



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Rodrigo Lages Dias

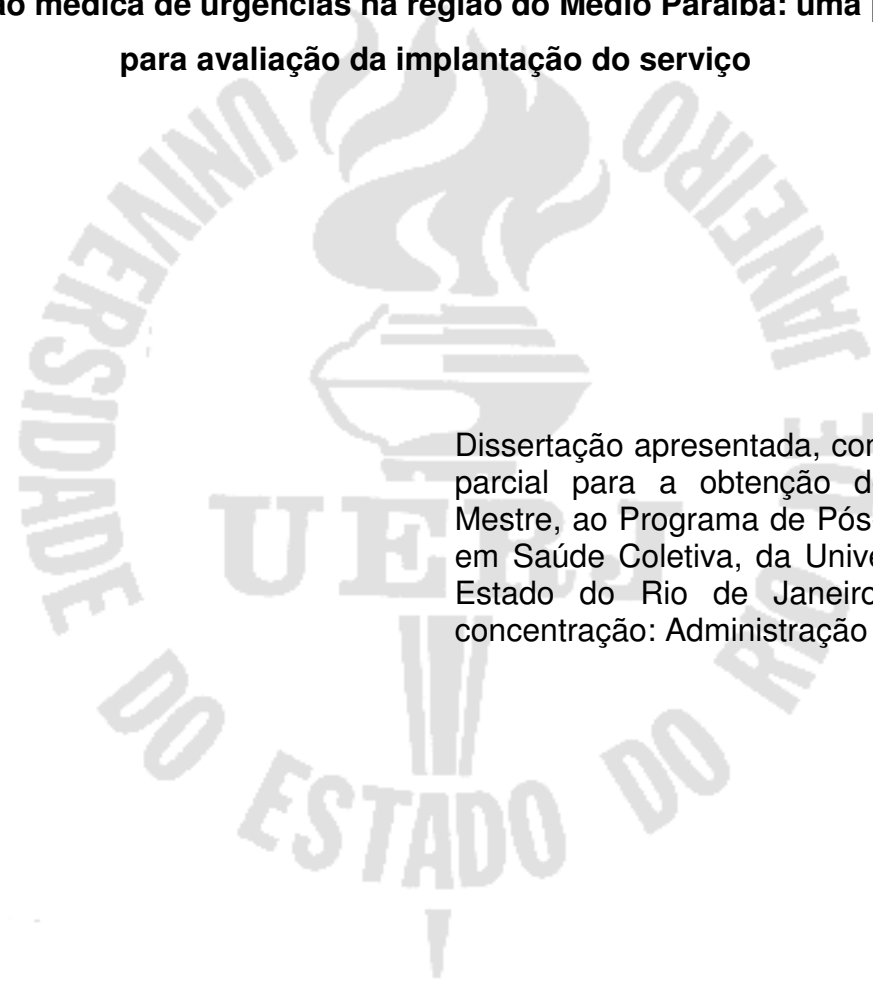
Regulação médica de urgências na região do Médio Paraíba: uma proposta para avaliação da implantação do serviço

Rio de Janeiro

2012

Rodrigo Lages Dias

**Regulação médica de urgências na região do Médio Paraíba: uma proposta
para avaliação da implantação do serviço**



Dissertação apresentada, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Administração em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Roseni Pinheiro

Prof.^a Dra. Luciana Dias de Lima

Rio de Janeiro

2012

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBC

D541 Dias, Rodrigo Lages.
Regulação médica de urgências na região do Médio Paraíba:
uma proposta para avaliação da implantação do serviço / Rodrigo
Lages Dias. – 2012.
99 f.

Orientadora: Roseni Pinheiro.

Coorientadora: Luciana Dias de Lima.

Dissertação (Mestrado profissional) – Universidade do Estado
do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Medicina de urgência – Teses. 2. Serviços de saúde –
Avaliação. 3. Atendimento de urgência pré-hospitalar. I. Pinheiro,
Roseni. II. Lima, Luciana Dias. III. Universidade do Estado do Rio
de Janeiro, Instituto de Medicina Social. IV. Título.

CDU 616-083.98

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou
parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Rodrigo Lages Dias

**Regulação médica de urgências na região do Médio Paraíba: uma proposta
para avaliação da implantação do serviço, Brasil, 2012**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Administração em Saúde.

Aprovada em 12 de junho de 2012.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr.^a. Roseni Pinheiro (Orientadora)
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof.^a. Dr.^a. Luciana Dias de Lima (Orientadora)
Escola Nacional de Saúde Pública – Fiocruz

Prof.^a Dr.^a Gisele Oliveira O’Dwyer
Escola Nacional de Saúde Pública – Fiocruz

Rio de Janeiro

2012

DEDICATÓRIA

A minha família e em especial ao meu avô Daniel, pelo exemplo de retidão, alegria pela vida e pela grande amizade nestes anos de convívio.

“As palavras de amizade e conforto podem ser curtas e sucintas, mas o seu eco é infindável.”

Madre Teresa de Calcutá

AGRADECIMENTOS

A minha esposa Veronica e minhas filhas Bruna e Gabriela, que pacientemente compreenderam as minhas ausências pelas inúmeras horas absorvidas neste trabalho.

Aos meus pais pelo apoio, exemplo de responsabilidade, ajuda, e, em especial, por todo carinho ao longo deste percurso.

Aos meus irmãos, por sempre acreditarem em meu potencial e pela compreensão dos momentos distantes.

À Prof^a. Luciana Dias de Lima, minha orientadora competente, estimulante e solícita. Pelo seu empenho, além da sólida amizade construída neste período.

À Prof^a. Roseni Pinheiro, pela oportunidade de crescimento, aprendizado, amizade e pela confiança em mim depositada.

À Prof^a. Gisele Oliveira O'Dwyer por ter aceitado fazer parte da banca de qualificação e de defesa, dando muitas contribuições à dissertação.

Aos meus colegas de trabalho que sempre me incentivaram a realização deste mestrado.

Aos componentes do Comitê Gestor Regional do Sistema de Atenção às Urgência, pelo auxílio na obtenção de dados, em especial o Dr. Maurício Rossi e o enfermeiro José Luiz da Silva, Coordenador Geral e de Enfermagem respectivamente.

Aos meus colegas de mestrado por todas as horas de estudo que passamos juntos.

Aos funcionários do IMS, pela presteza auxiliando no êxito no trabalho.

RESUMO

DIAS, Rodrigo Lages. *Regulação médica de urgências na região do Médio Paraíba: uma proposta para avaliação da implantação do serviço*. 2012. 91f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

O presente trabalho teve como objeto o desenvolvimento de uma proposta para avaliação da implantação da Central de Regulação Médica de Urgências (CRMU) vinculada ao Serviço de Atenção Móvel às Urgências da região do Médio Paraíba (SAMU 192 - MP). Para tal, propõe-se a criação de um modelo teórico-lógico que sirva como referência para elaboração de instrumentos e seleção de indicadores para avaliação da estrutura, processos e resultados da CRMU-MP, visando à melhor efetividade e eficiência desse serviço. O trabalho descreve as fases do processo de implantação e do funcionamento do SAMU-192 na região do Médio Paraíba. Aborda a sua importância para o sistema de saúde, visando minimizar quadros de demandas desnecessárias de urgência, com a diminuição dos fluxos informais de pacientes para grandes urgências hospitalares e pré-hospitalares da região, relatando os vários motivos relacionados à sobrecarga desses serviços na região: ineficiência da atenção básica; pronto-socorros pré-hospitalares e hospitalares de pequeno e médio porte sem retaguarda mínima de recursos diagnósticos e terapêuticos; fatores culturais; maior oferta das redes de alta complexidade; problemas relacionados à gestão. Questões sobre a estrutura da rede de urgências são mencionadas, evidenciando-se as deficiências do SUS: áreas físicas inadequadas e insuficientes, informalidade na contratação de recursos humanos além do despreparo dos profissionais que atuam nessa área. No cenário descrito, as ações de regulação despontam como ferramenta de defesa do cidadão, buscando garantir acesso ao meio mais adequado a suas necessidades. O desenho proposto (modelo teórico-lógico) descreve e identifica as etapas para avaliação do serviço (estrutura, processo e resultados), e também demonstra os diversos problemas encontrados na rede de atenção às urgências do Médio Paraíba. O trabalho faz uma revisão da literatura sobre os principais conceitos da regulação e da regulação médica de urgências; discorre sobre os aspectos da Política de Urgência e Emergência a partir de 2002, a inserção da região do Médio Paraíba e de sua rede de atenção às urgências neste contexto. Aborda os diversos conceitos da avaliação, com foco nos modelos teórico-lógicos e cita as estratégias metodológicas, empregando o modelo teórico-lógico como proposta para avaliar a implantação da CRMU. A última etapa trata da elaboração do modelo teórico-lógico, bem como de suas matrizes de avaliação e de seu elenco de indicadores.

Palavras-chave: Avaliação, Regulação, Urgência, Atendimento pré-hospitalar

ABSTRACT

The present work had the developing of a proposal the aim to evaluate the implementation of the Central de Regulação Médica de Urgências (CRMU) bound to the Serviço de Atenção Móvel às Urgências of Médio Paraíba region. (SAMU 192 - MP). For this the creation of a theoretical-logical model is which serves as a reference to preparation of instruments and selection of indicators to evaluate the structure, processes and results of CRMU-MP, for a better effectiveness and efficiency of this service. The work describes the phases of the process of implementation and functioning of SAMU-192 in Médio Paraíba region. It addresses its importance to the healthy system, aiming to decrease the unnecessary demands of urgency, with the reduction of the informal flows of patients to hospital and pre-hospital big urgencies in the region, reporting the several related reasons to the encumbrance of the services in the region: inefficiency of the basic attention, small and medium pre-hospital and hospital emergency-rooms without the minimum rearward of diagnosis and therapeutic resources; cultural facts; a big offering of high complex networks; problems related to management. Issues about the structure the urgent networks are highlighted in the health system, evidencing the deficiencies of SUS: insufficient and inadequate physical areas, informality in hiring human resources besides the unprepared professional who work in this area. In the described scenario, the regulation actions emerge as a toll of defense of the citizen, searching the guarantee of the access to the most adequate way to their needs. The proposed drawing (theoretical-logical model) describes and identifies the steps to evaluate the service (structure, process, result), and also demonstrates the several problems found in the network of attention of urgencies of Médio Paraíba. The work makes a revision of the literature about the principal concepts of regulation and of urgent medical regulation; talks about the aspects of the Emergency and Urgency Policy since 2002, the insertion of Médio Paraíba and its network of attention to the urgencies in this context. It addresses the several concepts of evaluating focusing the theoretical-logical models and cites the strategies methodological, employing the theoretical-logical model as a proposal to evaluate the implementation of CRMU. The last step treats about the elaboration of the theoretical-logical model, as well as its matrices of evaluation and of its cast of indicators.

Key-words : Evaluation, Regulation, Urgency, Pre-hospital care

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Fluxograma Operacional do SAMU 192 – Médio Paraíba.....	12
Figura 2 - Divisão Político-Administrativa da região do Médio Paraíba..	28
Figura 3 - Mapa da região do Médio Paraíba, segundo PDR/ SES-RJ, 2002.....	33
Quadro 1– Demonstrativo do déficit de leitos da região do Médio Paraíba.....	38
Figura 4 – Distribuição dos atendimentos de urgência na região do Médio Paraíba/ SIA/DATASUS.....	39
Figura 5 – Pesquisa e avaliação.....	42
Figura 6 – Trilogia da avaliação.....	44
Figura 7 – Árvore de problemas da rede de urgência da região do Médio Paraíba.....	50
Quadro 2 - Distribuição de Unidades Móveis por Município da região do Médio Paraíba.....	54
Figura 8 – Fluxograma Operacional do SAMU 192 – Médio Paraíba, com texto explicativo.....	57
Figura 9 – Quadro para a realização da análise de vulnerabilidade.....	65
Figura 10– Quadro para a realização da análise de pertinência e suficiência das operações/ações.....	66
Quadro 3 - Atendimentos Pré-hospitalares Móveis.....	71
Quadro 4 - Atendimentos Hospitalares e Pré-hospitalares Fixos.....	72
Figura 11– Matriz para o julgamento do nível de implantação da CRMU	81

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Demonstrativo da Área Territorial e População Residente....	29
Tabela 2 -	População Residente por Situação, segundo Município.....	30
Tabela 3 -	População 2010 por Município, com distribuição segundo sexo.....	31
Tabela 4 -	Óbitos segundo Capítulo do CID-10, na região do Médio Paraíba, 2010.....	31
Tabela 5 -	Cobertura da Estratégia Saúde da Família na região do Médio Paraíba.....	34
Tabela 6 –	Cobertura da Estratégia Saúde da Família por região do Estado do Rio de Janeiro.....	34
Tabela 7 –	UPA e Serviços de Urgência 24h da Microrregião I/ Médio Paraíba.....	36
Tabela 8 -	UPA e Serviços de Urgência 24h da Microrregião II/ Médio Paraíba.....	36
Tabela 9 –	Unidades Hospitalares da Microrregião I/ Médio Paraíba.....	36
Tabela 10-	Unidades Hospitalares da Microrregião II/ Médio Paraíba.....	36
Tabela 11-	Quantidade de Leitos SUS por Município e Tipo de Prestador (Fevereiro, 2012).....	37
Tabela 12-	Principais unidades de saúde, referência para os atendimentos em urgências, na região do Médio Paraíba, em 2011.....	38
Tabela 13-	Principais unidades de saúde, referência para os atendimentos em urgências, no município de Volta Redonda, no ano de 2011.....	39
Tabela 14-	Unidades de saúde, referência para os atendimentos de urgências especializadas (até 2000 atendimentos/ano), da região do Médio Paraíba, no ano de 2011.....	72
Tabela 15-	Série histórica dos óbitos por causas externas da região do Médio Paraíba.....	80

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
PPI	Programação Pactuada e Integrada
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APMIR	Associação de Proteção a Maternidade e Infância
CAIS	Centro de Assistência Intermediária de Saúde
CFM	Conselho Federal de Medicina
CGUE	Coordenação Geral de Urgência e Emergência
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CIDE	Centro de Informações e Dados do Rio de Janeiro
CIES	Comissão de Integração Ensino Serviço
CIR	Comissão Intergestores Regional
CISMEPA	Consórcio Intermunicipal de Saúde da região do Médio Paraíba
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde
CRMU	Central de Regulação Médica de Urgências
DAE	Departamento de Atenção Especializada
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESPIN	Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FN-SUS	Força Nacional do Sistema Único de Saúde
GM	Gabinete do Ministro
GT	Grupo de trabalho
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

Ipea	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LAPPIS	Laboratório de Pesquisas de Práticas de Integralidade em Saúde
MP	Médio Paraíba
MS	Ministério da Saúde
NEU	Núcleos de Educação em Urgência
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PNAU	Política Nacional de Atenção às Urgências
PS	Pronto socorro
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RAU	Rede de Atenção às Urgências
RENASES	Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
RH	Recursos humanos
SAMU 192 - MP	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência da região do Médio Paraíba
SAS	Secretaria de Atenção a Saúde
SE	Salas de Estabilização
SESDEC-RJ	Secretaria de Estado da Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SISREG	Sistema de Regulação
SPA	Serviço de Pronto Atendimento

Sr	Senhor
SUS	Sistema Único de Saúde
TARM	Telefonistas Auxiliares de Regulação Médica
TIH	Transferência inter hospitalar
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
USA	Unidade de Suporte Avançado
USB	Unidade de Suporte Básico
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	13
1	REGULAÇÃO DAS URGÊNCIAS NO SUS.....	21
2	A REGIÃO DO MÉDIO PARAÍBA E SUA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS	31
3	OBJETIVOS.....	43
3.1	Objetivo geral.....	43
3.2	Objetivos específicos.....	43
4	METODOLOGIA.....	44
4.1	Aspectos teórico-metodológicos.....	44
4.2	Estratégias metodológicas.....	48
5	DESENVOLVIMENTO DA PROPOSTA PARA AVALIAÇÃO DA CRMU.....	52
5.1	O modelo teórico-lógico da avaliação.....	42
5.2	Validação e análise do modelo teórico-lógico da avaliação...	66
5.3	Matrizes de análise: monitoramento e julgamento.....	71
5.3.1	<u>Matriz de monitoramento.....</u>	72
5.3.2	<u>Matriz de julgamento.....</u>	81
5.4	Avaliação dos fatores de influência externa.....	88
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	91
	REFERÊNCIAS.....	94

INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como objeto o desenvolvimento de uma proposta para avaliação da implantação da Central de Regulação Médica de Urgências (CRMU) vinculada ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência da região do Médio Paraíba (SAMU 192 - MP), considerando o contexto da rede de atenção integral às urgências e a importância da Central como observatório desta rede. Propõe-se a criação de um modelo teórico-lógico que sirva como referência para elaboração de instrumentos e seleção de indicadores para avaliação da estrutura, processos e resultados da CRMU-MP. A proposta aqui apresentada é, portanto, uma ferramenta de planejamento e tomada de decisões, visando à melhor efetividade e eficiência desse serviço.

