. Para um maior entendimento segue em síntese os resultados obtidos com a pesquisa, nessas associações.

5.4.1. Relação entre a organização e a estrutura dos serviços e a regulação médica

Apesar de ser observada no dia-a-dia dos profissionais e mesmo dos pacientes que utilizam os serviços de urgência e emergência, esta relação não tem sido amplamente discutida na literatura no contexto das organizações quer seja pública ou privada. Esta conexão foi bem determinada por todos os entrevistados. Estes reclamam de uma situação real que é a desorganização e a fragilidade estrutural da rede de atenção à saúde no país, principalmente na cidade do Rio de Janeiro. Não existem grandes diferenças organizacionais e estruturais entre os serviços públicos e privados. Os profissionais destacam principalmente as insuficiências nos setores de urgências/emergências hospitalares, com a falta crônica de leitos de alta complexidade (UTI). Assim como os poucos recursos (equipamentos, medicamentos, macas, ambulâncias, etc) encontrados em outros serviços como o SAMU, por exemplo. As UPA, apesar de avaliadas como melhores do ponto de vista estrutural não são capazes ainda de responder as suas reais necessidades. Por outro lado, as lacunas do Sistema, apontadas pelos entrevistados pode funcionar para alguns, como “bengala” na argumentação que serve para tentar encobrir a falta de capacitação e até mesmo de perfil para realizar este tipo de atenção. Também, os critérios de escolha dos profissionais e a capacitação/treinamento das equipes não estão de acordo com o preconizado na legislação vigente. As situações de urgências/emergências exigem respostas rápidas, não há tempo para dúvidas ou inseguranças. Nestes casos, frações de segundo podem significar a exata diferença entre a vida e a morte de um paciente.

As próximas relações estabeleceram a ligação da organização/estrutura dos serviços com os

atributos/competência da regulação (acesso, autonomia, efetividade) e estas com o exercício da regulação, através das entrevistas realizadas.

5.4.2. Relação da organização/estrutura dos serviços com o acesso e com o exercício da regulação

Esta relação ficou também bem evidenciada quando se observa a falta de hierarquização e de integração da **rede** cuja palavra neste caso, destoa do seu verdadeiro significado. As dificuldades no acesso ficam bem evidentes, pois, a indefinição quanto aos níveis de complexidade da atenção podem direcionar os clientes a entrarem no Sistema pela porta mais disponível e não pela mais adequada. Além disso, contribui em muito para a desigualdade neste tipo de atenção, quer seja por preterir situações de risco em casos de superlotação quer seja pela assistência ineficaz, levando a aumentar os indicadores de morbimortalidade. Como informado no estudo, os problemas para acessar os serviços de saúde como um todo, compromete sobremaneira um bom exercício da regulação médica.

Neste sentido, todos acreditam que os elementos fundamentais para melhorar o acesso as urgências são: a organização da AP e a regulação médica. Estes podem inclusive ajudar a diminuir a superlotação nos serviços emergenciais. A AP deve ser responsável por resolver todos os casos de baixa complexidade e ser de fato a porta de entrada no Sistema, como preconizado pelo MS.

A crise do financiamento da saúde brasileira foi também considerada como um fator de dificuldade para organizar/estruturar e acessar os serviços. Esta foi sinalizada pelas verbas insuficientes e pela indefinição das políticas, agravada pelo apoio financeiro do SUS ao sistema privado, principalmente nos procedimentos de maior custo.

5.4.3. Relação da organização/estrutura dos serviços com a autonomia e com o exercício da regulação

A autonomia na regulação, apesar de ser contemplada pela legislação foi apontada como de difícil exercício, por conta da interferência de outros agentes (políticos ou não) e também pela falta de protocolos consensuados que poderiam sistematizar as ações, facilitando o comando

na Central. Além disso o conceito de “vaga zero”, que poderia ser um facilitador nos casos de emergência absoluta ou risco de morte, não são obedecidos e permanentemente desautorizados pelos gestores hospitalares. Estes usam a falta de leitos ou a ineficiência da própria estrutura nas recusas. Os pacientes como citado ficam de porta em porta, gerando conflitos entre os envolvidos. A função médica reguladora (gestora) fica totalmente descaracterizada sem a autonomia.

5.4.4. Relação da organização/estrutura dos serviços com a efetividade e com o exercício da regulação

Como proposto por Ferreira (2001) a efetividade na saúde pode ser representada, entre outros, por indicadores epidemiológicos, tais como: mortalidade, morbidade e fatores de risco. Logo, quanto maiores estes indicadores, menos efetiva foi uma determinada assistência ou ação de saúde. Como percebido nas falas dos entrevistados, a efetividade está seriamente comprometida quer seja pela inadequada organização/estruturação dos serviços ou pela impossibilidade da regulação médica cumprir com o seu papel de ordenador do Sistema.

Todos os problemas apontados causam enormes conflitos entre todos os envolvidos no processo (gestores, profissionais, pacientes e familiares), desabonando a prática da regulação, principalmente como um instrumento de ordenação, monitorização e controle dos atendimentos emergenciais.

Outras informações relevantes foram detectadas na aplicação do questionário semi- estruturado, contribuindo para um maior conhecimento do perfil dos MR, alicerçando também as relações propostas. Neste sentido, pode se observar o equilíbrio entre as faixas etárias e o sexo dos entrevistados e a variedade de especialistas atuando na regulação. Esta diversidade serve para a construção de protocolos clínicos que como sugerido, serviriam para sistematizar condutas, evitando menos a intervenção de terceiros. A experiência dos informantes foi maior na área da medicina intervencionista (técnica) do que na regulação (técnica /gestora) e um apenas desse grupo foi capacitado para atuar em CRUE. Esta deficiência implica diretamente no processo de trabalho e na organização do serviço, como um todo. Apesar da falta de capacitação a grande maioria se sente **apto** e com perfil gestor/técnico para o desempenho da função, afirmando usar plenamente **suas atribuições legais**. É interessante ressaltar que esse mesmo

grupo, numa outra questão aponta a "pouca ou nenhuma autonomia", como um obstáculo ao exercício da função de MR. O uso pleno das atribuições legais implica em usar toda a competência gestora/técnica e esta engloba o exercício da autonomia médica. Como visto, estas respostas controversas são vistas também nas falas dos participantes do grupo focal que representam mais da metade de todos os participantes na pesquisa. Estes indicam a capacitação como uma necessidade para todos os envolvidos na APH e reclamam da fragilidade na autonomia gestora, se contrapondo claramente as respostas: **apto e plenamente suas atribuições legais**. Talvez esta autopercepção positiva ao evidenciar a real atribuição médica reguladora esteja relacionada a uma ação defensiva frente ao caos da saúde na cidade do Rio de Janeiro.

Finalmente os MR apontaram a reestruturação da rede, a prevenção e promoção de saúde, a educação da população e dos profissionais, a capacitação e a avaliação de desempenho dos profissionais de urgência e emergência, como fatores preponderantes de melhoria na APH e consequentemente na regulação médica.

A confirmação empírica das ligações reforça a posição da pesquisa que realça a importância da organização/estruturação dos serviços para o sucesso da regulação médica.

Neste capítulo foram apresentados e discutidos os principais resultados obtidos na análise qualitativa (questionário semi - estruturado e grupo focal) e uma síntese dos resultados com destaque para a confirmação dos pressupostos, evidenciados na relação proposta no capítulo 3. Também foi explicitado o contexto local, com vistas a conhecer o município estudado e a sua rede de atenção a saúde. No próximo capítulo, para a finalização desse estudo, apresenta-se uma visão sintética dos principais pontos analisados nos capítulos anteriores e retira-se um de conclusões sobre os objetivos estabelecidos, os pressupostos formulados e os resultados alcançados. Evidencia-se, também, as limitações encontradas e, por último, fornece - se algumas pistas para trabalhos de investigação futuros.

CAPÍTULO 6

CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES

Gestão de central de regulação de urgências e emergências:

Possibilidades e dificuldades da regulação médica no município do Rio de Janeiro

6. CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES

A presente investigação teve como objetivo fundamental contribuir para uma melhor compreensão do trabalho da regulação das urgências/emergências na situação atual de organização do sistema de saúde no Rio de Janeiro, apresentando alguns dos efeitos/consequências desta relação.

Especificamente, o foco de atenção é colocado nas ligações entre a organização/estrutura, as atribuições/competências e a regulação médica. Como já foram referidas, as relações entre estes elementos foram consideradas prioridades de investigação, com vistas a entender as dificuldades e as possibilidades no gerenciamento das urgências/emergências e, de forma menos abrangente das organizações de saúde. Como finalização do estudo, neste último capítulo, apresenta-se uma visão sintética dos principais pontos analisados nos capítulos anteriores e expõem-se as principais conclusões obtidas a partir dos objetivos estabelecidos, das questões de pesquisa efetuadas, dos pressupostos formulados e dos resultados empíricos obtidos (seção 5.1). Em seguida, descreve - se as contribuições deste estudo ao nível teórico e tece - se considerações quanto às suas implicações para os MR, gestores do processo (seção 5.2). Finalmente, apresenta - se algumas das limitações inerentes a pesquisa, e sugerem-se propostas para investigações futuras (seção 5.3).

6.1. CONCLUSÕES GERAIS E DISCUSSÃO

Através do referencial teórico (Capítulo 1); da proposta de uma relação e da contextualização de seus pressupostos (Capítulo 2); da metodologia escolhida (Capítulo 3) e da análise qualitativa realizada em um grupo de MR (Capítulo 4) pode – se avaliar até que ponto este trabalho atingiu os objetivos definidos e respondeu às questões apresentadas na introdução.

Nesta seção, apresenta-se e discute - se as principais conclusões gerais, concernentes à revisão da literatura e aos resultados empíricos obtidos.

6.1.1. Conclusões sobre a revisão da literatura

Como se estabeleceu no capítulo da introdução deste trabalho, a questão central desta pesquisa relaciona-se com a análise das condições organizacionais e estruturais dos serviços de saúde, estudando alguns dos seus efeitos/resultados no exercício da regulação das urgências/emergências.

O capítulo 1 abarca o referencial teórico que sustenta a investigação, realçando em cada subseção os conceitos associados à relação que se propõe para compreensão do tema. Em linhas gerais esta revisão será brevemente discutida destacando – se os aspectos mais relevantes e pertinentes ao estudo.