As discussões para a implantação do SAMU-192 na região do Médio Paraíba iniciaram-se no ano de 2003, logo após a publicação da Política Nacional de Atenção às Urgências (Portaria GM/MS nº 1863/2003), não sendo possível seu avanço naquele momento por indefinições quanto ao financiamento estadual do projeto. Em 2008, a Secretaria de Estado da Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SESDEC-RJ) formalizou a implantação do Serviço de Atenção Móvel de Urgência Regional do Interior, complementando a parcela de recursos da União, destinada ao custeio do serviço (Resolução SESDEC nº239/2008). Este fato possibilitou à região, através do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraíba (CISMEPA), retomar as discussões para a implantação do SAMU 192 – MP.

O CISMEPA é atualmente um Consórcio Público, com personalidade jurídica de direito público, que tem por finalidade a conjugação de esforços entre os doze municípios consorciados: Barra do Piraí, Barra Mansa, Itatiaia, Pinheiral, Piraí, Porto Real, Quatis, Resende, Rio Claro, Rio das Flores, Valença e Volta Redonda. Tem, como objetivo principal, a gestão associada do Sistema Único de Saúde, mediante a implantação de políticas públicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, para sua promoção, proteção e recuperação, observada a direção única de cada ente consorciado.

A direção do CISMEPA encontra-se sob a presidência do prefeito de Volta Redonda e tem como secretaria executiva a secretária municipal de saúde de Piraí

desde o ano de 2005¹. Nesse período, venho acompanhando as atividades do Consórcio por meio de sua assessoria técnica a qual exerço em caráter permanente. Dessa maneira, pude acompanhar as discussões que envolveram a implantação do SAMU 192 – MP, já que esta foi uma das prioridades eleitas pelos doze (12) prefeitos e secretários de saúde do CISMEPA, mantendo-se permanentemente presente nas pautas de suas assembleias².

O projeto de implantação contou com a participação de gestores e de técnicos dos municípios integrantes do CISMEPA, além do apoio da Coordenação Geral de Urgência e Emergência do Ministério da Saúde (CGUE/SAS/MS). Esta participação ocorreu através de um colegiado, tendo, além da representação de municípios, a presença de diversas entidades e setores (Policias Municipais, Militar e Federal, Concessionárias de Rodovias, Corpo de Bombeiros, Prestadores de Serviços de Saúde e outros), que configuraram o Comitê Regional do Sistema de Atenção às Urgências, conforme previsto na legislação federal (Portaria GM/MS nº 1864/2003).

A aprovação do projeto na Comissão Intergestores Bipartite ocorreu em novembro de 2008, sendo o mesmo encaminhado para Brasília no mês seguinte. Durante o ano de 2009, observou-se uma tramitação técnico-administrativa confusa por parte da CGUE, não havendo clareza nas orientações técnicas para os projetos em análise, tendo, como resultado, a demora excessiva para os credenciamentos e as habilitações. O cenário torna-se favorável (ágil), com a proximidade das eleições presidenciais em 2010, sendo então liberados os recursos necessários (unidades móveis e recursos financeiros) para a implantação do SAMU na região do Médio Paraíba e em diversas regiões do Brasil. Atualmente, o SAMU 192 – Médio Paraíba e sua CRMU encontra-se em tramite final de implantação. Sendo assim, esta proposta assume um caráter prospectivo que ganhará contornos mais concretos a partir do início do funcionamento da CRMU-MP.

O projeto da CRMU prevê seu funcionamento de modo articulado ao SAMU 192 – Médio Paraíba. Este Serviço pode realizar o atendimento de urgência e de emergência em qualquer lugar em que for solicitado via CRMU: residências, locais de trabalho, vias e locais públicos, contando com os médicos reguladores e demais

¹ O prefeito de Volta Redonda no período de 2005 a 2008 foi o Sr. Gothardo Lopes Neto e, no mesmo período, a Sra. Maria da Conceição de Souza Rocha, ocupava o cargo de secretária municipal de saúde de Pirai.

² A partir de 01/01/2009, a Presidência do CISMEPA se mantém no município de Volta Redonda, através do prefeito eleito Antonio Francisco Neto. A configuração da Secretaria Executiva e a Assessoria Técnica foram mantidas com a Secretária Municipal de Saúde de Pirai, Sra. Maria da Conceição de Souza Rocha e da minha pessoa, respectivamente.

profissionais dos veículos de salvamento. A CRMU tem papel prioritário e indispensável para o resultado positivo do atendimento, sendo o socorro feito posterior à chamada gratuita, via telefone 192. A ligação é atendida pelos Telefonistas Auxiliares de Regulação Médica (TARM) na CRMU, que identificam a urgência e, imediatamente, transferem o telefonema para o médico regulador. Esse profissional faz o diagnóstico da situação e inicia o atendimento no mesmo instante, orientando o paciente, ou a pessoa que fez a chamada, sobre as primeiras ações. O médico regulador avalia qual o melhor procedimento para o paciente:

- Orienta o usuário e encerra o atendimento.
- Orienta o usuário a procurar uma Unidade de Saúde.
- Solicita ao operador de frota que acionará uma Unidade de Suporte Básico (USB), com técnico de enfermagem e motorista para o atendimento no local ou, de acordo com a gravidade do caso, envia uma Unidade de Suporte Avançado (USA), com médico, enfermeiro e motorista.
- Solicita ao operador de frota, que acionará a frota sanitária dos municípios, quando houver situações em que não se enquadrem a utilização de Unidades de Suporte Básico e de Unidades de Suporte Avançado (ex. TFD, alta hospitalar) ou em caso de desastres ou catástrofes.

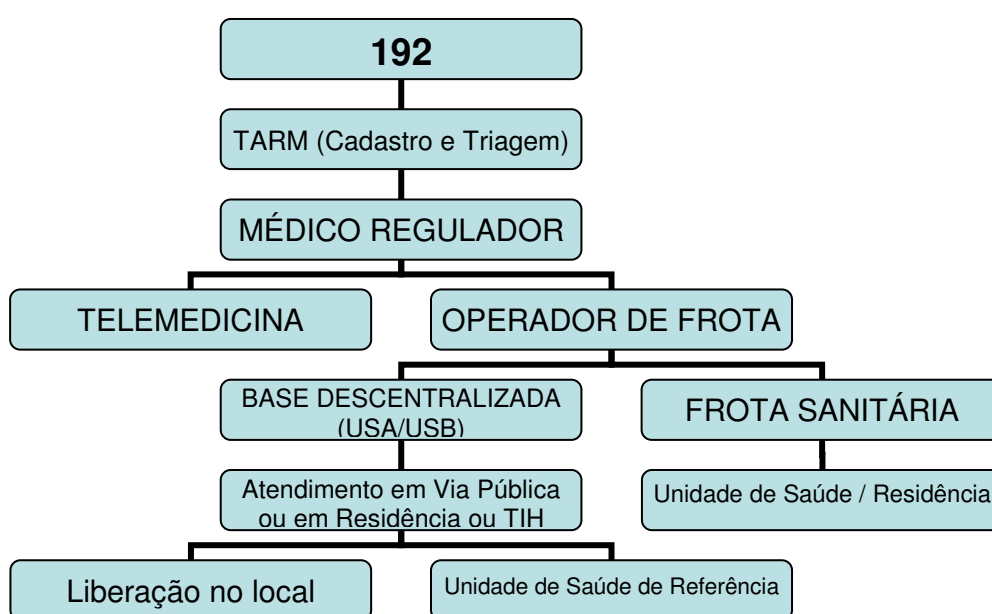


Figura 1 - Fluxograma Operacional do SAMU 192 – Médio Paraíba

O médico regulador, investido de autoridade sanitária, comunica a urgência ou emergência aos hospitais públicos e conveniados, preferencialmente da região e, dessa maneira, garante a continuidade do cuidado.

A estratégia adotada pelos gestores do Médio Paraíba por meio da CRMU visa minimizar quadros de demandas desnecessárias de urgência, com a diminuição dos fluxos informais de pacientes para os grandes hospitais da região. São vários os motivos relacionados à sobrecarga desses serviços na região.

Observa-se, na atenção básica, o funcionamento de um modelo assistencial, voltado para ações preferencialmente “preventivas e programáticas” (BRASILm, 2006). As estratégias relacionadas ao Programa de Saúde da Família incluem as seguintes ações: vinculação da clientela através do cadastramento domiciliar; diagnóstico situacional; ações voltadas para os problemas de saúde mais frequentes na comunidade de referência; jornada de trabalho integral para todos os profissionais das equipes de saúde da família (40 horas), entre outras. Porém, as Unidades de Saúde da Família trabalham, frequentemente, sem pronto atendimento e a sua clientela acaba recorrendo às unidades de urgência, onde recebem tratamento meramente sintomático, com graves prejuízos ao acompanhamento de doenças crônicas como hipertensão, diabetes, asma e outras.

A discussão sobre o atendimento da demanda espontânea na atenção básica é pertinente sob o aspecto da diminuição dos atendimentos ambulatoriais nas urgências:

...a urgência, como “porta de entrada”, responde a uma expectativa da população e essa porta de entrada “irregular” não compete com a atenção básica porque não oferece condições necessárias para atuar como porta de entrada qualificada, como ser responsável pelo acompanhamento, seguimento e vínculo com o paciente. Cabe à atenção básica receber o paciente por demanda espontânea ou programada. Muito da demanda espontânea é atendimento de urgência... (O'DWYER, 2010).

Apesar dos incentivos federais para a atenção básica, em especial o PSF e o PACS, os municípios travam duras batalhas para conseguir manter coberturas satisfatórias destes Programas, em que se destacam os problemas da gestão do trabalho: formas de seleção e de contratação pública, além de vínculos empregatícios questionados pelos órgãos controladores; inexistência de educação permanente; e dificuldade de fixação dos profissionais médicos nas equipes do PSF. Acrescentam-se a estes fatores os problemas estruturais da rede básica, que contribuem para a baixa resolutividade das ações de saúde.

Como consequência, os pronto-socorros pré-hospitalares e hospitalares de pequeno e médio porte encontram-se sobrecarregados pela demanda de casos agudos de baixa complexidade que não são adequadamente acolhidos pela rede básica. Porém, estas unidades operam sem retaguarda mínima de recursos diagnósticos e terapêuticos, essenciais à resolução dos casos de maior gravidade/complexidade, bem como da estruturação de uma linha de cuidados. Ressalta-se que os procedimentos de média complexidade, nos quais careceriam de ser referenciados para uma rede de saúde organizada, através de um sistema eficaz de regulação, geram filas nestes estabelecimentos e grande demanda para os serviços hospitalares mais estruturados.

O'Dwyer (2009), em sua avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS, relata o grande percentual de pacientes que poderiam ser atendidos em ambulatórios e que são atendidos em urgências, tendo como resultado o funcionamento acima de sua capacidade máxima, com taxas de ocupação de leitos acima de 100%. A autora demonstra, no trabalho, que o empenho demonstrado pelo Ministério da Saúde para a reorganização da atenção básica, através da estratégia saúde da família, poderá transformá-la na principal porta de entrada do sistema de saúde, amenizando a busca dos atendimentos de urgência.

Outro fator importante para maior procura das urgências hospitalares é o fator cultural, apesar de a mensuração deste dado tender a ser subjetiva e de difícil interpretação. Os usuários procuram as Unidades que consideram mais adequadas ao seu tratamento, em geral, aquelas com maiores recursos diagnósticos e terapêuticos, estando quase sempre na alta complexidade do sistema de saúde. Este fato é reforçado por estudos em países que expandiram suas redes de atenção básica e não obtiveram uma diminuição linear nos atendimentos de urgência, ou seja, a emergência continuará sendo usada "inapropriadamente" pelos pacientes, como alternativa para o atendimento primário (O'DWYER, 2009).

As redes de atenção de alta complexidade, por sua vez, tiveram um incremento significativo de novas unidades e tecnologias, justificado por normas ministeriais (a partir de 2004) mais claras e atrativas para a rede pública e privada, com melhores valores previstos nas tabelas do governo, tanto para procedimentos ambulatoriais, quanto para internações; por interesses corporativos relacionados à execução de certos procedimentos médicos, como a utilização de órteses, próteses e materiais especiais; por financiamento federal através do Fundo de Ações

Estratégicas e Compensação (FAEC)³. Verifica-se, como resultado, o aumento da oferta e da execução dos procedimentos neste nível de atenção, comprovado pelas séries históricas de produção e de faturamento, extraídas dos sistemas de informação do SUS.

Os problemas relacionados à gestão também contribuem para o maior fluxo de pacientes às redes de urgência. Entre estes, podemos citar a inexistência de sistemas efetivos de regulação, principalmente nas esferas municipais e regionais, com ênfase às rotinas de encaminhamento dos pacientes (referência), e re-encaminhamento à sua região de origem (contra-referência), evidenciando ainda mais os problemas de acesso aos serviços de saúde. Outras ferramentas gestoras que, quando inexistentes ou mal empregadas, geram impactos negativos às redes de saúde são a Programação Pactuada e Integrada, o Plano Diretor de Regionalização, o Plano Diretor de Investimentos e o Controle, Avaliação e Auditoria.

Na região, o quadro de maior demanda é semelhante a outras regiões do país, com a alta procura pelos serviços hospitalares onde se encontram as maiores complexidades, ou nos serviços pré-hospitalares dos municípios-pólo, com maior facilidade de acesso. Nestas unidades de saúde são frequentes internações em leitos destinados às observações em setores de urgências, existindo situações mais graves, quando pacientes permanecem entubados e em ventilação mecânica, por falta de vagas em leitos de terapia intensiva.

Almeida (2000) evidencia que a relação ao tipo de oferta de serviço de saúde resulta na maior utilização de serviços de baixa complexidade e de emergência pela população com menor renda. Segundo o estudo, a rede pública é composta principalmente por unidades de atenção básica e por serviços de emergência; já a rede privada tem a sua maior porção na atenção especializada e hospitalar. A autora se refere à dificuldade de acesso aos serviços públicos especializados, impactando o aumento dos atendimentos de emergência, transformando estes setores em “depósitos dos problemas não resolvidos pela rede”.

Portanto, consideramos importante abordar neste trabalho as interfaces da Central com o conjunto de unidades da rede de urgências na região. Ela tem

³ O Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) foi criado através da Portaria GM/MS nº531 em 30 de abril de 1999, com a finalidade de arcar com os pagamentos dos procedimentos de alta complexidade de referência interestadual, considerados estratégicos. Em 2001, a Portaria GM/MS nº627, redefine e amplia os procedimentos ambulatoriais e internações que seriam financiados por este fundo.

ocupado um lugar de destaque no sistema de saúde, evidenciando as deficiências estruturais do SUS. Os pronto-socorros hospitalares e unidades de urgência não hospitalares têm suas áreas físicas inadequadas e insuficientes, com equipamentos essenciais à manutenção da vida sucateados ou inexistentes. Com relação aos recursos humanos, destacam-se a informalidade na contratação e a organização vertical do trabalho, que criam uma porta de entrada ao mercado de trabalho que atrai profissionais com habilitação inadequada para a atenção às urgências. Assim, nas urgências se alojam, ora profissionais recém-formados sem a devida qualificação e experiência para este tipo de trabalho, ora profissionais de idade já avançada que nelas encontram uma das poucas opções de complementação salarial; ou, ainda, profissionais super especializados que as utilizam como meio transitório de subsistência, até que consigam se estabelecer em suas áreas.

O despreparo profissional mencionado acima está diretamente ligado à insuficiência da formação oferecida pelos aparelhos formadores, que obedecem ainda, majoritariamente, à lógica do mercado, sendo a atenção às urgências, como já mencionado, uma área pouco reconhecida em sua importância e necessidades estruturais, até pelo próprio setor público. Temos, como agravante, os fatores relacionados com a gestão do trabalho suprarrelacionados, além da não implementação do Plano de Cargos, Carreiras e Salários do SUS e o baixíssimo investimento em recursos humanos, que geram o pouco envolvimento com o serviço e a baixa qualificação do profissional.

Em uma avaliação dos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro (O'DWYER, 2008), constatou-se que nos 119 hospitais investigados, a precarização dos vínculos trabalhistas dificultava a fixação de profissionais, tendo como consequência, a diminuição qualitativa da equipe e a necessidade de investimentos na qualificação dos mesmos.

Neste cenário, as ações de regulação despontam como ferramenta de defesa do cidadão, buscando garantir acesso ao meio mais adequado a suas necessidades, embora sejam ainda muito timidamente desenvolvidas em boa parte do país⁴.

A proposta apresentada pretende subsidiar os gestores que atuarão na CRMU, bem como identificar os diversos problemas da rede de atenção às

⁴ No Médio Paraíba, temos a Central Regional de Regulação, implantada pela Secretaria de Estado da Saúde em 2001, que regula basicamente as ações de Saúde Mental, Terapia Renal Substitutiva, Alta Complexidade Cardiovascular, Catarata e Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica. Já a Central de Regulação Médica de Urgência que será implantada propõe iniciar suas atividades de regulação, tendo como uma de suas propostas, capilarizar os atendimentos de urgência da região.

urgências do Médio Paraíba que incidem direta e/ou indiretamente nos resultados da CRMU. Embora a regulação médica seja um instrumento de gestão que favorece a otimização da capacidade instalada da rede de atenção, ela não resolve os problemas já existentes na rede: não cria consultas, leitos ou exames.

A construção do trabalho está dividida em quatro etapas. A primeira faz uma revisão da literatura sobre os principais conceitos da regulação e da regulação médica de urgências. Foram abordados, ainda, aspectos da Política de Urgência e Emergência a partir de 2002, a inserção da região do Médio Paraíba e de sua rede de atenção às urgências neste contexto. A segunda etapa discorre sobre os diversos conceitos da avaliação, com foco nos modelos teóricos lógicos. A terceira etapa cita as estratégias metodológicas, empregando o modelo teórico-lógico como proposta para avaliar a implantação da CRMU. E a quarta e última etapa trata da elaboração do modelo teórico-lógico, bem como de suas matrizes de avaliação.

1 REGULAÇÃO DAS URGÊNCIAS NO SUS

Na saúde pública, a utilização do termo regulação é bastante comum, existindo diferentes acepções para o mesmo. Neste trabalho, procuraremos utilizar principalmente os aspectos abordados por Santos (2006), na sua Revisão sobre a Regulação Pública e Machado (2002), em seu trabalho sobre a Regulação da Política Nacional de Saúde.

De forma geral, a regulação estatal dos sistemas de serviços de saúde pode ser conceituada da seguinte forma:

A regulação estatal dá-se quando o Estado, investido de seu papel de mediador coletivo, exercita um conjunto de diferentes funções para direcionar os sistemas de serviços de saúde no sentido do cumprimento de seus objetivos e para definir, implementar e avaliar as regras do jogo desses sistemas, de forma a regular o comportamento dos atores sociais em situação e a satisfazer as demandas, necessidades e representações da população (MENDES, 2005).

Citaremos inicialmente os atributos da macrorregulação, ou seja, a regulação como instrumento adjuvante na formulação de políticas, sendo neste item que encontramos as principais formas de regulação exercidas pelos gestores das instâncias federal e estaduais, conforme ressalta Santos (2006):

- a. Normatizações. A regulação exercida pelas normatizações, também pode ser definida como regulamentação. Estão inseridas neste item as Portarias, as Resoluções e as Deliberações emitidas pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Estado da Saúde. Estes atos são instrumentos normativos que, por um lado, agilizam a condução do Sistema de Saúde em seus aspectos legais, mas, em contrapartida, principalmente as Portarias a partir de 1999, foram utilizadas excessivamente pelo governo federal, gerando problemas para os gestores das instâncias estaduais e municipais: insuficiência de pessoal para acompanhar o volume das normas; duplicidades de informações; frequentes reedições.
- b. Financeira. É a regulação através do aumento ou da diminuição de recursos financeiros para o Sistema de Saúde, sendo sua execução vinculada a um ato normativo (portaria ministerial). A metodologia de programação financeira para os Estados e Municípios através de Programação Pactuada e Integrada (PPI), os incentivos financeiros

para as áreas que são julgadas mais importantes, o financiamento direto de ações ditas estratégicas (Fundo de Ações Estratégicas e Compensação) e, finalmente, a definição de valores por procedimento em tabelas de referência, são importantes instrumentos de regulação.

- c. De mercados em saúde. Consiste na adoção de estratégias que visam a interferir no funcionamento de mercados que seguem diferentes dinâmicas, como o de prestadores privados de serviços, de medicamentos, de equipamentos médicos, de assistência médica suplementar, entre outros (MACHADO C.V, 2007). Entre as formas de regulação de mercados em saúde, identificamos as atribuições das agências do governo⁵: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A ANVISA, no caso de fármacos e de outros insumos, exerce a regulação principalmente pelas rotinas da Fiscalização Sanitária. Já a ANS age sobre os planos de saúde privados, analisando contratos, controlando os aumentos dos preços e servindo como ouvidoria quanto às queixas dos regimes mal empregados por estes planos. Observamos outras formas de atuação do governo federal na regulação de mercados de saúde, na geração indireta de produtos e de serviços.

Podemos incluir como outras estratégias na macrorregulação: formulação de políticas de educação para profissionais de saúde, estabelecimento de prioridades e de metas (Pacto pela Saúde), atuação dos estados e Ministério da Saúde no controle, avaliação e auditoria.

A microrregulação ou regulação assistencial consiste em ações voltadas para o cotidiano dos usuários do sistema. É nela que ocorrem as atividades definidas nas regras da macrorregulação. Embora a microrregulação seja exercida principalmente pelas instâncias estaduais, nas regiões de saúde e nos municípios, esta não descarta a atuação do governo federal (SANTOS, F.P, 2006).

Entre as funções de regulação dos municípios, podemos citar a identificação das portas de entrada do sistema, o estabelecimento de fluxos de referência e de contrarreferência, a criação de protocolos de acesso para a rede especializada,

⁵ A regulação de mercado foi identificada nas Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) e nos Institutos de Aposentadorias e Pensos (IAPs), na medida em que foram ofertados serviços de saúde para seus beneficiários, estabelecendo regras de utilização.

utilização de protocolos clínicos, a integração da rede de serviços, a regulação e avaliação dos prestadores públicos e privados situados em seu território. Esta gestão é facilitada pela utilização de um sistema informatizado de regulação, que podemos exemplificar com o Sistema de Regulação do Ministério da Saúde (SISREG), atualmente na sua terceira versão, sendo utilizado com êxito em municípios da região do Médio Paraíba⁶.

Como as regiões não existem na forma de Unidades Federadas, cabe ao estado o papel de gestor destas regiões em parceria com os municípios, sendo as seguintes as funções de microrregulação destes governos nas regiões: regulação intermunicipal, bem como promover a articulação entre municípios para identificação das referências regionais; elaboração e pactuação de protocolos clínicos e de regulação de acesso, no âmbito estadual, em consonância com os protocolos e com as diretrizes nacionais, apoiando os municípios na implementação dos mesmos; operação da central de regulação estadual, para as referências interestaduais pactuadas, em articulação com as centrais de regulação regionais e municipais; coordenação e apoio da implementação das Centrais de Regulação Médica de Urgências, de acordo com a regionalização e conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas.

A Política Nacional de Regulação, expressa através da Portaria nº 1559/2008 (BRASIL, 2008), organiza os conceitos da regulação em três dimensões: regulação de sistemas de saúde; regulação da atenção à saúde; e regulação do acesso à assistência. A *Regulação de Sistemas* insere-se na macrorregulação quando ela trata dos aspectos normativos, na definição de macrodiretrizes e na criação de atos normativos. A *Regulação da Atenção* tem funções de regulação de mercado quando objetiva garantir a prestação de serviços à população e seu objeto é a produção das ações para a atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, com o controle da oferta de serviços. Em algumas situações, pode-se dizer que ela se localiza na microrregulação, por atuar de forma direta no processo gestor do acesso à assistência: controle e avaliação de serviços e da população adstrita aos mesmos, contratação de serviços de saúde, cadastro de

⁶ A Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro através da Superintendência de Regulação tem um projeto corrente para implantação do Sistema de Regulação do Ministério da Saúde (SISREG) em todos os municípios do estado, com a proposta de regular os procedimentos ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade intermunicipais do Estado. O SISREG deverá ser usado paralelo ao Sistema Estadual de Regulação (SER), que regula principalmente a alta complexidade ambulatorial.

estabelecimentos de saúde, PPI, entre outros. A *Regulação do Acesso à Assistência* é bem evidenciada na microrregulação ou, como já mencionada anteriormente, Regulação Assistencial. É nesta dimensão que se gerenciam o acesso e a implantação dos fluxos assistenciais, estando inserida a regulação médica, exercendo autoridade sanitária baseada em protocolos, em classificação de risco e em demais critérios de priorização. Entre suas responsabilidades encontra-se a regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar das urgências.

O Conselho Federal de Medicina, em sua Resolução CFM n.º 1.451, de 10/03/1995 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1995), conceitua como Urgência: ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata. E como Emergência: constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem risco iminente de morte ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato. Porém, ao verificar as diferentes ponderações sobre esta questão, podemos observar as ambivalências na utilização destes termos entre profissionais de saúde. Desta forma, conforme orientado nas normas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), “passamos a utilizar apenas o termo urgência, para todos os casos que necessitem de cuidados agudos, tratando de definir o grau de urgência, a fim de classificá-la em níveis, tomando como marco ético de avaliação o imperativo da necessidade humana.”

No Brasil, a regulação de urgências se fortalece com a publicação do Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, e a criação da Coordenação Geral de Urgência e Emergência no âmbito da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (CGUE/SAS/MS). O Regulamento é o precursor da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) emitida em 2003 (BRASIL, 2003) e demais legislações que seguem, citando em seu texto a integração dos níveis assistenciais na atenção às urgências, a regulação médica, a capacitação pelos Núcleos de Educação em Urgência (NEU) e a regionalização. Esta norma torna mais clara e resolutiva o rol de ações da atenção às urgências, além de permitir um diagnóstico das dificuldades da rede, possibilitando correções (O'DWYER, 2010).

A PNAU emitida em 2003 (Portaria GM/MS nº1863), coincidentemente com a criação da CGUE, cria macro diretrizes para todas as instâncias de governo, reforçando os princípios do SUS e cita os elementos fundamentais para promover a

atenção às urgências: regionalização, prevenção, educação em saúde, planejamento e regulação. Outro ponto importante da norma é a proposição da organização de redes loco regionais de atenção integral às urgências, nos seus componentes: pré-hospitalar fixo (unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família, equipes de agentes comunitários de saúde, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias, e unidades não-hospitalares de atendimento às urgências); pré-hospitalar móvel (SAMU 192, com suas Unidades de Suporte Básico e Avançada), atuando sob regulação médica; hospitalar; e pós-hospitalar (Atenção Domiciliar, Hospitais-Dia e Projetos de Reabilitação).

Concomitantemente, o Ministério da Saúde emite a Portaria GM/MS nº1864, que regulamenta itens para o funcionamento do componente pré-hospitalar móvel, os processos de credenciamento junto ao Ministério e define seu financiamento. Atribui os papéis e as responsabilidades aos gestores da regulação das urgências no SUS.

Entre as diversas abordagens apontadas na norma, ressaltamos a estruturação dos Comitês Gestores estaduais, regionais e municipais, espaços criados para a permanente discussão, avaliação e principalmente pactuação entre os diversos atores envolvidos no processo de atenção às urgências: estabelecimentos de saúde, gestores do sistema, órgãos governamentais, entre outros. Esta lógica, para o funcionamento do SAMU, é de essencial importância para o êxito de suas ações, visto que o SAMU envolve uma série de fatores que poderão incidir negativamente no seu dia a dia. Assim, os Comitês funcionam como local para exposição dos problemas encontrados e para negociação das formas de solução.

Quanto ao financiamento deliberado pela Portaria nº1864, esta cria investimentos para as Centrais de Regulação e define o custeio tripartite: 50% para a União e o restante para o estado e municípios. Perceba-se que a norma não define percentuais para os governos estaduais e municipais, fato que favoreceu o atraso da política em alguns estados que não alocaram recursos para o custeio dos serviços pré-hospitalares móveis. O Rio de Janeiro é um exemplo já comentado anteriormente.

O manual técnico emitido no ano de 2006 pelo Departamento de Atenção Especializada (DAE/SAS/MS), Regulação Médica das Urgências, foi produzido para

a capacitação dos diferentes profissionais que atuam nas urgências. Nele consta, além de um vasto cenário da atenção às urgências no Brasil, o detalhamento do funcionamento das CRMUs: etapas da regulação, recursos humanos necessários, transferências inter-hospitalares, classificação das urgências em níveis, entre outros (BRASILn, 2006). Este documento reforça o papel das CRMUs como observatórios dos sistemas de saúde em função da sua capacidade de monitorar, de forma dinâmica, sistematizada e em tempo real, todo o seu funcionamento (O'DWYER, 2010).

Outra legislação importante na trajetória de tentativa de melhorias dos serviços de urgência é a criação do QualiSUS (Portaria GM/MS nº3125/2006) com investimentos para serviços hospitalares de urgência e que inclui três dimensões (O'DWYER, 2009):

- Qualificação, ampliação, readequação e otimização da oferta de serviços de saúde;
- Humanização, fortalecimento e qualificação da gestão e do controle social na saúde;
- Fortalecimento da capacidade de produção de insumos estratégicos, desenvolvimento tecnológico e do complexo produtivo na saúde.

Em 2008, observou-se a necessidade de ampliar este programa para outras regiões do país, sendo proposta a ampliação da abrangência do QualiSUS (Portaria GM/MS nº2972/2008) , com investimentos na estruturação e na qualificação de pronto-socorros e hospitais, tendo com pré-requisito, municípios/regiões com SAMUs já instalados.

O QualiSUS foi reeditado em 2011 (Portaria GM/MS nº 396/2011), em um formato específico para valorização das redes de atenção, visando à superação das fragmentações das ações e dos serviços de saúde e qualificação do cuidado em saúde, denominado de Quali-SUS-Rede.