6.1.2. Síntese sobre a temática associada ao conceito de regulação da saúde, suas estratégias e seu papel no Brasil

Constatou-se que as ideias relacionadas com a regulação da saúde têm atributos econômicos, financeiros, culturais, políticos, sociais, administrativos e legais, como observado por vários autores (Arretche 2003; Barreto, 2004, Chinitz, 2002, etc.) e algumas instituições (MS, 2003 e OMS, 2002). Esta última ao definir a regulação da assistência como, um instrumento que ordena, orienta e define a atenção à saúde com base no social e no coletivo, busca implicitamente garantir a sua integralidade e a equidade do acesso. Logo, os serviços de saúde devem ser protegidos pelo governo e a regulação assegurada para uma melhor qualidade dos cuidados de saúde (Dobalian & Asubonteng, 1998).

A legislação brasileira considera a regulação assistencial como uma diretriz, determinando a forma de financiamento, seus princípios orientadores, estruturas regulatórias, definição de metas e responsabilidades gestoras, sugerindo o CR, como estratégia para regular as ofertas e as demandas de saúde. Este é formado inicialmente por diferentes Centrais de Regulação (Urgências, Internações, Consultas e Exames). É possível trabalhar também com Centrais específicas que atuam em um universo menor de procedimentos. Porém todas devem estruturar a relação entre os vários serviços (ambulatorial ou hospitalar) formando uma rede de atenção e qualificando o fluxo dos pacientes no Sistema, de acordo com as necessidades reais de saúde, acompanhando a sua solução (MS, 2005; NOAS, 2002; Portaria GM/MS nº 399, 2006).

Para que os Complexos possam cumprir de fato com o seu papel de intermediação no acesso à saúde e na garantia dos fluxos na rede assistencial, precisam da efetiva regionalização e hierarquização dos serviços, além da devida pactuação entre o público e o privado (NOAS, 2002).

Como visto na literatura o cenário da regulação é complexo, depende de vários fatores (hierarquização, regionalização, pactuação) e sujeitos (Estado, trabalhadores, clientes) caracterizando um sistema de forças e de relações, às vezes contraditório e que pode gerar conflitos, interferindo diretamente nos resultados das ações das Centrais. Neste sentido, a presente investigação identificou que a ausência de um sistema hierarquizado, regionalizado, devidamente articulado é um obstáculo a solução das demandas que chegam a CRUE. Corroborando com a relação proposta, na qual a estrutura organizacional interfere diretamente no desempenho da regulação.

6.1.3. Síntese sobre a temática associada ao conceito de urgências/emergências, formação do SUS e a gestão de saúde e das urgências/emergências no Sistema e a sua organização

Estes temas foram pesquisados na literatura com vistas a contextualizar as urgências/emergências, no Sistema, estudando seus diferentes conceitos, formas de gestão e organização dos serviços.

A conceituação de urgência e emergência encontrada é abrangente e de alguma forma vaga e pouco funcional. Talvez seja por isso, confundida frequentemente pelo público e algumas vezes por profissionais da saúde. Além disso, está condicionada a constatação médica, como preconizado no Conselho de Classe brasileiro (CFM, 1995). Isto de alguma forma pode levar a equívocos, por estar vinculada a subjetividade e experiências de um único profissional. O uso de protocolos clínicos previamente consensuados e normatizados deve ser estimulado nos serviços de urgências/emergências em geral e em particular na CRUE. Essas observações foram bem evidenciadas neste estudo e sugeridas como pontos de melhoria na organização dos serviços através da educação sobre urgências/emergências e da elaboração de protocolos consensuados.

O intuito de pesquisar na literatura a Reforma Sanitária e a concretização do SUS foi de permitir uma maior compreensão da dimensão social da saúde brasileira e da sua concepção como um direito. Situando a regulação e as Centrais, neste cenário, como intermediadores do acesso igualitário, preconizado pela Constituição do Brasil. Este estudo revelou a morosidade com que este direito sai do papel, porém sinalizou que com uma efetiva participação dos governos e da sociedade como um todo, pode-se alcançar o SUS que todo cidadão brasileiro herdou como um bem de direito.

Os estudos sobre a gestão dos serviços de saúde no SUS revelaram que o modelo de descentralização (municipalização autárquica) proposto pela legislação é diferente de outros países (regionalização autárquica) (Mendes e Pestana, 2004; Rodrigues e Santos, 2008). Para estes autores os municípios deveriam ficar apenas responsáveis pela AP, e o Estado é quem deveria responder pelos serviços e ações de saúde. Isto pode ser entendido como um fator de dificuldade para se organizar a saúde. Além disso, segundo Bengoa (2001) e o próprio MS (2005) para se operar sistemas de serviços de saúde com eficiência e qualidade, é necessário, uma escala mínima populacional (100 a 150 mil pessoas). Só a partir desta base populacional, os Sistemas poderiam operar bem e ratear adequadamente os riscos. Nesta visão, o Brasil por possuir 5565 municípios e a grande maioria ter menos de 20 mil habitantes e outra boa parcela ter menos de 5 mil, a implantação de serviços de saúde, fica seriamente comprometida. Principalmente os que utilizam recursos tecnológicos de ponta, como os serviços de urgências/emergências. Por conta disso o MS sugeriu a realização de consórcios intermunicipais com a finalidade de otimizar os recursos. Estas associações positivas para a APH e para as Centrais existem entre os municípios limítrofes com o Rio de Janeiro, porém, a pesquisa revelou que os problemas destas redes se refletem na superlotação dos serviços emergenciais da cidade. Até porque, como observado por Ludwig (2000) os pacientes procuram as emergências, independente da gravidade clínica, pois, não encontram apoio na AP, além da ausência de hierarquia na organização dos serviços e a desproporção entre demanda de pacientes e oferta de serviços.

Para a organização dos serviços de urgências e emergências, a Portaria GM/MS nº 2048 (2002) afirma que é competência dos Estados, porém, não diz quem deve regular. Da mesma forma, a Portaria GM/MS nº 2.657 (2004) ao definir as atribuições e as diretrizes das Centrais de Regulação Médica de Urgências, não estabelece com precisão também a responsabilidade da regulação. Estes impasses comprometem a autonomia da regulação que é revelada na pes-

quisa, como um nó para o exercício da função.

Alguns trabalhos pesquisados apontaram as graves deficiências organizacionais da saúde brasileira, em particular das urgências/emergências (BIRD, 2006; Novaes, 1990; Reis, 2003), citando entre outros aspectos, os profissionais pouco produtivos e os que são indicados por critérios políticos. Estes últimos definem a prática do nepotismo e do clientelismo citadas por Banfield, (1958) e por Nunes (2010), ainda em vigor no país. Todas estas dificuldades são muito familiares para quem conhece a realidade do SUS que se mantém ainda com diversos problemas. Isso é observado pela ampla repercussão nos meios de comunicação e pelos resultados obtidos nesta tese. Estes comprovam as insuficiências organizacionais e estruturais da assistência e o quanto esta situação pode interferir na regulação.

6.1.4. Síntese sobre a temática associada ao sistema SAMU, a Central de Regulação de Urgências e a sua gestão.

A literatura pesquisada mostrou que o sistema SAMU originou-se na França nos anos 60 e através de um acordo de cooperação foi introduzido no Brasil na década de 90. Responsável pela coordenação das urgências/emergências é considerado no país, como um divisor de águas neste tipo de assistência. Pelo fato de propor um modelo com participação efetiva do médico, tanto no atendimento direto aos doentes no local da ocorrência, como também na Central de Operações, promove assim a regulação médica do Sistema, ou seja, o início efetivo do exercício da telemedicina (Ferreira, 1999; Giroud, 2006; Martinez-Almoyna & Nitschke, 2000). A partir daí o governo elaborou Portarias ministeriais GM/MS nº 2048 (2002) e GM/MS nº1864 (2003) que definiram os conceitos e a forma de operacionalização do modelo. Apesar de algumas indefinições, estas consideram, no seu centro, os temas inter-relacionados: as atribuições e competências de todos os profissionais e a gestão do processo pela CRUE. Nesse contexto, determina-se entre outros, a promoção do acesso, a autonomia do MR e a efetividade da regulação médica.

Através de alguns autores, como por exemplo: Minayo e Deslandes (2007), O'Dwyer, Konder, Machado, Alves, C. P. e Alves, R. P. (2013) o SAMU em todo o Brasil vem sendo analisado e as suas dificuldades expostas, no sentido de provocar mudanças. Estas já foram percebidas como uma necessidade, culminando com a elaboração de um documento pelo MS com

propostas de melhorias importantes para este setor (MS, 2012). Estas informações demonstram a preocupação do governo em dar respostas às frequentes crises, porém, estas medidas ainda não foram colocadas em prática. Como se pode ver nos resultados obtidos nesta investigação, onde as queixas dos entrevistados vêm na contramão das medidas pretendidas.

A CRUE e o seu processo de trabalho foi estudado ao longo da pesquisa e é contemplado também com uma Portaria ministerial (GM/MS nº 2657, 2004) que determina seu escopo e sua estrutura organizacional. Este documento serviu como base para o conhecimento do que é normatizado e o que de fato existe hoje nas Centrais, através da visão dos MR. Especificamente no tocante a gestão da regulação, a abordagem do acesso aos serviços, da autonomia médica e da efetividade da função foram amplamente discutidas do ponto de vista conceitual e relacionadas diretamente com o exercício da regulação no município estudado. Esta ligação foi um veículo essencial para a compreensão das reais dificuldades e possibilidades da regulação médica das urgências e emergências, como ficou comprovado na experiência dos informantes pesquisados. Na próxima seção a conclusão sobre esta relação será exposta mais detalhadamente.

6.1.5. Conclusões sobre a relação proposta

Depois de estabelecida a base teórica dos conceitos do estudo, e tendo em conta as questões chave desta investigação, estabeleceu-se um conjunto de sete pressupostos que resultou num esquema representativo das relações entre organização/estrutura dos serviços de saúde, acesso, autonomia, efetividade e exercício da regulação médica. Através da proposta de uma relação entre estes elementos, testou-se empiricamente:

- 1) O efeito positivo direto da organização/estrutura dos serviços na regulação médica (P1);
- 2) O efeito positivo direto da organização/estrutura no acesso aos serviços, na autonomia, e na efetividade da regulação (P2, P3 e P4);
- 3) O efeito positivo desses atributos diretamente no exercício da regulação (P5, P6 e P7).