Em 2006 é criado o Pacto pela Saúde (Portaria GM/MS nº399), com três componentes: Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. A norma cita o tema regulação do acesso à assistência, destacando a importância dos complexos reguladores na articulação e na integração das Centrais de Regulação: CRMU, de Internação, de Consultas e de Exames. O Pacto estabelece diretrizes para a gestão do sistema em alguns aspectos que são fundamentais para consolidar estratégias previstas na PNAU referente à descentralização, à regionalização, ao financiamento,

ao planejamento, Programação Pactuada e Integrada (PPI), participação social, gestão do trabalho, educação na saúde e também regulação.

Um fato inovador trazido pelo Pacto é a criação dos blocos de financiamento: atenção básica, atenção de média e de alta complexidade, vigilância em saúde, assistência farmacêutica e de gestão do SUS. No bloco de gestão são criados recursos para áreas que inexistiam, como é caso do planejamento e do controle social. Os recursos do SAMU encontram-se neste bloco.

Em 2008, a portaria ministerial nº2970, coerente com o Pacto, dá novos moldes a PNAU em seu componente pré-hospitalar móvel, reforçando a regionalização e a ampliação dos complexos reguladores de urgência. Interessante dizer que a norma prioriza a implantação de SAMUs regionais, muda a metodologia de destinação de Unidades de Suporte que, antes, era por critério populacional e, a partir dela, é alterada para parâmetros de tempo-resposta ao atendimento de eventos de urgência. Também transforma a metodologia do custeio das Centrais de Regulação Médica, de valores fixos para valores por faixas populacionais das regiões de cobertura do SAMU regional.

Neste mesmo período, o Ministério da Saúde traz um item novo para a PNAU, incrementando a rede pré-hospitalar fixa através das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e das Salas de Estabilização (SE). Na verdade estas Unidades já estavam previstas no Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência (Portaria GM/MS nº 2048/2002), como Unidades não-hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências e o Estado do Rio de Janeiro resgatou a proposta para atender a suas necessidades, principalmente nas regiões metropolitanas sem cobertura de atenção básica. Oportunamente, o Ministério da Saúde incorpora a proposta carioca, garantindo o co-financiamento das Unidades de Pronto Atendimento para todo o território nacional. A normatização das UPAs e SEs, reeditadas em 2009 (Portaria GM/MS nº1020), visam minimizar os vazios assistenciais da rede de atenção às urgências. No Estado do Rio, a grande temática para a criação das UPAs era a redução das grandes filas nos hospitais da rede SUS na região metropolitana do Rio de Janeiro, pensando-se também na melhoria do atendimento, acolhimento e humanização. A estratégia era compensatória à baixa cobertura de PSF e com a conseqüente insuficiência da atenção básica (O'DWYER, 2010).

As SEs, preconizadas pelo governo federal, têm caráter mais interiorano,

preocupando-se com a distribuição geográfica das unidades de atenção às urgências, podendo-se estabilizar um paciente grave para o posterior encaminhamento a unidades com maior complexidade. Elas devem localizar-se em localidades que ocupem posição estratégica em relação à Rede de Atenção às Urgências, visando o menor tempo-resposta para o atendimento e posterior encaminhamento aos demais serviços de saúde de referência⁷.

Três pontos preocupantes devem ser comentados sobre as UPAs e SEs. O primeiro é a adoção de critérios políticos em substituição ao técnico, para eleger os locais de implantação das UPAs, levando-se em conta questões partidárias, em detrimento dos aspectos epidemiológicos e de necessidades de saúde. Outro ponto é a falta de articulação das estratégias de implantação das UPAs e de Saúde na Família, tendo como possíveis consequências a falta de acompanhamento dos pacientes assistidos nas UPAs e o comprometimento das ações de prevenção e de promoção da saúde. E, por fim, comentar sobre a falta de investimentos para a implantação das SEs no país. Desde a emissão da norma em 2008, o governo federal não consegue adequar seu orçamento para contemplar as regiões e municípios com estas unidades de atenção às urgências. Em uma conjectura voltada para construção de redes de atenção às urgências, torna-se mais grave ao se pensar nas regiões com maiores vazios sanitários e mais afastadas dos centros urbanos. No estado do Rio de Janeiro, a partir deste ano, o governo vem investindo nesta área específica da atenção às urgências.

No fim do ano de 2010, torna-se evidente a preocupação do então Ministro da Saúde, Sr. José Temporão, na estruturação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), ao publicar a norma com as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde, visando superar a fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado. Esta norma será a precursora de outras legislações, adequando-as ao formato de redes de atenção (BRASILc, 2010).

Surge um novo componente legal e com um “peso” maior que as rotineiras portarias: o Decreto Presidencial nº7508/2011 que regulamenta a Lei 8080/90, depois de 21 anos de sua existência. Entre as premissas do Decreto, ele dispõe sobre a organização do SUS com ênfase na descentralização da gestão, com o

⁷ O projeto de implantação de salas de estabilização nos 12 municípios da região do Médio Paraíba encontra-se em trâmite para o credenciamento/habilitação na CGUE/MS. A Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro tem fornecido equipamentos e recursos para o custeio de salas de estabilização em municípios menores que 50 mil habitantes.

fortalecimento das regiões de saúde. Enaltece o planejamento da saúde, trazendo um componente novo para a composição destes processos: o Mapa da Saúde, conceituado como “...a descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS...” (BRASILv, 2011). Outras novidades trazidas pelo Decreto são as RENASES – Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde e o COAP – Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde. O COAP vem em substituição aos antigos pactos, responsabilizando individualmente os entes federados, através de indicadores e de metas, além de outros elementos de controle e de avaliação.

A PNAU sofre grande influência dos conceitos das normas supracitadas e é reformulada em 2011, instituindo a Rede de Atenção às Urgências no SUS (Portaria GM/MS nº 1600/2011). Entre as diretrizes da RAU proposto por esta norma, destacamos:

- Ampliação do acesso e acolhimento aos casos agudos;
- Regionalização do atendimento às urgências com articulação das diversas redes de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde;
- Modelo de atenção de caráter multiprofissional, compartilhado por trabalho em equipe, instituído por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseado na gestão de linhas de cuidado;
- Aprimoramento da qualidade da atenção por meio do desenvolvimento de ações coordenadas, contínuas e que busquem a integralidade e a longitudinalidade do cuidado em saúde;
- Participação e controle social dos usuários sobre os serviços (BRASILb, 2011).

Percebam que, além de dar notoriedade aos aspectos de rede, a PNAU valoriza o trabalho em equipe e as linhas de cuidado, voltada para as práticas da integralidade do cuidado em saúde. Outro avanço é que, diferente da política emitida em 2003, a PNAU cita a participação do controle social sobre os serviços e como componente dos Comitês Gestores das Redes Estaduais e Municipais de Atenção às Urgências, trazendo os usuários e os trabalhadores da saúde para as instâncias decisórias.

Entre as demais novidades da PNAU, destacamos as seguintes unidades de atenção da RAU: Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS⁸; Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas.

As UPAs e as SEs têm suas diretrizes reeditadas em seguida pelo Ministério da Saúde, Portaria GM/MS nº 2648/2011 e Portaria GM/MS nº 2338/2011 respectivamente, seguidas pelas normas que trazem novos elementos para os processos de implantação dos SAMUs e suas CRMUs (Portarias GM/MS nº 2026 e 2649/2011) e que propõem a organização do componente hospitalar da RAU (Portaria GM/MS nº 2395/2011).

Vale ressaltar, além do grande foco para a implementação das RAUs, o processo de qualificação trazido por estas últimas normas, apesar de se tratar de um processo estritamente normativo, poderá equiparar qualitativamente, os serviços novos com os já existentes, considerando os incentivos financeiros que acompanham estes processos.

É com estes componentes que a região do Médio Paraíba tenta adequar a sua rede de atenção às urgências com implantação do SAMU 192 – Médio Paraíba, além de novas Unidades de Pronto Atendimento e Salas de Estabilização distribuídos pelos seus 6.171,5 Km², os quais apresentaremos a seguir. Um fato exitoso para esta proposta é a estreita relação em que os municípios do Médio Paraíba convivem, discutindo, pactuando e elaborando ações de forma conjunta. O Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraíba, através dos seus encontros técnicos, ou nas assembléias de secretários e de prefeitos, é um dos responsáveis por este sucesso. Mais recentemente a Comissão Intergestores Regional (CIR) vem contribuindo para este processo.

⁸ Instituído pelo Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011 e regulamentado pela Portaria nº 2.952 de 2011 que dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS), como programa de cooperação voltado à execução de medidas de prevenção, assistência e repressão a situações epidemiológicas, de desastres ou de desassistência à população. Tem como objetivo, aglutinar esforços para garantir a integralidade da assistência em situações de risco ou emergenciais a que esteja exposto à população brasileira, e, especialmente, os povos indígenas e grupos populacionais localizados em território de difícil acesso, devendo conduzir suas atividades segundo os princípios de equidade, integralidade e universalidade (BRASIL, 2011).

2 A REGIÃO DO MÉDIO PARAÍBA E SUA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

A Região do Médio Paraíba é composta por doze municípios: Barra do Piraí, Barra Mansa, Itaiaia, Pinheiral, Piraí, Porto Real, Quatis, Resende, Rio Claro, Rio das Flores, Valença e Volta Redonda. Está situada no Sul do Estado do Rio de Janeiro, entre as serras do Mar e da Mantiqueira, localizada estrategicamente na ligação entre os estados do Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais. É cortada pela principal rodovia do país a BR-116, Rodovia Presidente Dutra, que faz a ligação com os principais estados do Norte e do Nordeste do país e liga as duas maiores metrópoles brasileiras: Rio de Janeiro e São Paulo. Outra grande via de acesso para a região é a BR-393, recém privatizada e denominada Rodovia do Aço. Ela faz a conexão dos estados do Rio de Janeiro e de São Paulo com a capital mineira, Belo Horizonte, e com o estado da Bahia.

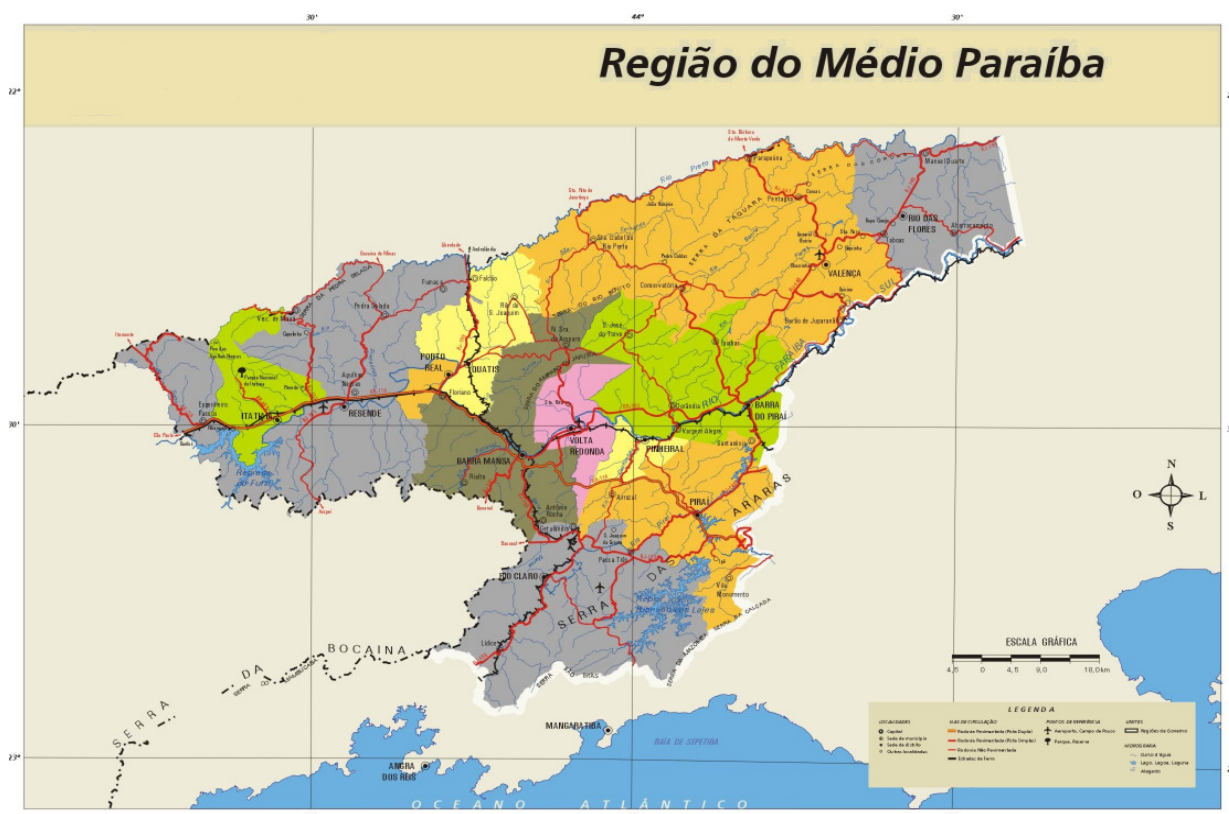


Figura 2 - Divisão Político-Administrativa da região do Médio Paraíba/ Fundação CIDE/Governo do estado do Rio de Janeiro

A Região possui 6.171,5 km², que representam 14,16% do total da área territorial do Estado do Rio de Janeiro, tendo os seus limites distribuídos da seguinte forma:

- Norte: Minas Gerais (Bocaina de Minas, Liberdade, Santa Rita de Jacutinga, São José do Rio Preto);
- Oeste: São Paulo (Queluz), e Sul de Minas Gerais (Itamonte);
- Sul: São Paulo (Arapeí e Bananal) e região da Baía da Ilha Grande (Angra dos Reis e Mangaratiba);
- Leste: Região Centro Sul (Vassouras, Paraíba do Sul, Mendes, Eng. Paulo de Frontin)

Observa-se que três municípios concentram mais de 50% da área territorial da região: Valença, Resende e Rio Claro.

Tabela 1 - Demonstrativo da Área Territorial e População Residente

MUNICÍPIO	ÁREA (Km ²)	População Residente	%
Barra do Piraí	579,0	94.778	11,08%
Barra Mansa	547,2	177.813	20,79%
Itatiaia	225,1	28.783	3,37%
Pinheiral	76,5	22.719	2,66%
Piraí	505,4	26.314	3,08%
Porto Real	50,7	16.592	1,94%
Quatis	286,1	12.793	1,50%
Resende	1.095,3	119.769	14,00%
Rio Claro	840,6	17.425	2,04%
Rio das Flores	478,3	8.561	1,00%
Valença	1.304,8	71.843	8,40%
Volta Redonda	182,5	257803	30,15%
TOTAL	6.171,5	855.193	100,00%

FONTE: IBGE/Geociências/Área Geográfica Oficial

O Médio Paraíba integra uma complexa região sócio-econômica com grande importância financeira para o desenvolvimento do estado e do país, principalmente pelas atividades industriais, com predominância da siderurgia e da indústria automotiva e, mais recentemente, fábrica de vidros temperados de grande porte. Outros setores econômicos importantes são: agroindústria; audiovisual e produção cultural; avicultura; bebidas; metal-mecânico; pecuária; piscicultura de água doce; químico e farmacêutico; têxtil; e turismo.

De acordo com o último censo do IBGE (Censos Demográficos - 2010), o Médio Paraíba apresenta uma população correspondente a 5,35% do contingente do Estado do Rio de Janeiro. A densidade demográfica da região é variável, com

municípios com alta densidade, como Volta Redonda (1.412,75 habitantes por km²), seguidos por Porto Real, Barra Mansa e Pinheiral (326,95, 324,94, 296,86 habitantes por km² respectivamente), e municípios com baixa densidade demográfica, se comparados com os demais municípios do Estado, como Rio das Flores (17,90 hab/Km²) e Rio Claro (20,73 hab/Km²). A taxa de urbanização gira em torno de 95,42% da população, sendo que os municípios de Rio das Flores, Rio Claro e Piraí, possuem as menores taxas, conforme quadro abaixo:

Tabela 2 - População Residente por Situação, segundo Município

Município	Urbana	Rural	Total	Taxa de Urbanização
Volta Redonda	257.686	117	257.803	99,95%
Porto Real	16.497	95	16.592	99,42%
Barra Mansa	176.193	1.620	177.813	99,08%
Barra do Piraí	91.957	2.821	94.778	96,93%
Itatiaia	27.813	970	28.783	96,51%
Quatis	12.029	764	12.793	93,65%
Resende	112.331	7.438	119.769	93,38%
Pinheiral	20.411	2.308	22.719	88,69%
Valença	62.224	9.619	71.843	84,54%
Piraí	20.836	5.478	26.314	73,71%
Rio Claro	13.769	3.656	17.425	73,45%
Rio das Flores	5.959	2.602	8.561	56,33%
Região do Médio Paraíba	817.705	37.488	855.193	95,42%

Fonte: IBGE - Censos Demográficos 2010

O maior aglomerado populacional localiza-se na parte mais central da Região, compreendendo os municípios de Barra Mansa e Volta Redonda que, somado à população dos municípios adstritos: Pinheiral, Quatis e Rio Claro, a população deste aglomerado passa a ser de 488.553 habitantes, que corresponde a 57,13% da população da região. No outro extremo da região, encontram-se os municípios de Valença, Rio das Flores, Barra do Piraí e Piraí, com um total de 201.496 habitantes e, mais ao sul da Região, os municípios de Resende, Porto Real, Itatiaia, com o total de 165.144 habitantes, totalizando na região a população de 855.193 habitantes.

Este contraste, áreas com altíssimas taxas de concentração populacional e áreas de difícil acesso com baixa densidade demográfica, dificulta o acesso da população à rede de saúde, existindo uma maior exigência para os gestores locais no sentido de cobrir as necessidades de saúde.

Segundo o censo do IBGE realizado em 2010, a região possui a seguinte proporção de habitantes por faixa etária:

- De 0 a 14 anos: 21,04%
- População Adulta (15 a 64 anos): 70,62%
- População Idosa (65 anos e mais): 8,33%

Já a distribuição por sexo, segundo a mesma fonte, apresenta uma população, a exemplo de outras regiões brasileiras, com 51,80% de mulheres (442.986) e 48,20% de homens (412.207).

Tabela 3 - População 2010 por Município, com distribuição segundo sexo

Município	Masculino	%	Feminino	%	Total
Barra do Piraí	45.154	10,95%	49.624	11,20%	94.778
Barra Mansa	85.792	20,81%	92.021	20,77%	177.813
Itatiaia	14.213	3,45%	14.570	3,29%	28.783
Pinheiral	11.034	2,68%	11.685	2,64%	22.719
Piraí	12.917	3,13%	13.397	3,02%	26.314
Porto Real	8.242	2,00%	8.350	1,88%	16.592
Quatis	6.238	1,51%	6.555	1,48%	12.793
Resende	58.268	14,14%	61.501	13,88%	119.769
Rio Claro	8.769	2,13%	8.656	1,95%	17.425
Rio das Flores	4.211	1,02%	4.350	0,98%	8.561
Valença	34.450	8,36%	37.393	8,44%	71.843
Volta Redonda	122.919	29,82%	134.884	30,45%	257.803
Total	412.207	100,00%	442.986	100,00%	855.193

Fonte: IBGE – Censos Demográficos, 2010

Vejamos, na tabela abaixo, as principais causas de mortalidade da região no ano de 2010, com destaque para as doenças do aparelho cardiocirculatório com 33,89% dos óbitos, seguido das neoplasias, doenças respiratórias e causas externas.

Tabela 4 - Óbitos segundo Capítulo do CID-10, na região do Médio Paraíba, 2010

Capítulo CID-10	Quantitativo	%
IX. Doenças do aparelho circulatório	2.051	33,89
II. Neoplasias (tumores)	975	16,11
X. Doenças do aparelho respiratório	640	10,58
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	615	10,16
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	425	7,02
XI. Doenças do aparelho digestivo	304	5,02
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	206	3,40
XVIII. Sint sinais e achados anormais ex clín e laborat	184	3,04

VI. Doenças do sistema nervoso	174	2,88
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	172	2,84
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	87	1,44
V. Transtornos mentais e comportamentais	80	1,32
XVII. Mal formações cong. e anomalias cromossômicas	50	0,83
III. Doenças sangue órgãos hemat e transtornos imunit.	41	0,68
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	21	0,35
XIII. Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	17	0,28
XV. Gravidez parto e puerpério	10	0,17
Total	6.052	6.052

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade – Dados preliminares, situação da base nacional em 24/11/2011

Nos municípios de Resende, Itatiaia, Porto Real e Rio Claro, diferente dos demais municípios da região, os óbitos por causas externas aparecem como a terceira maior causa, seguida pelas mortes ocasionadas pelas doenças do aparelho respiratório.

A seguir demonstraremos a distribuição da capacidade instalada da rede de urgência da região.

2.1 Rede de Atenção às Urgências do Médio Paraíba

Com objetivo de contextualizar a Rede de Atenção às Urgências do Médio Paraíba, abordaremos inicialmente o desenho regional do Médio Paraíba, segundo o Plano Diretor de Regionalização (PDR) do estado do Rio de Janeiro (2002), fundamentado pela NOAS/SUS (BRASILt, 2002).

O desenho foi conformado dividindo a região em duas microrregiões: a Médio Paraíba I (MP I) e a Médio Paraíba II (MP II). A MP I é composta pelos municípios de: Piraí, Pinheiral Volta Redonda, Barra do Piraí, Valença e Rio das Flores. Na MP II encontram-se os municípios de Barra Mansa, Rio Claro, Quatis, Porto Real, Resende e Itatiaia. O grande polo regional é Volta Redonda, que concentra a maior parte da capacidade instalada da região, sendo a grande referência ambulatorial e hospitalar. Além de Volta Redonda, a região possui dois polos microrregionais que são Barra Mansa e Resende, contando ainda com os municípios-sede de módulo assistencial, que são referência para a média complexidade, para si próprio ou para algum município adstrito. São eles: Itatiaia, Piraí, Pinheiral, Barra do Piraí e Valença com Rio das Flores adstrito.



Figura 3 - Mapa da região do Médio Paraíba, segundo PDR/ SES-RJ, 2002

Desde a elaboração do PDR em 2001/2002, a região tem mostrado algumas diferenças do comportamento das migrações entre municípios, decorrentes dos processos dinâmicos de crescimento ou de regressão, cabíveis de comentários.

Volta Redonda continua com uma rede assistencial pública fortalecida, contando com as maiores complexidades assistenciais, demonstrada pelo maior número de atendimentos ambulatoriais e de internações nos últimos anos. O segundo município mais populoso da região, Barra Mansa, tem contado com parcerias da iniciativa privada para a implantação de unidades de atenção na alta complexidade (cardiovascular e oncologia), dividindo o papel de referência destas redes de atenção com o município de Volta Redonda. Verificamos outros municípios de pequeno porte, como Pirai e Porto Real, com grandes investimentos na área de saúde e com gestão eficiente, comportando-se como alternativa para as microrregiões, principalmente no segundo nível de atenção. Em contrapartida, temos um comportamento heterogêneo na região em termos de receita corrente líquida⁹, fato que incide diretamente nas despesas com saúde, mesmo considerando que todos os municípios da região têm uma participação nesta área acima do limite

⁹ Receita corrente líquida é o somatório das receitas tributárias, de contribuições, patrimoniais, agropecuárias, industriais, de serviços, transferências correntes e outras receitas também correntes, deduzidos alguns valores e parcelas da União, Estados ou Municípios. ([http://www.estudaqui.com.br/geral/arquivos/10_LRF%20RCL\(gustavo\).pdf](http://www.estudaqui.com.br/geral/arquivos/10_LRF%20RCL(gustavo).pdf))

constitucional de 15%. Assim, municípios desfavorecidos em termos de recursos se empenham para manter um bom nível de assistência básica, porém com a consequente deficiência nas maiores complexidades da atenção.

A seguir, demonstraremos a RAU do Médio Paraíba, a luz da Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASILb, 2011) e seus componentes.

O primeiro componente da RAU são as ações de promoção, de prevenção e de vigilância em saúde. Em seguida temos o componente atenção básica em saúde, que tem como objetivo a ampliação do acesso, sendo, preferencialmente, o primeiro cuidado às urgências e emergências, até a transferência ou encaminhamento a outras referências de atenção, nos casos necessários (BRASILb, 2011).

Tabela 5 – Cobertura da Estratégia Saúde da Família na região do Médio Paraíba

Município	Teto (ESF)	ESF Implantadas	Estimativa da população coberta(ESF)	Proporção de cobertura populacional estimada (ESF)
Barra do Piraí	39	7	24.150	25,48%
Barra Mansa	74	31	106.950	60,15%
Itatiaia	12	4	13.800	47,94%
Pinheiral	9	8	22.719	100%
Piraí	11	10	26.314	100%
Porto Real	7	6	16.592	100%
Quatis	5	3	10.350	80,9%
Resende	50	22	75.900	63,37%
Rio Claro	7	8	17.425	100%
Rio das Flores	4	4	8.561	100%
Valença	30	12	41.400	57,63%
Volta Redonda	107	59	203.550	78,96%
Total Regional	355	174	567.711	76,20%

Fonte: Departamento de Atenção Básica/MS

Na região, observa-se uma cobertura populacional heterogênea da estratégia saúde da família. Nos municípios menores de 30.000 habitantes, com exceção do município de Quatis, a cobertura é de 100%. Em contrapartida, nos municípios mais populosos, as coberturas variam de 25,48% (Barra do Piraí) até 78,96% (Volta Redonda). Este fato é impactante quando a cobertura é analisada no âmbito regional.

Tabela 6 – Cobertura da Estratégia Saúde da Família por região do Estado do Rio de Janeiro

Região de Saúde	2008	2009	2010	2011
Centro-Sul	84,10	93,63	95,86	83,66

Noroeste	62,61	65,59	67,06	71,44
Baía da Ilha Grande	55,76	51,75	50,91	52,75
Médio Paraíba	49,7	49,24	54,83	52,83
Baixada Litorânea	43,45	44,26	44,95	43,37
Metropolitana II	39,51	39,67	40,68	39,36
Serrana	39,46	38,74	38,95	38,65
Norte	26,85	17,64	22,12	16,87
Metropolitana I	12,93	13,25	13,88	12,05
Total	24,71	24,67	25,8	23,92

Fonte: Indicadores do Pacto pela Saúde/DATASUS/MS

A região do Médio Paraíba apresentou no ano de 2011 uma cobertura de saúde da família de 52,83%, sendo a terceira maior cobertura do estado do Rio de Janeiro. As regiões Centro-Sul (83,66%) e Noroeste (71,44%) apresentaram as maiores coberturas. Estas regiões caracterizam-se por possuir, em sua maioria, municípios com população menor que 30.000 habitantes.

O SAMU 192 e a CRMU são o terceiro componente da RAU preconizado pela política nacional. O quarto componente são as Salas de Estabilização e o quinto é a Força Nacional de Saúde do SUS. As salas de estabilização estarão sendo implantadas nos 12 municípios da região, conforme pactuação entre os gestores. Esta estratégia visa compor a RAU, capilarizando as unidades de atenção às urgências, com a melhora dos tempos-resposta.

As Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas são o próximo componente da RAU. São unidades de média complexidade que têm, como objetivo, prestar atendimento aos pacientes acometidos por quadros agudos de natureza clínica e cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo a necessidade de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade (BRASILb, 2011).

A região possui os tradicionais serviços de urgência 24 horas, distribuídos nas microrregiões I e II, conforme tabela abaixo. As UPAs 24h foram implantadas inicialmente nos municípios de Barra Mansa e Volta Redonda, anteriores à publicação da norma federal. Mais recentemente, em 2011, foi inaugurada mais uma unidade no município de Resende e, atualmente, encontram-se em tramite de implantação, UPAs nos municípios de Barra do Piraí e Valença. Assim, juntamente com os prontos-socorros 24h, a rede regional terá 15 unidades de saúde desta natureza, distribuídas em municípios da região.

Tabela 7 – UPA e Serviços de Urgência 24h da Microrregião I/ Médio Paraíba

CNES-RJ/ UNIDADE DE SAÚDE - MICRORREGIÃO I	MUNICÍPIO
5473233 POLO DE EMERGÊNCIA DE BARRA DO PIRAI	BARRA DO PIRAI
2799308 PRONTO SOCORRO	BARRA DO PIRAI
2295598 CENTRO DE SAÚDE DE ARROZAL C ATENDIMENTO 24 HORAS	PIRAÍ
2708078 CAIS ATERRADO CENTRO DE ASSIST INTERM DE SAUDE ATERRADO	VOLTA REDONDA
0024813 SPA CONFORTO JORNALISTA DICLER SIMOES SOARES	VOLTA REDONDA
6272320 UPA 24 HS VOLTA REDONDA	VOLTA REDONDA
5591961 PRONTO SOCORRO INFANTIL DE VALENÇA	VALENÇA
6019404 PRONTO SOCORRO ADULTO MUNICIPAL	VALENÇA
2292807 CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE DE VALENÇA	VALENÇA

Fonte: CNES/DATASUS/MS

Tabela 8 - UPA e Serviços de Urgência 24h da Microrregião II/ Médio Paraíba

CNES-RJ/ UNIDADE DE SAÚDE - MICRORREGIÃO II	MUNICÍPIO
6042619 UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO EM BARRA MANSA RJ UPA	BARRA MANSA
2288168 CENTRO DE SAÚDE PENEDO	ITATIAIA
6870066 UPA 24 HS RESENDE	RESENDE
2288389 CENTRO DE SAÚDE GRANDE ALEGRIA	RESENDE

Fonte: CNES/DATASUS/MS

Os hospitais e a atenção domiciliar são os últimos componentes da RAU. O componente hospitalar está distribuído da seguinte forma nas microrregiões I e II:

Tabela 9 – Unidades Hospitalares da Microrregião I/ Médio Paraíba

CNES-RJ/ UNIDADE DE SAÚDE - MICRORREGIÃO I	MUNICÍPIO
2287927 HOSPITAL E MATERNIDADE MARIA DE NAZARÉ	BARRA DO PIRAI
2287919 CASA DE CARIDADE SANTA RITA	BARRA DO PIRAI
2271141 HOSPITAL MUNICIPAL DE PINHEIRAL AURELINO GONCALVES BARBOSA	PINHEIRAL
2267187 HOSPITAL FLAVIO LEAL	PIRAÍ
2268329 HOSPITAL GERAL DR LUIZ PINTO	RIO DAS FLORES
2292912 HOSPITAL ESCOLA LUIZ GIOSEFFI JANNUZZI	VALENÇA
2295113 HOSPITAL JOSE FONSECA	VALENÇA
2295075 HOSPITAL GUSTAVO MONTEIRO JUNIOR	VALENÇA
2295105 HOSPITAL SANTA ISABEL	VALENÇA
0025135 HOSPITAL MUNICIPAL SAO JOÃO BATISTA	VOLTA REDONDA
0025143 HOSPITAL MUNICIPAL DR MUNIR RAFFUL	VOLTA REDONDA
0025194 HOSPITAL EVANGÉLICO REGIONAL LTDA	VOLTA REDONDA

Fonte: Tabwin/DATASUS/MS

Tabela 10 - Unidades Hospitalares da Microrregião II/ Médio Paraíba

CNES-RJ/ UNIDADE DE SAÚDE - MICRORREGIÃO II	MUNICÍPIO
5878640 HOSPITAL E MATERNIDADE THERESA SACCHI DE MOURA	BARRA MANSA
2280051 SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BARRA MANSA	BARRA MANSA
2288230 HOSP MUNICIPAL MATERNIDADE DR MANOEL MARTINS DE	ITATIAIA

BARROS		
5307864 HOSPITAL MUNICIPAL SÃO FRANCISCO DE ASSIS		PORTO REAL
2273101 HOSPITAL SAO LUCAS		QUATIS
2288893 HOSPITAL DE EMERGÊNCIA HENRIQUE SERGIO GREGORI		RESENDE
2288885 SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE RESENDE		RESENDE
2288907 APMIR		RESENDE
6231659 UNIDADE MÉDICO HOSPITALAR PADRE ALFREDO OELKERS		RIO CLARO
6232094 HOSPITAL MUNICIPAL NOSSA SENHORA DA PIEDADE		RIO CLARO

Fonte: Tabwin/DATASUS/MS

Na tabela abaixo, observa-se uma grande concentração de leitos nos hospitais filantrópicos, com destaque para os municípios de Barra do Piraí, Barra Mansa e Valença. Este dado é preocupante, já que, semelhante a outras regiões do país, estas “Santas Casas” têm seus modelos de gestão ultrapassados, trabalhando, via de regra, com seus orçamentos deficitários. Valença, com seus 295 leitos distribuídos em quatro unidades hospitalares e com uma população de 71.843 habitantes, tem rediscutido sua rede hospitalar e a importância assistencial da cada unidade no contexto municipal e regional.