A análise dos pressupostos, possibilitado pela análise qualitativa de natureza exploratória foi precedida de um questionário semi estruturado e complementado por um grupo focal. Ou seja o desenvolvimento desta relação contou com informantes-chave que foram entrevistados, no

sentido de comentarem as proposições teóricas, avaliando até que ponto as suas atividades correntes e as tendências da área encontram paralelo nessas teorias.

Todas as proposições teóricas da relação foram consideradas relevantes e pertinentes no setor em análise. Retratam-se, agora, brevemente, as principais conclusões relativas a esta temática:

O primeiro pressuposto (P1) foi discutido exaustivamente pelo grupo focal e pode ser de fato estabelecida uma relação como já esclarecida na seção 4.1 que trata da síntese dos resultados. Conclui-se então que as condições organizacionais e estruturais dos serviços de saúde interferem com a função da regulação médica determinando os melhores ou piores resultados. Estes resultados podem impactar positiva ou negativamente os indicadores de saúde da população e podem ajudar a definir políticas públicas mais efetivas. Os outros pressupostos (P2, P3, P4) que relacionam os atributos/competências (acesso, autonomia, efetividade) com a organização dos serviços e esses primeiros com o trabalho de regulação (P5, P6, P7) também já citados na seção 4.1 foram explicados na pesquisa com os informantes. Como analisado em todo o grupo focal, a capacidade destes componentes de se articular entre si, intercambiando ora, conceitos e necessidades, ora atividades e ações foi de extrema valia no entendimento das duas questões formuladas neste estudo: **Como o nível de estruturação e organização da rede de saúde afeta as condições do exercício da regulação médica de urgências/emergências no sistema de saúde do Rio de Janeiro? E como é que os MR percebem a interferência sobre o seu trabalho, dessa situação de estruturação e organização da rede de saúde?** Não foi considerando, apenas o aspecto de levantar as dificuldades e possibilidades da gestão na Central, mas num enfoque mais abrangente, refletir a respeito da regulação médica como uma ferramenta de efetivo controle das urgências/emergências.

Como conclusão geral sobre a relação proposta no estudo, as respostas obtidas estavam em consonância com esta ligação observando de fato uma proximidade entre a representação teórica e a realidade expressa pelos dados recolhidos. Pode - se dizer, de forma geral, que se comprovaram as expectativas iniciais da pesquisa.

6.2. CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

Por ser uma importante fonte de novos conhecimentos, qualquer investigação tem como pretensão básica oferecer uma contribuição válida em termos dos desenvolvimentos teóricos na

área estudada, no caso as urgências e emergências. Assim como no âmbito dos profissionais do setor, os médicos. Esta seção responde a esta pretensão. Assim, as contribuições deste estudo podem ser agrupadas de acordo com os benefícios resultantes para a teoria (área de atuação) e para a prática (médicos que atuam nas CRUE).

6.2.1. Contribuições para a teoria

Nesta investigação, pretendeu-se dar um contributo importante para o desenvolvimento teórico da disciplina de urgências/emergências. De fato, considera-se que este desafio foi alcançado quando se conseguiu integrar as condições da organização e estruturação dos serviços de saúde, em particular os de urgências/emergências com o pleno exercício da regulação médica nas CRUE. Também ao demonstrar empiricamente a conexão entre os atributos/competência da regulação com a organização dos serviços e com a atividade de regulação. Dada a importância destas conexões e de como elas interferem no desempenho da saúde, estratégias de ação podem ser desenhadas e geridas para apoiar esta orientação e despertar o interesse, tanto da academia como dos gestores. Além disso, ao se considerar que a implementação de medidas para a melhoria das urgências/emergências podem vir dos dados encontrados nesta pesquisa, reflete também, uma contribuição acadêmica, na medida em que a literatura é concorde à insuficiência de estudos que abordam o tema pesquisado.

Outra contribuição refere-se aos perfis dos MR e quais as suas relações com a atividade de regulação. De acordo com os resultados dos questionários foi possível identificar a carência de critérios na admissão dos profissionais e a falta de conhecimentos da maioria deles, no processo de trabalho da CRUE. Apesar destes dados não estarem nesta tese, relacionados diretamente com o desempenho na função, sugere - se um estudo adicional para um maior conhecimento destes profissionais. Por outro lado, esta pesquisa forneceu conhecimentos suplementares sobre as reais condições dos serviços públicos e privados, evidenciando que estes últimos, contrariamente ao que se esperava não são tão melhores do que os públicos. Além ainda de abordar o segmento das emergências privadas (APH e serviços emergenciais), tema não encontrado na literatura pesquisada. Esta tarefa é complexa e desafiante, pois, trata-se de um setor lucrativo, em que as relações de trabalho são muito diferentes das praticadas na área pública. Desde a forma de contratação dos profissionais até a forma de operacionalizar os serviços, perpassando pela intrínseca relação dos clientes com os planos. Onde por participa-

rem diretamente com os recursos financeiros na aquisição do direito ao uso do serviço, influenciam na melhoria das condições organizacionais, exigindo maior qualidade.

Mais uma outra contribuição importante foi constatar que o clientelismo e o nepotismo ainda é uma realidade e que apesar do município ser um dos mais desenvolvidos do país, ainda tem pessoas na sua sociedade, cujo maior interesse é atender suas necessidades pessoais sem pensar no coletivo. Com certeza uma melhor compreensão das consequências desta cultura, no gerenciamento das urgências foi conseguida e poderá servir de objeto de reflexão para mudar este *status quo*.

Como visto na seção 4.1, a confirmação de todos os pressupostos, no contexto da saúde na cidade do Rio de Janeiro tanto nas CRUE pública, como nas privadas é uma das principais contribuições para o desenvolvimento da teoria. Estudos anteriores sobre a regulação das urgências/emergências têm sido, principalmente, desenvolvidos no âmbito do setor público. Contudo, tem sido reconhecida a importância e a necessidade de realização de mais pesquisas sobre a organização/estrutura dos serviços de saúde e seus efeitos/consequências em diferentes cenários, e tipos de organizações. Portanto, ao se fornecerem evidências empíricas sobre o tema, além da gestão médica no setor privado pode-se concorrer de forma útil, para a literatura existente sobre a regulação das urgências na área pública. Por outro lado, a aplicação específica da regulação médica nas Centrais é uma área emergente na qual pesquisas adicionais são reconhecidamente necessárias. Assim, os conceitos investigados são úteis e a relação proposta tem capacidade explicativa da realidade no gerenciamento de demandas pelas CRUE.

6.2.2. *Implicações para os gestores públicos e privados*

Os resultados desta tese detêm implicações importantes para os gestores que atuam tanto no setor público como no privado e para os decisores políticos. Em primeiro lugar, devido a ambientes conflituosos, complexos e em constante mudança, como as organizações públicas que em todos os níveis (especialmente a saúde) estão de forma progressiva sendo pressionadas a reexaminarem as suas operações. No sentido de se focarem na eficiência e eficácia, com atenção à transparência e a consciência das necessidades e procuras dos clientes/cidadãos. Estes fatos aproximaram o Estado da saúde através de um Decreto que aborda de modo mais explícito a organização e o planejamento do SUS, com o objetivo de colocar o cliente/usuário no centro das suas atividades (Decreto nº 7508, 2011). Nesta mesma linha, o setor privado, tam-

bém está revendo as suas ações e reformando a sua operação. Porém, é importante ressaltar que os seus clientes parecem exercer uma pressão maior sobre os gestores, porque as soluções aparecem mais rapidamente. Talvez porque pagam diretamente pelo serviço ou acessam os órgãos de defesa do consumidor com mais frequência, ou mesmo porque o setor é regulado pela ANS que prevê sanções ao descumprimento de qualquer cláusula nos contratos privados de saúde.

A presente investigação mostrou a relevância da organização e estrutura dos serviços no trabalho de regulação médica, no que tange, ao acesso aos serviços, a autonomia médica e a efetividade do processo. De fato, a organização e estruturação da saúde para a prestação de serviços é útil para os gestores, públicos ou privados. No intuito, de dirigirem os seus esforços para implementar ou mesmo implantar ações e atividades direcionadas para as reais necessidades dos clientes, definindo políticas efetivas para a solução dos problemas. E promover comportamentos solidários e responsáveis para com os cidadãos. Neste contexto, os municípios interessados em melhorar o seu desempenho na saúde como um todo, devem instituir as medidas adequadas para as melhorias em suas instituições ou empresas. Os gestores devem reconhecer a importância de dedicar recursos que assegurem as melhores condições da saúde em geral, e no caso das urgências, nas suas fases: pré – hospitalar e hospitalar.

Em segundo lugar, dado que os resultados deste estudo demonstram uma relação direta entre a organização/estrutura com a regulação médica, é crucial que os gestores reconheçam a natureza complementar destes dois elementos. Para a concretização de objetivos devem apreciar a importância da adoção de uma rede articulada e hierarquizada de serviços. Principalmente reforçando a AP e enfatizando a sua importância como porta de entrada do Sistema. Em última análise, apoiando de forma especial as CRUE, para reconhecer seu papel de observatório da saúde e ordenador da atenção. Desta forma, garantindo o acesso, valorizando a autonomia médica e colaborando para a efetividade do trabalho na Central.

Por último, dado que as condições dos serviços implicam na solução ou não das demandas e estas influenciam diretamente na satisfação dos profissionais e dos clientes/usuários. Os gestores poderão elaborar estratégias para uma melhor gestão, com vistas a alcançar o bem-estar e o comprometimento dos seus membros e também satisfazer de forma plena e justa os cidadãos atendidos. Este é um tema especialmente relevante para o setor privado que tem clientes com um nível maior de cobrança e exigência, proporcionais à percepção de qualidade dos

serviços.

Em síntese, do ponto de vista dos gestores, este trabalho pretendeu fornecer uma maior compreensão das condições organizacionais dos serviços de saúde, em particular, os de urgência. Principalmente no que diz respeito, as CRUE, seu processo de trabalho, seus profissionais com as suas atribuições/competências, bem como estes se interrelacionam. A compreensão ou domínio deste processo fornece importantes informações práticas de gestão para este tipo de cuidado.