Tabela 11: Quantidade de Leitos SUS por Município e Tipo de Prestador (Fevereiro, 2012)

Município	Público	Filantrópico	Privado	Total
Barra do Piraí	-	196	-	196
Barra Mansa	103	124	-	227
Itatiaia	31	-	-	31
Pinheiral	41	-	-	41
Piraí	-	47	-	47
Porto Real	44	-	-	44
Quatis	-	32	200* ¹	232
Resende	47	99	-	146
Rio Claro	27	-	-	27
Rio da Flores	-	15	-	15
Valença	-	153	142	295
Volta Redonda	217	-	100	317
Total	510	666	442	1.618

Fonte: MS - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES

*1. Leitos psiquiátricos, referência macrorregional.

Nota-se que a maior concentração de leitos públicos está no município de Volta Redonda (Hospital Municipal Munir Rafful e Hospital São João Batista) enfatizando a sua grande importância como referência hospitalar da região.

Avaliando a proporção das necessidades de leitos, por leitos existentes, segundo parâmetro de 2,5 leitos para 1.000 habitantes (BRASILs, 2002), verifica-se um déficit de 520 leitos, o que corresponde a 24,32%.

Quadro 1 – Demonstrativo do déficit de leitos da região do Médio Paraíba

Leitos existentes	Parâmetro	Necessidade de leitos	Déficit
1.618	2,5 leitos para 1000 hab.	2.138	520 (24,32%)

A carência de leitos e de internações tem como agravante, o maior número de hospitais de pequeno e médio porte e as taxas de ocupação que não atingem 50% em sua média¹⁰.

Na análise das produções dos atendimentos de urgência (Consulta/Atendimento às urgências em geral) distribuídos pelos componentes da RAU da região, observa-se uma grande concentração destes procedimentos no município de Volta Redonda, em 2011. O serviço pré-hospitalar CAIS Aterrado realizou, neste período, 97.182 atendimentos, com 94.828 e 92.085 atendimentos nos dois hospitais públicos do município, Hospital São João Batista e Hospital Munir Rafful, respectivamente.

Tabela 12: Principais unidades de saúde, referência para os atendimentos em urgências, na região do Médio Paraíba, em 2011

Unidade de Saúde	Município	Nº Leitos	Atendimentos
CAIS ATERRADO CENTRO DE ASSIST INTERM DE SAÚDE ATERRADO	VOLTA REDONDA	32	97.182
HOSPITAL MUNICIPAL SAO JOÃO BATISTA	VOLTA REDONDA	131	94.828
HOSPITAL MUNICIPAL DR MUNIR RAFFUL	VOLTA REDONDA	54	92.095
HOSPITAL E MATERNIDADE MARIA DE NAZARÉ	BARRA DO PIRAI	86	90.776
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA HENRIQUE SÉRGIO GREGORI	RESENDE	47	83.866
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO EM BARRA MANSA RJ UPA	BARRA MANSA	S/ Leitos no CNES	73.563
TOTAL		350	532.310

Fonte: SIA/DATASUS

Quando são somados estes atendimentos com a produção deste grupo de procedimentos, em unidades de saúde do mesmo município, verifica-se um total/ano

¹⁰ Encontra-se em tramite a construção do Hospital Regional do Médio Paraíba (hospital com perfil de alta complexidade) e, paralelamente a este grande empreendimento, há uma proposta de organização das redes de atenção por nível de complexidade, observando todas as linhas de cuidados por área da saúde. Esta organização prevê a mudança do perfil assistencial de alguns hospitais da região, otimizando estruturas físicas e de recursos humanos, com a responsabilização solidária destes hospitais.

de 414.932 atendimentos, que correspondem a 34,62% do total de consultas/atendimentos em urgência em geral da região.

Tabela 13: Principais unidades de saúde, referência para os atendimentos em urgências, no município de Volta Redonda, no ano de 2011.

UNIDADE DE SAÚDE	MUNICÍPIO	ATENDIMENTOS
CAIS ATERRADO-CENTRO DE ASSIST INTERM DE SAÚDE ATERRADO	VOLTA REDONDA	97.182
HOSPITAL MUNICIPAL SAO JOÃO BATISTA	VOLTA REDONDA	94.828
HOSPITAL MUNICIPAL DR MUNIR RAFFUL	VOLTA REDONDA	92.095
SPA CONFORTO JORNALISTA DICLER S. SOARES	VOLTA REDONDA	63.244
UPA 24 HS VOLTA REDONDA	VOLTA REDONDA	40.430
UBSF SANTA CRUZ GUANAHYRO FERREIRA NETO	VOLTA REDONDA	18.673
HOSPITAL EVANGÉLICO REGIONAL LTDA	VOLTA REDONDA	8.480
TOTAL		414.932

Fonte: SIA/DATASUS

O mapa abaixo evidencia este fato, além de mostrar a distribuição dos demais atendimentos de urgência na região do Médio Paraíba. Nota-se que os municípios de Barra do Piraí¹¹ (139.390), Barra Mansa (102.187), Resende (132.737) e Valença (135.596) também se portam como referência para urgências na região.

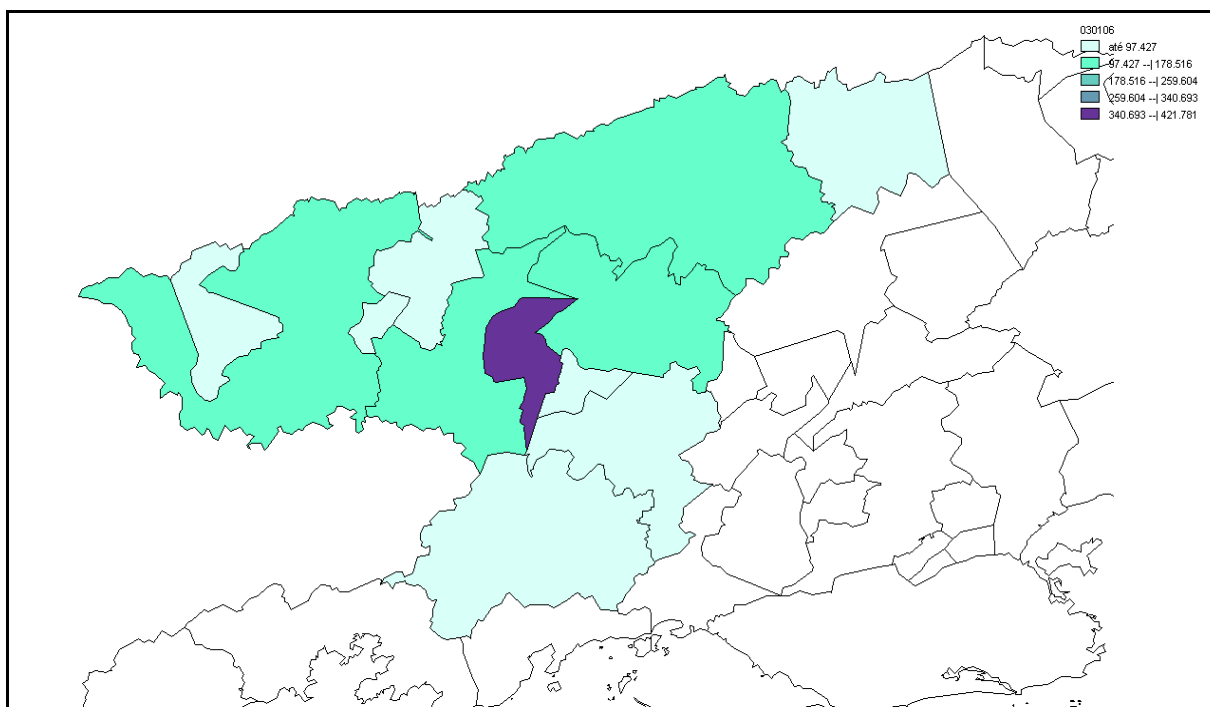


Figura 4 – Distribuição dos atendimentos de urgência na região do Médio Paraíba/ SIA/DATASUS
No próximo capítulo demonstraremos o objetivo geral e objetivos específicos do estudo.

¹¹ Segundo técnicos da SMS Piraí, o número de atendimentos de urgências no Hospital Maternidade Maria de Nazaré no ano de 2011, não condizem com a realidade assistencial do município de Barra do Piraí, cabendo uma auditoria na produção e nos registros no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Desenvolver um modelo para a avaliação da implantação da Central de Regulação Médica de Urgências na região do Médio Paraíba, no contexto da rede integral de atenção às urgências no estado do Rio de Janeiro.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar a dinâmica de funcionamento da Central de Regulação Médica de Urgências e suas interfaces com os serviços de atenção às urgências da região e do estado do Rio de Janeiro.

- Propor uma matriz de referência com os principais critérios e parâmetros para avaliação da implantação da CRMU.

- Elaborar instrumentos específicos para coleta de informações sobre a estrutura e processos de trabalho na CRMU.

- Propor um conjunto de indicadores para avaliação da efetividade e eficiência das ações de regulação de urgências desenvolvidas pela Central.

4 METODOLOGIA

4.1 Aspectos teórico-metodológicos

Este estudo se propõe a criar uma estratégia para a avaliação da Central de Regulação Médica de Urgências da região do Médio Paraíba. Para tanto, precisamos, anteriormente, compreender as diversas abordagens e conceitos sobre o tema avaliação e outras áreas afins que envolvem a proposta. Neste sentido, ao observar o amplo espectro de conceitos que envolvem as práticas avaliativas, verificamos que os trabalhos de Hartz, Silva, Donabedian e Contandriopoulos (Hartz, 2005; Silva, 2005; Donabedian, 1984 e Contandriopoulos, 1997), são mais apropriados para o presente estudo.

Entre os diversos autores que escrevem sobre o que é avaliar, a definição de Scriven (Scriven, 1991) é bem ajustada a este trabalho, quando diz que avaliar um serviço é emitir um juízo de valor sobre determinada intervenção, com critérios e referenciais explícitos, utilizando dados e informações construídos ou já existentes, visando à tomada de decisão. Esta definição está bem próxima do definido por Patton, além de acrescentar que a maneira de fazer avaliação corresponderia à coleta sistemática de informações sobre atividades, características e resultados dos programas (PATTON, 1997; SILVA 2005).

Contandriopoulos também conceitua avaliação de uma forma similar, porém Silva, em seu trabalho sobre este tema, amplia os conceitos propostos por Contandriopoulos. Ela propõe a substituição do termo intervenção por práticas sociais e, por que não, práticas de saúde, dando nova dimensão ao escopo de atuação da avaliação, ou seja, “avaliar um serviço é emitir um juízo de valor sobre determinada prática de saúde, com critérios e com referenciais explícitos, utilizando dados e informações construídas ou já existentes, visando à tomada de decisão” (SILVA, 2005).

Quanto aos tipos de avaliação distinguiremos inicialmente a avaliação normativa e pesquisa avaliativa. Segundo Contandriopoulos, avaliação normativa é definida como “a atividade que consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou os bens produzidos (processo), e os resultados obtidos, com critérios e normas” (CONTANDRIOPOULOS, 1997). Já Furtado, cita a avaliação normativa

baseando-se em padrões e em normas pré-estabelecidas, com forte componente gerencial (FURTADO, 2009). Entende-se que as avaliações normativas trabalham mais com um enfoque no cotidiano do objeto avaliado, com práticas voltadas para aplicação de critérios e normas. As avaliações normativas tendem a buscar a produção de informações que auxiliem nas melhorias do objeto avaliado, mas que também podem orientar a tomada de decisões.

Quanto à pesquisa avaliativa, Contandriopoulos define “como o procedimento que consiste em fazer um julgamento *ex-post* de uma intervenção usando métodos científicos. Mais precisamente, trata-se de analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção e contexto no qual ela se situa” (CONTANDRIOPOULOS, 1997). Evidencia-se, neste tipo de avaliação, um maior rigor em seus procedimentos com uma abordagem mais teórica, porém sem se distanciar do seu compromisso de ajuda na tomada de decisões e na utilidade prática de seus produtos.

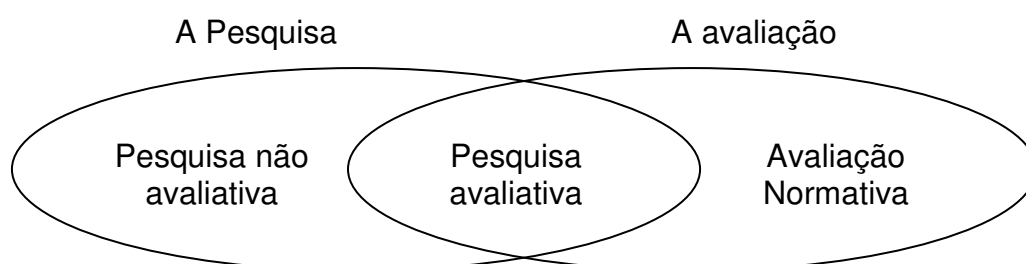


Figura 5 – Pesquisa e avaliação (CONTANDRIOPOULOS, 1997)

Pinheiro (2008), por sua vez, demonstra a dicotomia do tema em suas diferentes abordagens. A autora afirma que há a predominância de avaliações normativas, porém, pouco eficientes para uma compreensão qualitativa. Em contrapartida, as pesquisas avaliativas são pouco porosas à participação do trabalhador da saúde nos processos avaliativos. Através das discussões trazidas por diferentes autores sobre a rigidez e outros aspectos das práticas avaliativas, Pinheiro traz uma proposta mista por meio da avaliação formativa. A proposta traz como mudança, o contato dos aspectos técnicos e não-técnicos, ou seja, ampliar os horizontes das práticas avaliativas a partir dos saberes produzidos por teorias e também advindas da experiência do praticado. Reforça a participação social nas práticas avaliativas como vertente para a integralidade, tomando como base a

compreensão das necessidades da população e, como conseqüência, a adequação da oferta de serviços. Cita também, a consonância da proposta com a Política Nacional de Humanização, onde demonstra a importância do envolvimento dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde, como sujeitos essenciais nestes processos.