6.3. LIMITAÇÕES DO ESTUDO E PROPOSTAS DE INVESTIGAÇÃO

Aqui, como em todos os estudos investigativos, existem limitações, quer em termos das questões teóricas colocadas quer nos aspectos metodológicos. Tais limitações podem servir como estímulo para o desenvolvimento de futuras pesquisas. Neste contexto, referem-se as limitações e pistas, para estes trabalhos:

- ✓ A coleta da informação foi feita apenas a nível institucional, tendo como unidade de análise as percepções dos MR. Ou seja, foi solicitado a estes profissionais, alvo deste estudo, que expressassem a sua opinião sobre a sua atividade frente as condições atuais dos serviços de saúde da sua cidade (Rio de Janeiro). A atividade desses médicos se relaciona diretamente em promover o acesso ao serviço, em alcançar a efetividade e a desenvolver a autonomia médica. Ora, sendo que essa será uma abordagem apropriada para entender objetivamente a visão desses profissionais sobre as suas atribuições.

A efetividade do serviço e a própria autonomia são conceitos dependentes praticamente deste olhar objetivo. Porém, a avaliação do acesso somente pelos médicos sem a opinião do usuário/cliente, poderá ser insuficiente, pois, este dado incorpora um aspecto subjetivo, pois, depende também de quem acessa o serviço. Esta ideia tem entre outras, como exemplo, os meios que cada um tem para chegar até o local assim como a distância que tem que percorrer para tal. Logo as condições, dificuldades e possibilidades dos clientes/usuários, desconhecidas pelos MR deverão ser também considera-

das. No caso, as percepções dos clientes/usuários sobre o acesso, não foi possível, devido a restrições temporais e elevados recursos exigidos para o cumprimento da tarefa. Sendo assim, seria extremamente importante que estudos futuros considerassem informações relacionadas a assuntos que também dizem respeito aos que utilizam o serviço. Não, no sentido de comparar as opiniões, mas sim de estabelecer um contraponto entre as partes interessadas (clientes e profissionais) e poder desta maneira, conhecer melhor o problema.

- ✓ Outra limitação está associada ao motivo de se apresentar uma relação ao invés de um modelo, uma relação mais estruturada. Na verdade pensava-se inicialmente em propor um modelo teórico. Por que o estudo tem o foco em questões estratégicas que são determinantes para o exercício da regulação médica das urgências/emergências. Porém, não se encontrou muitos trabalhos que pudessem subsidiar na acepção da palavra, um modelo. Apesar dos estudos, expressarem conceitos bem definidos (*constructs*) sobre o tema, um dos requisitos sugerido por Kline (2005), para se criar um modelo teórico. Desta forma, estes constructos serviram para obter uma representação da realidade, estabelecendo-se apenas uma relação que deve ser mais tarde aprofundada para se tornar de fato um modelo teórico. Ainda neste contexto, sugere-se o desenvolvimento e teste de modelos alternativos (técnico-assistenciais) e a consequente comparação com a relação apresentada.
- ✓ Apesar do sucesso da gestão da regulação estar relacionado com um maior nível de organização e estruturação dos serviços e mais outras duas variáveis (desenvolvimento socioeconômico mais avançado e cultura política social e participativa), como proposto por vários autores, no estudo do desempenho institucional, o trabalho limitou-se apenas a primeira, para explicar a *performance* desta atividade na Central de Regulação. Futuros estudos, reconhecendo a natureza multidimensional do desempenho das instituições, em particular, as de saúde, poderiam considerar outro conjunto de determinantes para explicar a gestão da regulação médica das urgências e emergências.
- ✓ Outra limitação desta tese refere-se à forma de obtenção dos dados para testar a relação e os pressupostos subjacentes. O tipo de estudo inerente a esta pesquisa foi o estudo de corte transversal. A escolha de um estudo do tipo de corte transversal apresenta, entre outras, a limitação de ser impossível controlar a variável tempo e a sua influência

sobre os *constructos* e as suas inter-relações. Por outro lado, o fato de se avaliar todos os conceitos num mesmo momento de tempo pode levar a uma interpretação equivocada de uma correlação como sendo uma causalidade. Sendo a orientação/estruturação dos serviços, a autonomia, o acesso, a efetividade, e o exercício da regulação, conceitos dinâmicos, que envolvem elementos temporais e que podem ser mais bem compreendidos num período de tempo mais extenso, a utilização de um tipo de estudo longitudinal seria bastante apropriado para pesquisas com esse objetivo. Tendo em consideração as restrições de tempo e de recursos logísticos, foi apenas possível e viável, utilizar a entrevista de corte transversal; contudo, investigações futuras, a partir de um *design* longitudinal, são recomendadas.

- ✓ A estrutura e o tamanho da amostra constituem-se em outra limitação deste estudo. Em termos de estrutura, esta investigação restringiu-se as CRUE da cidade do Rio de Janeiro, privadas e pública. Apesar, dessa abordagem, permitir uma compreensão mais profunda das relações sob investigação (devido à homogeneidade das respostas), qualquer generalização para outras regiões, deverá ser feita com cuidados. Até porque não se avaliou todos os MR que atuam na cidade. Inclusive este número é formalmente desconhecido. Sendo evidenciado na pesquisa, um número estimado pela autora, que foi levantado em visita da mesma as Centrais de Regulação, pública e algumas privadas. É necessário, portanto, ter alguma cautela na generalização dos resultados. Por outro lado, a dimensão da amostra é relativamente pequena se comparada ao que seria desejável para formar uma opinião mais abalizada. Neste contexto, sugere-se a realização de novos estudos aplicados à mesma população – alvo, mas, com uma amostra maior, utilizando um procedimento de coleta de dados aleatório, de forma a confirmar rigorosamente a validação da relação proposta. Para comparação e confirmação e ajustamento desta, sugere-se a sua replicação em outras áreas da urgência, tais como os hospitais que possuem serviços de urgência e emergência, ou mesmo as UPA e o PS que atuam diretamente com este tipo de assistência. Sugere – se também estudos em outros municípios e até mesmo em outros estados.
- ✓ Por fim, uma limitação relativa aos componentes presentes na relação deve ser referida, uma vez que existe a possibilidade de explicação relacionada a outras, não incluídas nesta relação. Através da realização de novas pesquisas, no âmbito do mesmo problema em estudo poderiam identificar-se novos elementos, como por exemplo: moti-

vação e comprometimento dos funcionários, superlotação dos serviços, etc..É relevante referir que seria interessante que novos estudos analisassem, por um lado, os impactos da organização/estruturação dos serviços de saúde no acesso aos serviços, na autonomia médica e na efetividade da regulação. E, por outro, a influência entre a presença desses atributos relacionados com o trabalho e o desenvolvimento da função de MR. Considera-se que estas duas vertentes permitiriam contribuir para os avanços na área de estudo sobre os antecedentes e consequências destas orientações estratégicas.

Como conclusão final, pode se dizer que se procurou desenvolver uma relação, que possibilitasse entender as dificuldades e possibilidades de se gerenciar o fluxo de demandas de urgências/emergências em instituições privadas e pública, no município do Rio de Janeiro, observando alguns desses efeitos nos clientes-usuários.

Os fenômenos tratados aqui, através da proposta de estabelecer uma relação entre as condições organizacionais e o exercício de uma determinada função, são, por natureza complexos; logo, a sua compreensão passa pelo empenho sistemático no desenvolvimento de pesquisas adicionais, as quais se revelam fundamentais face à carência de estudos que tratam este tema no Brasil e em outros países, Por isso, espera-se que, no futuro, este estudo estimule mais investigações sobre esta área emergente.

O esforço subjacente à realização desta tese será plenamente recompensado se as matérias aqui tratadas desafiarem outros investigadores a aprofundar as questões levantadas ou, mesmo, a dar origem a outras mais pertinentes. Também os estudos posteriores que focassem na definição precisa das atribuições dos MR e na necessidade de diretrizes clínicas e protocolos específicos, poderiam contribuir para os avanços da organização na atenção de urgências nos setores públicos e privados. Assim como, na definição de parâmetros para a formação médica e a especialização na área de medicina de urgência.

Com certeza não se alcançou ainda o SUS da Constituinte, desejado por todos os brasileiros e nem tampouco se conseguiu um Sistema paralelo (Sistema privado), capaz de atender as necessidades dos clientes/cidadãos. Muito se tem a caminhar, para mudar o cenário atual da saúde no país e no Rio de Janeiro, principalmente no que tange as urgências/emergências. O grande desafio para os profissionais e gestores desta área, possíveis agentes da mudança, é ter

a consciência da importância e urgência no gerenciamento e tratamento destas questões. É importante saber administrar o que nos cabe neste universo mutável, pois como sentenciou o filósofo Heráclito⁶⁷: "Não há nada permanente, exceto a mudança".

⁶⁷ Heráclito de Éfeso (540AC – 470 AC) em Éfeso na Jônia, filósofo pré-socrático, recebeu o nome de “pai da dialética”. Problematisa a questão da mudança. Recuperado em 30 de janeiro de 2013 de www.mundodosfilosofos.com.br.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Gestão de central de regulação de urgências e emergências:

Possibilidades e dificuldades da regulação médica no município do Rio de Janeiro

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração em família: nepotismo avança no Brasil (2013,04 de janeiro). Colaboraram Efrém Ribeiro e Paula Litaiff. *O Globo*, p. 10
- Agência Nacional de Saúde [ANS] (2011). *Cadernos de Saúde Suplementar*. Brasília/DF: Recuperado em 13 de fevereiro de 2012 de <http://w.w.w.ans.gov.br/index>.
- Albuquerque, M. M. (1981). *Pequena história da formação social brasileira* (2ª ed., p.728). Rio de Janeiro: Graal.
- Almond, G. A. & Verba, S. (1989). *The civic culture: political attitudes and democracy in five nations*, p.392. SAGE Publications. Recuperado em 10 de janeiro de 2012 de http://books.google.com.br/books/about/Thecivicculture.html?id=J93o05MH3v8C&redir_esc=y.
- Andrade, L. O. M. (2001). SUS passo a passo: normas, gestão e financiamento. São Paulo: Hucitec.
- Appleton J.V. (1995) Analysing qualitative interview data - addressing issues of validity and reliability. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 993-997.
- Arredondo, A. (1992). Análisis y reflexión sobre modelos teóricos del proceso salud-enfermedad. *Cadernos de Saúde Pública*, 8(3), 254-261.
- Arretche, M. (2002). Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Ciências e Saúde Coletiva*, 8 (2), 132-134.
- Associação Brasileira das Autogestões em Saúde Patrocinadas pelas Empresas (2002). *Call Center em Sistemas de Saúde*. Rio de Janeiro: ABRASPE.
- Baldwin, R. & Cave, M. (1999). *Understanding Regulation: Theory, Strategy and Practice?* Oxford: Oxford University Press.
- Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (2005). *Gestão ineficiente ameaça o SUS. Relatório BIRD/2006*. Recuperado em 14 de março de 2010 de <http://agenciabrasil.ebc.com.br/noticia/2007-03-26/gestao-ineficiente-ameaca-sus-aponta-relatorio-do-banco-mundial>.