Outro importante aspecto metodológico é a abordagem de efetividade e de eficiência, termos que estão entre os sete pilares da qualidade, propostos por Donabedian. O autor conceitua como efetividade a melhoria na saúde, alcançada ou alcançável nas condições usuais da prática cotidiana (DONABEDIAN, 1994). É, portanto, a medida de resultado de uma intervenção em situações normais, não controladas (“vida real”); capacidade de causar resultado esperado sob condições usuais dos serviços de saúde, em que variáveis externas podem influenciar (CAETANO, 2010).

Silva distingue efetividade e impacto considerando suas dimensões espaço e tempo: “efetividade é o efeito em determinado serviço, enquanto impacto é em um sistema; o curto prazo direciona-se à efetividade e o longo prazo ao impacto (SILVA, 2004)”. Quanto à eficiência, Donabedian define como a medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada. Se duas estratégias de cuidado são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo (DONABEDIAN, 1994). Assim sendo, eficiência relaciona-se a custos e a resultados: “relação entre os custos decorrentes da provisão de um cuidado (custos monetários; desconforto; dor; estigmas sociais; incapacidade; etc.) e benefícios advindos do mesmo” (CAETANO, 2010).

Donabedian traz, em seu trabalho sobre definição da qualidade (DONABEDIAN, 1984) discussões importantes sobre a trilogia: estrutura, processos e resultados. Ele correlaciona trabalhos de autores que utilizam a trilogia em processos de avaliação da qualidade, mencionando as diversas possibilidades propostas por eles. Segundo Donabedian (1984), *estrutura* corresponde às características mais estáveis da assistência médica ou de saúde; refere-se aos objetivos, recursos físicos, humanos, materiais e financeiros. Envolve desde estrutura física e disponibilidade de equipamentos até a capacitação dos indivíduos que prestam a assistência, passando pela organização dos serviços. Dentro dessa conceituação, cabem tanto dados numéricos em termos de recursos disponíveis, quanto a qualificação profissional, a qualidade do equipamento, a existência de

manutenção predial e de equipamentos, entre outros. Uma estrutura mais adequada aumenta a probabilidade de uma melhor assistência.

Quanto a *processo*, o autor menciona, em linhas gerais, todas as atividades desenvolvidas entre os profissionais de saúde e os pacientes. É o objeto primário da avaliação, sendo a relação entre as características do processo de atenção à saúde e suas consequências para o bem estar dos usuários, a base para o juízo da qualidade.

Já *resultado*, Donabedian (1984) define como: "...relação entre o estado atual e futuro da saúde do paciente que pode ser atribuído ao antecedente da atenção médica". Podemos relacionar resultados com objetivos ou objeto desejável em um serviço. Estes três termos são fundamentais para as avaliações, enquanto existir uma relação funcional entre eles:

Estrutura → Processo → Resultado

Figura 6 – Trilogia da avaliação (DONABEDIAN, 1984).

Entre os diversos métodos para elaborar uma avaliação, um deles é o desenvolvimento de um modelo teórico-lógico. Segundo Hartz e outros (2005), modelo teórico é uma teoria específica de um objeto suposto real, constituída por uma teoria geral enriquecida por um objeto-modelo, sendo este a representação esquemática de uma idealização. O modelo teórico está mais relacionado a uma solução teórica para a questão de uma dada pesquisa (HARTZ, 2005).

Por sua vez, o modelo lógico é entendido enquanto um esquema visual que apresenta como um programa deve ser implementado e que resultados são esperados (HARTZ, 2005). É uma representação gráfica e textual de como um serviço funciona, conectando as etapas do trabalho, com resultados e os pressupostos teóricos do programa (HAYES, 2007). Já McLaughlin & Jordan, conceituam o modelo lógico, como um método que explicita a teoria de um programa, permitindo verificar se o desenho do seu funcionamento está adequadamente orientado para alcançar os resultados esperados (BRASILu, 2010). Então, concluímos que o modelo lógico apresenta as relações entre as estruturas e os processos, convergindo para os resultados esperados, ou seja, as afinidades

entre os recursos necessários e as atividades planejadas, gerando os efeitos que o programa pretende alcançar.

A elaboração de um modelo teórico ou da teoria do serviço completa o modelo lógico, arraigando outros fatores que poderão influenciar no alcance dos objetivos, metas e resultados esperados (BEZERRA, 2010). O modelo teórico-lógico deve incluir especificações sobre o problema ou comportamento visado, a população alvo, as condições do contexto, o conteúdo do programa e os atributos necessários e suficientes para produzirem isolada ou integradamente os efeitos esperados. O modelo teórico-lógico deve aproveitar o acúmulo de experiências e de conhecimentos prévios, cujas possibilidades encontradas no processo de pesquisa contribuam para a tomada de decisões (HARTZ, 2005).

Portanto, são esses os marcos teóricos utilizados no processo avaliativo proposto, conforme as estratégias que seguem.

4.2 Estratégias metodológicas

O trabalho utilizou como estratégia metodológica a criação de um modelo teórico/lógico, relacionado à avaliação das atividades desenvolvidas a partir da implantação da Central de Regulação Médica de Urgências do Médio Paraíba/RJ. Este modelo propõe a definição da “imagem-objetivo” com a efetividade e eficiência da CRMU do Médio Paraíba/RJ. O modelo será utilizado como ferramenta, auxiliando na sistematização das etapas da avaliação, em que se propõe criar um desenho que demonstre o papel da teoria no processo de avaliação de CRMU, além da construção de matrizes de medidas.

Como a “imagem-objetivo” do modelo teórico/lógico é a efetividade e a eficiência da regulação médica no serviço, o desenho apresentou informações para o bom funcionamento nos aspectos estruturais, de processos de trabalho, com vistas aos resultados esperados. Além disso, conjecturou as diversas possibilidades de interferências, advindas da rede de atenção às urgências, das instâncias gestoras, entre outras, que incidirão nestes resultados.

A eficiência também é um ponto importante para o modelo, tendo em vista a fragilidade financeira percebida em alguns municípios da região e a expectativa gerada por um possível custeio integral pelas esferas Estadual e Nacional. Desta

forma, é desejável avaliar processos que sejam contundentes para manter satisfatórios os custos do serviço.

O modelo proporcionará aos gestores da região uma melhor compreensão do serviço, podendo-se enriquecer as opiniões dos gestores sobre a regulação médica e de todo o funcionamento do Serviço de Atenção Móvel às Urgências. Atualmente estes juízos são divergentes, no sentido de que alguns acreditam que o funcionamento do serviço impactará negativamente as urgências hospitalares, com a maior demanda de usuários.

Para a construção do modelo teórico/lógico foram utilizados componentes do Comitê Regional do Sistema de Atenção às Urgências do Médio Paraíba¹², através de um grupo de trabalho para discussões, aprofundamento e validação dos métodos e resultados esperados. Utilizaram como fontes de informação, normas ministeriais, literatura sobre o tema e as reuniões com o GT.

Após a elaboração do modelo teórico/lógico, foi desenvolvida a proposição de indicadores quantitativos e qualitativos, objetivando a mensuração de cada etapa do modelo, informando a capacidade técnica e resolutiva do serviço de urgências, bem como os aspectos de efetividade e eficiência. Foram seguidos os critérios sugeridos por alguns autores quanto à simplicidade, à validade, à robustez, à cobertura e à sinteticidade, bem como, à validação consensual no GT. Enfatizamos de imediato, alguns indicadores que foram sugeridos inicialmente para utilização no trabalho:

- Análise quantitativa dos atendimentos nas principais urgências da Rede Regional de Atenção.
- Avaliação do perfil de morbidade das principais urgências da Rede Regional de Atenção.
- Taxa de mortalidade evitável e mortalidade geral no ambiente de atenção pré-hospitalar, com avaliação do desempenho, segundo padrões de sobrevida e taxa de sequelas e seguimento no ambiente hospitalar.

¹² O Comitê Gestor Regional do Sistema de Atenção às Urgências foi criado, inicialmente, pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraíba, com objetivo de discutir a implantação do SAMU 192 – Médio Paraíba (Portaria CISMPEA nº 003 de julho de 2008). Integravam o Comitê, representantes da Secretaria de Estado de Saúde, Secretarias Municipais de Saúde, Central Regional de Regulação de Internações, Corpo de Bombeiros, Polícia Rodoviária Federal, Polícia Civil, Polícia Militar, Defesa Civil, Guarda Municipal, Controle Social, Concessionária operadora da Rodovia Presidente Dutra, Concessionária operadora da Rodovia BR 393, Comissão de Integração Ensino-Serviço e Estabelecimentos de saúde com serviços de urgência. Em 27 de outubro de 2009, o Comitê foi redefinido pelo Colegiado de Gestão Regional, com sua composição semelhante a anterior. Diversas reuniões foram realizadas entre os anos de 2008 a 2011. Em 31 de março de 2011, a reunião teve como tema principal a apreciação e discussão do modelo de avaliação da implantação da CRMU aqui proposto.

- Aferição do tempo médio de resposta entre a chamada telefônica e a chegada da equipe no local da ocorrência.
- Análise dos custos da CRMU.
- Satisfação do usuário.
- Mortalidade hospitalar imediata dos pacientes transportados (24 horas).
- Casuística de atendimento de urgência por causa clínica e as relacionadas às causas externas, considerando localização das ocorrências e suas causalidades, idade, sexo, ocupação, condição gestante e não gestante.

A seguir, a proposta se remete aos trabalhos de Ferreira (2007), Santos (2010) e McLaughlin (2010), com as etapas de análise e de validação do modelo teórico/lógico. Propomos o desenvolvimento de seis etapas neste estudo:

1. Checagem dos componentes do modelo teórico/lógico;
2. Teste de consistência do modelo teórico/lógico;
3. Análise de Vulnerabilidade;
4. Análise da pertinência e suficiência das operações/ações;
5. Definição dos indicadores de desempenho;
6. Verificação final.

A elaboração das matrizes de análise foi a última fase do presente estudo. Segundo Hartz (2005), uma das propostas para avaliar a implantação de um serviço ou programa é a criação de uma matriz contendo níveis, dimensões e critérios para avaliação dos itens estrutura e processos, permitindo a sua classificação. Em nosso caso, a elaboração da matriz permitirá a análise da estrutura do serviço, desde a CRMU, as bases descentralizadas, até a rede regional de atenção às urgências em todos os seus componentes (pré-hospitalar fixo, móvel e hospitalar). Neste quesito foram avaliadas as equipes de recursos humanos, justificada pela variação contínua da demanda e das atividades em unidades de urgência, levando-se em consideração a hora do dia, o dia da semana e, em algumas vezes, a sazonalidade (férias, aumento da violência, acidentes de trânsito, viroses emergentes). Este diagnóstico permitirá um ajuste, como a organização horizontal e a variação na composição das equipes. Além da análise de recursos humanos, a matriz abrangeu os quesitos instalações físicas e equipamentos, reportando-se à legislação em vigor

e aos demais autores para sua elaboração, objetivando a classificação quantitativa e qualitativa dos itens avaliados.

As matrizes também contemplaram a avaliação dos processos, ou seja, compreenderam o funcionamento do serviço do ponto de vista normativo e as relações entre as equipes de trabalho, desde a qualidade das etapas de trabalho da Central, até os componentes que incidem nas rotinas da regulação médica e sua relação com a rede de urgência, sendo elencados alguns itens que foram considerados prioritários para esta fase:

- Análise do Sistema Informatizado de Regulação (fornecido pelo DATASUS/MS).
- Avaliação da funcionalidade e abrangência do Plano de Comunicação do Serviço (rádio operação e telefonia fixa e móvel).
- Análise da funcionalidade da grade de referência.
- Avaliação das rotinas de trabalho (fluxos, protocolos, turnos).
- Avaliação do desempenho das equipes de regulação e de assistência pré-hospitalar móvel.

Para o preenchimento das matrizes, foram propostos pelo grupo de trabalho, conforme segue:

- Primárias: sistema próprio do SAMU 192 – MP; relatórios emitidos pela Coordenação do SAMU 192 – MP; atas das reuniões do GT; normas ministeriais e literatura específica; prontuários de atendimento pré-hospitalar, registro ou prontuários hospitalares.
- Secundárias: sistemas de informação do governo (SIA/SUS, SIM).

5 DESENVOLVIMENTO DA PROPOSTA PARA AVALIAÇÃO DA CRMU

5.1 O Modelo teórico-lógico da avaliação

As discussões com os participantes do Comitê Gestor Regional do Sistema de Atenção às Urgências foram de fundamental importância para a elaboração da proposta de avaliação da implantação e funcionamento da CRMU na Região do Médio Paraíba.

Inicialmente, os fóruns promovidos pelo Comitê Gestor Regional apontaram diversos problemas na rede de atenção às urgências (RAU) já instalada, em especial, nos seus componentes pré-hospitalar fixo e hospitalar. Uma das maiores dificuldades relatadas em relação ao SAMU 192 – MP diz respeito ao elevado fluxo de pacientes para as urgências hospitalares e pré-hospitalares, de maior porte e complexidade da região: CAIS Aterrado, Hospital São João Batista, Hospital Munir Rafful, UPA de Barra Mansa e Hospital de Emergência Henrique Sérgio Gregori. As insuficiências da capacidade instalada hospitalar estão entre os principais fatores para a sobrecarga de demanda das urgências, tendo sido uma das justificativas para a elaboração do projeto de implantação do Hospital Regional do Médio Paraíba¹³.

Outras fontes de informações, tais como documentos, portarias e os próprios registros das reuniões do Comitê Gestor Regional do Sistema de Atenção às Urgências, também serviram para extrair os elementos básicos que compõem o modelo proposto: explicação do problema e referências básicas; estruturação lógica para alcance de resultado (BRASILu, 2010) ou diagramação do funcionamento do programa (BEZERRA, 2010); e identificação de fatores de contexto.

Apresentamos abaixo a árvore de problemas que consiste em uma das etapas da construção do modelo lógico (BRASILu, 2010). Idealizada a partir do conjunto de informações levantadas, esta permite a explicação do problema-alvo da rede de atenção às urgências, objeto da Central. O detalhamento das causas e das consequências, já abordado nos capítulos anteriores, culmina na necessidade de regulação médica devido à grande demanda de usuários do SUS. O principal

¹³ O Hospital Regional do Médio Paraíba é um projeto do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraíba e foi idealizado para minimizar as insuficiências da capacidade instalada regional, sugeridas por estudos técnicos previamente realizados na região. Pelo projeto inicial, o hospital albergará as áreas de neurocirurgia, cirurgia bariátrica, cirurgia oftalmológica, transplantes de órgãos, traumatologia, UTI, UI e urgência e emergência referenciadas (Plano Assistencial do HRMP, 2010).

objetivo da CRMU consiste em proporcionar uma melhor distribuição de pacientes na rede de atenção às urgências existente na região.

O esquema também demonstra a utilização da linha gratuita 192 pelos pacientes que necessitam de algum tipo de cuidado, sendo estes o público-alvo da Central. O funcionamento adequado deste sistema é um fator facilitador do acesso à regulação médica.