- Banfield, C.E.(1958). *The moral basis of a backward society paperback*. Ed.The free press.Recuperado em 3 de setembro de 2009 de <http://www.amazon.com/Moral-Backward-Society-Edward-Banfield/dp/0029015103>
- Barbosa, Z. (2001). Regulação médica das urgências: entraves, desafios e potencialidades na avaliação e implementação da atenção integral as urgências em Campinas. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina de Campinas, Campinas, SP, Brasil.
- Bardin, L. (2004). *Análise de Conteúdo* (3ª ed., pp.90 - 114). Lisboa: Edições 70.
- Barjas, N. & Viana, A. L. A. (2002). O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio: o passo a passo de uma reforma que alarga o desenvolvimento e estreita a desigualdade social. São Paulo: Sobravime, Cealag.
- Barreto, M.I. (2004). O conhecimento científico e tecnológico como evidência para políticas e atividades regulatórias em saúde. Ed. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 9. Abr. /jun.
- Barros, A. J. P & Lehfeld, N. A. S. (1986). *Fundamentos da metodologia: um guia para iniciação científica*. São Paulo: McGraw-Hill.
- Bauer, M.W. & Gaskell, G.(Orgs.) (2002). *Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*.(P.A. Guareshi, Trad.). Petrópolis: Vozes (Original publicado em 2000)
- Bech, J. (2002). Princípios Fundamentais da Atenção à Saúde. In Maria Ceci Misoczky & Jaime Bech. *Estratégias de Organização da Atenção à Saúde* (pp.11-20). Porto Alegre: Dacasa.
- Bengoa, R. (2001). Questões teórico-conceituais e resultados já obtidos em países que adotaram a separação de funções de financiamento e provisão de serviços de saúde. In: Ministério da Saúde/Banco Mundial. Seminário sobre a separação do financiamento e da provisão de serviços no Sistema Único de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde.
- Berelson, B. (1984). Content analysis in communication research. New York: Hafner.
- Berlinguer, G. (1988). *Reforma Sanitária: Itália e Brasil*. São Paulo: Hucitec.
- Bittencourt, R. J. (2010). *A superlotação dos serviços de emergência hospitalar como evidência de baixa efetividade organizacional*. Tese de doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

- Boudenia, K. (2008, octobre 28). La prise en charge dès urgences médicales em Cote D'Or. *La seconde Conférences du cycle Conférences Santé & Bien-Être Attitude. Dijon/France*. Recuperado em 27 de fevereiro de 2010 de <http://www.artama.netindex.ph>.
- Campos, G. W. S. (2007). *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec.
- Cariocas apostam mais na Saúde Pública (2011, 01 de setembro). *O Globo*, p.15.
- Carlini-Cotrim, B. (1996). Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. *Saúde Pública*, 30(3), 285 - 293.
- Carr-Hill, R., Place, M. & Posnett, J. (1997). Access and the utilization of health cares services. In Ferguson, B., Sheldon, T.A & Posnett, J. *Concentration and choice in health care*. London: Financial Times Healthcare.
- Castro, J. D. (2002, janeiro). Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais. *Sociologias*, 7,122-135.
- Castro, M. S. M., Travassos, C. & Carvalho, M. S. (2002). Fatores Associados às internações hospitalares no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 7(4), 45 – 48.
- Chang, H. J. (2004). Chutando a escada: a estratégia do desenvolvimento em perspectiva histórica. São Paulo: Editora UNESP.
- Chang, H. J. (2009). Maus samaritanos: o mito do livre-comércio e a história secreta do capitalismo. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Chinitz, D. (2002). *Good and bad health sector regulation: an overview of the public policy dilemmas*. In R. Saltman, R. Busse & E. Mossialos (eds.). *Regulating Entrepreneurial Behavior in European Health Care Systems*. Buckingham: Open University Press.
- Churchill, G.A. (1992). *Basic Marketing Research*. The Dryden Press: Fort Worth, TX.
- Clarke, P.M, Gray, A.M, Briggs, A., Farmer, A.J., Fenn, P.& Stevens, R.J. (2004). A model to estimate the lifetime health outcomes of patients with type 2 diabetes: the United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS) Outcomes Model (UKPDS n° 68). *Diabetologia*, 47 (10), 1747- 1759.
- Clawson, J. (1984, July/August). Regulations and Standards for Emergency Medical Dispatchers: A Model for State of Region. *Emergency Medical Services*, 13(4), 25 – 29.

- Cnudde, C & Neubauer, D. (1969). *Empirical Democratic Theory*. Chicago: Markham Publishing Company.
- Committee on the Future of Emergency Care in the United States Health System (2007). *Hospital-Based Emergency Care: At the breaking point*. Washington DC: National Academy of Sciences.
- Creswell, J. W. (2007). *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto* (2a ed., L. de O. Rocha, Trad.). Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada em 1994).
- Cury, A. (2006). *Organização e métodos: uma visão holística*. (8ª ed.) São Paulo: Atlas.
- Dahl, R. (1967). The evaluation of Political systems. In I. de Sola Pool. *Contemporary Political Science: Toward empirical Theory*. New York: Ed McGraw Hill.
- Dawson, B. (1920) *Dawson Report on the Future Provision of Medical and Allied Services* *Organizacion Panamericana de la salud* (fev,1964, 93) . Recuperado em 16 de abril de 2009 de <https://docs.google.com/file/d/0B6q96ZZCFxnXN2RMMnJwam5qbW8/edit>
- Dellagnelo, E. H. L., & Silva, R. C. (2005). Análise de conteúdo e sua aplicação em pesquisa na administração. In M. M. F. Vieira & D. M. Zovain (Orgs.). *Pesquisa qualitativa em administração: teoria e prática*. São Paulo: FGV.
- Depresbiteris, L.(2001). *Concepções atuais de educação profissional* (3ª ed.). Série SENAI, Formação de formadores. Brasília: SENAI.
- DeSalvo, A., Rest, B. S., Knight, T., Nettleman, M. & Freer, S. (2000). Patient education and emergency room visits. *British Journal of Clinical Governance*, 5(1), 35-37.
- Dobalian, A. & Asubonteng, P. R. (1997). Accountability and quality in managed care: implications for health care practitioners. *International Journal of Healthcare Quality Assurance*, 11(4), 137-142.
- Donabedian, A. (2003). Selecting approaches to assessing performance. In A. Donabedian. *An introduction to quality assurance in health care*. New York: Oxford University Press.
- Downe-Wamboldt, B. (1992). Content analysis: Method, applications and issues. *Health Carefor Women International*, 13(3), 313–321.
- Drucker, F.P. (1954). *The practice of Management*. New York: Harper and Row.

- Drucker, F. P. (1981). *O gerente eficaz* (9ª ed.). Rio de Janeiro: Zahar.
- Duncan, B.B. et al. (2004). *Medicina Ambulatorial*. 3º ed., Artes Médicas. Porto Alegre.
- D' Unrug, M. C. (1974). *Analyse de Contenu et act de parole*. Paris: Ed. Universitaires.
- Ezequiel, M. C. D. G. (2005). *O idoso e a velhice sob a ótica de estudantes de medicina: um estudo de representações sociais*. 2005. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Ferguson, B., Sheldon, T. A. & Posnett, J. (1997). Introduction. In B. Ferguson, T. A. Sheldon & J. Posnett. *Concentration and choice in healthcare*. London: Financial Times Healthcare.
- Fernandes, A. J. (2002). Métodos e regras para elaboração de trabalhos acadêmicos e científicos. (Vol. 4, p.224). (Coleção educação). Porto: Porto.
- Ferreira, A. B. H. (2009). *Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa* (4ª ed., p.2120). Rio de Janeiro: Positivo.
- Ferreira, C. S. W. (1999). *Os serviços de assistência às urgências no município de São Paulo: Implantação de um sistema de atendimento pré-hospitalar*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Ferreira, S.D. (2001). *Diagrama de trabalho em Saúde*. Recuperado em 14 de março de 2012 de www.samu.rj.gov.br.
- Flick, U. (2009). *Introdução à pesquisa qualitativa* (3ª ed., J. E. Costa, Trad.). São Paulo: Artmed. (Obra original publicada em 1998).
- Franco, M.L.P.B. (1986). *O que é análise de conteúdo*. São Paulo: PUC.
- Freidson, E. (1995). *Para uma análise comparada das profissões: institucionalização do discurso e do conhecimento formais*. Recuperado em 20 de julho de 2009 de <http://www.anpocs.org.br/portal/publicacoes/rbcs_00_31/rbcs31_08.htm>
- Fried, R. C. & Rabinovitz, F. F. (1980). *Comparative Urban Politics: A Performance Approach*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Gallard, M. & Jacinto, C. (1995,dec).Competências Laborales: tema clave en la articulación, educación – trabajo. *Educación y Trabajo. Boletín*, 2, 13-18.
- Gawryszewski, A.R.B, Oliveira, D.C & Gomes, A.M.T. (2012). Acesso ao SUS: representa-

- ções e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. *Physis- Revista de Saúde Coletiva*, 22(1), 119-140.
- Gil, A.C. (1999). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (5ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Gil, A.C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa* (4ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Giglio - Jaquemot, A. (2005). Urgências e Emergências em Saúde: perspectivas de profissionais e usuários. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Giroud, M. (2006). La régulation médicale. *La Revue des SAMU*, 1, 6-13.
- Giroud, M. (2008). *Service d'Aide Médicale d'Urgence - SAMU de France*. Recuperado em 15 de novembro de <http://www.samudefrance.fr/en/SystemofEmergencyinFrance>.
- Giroud, M. (2009, dezembro). La régulation médicale en médecine d'urgence. *Réanimation*, 18(8), 737-74.
- Gomes, M. E. & Barbosa, E. F. A. (1999, fevereiro). *Técnica de grupos focais para obtenção de dados qualitativos*. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisas e Inovações Educacionais. Publicação interna.
- Guimarães, R. (1979). Saúde e Medicina no Brasil: contribuições para um debate. Rio de Janeiro: Graal.
- Gurgel Júnior, G.D. & Vieira M.M.F. (2002). Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(2) 325-334.
- Hafez, N. (1997). *International Comparative Review of Health Care Regulatory Systems*, p.56. Bethesda: Partnerships for Health Reform.
- Hancher, L. & Moran, M. (1989). In L, Hancher & M. Moran (org). *Capitalism, culture and economic regulation*. Oxford: Clarendon Press.
- Holanda, S.B. (2008). *Raízes do Brasil* (26ª ed.). São Paulo: Companhia das Letras.
- Hoppen, N, Lapointe, L. & Moreau, E. (1996). Um guia para avaliação de artigos de pesquisa em Sistemas de Informação. *Revista de Administração*, 2(2), 42-46.
- Huntington, S. (1965). Political development and political decay. *World Politics*, 17(3), 386-430.
- Instituto Canadense de Informação sobre a Saúde [ICIS] (2005), Relatório: Comprendre les

- temps d'attente dans les services d'urgence: Qui sont les utilisateurs des services d'urgence et quels sont les temps d'attente? Ed: ICIS.
- Instituto Pereira Passos (2008) – site da Prefeitura do Rio de Janeiro. *Mapa das divisões administrativas da cidade do Rio de Janeiro*. Recuperado em 14 de maio de 2009 de www.rio.rj.gov.br/web/ipp
- James, O. (2000). Regulation in side government: public interest justification and regulatory failures. *Public Administration*, 78(2), 327-343.
- Jiaxiang, H., Amy Z. Z. & Lindu Z. (2009). A comparative study of public-health emergency management. *Journal: Industrial Management & Data Systems*, 109 (7), 976-992.
- Jones, A.M. (2000). Health Econometrics. Handbook of health economics. Amsterdam: Elsevier.
- Jung, F. C. (2003). *Metodologia científica: ênfase em pesquisa tecnológica* (3ª ed). Recuperado em 24 de outubro de 2011 de <http://www.jung.pro.br>.
- Kline, R.B. (2005). Principles and Practices of Structural Equation Modelling. Guilford Press: New York.
- Koro-Ljungberg, M. (2010). Validity, responsibility, and aporia. *Qualitative Inquiry*, 16(8), 603-610.
- Koury, I.C.V. (2008). *Competências do médico para demandas ocasionais de urgência na Unidade de Saúde da Família*. Dissertação de mestrado. Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- Krueger, R. A. (1988). *A focus group: a practical guide for applied research*. Newbury Park: Sage Publications.
- Lalonde, M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians*. Ottawa: Health and Welfare.
- Le Coutour, X (1994). *L'urgence en Basse Normandie: Qu'est ce que l'urgence en Basse Normandie?* Recuperado em 20 de agosto 2009 <http://bdsp.tm.fr/Base/Scripts/Refs.bs>.
- Lima, M.A.D.S & Almeida, M.C.P. (1999). O trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 20, 86-101.

- Locks, M. T. R. (2002). *Central de marcação de consultas da Grande Florianópolis: um estudo de caso*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.
- Lovalho, A.F. (2004). Administração de serviços de saúde em urgências e emergências. *O mundo da saúde*, 28 (2), 160-171.
- Ludwig, M.L.M. (2000). *O contexto de um serviço de emergência: com a palavra o usuário*. Dissertação de mestrado. Escola de enfermagem da Universidade federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre/RS Brasil.
- Lumer, S. (2007). *O papel da saúde da família nas urgências*. Dissertação de mestrado. Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- Macedo, C. R. B. (2006a). *As Urgências e seus lugares*. Relatório Final do Primeiro Fórum de Arquitetura e Engenharia de Serviços de Atenção as Urgências.
- Macedo, C. R. B., (2006b). *O tempo de espera nos serviços de urgências*. Recuperado em 27 de setembro de 2010 de www.rbce.org.br.
- Magalhães, A. M. M., Paskulin, L. M. G., Martins, N.G.R. & Silva, S.C. (1989). Implantação de um sistema de triagem em unidade de emergência. *Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre*, 9(3), 182-187.
- Martinez-Almoyna, M. & Nitschke, C.A.S. (2000). *Regulação Médica de Urgências e de transferências Inter-Hospitalares de Pacientes Graves* (2ª ed.). Santa Catarina: Rede Brasileira de Cooperação em Emergências, Brasil-França.
- Majone, G. (1996). *Regulating Europe*. London: Routledge Press.
- Mazza, V.A., Melo, N. S. F.O, & Chiesa, A. M. (2009). O grupo focal como técnica de coleta de dados na pesquisa qualitativa: relato de experiência. *Cogitare Enferm*, 14(1), 183-8.
- Mendes, E.V. & Pestana, C.V.M. (2004). *Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa*. Belo Horizonte: Secretária do Estado de Saúde de Minas Gerais.
- Merton, R. K., Fiske, M. & Kendall, P.L. (1990). *The focused interview: A manual of problems and procedures* (2ª ed.). Nova Iorque: Free Press.
- Minayo, M.C.S. (2004). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade* (23ª ed.). Petrópolis:

Vozes.

- Minayo, M. C. S. (2010). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde (8ª ed.). São Paulo: Hucitec.
- Minayo, M. C. S.; Deslandes, S. F. (2007). Análise Diagnóstica da Política Nacional para a Redução de Acidentes e Violências. Rio de Janeiro, ed. FIOCUZ, 1ª ed.
- Negri, B. (2002). O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio. São Paulo: Sobravime.
- Nemitz, B. (2005). L'évolution de l'enseignement de la médecine d'urgence jusqu' à la naissance du DESC. *La Revue des SAMU*, 3(5), 329 - 332.
- Novaes, H. M. (1990). Ações integradas nos sistemas locais de saúde – SILOS, análise conceitual de programas selecionados na América Latina. São Paulo: Livraria Pioneira e Editora.
- Nunes, E. O. (2010). A gramática política do Brasil: clientelismo e insulamento burocrático. Rio de Janeiro: Garamond.
- Nunes, R. (2009). *Regulação de Saúde* (2ª ed.). Porto: Vida Econômica.
- Nunes, R., Rego, G. & Nunes, C. (2004). Regulating Healthcare. The Portuguese Experience. *The 5th International Conference on Priorities in Health Care*, 2004. Recuperado em 16 de dezembro de 2009 de <http://www.healthcarepriorities.org/>
- Nunnally, J.C. (1978). *Psychometric Theory*. New York: McGraw-Hill.
- O'Dwyer G.O, Matta I.E.A & Pepe V.L.E. (2008). Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro. *Ciências e Saúde Coletiva*, 13(5), 1637-1648.
- O'Dwyer, G.O., Oliveira, S.P. & Seta, M.H. (2009). Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do QualiSUS. *Ciências e Saúde Coletiva*, 14(5), 1881-1890.
- O'Dwyer, G.O. & Mattos, R.A. (2012). O SAMU, a regulação no Estado do Rio de Janeiro e a integralidade segundo gestores dos três níveis de governo. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, 22 (1), 141 – 160.
- O'Dwyer, G.O., Konder, M. T., Machado, C. V., Alves, C. P. & Alves, R. P. (2013). The current scenario of emergency care policies in Brazil. *BMC - Health Services Research*, 13(70), 1-10.
- O custo da pulverização de municípios (2012a, 24 de fevereiro). *O Globo*, seção: Opinião,

p.6.

- Oliveira, D. P. R. (2007). *Sistema, organização e métodos: uma abordagem gerencial*. (17ª ed). São Paulo: Atlas.
- Paim, S. J. (1994). *Organização da atenção à saúde para a urgência e emergência*. Bahia: Universidade Federal da Bahia.
- Picciotto, S. (2000). Introduction: Reconceptualizing regulation in the era of globalization. In S. Picciotto & D. Campbell (Org). *New directions in regulatory theory*. Bristol: Blackwell Publishers.
- Pinã, B. (1990). Modelos de explicación sobre la determinación del proceso *Salud-Enfermedad. Factores de riesgo en la comunidad*. México, D. F.: Universidad Autónoma de México.
- Pinho, J.C.M.R. (2001). Control and Autonomy of strategic Marketing Decisions: A Study of the Subsidiaries of Financial Service organizations in Portugal and Spain. Tese de Doutorado, Warwick University, Coventry, England, United Kingdom.
- Pinho, L.B., Kantorski, L.P. & Erdmann, A.L. (2005 – janeiro/março). Práticas de cuidado em uma unidade de emergência: encontros e desencontros, segundo familiares de pacientes internados. *Revista mineira de enfermagem*, 9(1) 7-12.
- Pope, C. & Mays, N. (1995) Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health service research. *British Medical Journal*, 311, 42-45.
- Porter, M. E. & Teisberg, O.E. (2006). *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*, Boston: Harvard Business School Press.
- Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro (2012). *Armazém dos dados*. Recuperado em 23 de outubro de 2011 de <http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/>.
- Putnan, R., (2006). *Comunidade e democracia: A experiência da Itália Moderna* (L.A. Monjardim, Trad). Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas. (Obra original publicada em 1996).
- Reis, A. A. C., (2003). Palestra proferida no Seminário Nacional sobre: “*A Política Nacional de Atenção Integral as Urgências*”, 2003. Recuperado em 14 de junho 2009 de <http://www.goiasquebec.com/app/DocRepository>.

- Reorganizando o SUS no município do Rio de Janeiro. (2005,18 de março). *Portal da Saúde do Município do Rio de Janeiro* (RJ). Recuperado em 25 de novembro de 2011 de: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/reorganizando_SUS_municipio_rio_de_janeiro.pdf.
- Ribeiro, J. M. & Scharaiber, L. B. (1994). A autonomia e o trabalho em medicina. *Cadernos de Saúde Pública*, 10(2), 190-199.
- Risjord, M., Moloney, M. & Dunbar, D. (march,2001). Methodological triangulation in nursing research. *Philosophy of the Social Sciences*, 31(1), 40-59.
- Rodrigues, P.H, & Santos, I.S. (2008). *Saúde e Cidadania – uma visão histórica e comparada do SUS*. Rio de Janeiro: Atheneu.
- Rodriguez, F. J. M. (2000). *Guia práticos de enfermagem em emergências*. Rio de Janeiro: McGraw Hill.
- Rosemberg, F. (1981). Da intimidade aos quiprocós: uma discussão em torno da análise de conteúdo. *Cadernos CERU*, 16(1), 69 – 80.
- Russell, L., Gary, D., Fitzgerald, G. & Oldenburg, B. (2007). Quality improvement and paramedic care: What does the literature reveal for pre-hospital emergency care in Australia? *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 20 (5), 405 – 415.
- Saltman, R. & Busse, R. (2002). Regulating incentives: the past and present role of the state in health care systems. *Social Science and Medicine*, 54 (1), 1677-1684.
- Saltman, R., Busse, R. & Mossialos, E. (eds.) (2000), *Regulating Entrepreneurial Behaviour in European Health Care Systems*, Buckingham, Open University Press.
- Sander, B. (1982). Administração da Educação no Brasil: é hora da relevância. *Educação Brasileira*, 4 (9), 8 – 27.
- Santos J.S., Scarpeline, S., Brasileiro, S.L.L., Ferraz, C.A., Dallora, M.E.L.V., & Sá, M.F.S. (2003 abril-dezembro). Avaliação do modelo de organização de uma unidade de emergência do HCFMRP/USP, adotando como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e a humanização. *Medicina*, 36 (214), 498 – 515.
- Scott, W. R. (2001). *Institutions and Organizations* (2nd ed.). California: Sage Publications.
- Schraiber, L B. (1995, Jan/Mar), Work in Medicine: Some Questions About the Professional

- Autonomy. *Cadernos de Saúde Pública*, 11 (1), 57- 64.
- Seltiz, C., Wrightsman, L.S., Cook, S. & Stuart, W. (1987). *Métodos de pesquisa nas relações sociais* (M.M. H., Oliveira, Trad.). São Paulo: EPU. (Obra original publicada em 1972).
- Selznick, P. (1948, february). Foundations of the Theory of Organization. *American Sociological Review*, 13 (1), 25-35.
- Selznick, P. (1985). Focusing organizational research on regulation In R. Noll, (Ed). *Regulatory Policy and the Social Sciences* (Vol 1, pp.363 – 364). University of California Press.
- Starfield, B. (2002). *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde.
- SUS só é bom para 2% dos brasileiros, diz Ministério (2012b, 02 de março). *O Globo*, p.1.
- Triviños , A.N.S. (1987). *Introdução à pesquisa em ciências sociais*. São Paulo: Atlas.
- Walshe, K. (2002, abril). The rise of regulation in the NHS. *British Medical Journal, BMJ*, 324, 967-970. Recuperado em 18 de fevereiro de 2010 de <http://www.bmj.com/cgi/content/full/324/7343/967>.
- World Health Organization (2000). The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Genebra: WHO.
- World Health Organization (2010). *The world health report 2010. Health systems financing: the path to universal coverage*. Recuperado em 22 de janeiro de 2012 de <http://www.who.int/whr/2010/en/index.html>.
- Organização Pan-Americana da Saúde & Ministério da Saúde (2006). Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde. *A Política Nacional de Regulação*. (Manual. Normas Técnicas). Brasília, DF, Brasil. Recuperado em 19 de agosto de 2009 de <http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5571.pdf>.
- Organização Pan Americana de Saúde (2008). *Estratégia de Cooperação Técnica da OPAS/OMS com a República Federativa do Brasil*. Recuperado em 22 de agosto de 2009 de http://files.bvs.br/upload/M/2007/opas_Estrategia_Cooperacao.pdf.

DOCUMENTAIS

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

Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (1988). Brasília, DF, Brasil. Recuperado em 10 abril de 2009 de http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm.

Conselho Federal de Medicina (1988). *Código de Ética Médica*. Resolução CFM nº 1.246. Brasília, DF, Brasil.

Conselho Federal de Medicina (1995). *Resolução CFM nº 1.451 de 1995*. Brasília, DF, Brasil.

Conselho Federal de Medicina (2003a). *Resolução nº 1671 de 9 de julho de 2003*. Dispõe sobre a regulamentação do atendimento pré-hospitalar. Brasília, DF, Brasil.

Conselho Federal de Medicina (2003b). *Resolução nº 1672 de 9 de julho de 2003*. Dispõe sobre o transporte de pacientes. Brasília, DF, Brasil.

Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 (2011). Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e articulação interfederativa e dá outras providências. Brasília, DF, Brasil. Recuperado em 20 de janeiro de 2012 de <http://www.jusbrasil.com.br>.

Decreto nº 27664 de 30 de dezembro de 1949. Regulamenta o Serviço de Assistência Médica Domiciliar da Previdência Social e dá outras providências. Recuperado em 22 de abril de 2014 de www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1940-1949/decreto-27664-30-dezembro-1949-340344-publicacaooriginal-1-pe.html

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2005). Produto Interno Bruto (PIB) dos Municípios 2002 - 2005. *A Posição ocupada pelos 100 maiores municípios em relação ao Produto Interno Bruto*. Recuperado em 20 de agosto 2009 de <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/pibmunicipios/2005/tab02.pdf>.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2009). *Estimativas da população para 1º de julho de 2009*. Recuperado em 16 de agosto em 2009 de <http://www.ibge.gov.br>.

gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/POP2009_DOU.pdf.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010). *Censo Demográfico de 2010. Primeiros resultados - População e Domicílios recenseados*. Recuperado em 25 de janeiro de 2011 de <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/pdf>.

Law of Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (1986). EUA. Recuperado em 04 de janeiro de 2010 de <http://www.emtala.com/>.

Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (1990). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, Brasil.

Lei Orgânica da Saúde, nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (1990). Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

Lei nº 9.656 de 03 de junho de 1998 (1998). Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, DF, Brasil. Recuperado em 18 de maio de 2009 de <http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1998/9656.htm>.

Lei nº 9.782 de 26 de janeiro de 1999 (1999). Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, criando a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, dando outras providências e diretrizes. Brasília, DF, Brasil. Recuperado em 19 de julho 2009 de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9782.

Ministério da Saúde (2002a). *Emenda 29 - Mais Dinheiro e Estabilidade para Saúde*. Série E. Legislação de Saúde. Brasília, DF, Brasil.

Ministério da Saúde (2002b). *Deslocamentos Intermunicipais no SUS*. Brasília, DF, Brasil. Recuperado em 10 de dezembro de 2011 de www.saude.gov.br/artigosSUS/pdf.

Ministério da Saúde (2003). *Para entender a gestão do SUS: Controle, regulação, avaliação e auditoria*. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, DF, Brasil.

Ministério da Saúde (2004a). *Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência*. Manual de Textos Básicos de Saúde da Secretaria de Atenção à Saúde – SAS. Brasília, DF, Brasil. Recuperado em 13 de março de 2010 de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_u

rgencia.pdf.

Ministério da Saúde (2004b). Coordenação Geral de Apoio à Implementação de Políticas de Saúde. Núcleo de Coordenação da Avaliação de Desempenho do SUS. Oficina sobre Avaliação de Desempenho do SUS. Relatório Final. Brasília, DF, Brasil. Recuperado em 22 de julho de 2011 de <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/documento%20politica.pdf>.

Ministério da Saúde (2005). Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. *Curso Básico de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria do SUS* (Normas Técnicas, Manual). Noções Básicas sobre os processos de apoio à gestão. Brasília, DF, Brasil..

Ministério da Saúde (2006a). Diretrizes para implantação de complexos reguladores. Secretaria de Atenção Básica – SAS. *Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas – DRAC*. Brasília, DF, Brasil. Recuperado em 19 de agosto de 2009 de <http://www.saude.gov.br/bvs>.

Ministério da Saúde (2006b). *Regulação médica das urgências* (Normas e Manuais Técnicos). Departamento de Atenção Especializada. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Brasília, DF, Brasil.

Ministério da Saúde (2006c). *Política Nacional de Atenção as Urgências (PNAU)*. Série e Legislação de Saúde (3ª ed.). Brasília, DF, Brasil.

Ministério da Saúde (2007). *Comitê Nacional de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde brasileiro*. Brasília, DF, Brasil. Recuperado em 22 de julho de 2011 de <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/documento%20politica.pdf>.

Ministério da Saúde (2012). *Propostas para a melhoria no Atendimento das Urgências e Emergências*, publicadas em 17 de janeiro de 2012. Brasília, DF, Brasil. Recuperado em 21 de janeiro de 2012 de http://www.cosemsms.org.br/noticias_view.php?Id=490.

Portaria GM/MS nº. 3.016 de fevereiro de 1998 (1998). Trata da organização do Sistema Estadual de Gestante de Alto Risco. Brasília, DF, Brasil.

Portaria GM/MS nº 2.923 de março 1998 (1998) e trata do programa de apoio à Implantação do Sistema Estadual de Referência do Atendimento Hospitalar de Urgência e Emergência. Brasília, DF, Brasil.

Portaria GM /MS nº 479 de 15 de abril de 1999 (1999) trata da vinculação das Centrais de Regulação. Brasília, DF, Brasil.

Portaria GM/MS nº 1479 de 28 de dezembro de 1999 (1999) trata da criação das Centrais de Programação e Regulação da Assistência Oncológica nas Secretarias Estaduais de Saúde e nas Secretarias Municipais de Gestão. Brasília, DF, Brasil.

Portaria nº GM/MS nº 824/99 de 24 de junho de 1999 (1999). Normas de Atividade Médica em Nível Pré-Hospitalar. Brasília, DF, Brasil.

Portaria SAS nº 356 de 22 de setembro de 2000 (2000). Estabelece na forma do anexo I a essa portaria, os recursos financeiros, por Estado e Distrito Federal, destinados a implementação do componente II do Programa de humanização no pré-natal e nascimento - organização, regulação e investimentos na assistência obstétrica e neonatal. Brasília, DF, Brasil.

Portaria nº GM/MS nº 814 de 20 de junho de 2001 (2001). Considera a implantação de um plano nacional de urgências, abordando a regulação médica. Brasília, DF, Brasil.

Portaria GM/MS nº 373 de 27 de fevereiro de 2002 (2002). Dispõe sobre a Norma Operacional da Assistência a Saúde/ SUS – NOAS (01/02). Brasília, DF, Brasil.

Portaria SAS nº 423 de 09 de Julho de 2002 (2002). Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, DF, Brasil. Recuperado em 19 de julho de 2009 de <http://www.saude.ba.gov.br/regulasaude/arquivos/PT%20SAS%20423%2009.07>.

Portaria GM/MS nº 2.048 de 05 de novembro de 2002 (2002). Dispõe sobre a Organização dos serviços de urgência/emergência. Brasília, DF, Brasil.

Portaria GM/MS nº 1.863 de 29 de setembro de 2003 (2003). Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília, DF, Brasil.

Portaria GM/MS nº 1.864 de 29 de setembro de 2003 (2003). Trata da implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Brasília, DF, Brasil.

Portaria GM/MS nº 2.657 de 16 de dezembro de 2004 (2004). Estabelece o programa mínimo para construção de uma Central de Regulação Médica de Urgências em todo o país. Brasília, DF, Brasil. Recuperado em 24 de março de 2010 de http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/programa_minimo_para_a_construcao_d

a_central_de_regulacao.

Portaria GM/MS nº 399 de 22 de fevereiro de 2006 (2006). Dispõe sobre: O Pacto pela Saúde. Brasília, DF, Brasil.

Portaria MS/GM nº 2.970 de 08 de dezembro de 2008 (2008). Orientações técnicas para o planejamento arquitetônico de uma Central de Regulação Médica de Urgência. Brasília, DF, Brasil.

Portaria nº 3.627 de 19 de novembro de 2010 (2010). Propõe a avaliação de desempenho para todos os funcionários e serviços de saúde. Brasília, DF, Brasil.

Secretaria de Assistência a Saúde (1995). Departamento de Normas Técnicas. Normas para projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília, DF, Brasil.

ANEXOS

Gestão de central de regulação de urgências e emergências:

Possibilidades e dificuldades da regulação médica no município do Rio de Janeiro

Anexo A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (grupo focal)

A pesquisa de tese de doutoramento “Gestão de Central de Regulação de Urgências e Emergências: dificuldades e possibilidades da regulação médica no município do Rio de Janeiro” será desenvolvida por meio de questionários com perguntas abertas e fechadas e pela técnica de “grupo focal” com médicos reguladores que atuam em Centrais de Regulação de Urgência e Emergência (pública e privada) no município do Rio de Janeiro.

Acredita-se que os resultados obtidos futuramente com a pesquisa poderão contribuir para um melhor esclarecimento sobre os serviços de urgências/emergências, particularmente a regulação médica das urgências/emergências, e os possíveis caminhos para se estabelecer uma nova concepção da organização/estruturação dessa atenção, em conformidade com os princípios do SUS.

Essas informações estão sendo fornecidas para a sua participação voluntária neste estudo. Em qualquer etapa você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a Dra. Sandra Lumer que pode ser encontrada no endereço: Av. Vieira Souto nº136 apto 501, Ipanema, Rio de Janeiro. Telefone: (55-21) 22251137 e 22477047, celulares: (55 – 21) 99661477 e 77736253.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com a Universidade de Trás os Montes e Alto D’Ouro em Vila Real – Portugal através do email da prof^a Carla Marques, smarques@utad.pt, coordenador do Curso de doutoramento em Gestão. É garantida a liberdade de retirada do consentimento a qualquer momento e a desistência do estudo, sem qualquer prejuízo.

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros sujeitos da pesquisa, não sendo divulgada a identificação de nenhum dos participantes. Fica assegurado, também, o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou dos resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores.

Não há despesas pessoais para os participantes em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Comprometo-me, como pesquisadora principal, utilizar os dados coletados somente para esta pesquisa.

O sujeito da pesquisa

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li, descrevendo o estudo: “Gestão de Central de Regulação de Urgências e Emergências: dificuldades e possibilidades da regulação médica no município do Rio de Janeiro”.

Ficaram claros para mim: os propósitos do estudo; os procedimentos a serem realizados; as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes; minha participação isenta de despesas e a garantia de acesso aos dados quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste trabalho, podendo retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que possa ter adquirido.

Assinatura do médico regulador

Data ____/____/____

Assinatura da testemunha

Data ____/____/____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do médico acima para a participação neste estudo.

Sandra Lumer

Data ____/____/____

Anexo B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (questionário)

Tema: “Gestão de Central de Regulação de Urgências e Emergências: dificuldades e possibilidades da regulação médica no município do Rio de Janeiro”

Prezado colega,

Para um primeiro levantamento de dados para a tese que estou realizando, solicito - lhe responder este questionário, com o objetivo de analisar seu conhecimento frente o processo de trabalho, suas atribuições na Central de Regulação, legislação pertinente, organização da rede de saúde e estrutura na atenção as urgências /emergências. Este questionário contém 25 questões sobre o tema em questão. Você terá 60 minutos para finalizar este questionário.

Não é necessária a sua identificação. Com certeza suas respostas contribuirão de forma importante para as conclusões do meu trabalho. Desde já agradeço imensamente.

Sandra Lumer

Anexo C – Questionário

Tema: “Gestão de Central de Regulação de Urgências e Emergências: dificuldades e possibilidades da regulação médica no município do Rio de Janeiro”

Idade: _____ Sexo _____

Especialidade: _____

Tempo de trabalho como médico (a) regulador (a) _____

Tem algum curso na área de gestão em saúde? () Sim () Não.

Qual? Quais? Tempo de duração e Entidade.

Questões:

1 - Você trabalha ou já trabalhou em serviços de Pronto - Atendimento de urgências/emergências?

() Sim

() Não

2 - Qual o período?

() 2 anos

() entre 2 e 5 anos

() mais de 5 anos

() nunca trabalhou

3 – E na APH como médico (a) intervencionista?

☐ Sim

☐ Não

4 - Qual o período?

☐ 2 anos

☐ entre 2 e 5 anos

☐ mais de 5 anos

☐ nunca trabalhou

5 – Realizou capacitação em Regulação Médica?

☐ Sim

☐ Não

6 - Há quanto tempo?

☐ 1 ano

☐ 2 anos

☐ mais de 3 anos

7 – Você conhece alguma legislação sobre urgências/emergências?

☐ Sim

☐ Não

8 – Você conhece as atribuições legais do médico regulador?

☐ Sim

☐ Não

9 – Se conhece, estas são plenamente utilizadas?

☐ Sim

☐ Não

10 - Você considera que tem perfil para gerenciar uma Central de Regulação de Urgências/ Emergências?

☐ Sim

☐ Não

11 – Você se sente apto (a)/capacitado(a) para realizar o exercício das atividade gestoras e técnicas de médico(a) regulador(a) ?

☐ Sim

☐ Não

12 - A Central de Regulação na qual você trabalha tem recursos humanos suficientes para uma adequada realização das suas atribuições?

☐ Sim

☐ Não

13 – E quanto aos recursos físicos (área física, equipamentos, protocolos clínicos tecnologia, comunicação), estes são suficientes?

☐ Sim

☐ Não

14 - O serviço de APH vinculado a sua Central de Regulação está capacitado atender as demandas geradas, enviando os recursos móveis adequados a cada situação?

☐ Sim

☐ Não

15 - Em caso negativo, informe qual (is) o (s) recurso(s) que faltam para um adequado atendimento.

16 - Você considera que a Central de Regulação que você atua funciona integrada e hierarquizada, em rede com os demais serviços de saúde do município?

☐ Sim

☐ Não

Se afirmativamente, dê um grau para esta integração.

☐ Muito integrada

☐ Pouco integrada

17 - A organização dos serviços de saúde (gestão, sistema de referência/contra-referência, retaguarda hospitalar, controle do transporte e dos leitos de observação e de internação, logística, etc) e a estrutura (equipamentos, medicamentos, etc.) no município do Rio de Janeiro é capaz de atender as demandas de urgências/emergências da Central de Regulação que você atua?

☐ Sim

☐ Não

18 - Em caso negativo, informe o que falta na organização/estrutura dos serviços para um adequado atendimento as urgências/emergências.

19 - Existe algum obstáculo que impeça o perfeito exercício da sua função de médico regulador?

☐ Sim

☐ Não

20 - Qual (is)? Explique de que forma cada um impede o exercício da regulação.

21 - Qual a sua percepção quanto à qualidade dos serviços ofertados na Central de Regulação que você atua?

☐ muito boa

☐ boa

☐ péssima

22 – O que você acha da percepção do cliente quanto à qualidade dos serviços que a sua Central de Regulação oferece?

☐ muito boa

☐ boa

☐ péssima

23 – Você acredita que a Central de Regulação é capaz de atender de forma universal e equânime (acesso adequado e igual para todos) as necessidades de urgências/emergências de seus clientes?

☐ Sim

☐ Não

24 – Em caso negativo, informe o que falta na sua opinião para a universalidade e a integralidade do atendimento.

25– Você acredita que uma adequada regulação médica é capaz de contribuir para minimizar a superlotação nas portas de entrada dos serviços de emergência?

☐ Sim

☐ Não

Pelo fortalecimento do SUS, muito obrigado!

Anexo D – roteiro para o grupo focal

1 - O que motivou sua escolha para o trabalho na Central de Regulação de urgências/emergências? *Conhecer as competências dos entrevistados (conhecimentos, habilidades e atitudes).

2 - Qual sua opinião sobre a estruturação e a organização da rede de atenção de urgências e emergências no país e no Rio de Janeiro? *Analisar a percepção sobre todos os serviços que trabalham com urgências/emergências - Serviços Hospitalares, Pré - hospitalar fixo, APH com a Central de Regulação.

3 - Qual sua opinião sobre o gerenciamento médico na Central de Regulação de Urgências/Emergências (CRUE)*? *Analisar a percepção sobre as necessidades (demandas), capacidades gestoras e técnicas (autonomia médica).

4 - Você acha que a regulação feita no Rio de Janeiro é capaz de efetivamente controlar as portas de entrada dos hospitais? *Analisar a percepção sobre o acesso adequado e a efetividade da regulação médica.

5 – O SUS elaborou algumas Portarias sobre as urgências/emergências, na sua prática diária estas legislações são cumpridas? *Avaliar a conformidade dos serviços com legislação vigente.

6 - Você tem alguma sugestão para melhorar a atenção de urgências e emergências no Rio de Janeiro em geral e em particular a APH? *Avaliar a percepção da rede de atenção de urgências/emergências no município e as mudanças possíveis.

7 - Você tem alguma sugestão para melhorar seu desempenho como médico (a) regulador (a)?
*Avaliar autopercepção do exercício da regulação médica e as mudanças possíveis.