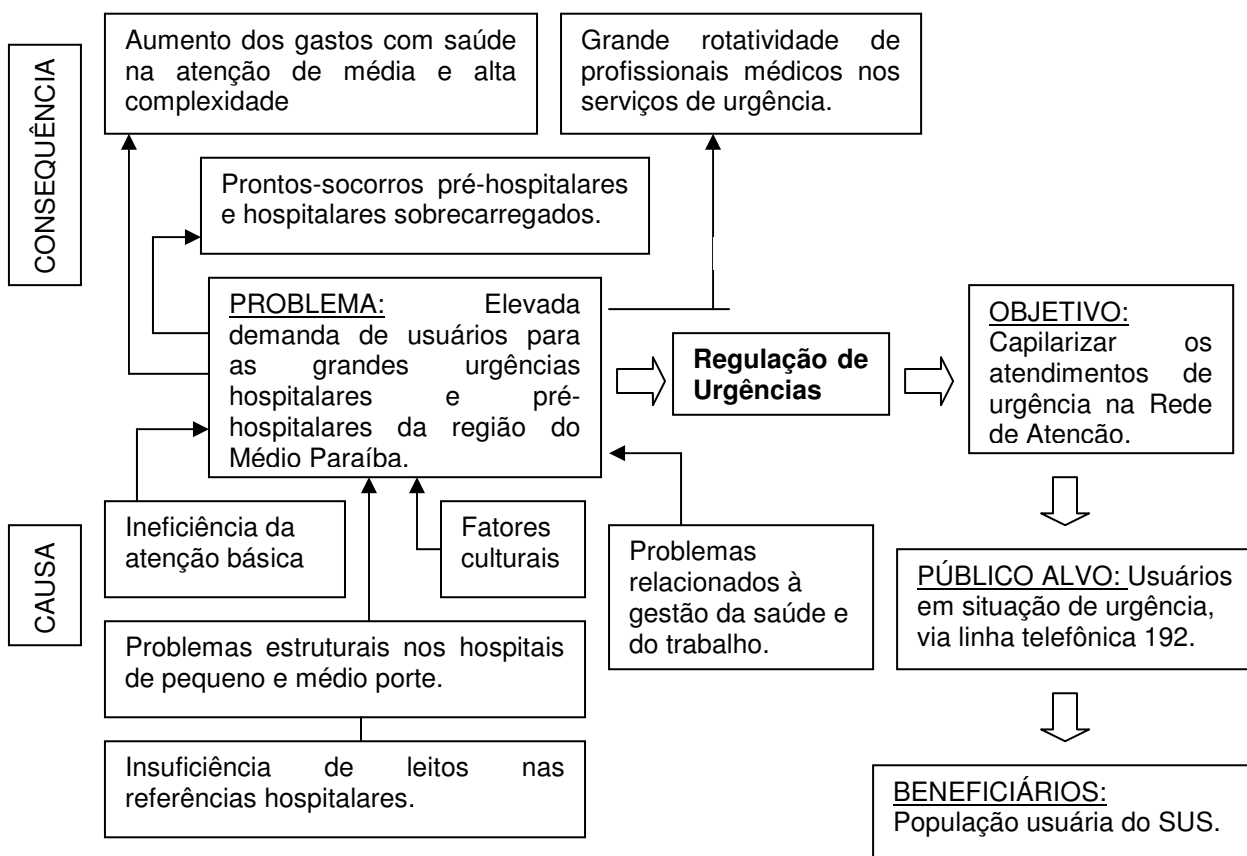


Figura 7 – Árvore de problemas da rede de urgência da região do Médio Paraíba

Os beneficiários são a população em geral os quais utilizam os serviços do SUS na região, além de usuários ocasionais que transitam pela região e poderão necessitar de cuidados. Todos os pacientes atendidos que se encontram com necessidades de remoção deverão ser encaminhados para a rede SUS.

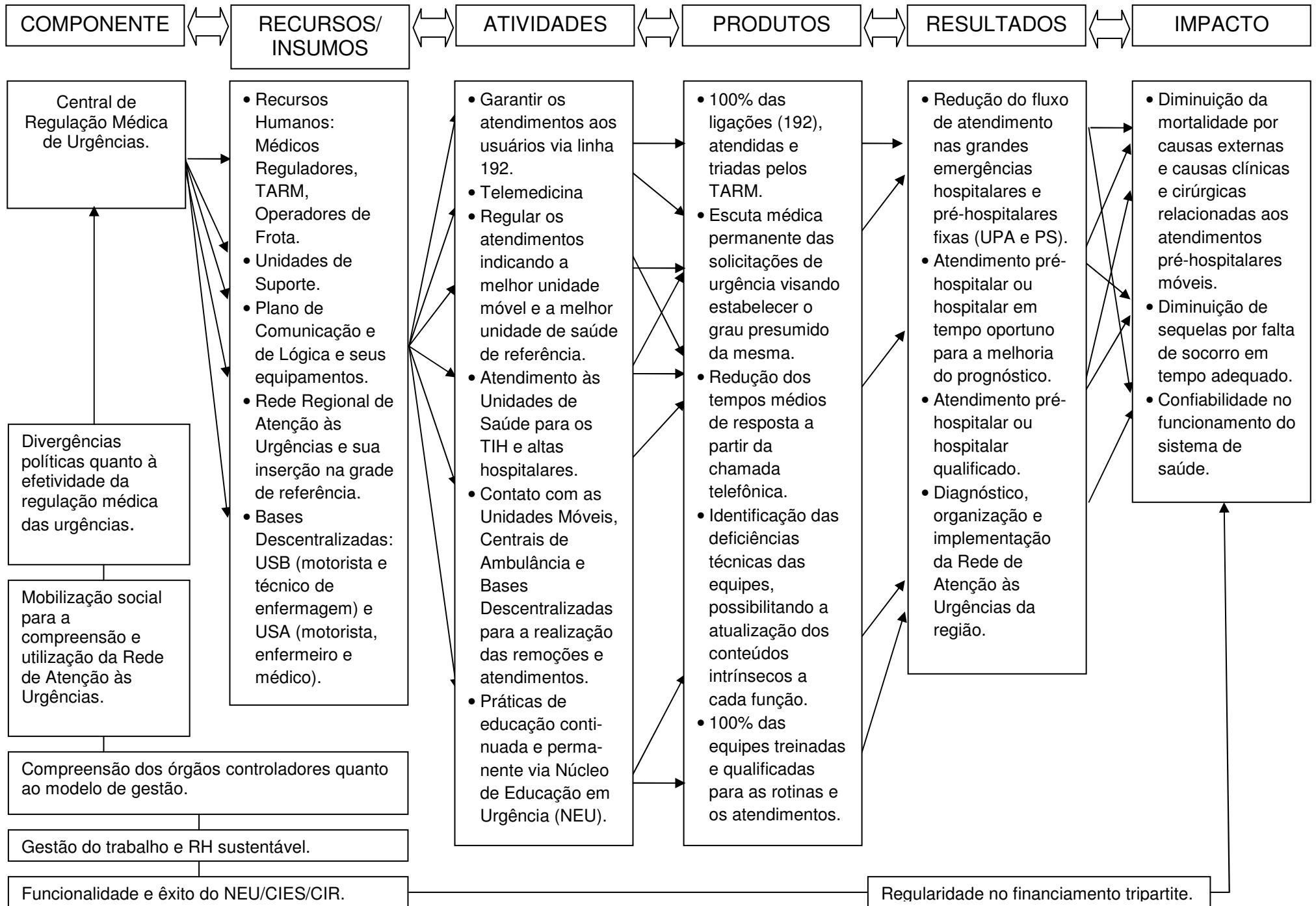
A segunda etapa da construção do modelo teórico-lógico da CRMU foi a estruturação do programa para alcance de resultados. Segundo Bezerra (2010, p.73), “a estruturação é evidenciada por meio de um fluxograma que explicita as principais relações de causa-efeito existentes entre os seguintes elementos: recursos, ações, produtos, resultados intermediários, resultado final e impacto”. O

autor define a estruturação do programa como “diagramação do funcionamento do programa”, explicitando o fluxo de eventos em todos os seus componentes (BEZERRA, 2010). Trata-se do desenho esquemático do funcionamento de um programa ou serviço. Demonstra as etapas de seu funcionamento, desde o componente principal até os resultados e impacto gerado, atrelando cada item do fluxograma.

O desenho proposto neste trabalho tem como componente principal a Central de Regulação Médica de Urgências, considerada o “cérebro do SAMU”. É da Central que saem todos os comandos para os atendimentos pré-hospitalares, além desta desempenhar boa parte de sua rotina por meio da telemedicina, o que proporciona a redução do número de remoções ou de atendimentos pré-hospitalares.

Segundo o Manual Técnico de Regulação Médica (2006), a Central deve:

- (1) possuir estudos de análise de risco da sua região e os planos de respostas nas situações de desastres e de acidentes com múltiplas vítimas;
- (2) contar com um mapeamento dos serviços públicos e privados de atendimento pré-hospitalar móvel;
- (3) participar dos treinamentos dos protocolos adotados no serviço;
- (4) ter um plano de acionamento dos hospitais e todos os agentes públicos responsáveis pelas respostas aos acidentes com múltiplas vítimas;
- (5) possuir espaço e recursos para rapidamente ativar postos de trabalho;
- (6) prever a existência de uma área que possa ser utilizada para a instalação de comando ou célula de crise, a fim de que as necessidades vindas da cena do evento possam ter uma resposta qualificada e rápida; e,
- (7) possuir detalhamento do quantitativo de unidades hospitalares públicas, privadas e conveniadas ao SUS, dos leitos hospitalares gerais, leitos de UTI, salas de cirurgia, dos recursos diagnósticos, das unidades não hospitalares que possam acolher urgências, bem como das equipes disponíveis nessas instituições, a fim de definir a capacidade de atendimento.



Destacamos este último item apontado pelo Manual Técnico de Regulação Médica, como fator primordial para o bom funcionamento da CRMU, e podemos considerá-lo como a rede regional de atenção às urgências propriamente ditas, sendo um dos elementos do item recursos/insumos do fluxograma, que abordaremos a seguir.

Verificamos, portanto, a grande importância da CRMU no sistema de saúde, sendo instrumento privilegiado, observatório gerador de diagnóstico e indutor da organização da rede de atenção.

O próximo item do fluxograma refere-se aos recursos/insumos. Nele estão previstas toda a estrutura, equipamentos e instrumentos necessários para o funcionamento da CRMU: recursos humanos, unidades de suporte básico e avançadas, plano de comunicação e lógica e seus equipamentos, a RAU sob a forma de grade de referência e bases descentralizadas.

A equipe conta com a participação dos telefonistas auxiliares de regulação médica (TARM), os operadores de frota, os médicos reguladores, além de auxiliares de serviços gerais, auxiliar administrativo, técnico de informática, farmacêutico e das coordenações geral, médica, de enfermagem e administrativa. No quadro de recursos humanos (anexo I), apresentamos suas conceituações, competências e atribuições.

Os veículos de atendimento são as ambulâncias, definidas pela Portaria GM/MS nº 2048/2002 (BRASILr, 2002) como tipo A ao tipo F (anexo II), alternando quanto ao local de salvamento (terrestre, aquático ou em alturas), e o grau de urgência necessário ao atendimento. A Portaria GM/MS nº 2026/2011 (BRASILa, 2011) classifica as Unidades Móveis em espécies de I a VI, utilizando como diferenciais critérios semelhantes ao da Portaria GM/MS nº 2048/2002. No SAMU 192 – Médio Paraíba deverão ser utilizados 20 veículos, sendo 13 do tipo B (Unidades de Suporte Básico) e 07 do tipo D (Unidades de Suporte Avançado), distribuídos nos 12 municípios da região, utilizando-se como metodologia de distribuição geográfica destas ambulâncias, a malha viária e a distância física.

Quadro 2 - Distribuição de Unidades Móveis por Município da região do Médio Paraíba

Município	Unidade de Suporte Básico	Unidade de Suporte Avançado
Barra do Piraí	01	01
Barra Mansa	01	01
Itatiaia	01	-
Pinheiral	01	-
Piraí	01	01
Porto Real	01	-
Quatis	01	-
Resende	01	01
Rio Claro	01	01
Rio das Flores	01	-
Valença	01	01
Volta Redonda	02	01
Total	13	07

Fonte: Plano Regional de Urgência do Médio Paraíba/RJ

Em 2003, a partir da implantação da PNAU e do componente pré-hospitalar móvel, as ambulâncias seriam adquiridas na proporção de um veículo de suporte básico à vida para cada grupo de 100.000 a 150.000 habitantes, e de um veículo de suporte avançado à vida para cada 400.000 a 450.000 por habitantes (BRASILp,2003; BRASILq,2003). No projeto de implantação do SAMU 192 – MP, algumas especificidades regionais justificam a utilização de um número maior de ambulâncias de suporte, tais como: rodovias de alta velocidade que cruzam a região unindo Norte, Nordeste, Sudeste ao Sul; área geográfica extensa, montanhosa e de difícil acesso; parque industrial de grande porte com sub notificação de acidentes; déficit de estrutura, recursos humanos especializados e equipamentos para suprir parte das urgências de alta complexidade (Plano Regional de Urgência, 2009).

Em 2011, a metodologia ministerial para distribuição das Unidades de Suporte foi modificada, utilizando como base a análise de critérios e parâmetros técnicos definidos nos Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências e o parâmetro de tempo-resposta, ou seja, o tempo adequado transcorrido entre a ocorrência do evento de urgência e a emergência, e a intervenção necessária (MS,

2011). Esta mudança vem ao encontro do projeto em implantação do SAMU 192 – Médio Paraíba, conforme justificativas técnicas supra referidas.

O plano de comunicação e lógica é outro item do quadro recursos/insumos. O plano envolve o conjunto de atividades que incluem as conversações e seus registros em formato de dados, em todas as etapas da regulação médica. Ele tem como pressuposto a utilização da linha 192 pelos usuários do sistema de saúde, previamente autorizada pelos municípios adstritos à CRMU do SAMU 192, para a utilização central. Em seguida, o plano descreve os processos de trabalho ligados à comunicação em todas as suas etapas: contatos da CRMU com as unidades de suporte e bases descentralizadas (telefonia fixa, telefonia móvel, rádio operação, com seus devidos registros).

Os registros poderão ser utilizados como fontes de informação em possíveis processos jurídicos contra o SAMU 192, referentes a óbitos ou a sequelas decorrentes dos atendimentos pré-hospitalares. Por esta razão, será necessário um banco de dados com capacidade para a armazenagem dos registros telefônicos por um longo período. A tecnologia da informação e sua estrutura deverão ser suficientemente modernas para desempenhar todas as funções necessárias ao bom funcionamento do SAMU 192: sistema de chamada em espera, armazenagem de todas as conversas telefônicas, número de troncos suficientes às demandas de chamadas telefônicas, entre outras.

A rede regional de atenção às urgências e sua inserção na grade de referência também compõem o item recursos/insumos. Um dos últimos atos do ministro José Temporão (diretrizes para a organização das redes de atenção), define redes de atenção como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Um dos sistemas de apoio é a CRMU, que trabalhará unida com a rede regional de atenção às urgências, construída a partir das informações colhidas junto aos municípios, preferencialmente nos seus planos municipais de atenção às urgências (BRASILc, 2010).

A reformulação da PNAU em 2011 formaliza a instituição das redes de atenção às urgências no SUS, propondo diretrizes para sua implantação, além de relacionar seus componentes: promoção, prevenção e vigilância à saúde; atenção básica em saúde; serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU 192) e centrais

de regulação médica das urgências; sala de estabilização; força nacional de saúde do SUS; Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; hospitais; e atenção domiciliar compreendida como o conjunto de ações integradas e articuladas de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, que ocorrem no domicílio (BRASILb, 2011).

A CRMU deverá trabalhar com os dados da rede regional, através de uma planilha informatizada, denominada grade de referência. A grade deverá ter bases reais, permanentemente atualizadas, contendo a capacidade instalada da rede, com a apropriação dinâmica da situação real de todos os serviços de urgência dos municípios envolvidos, permitindo uma distribuição equânime dos pacientes atendidos pelo SAMU 192 a partir de suas necessidades. Elas devem ser suficientemente detalhadas, explicitando quem são as unidades e levando em conta quantidades, tipos e horários dos procedimentos ofertados, bem como a especialidade de cada serviço organizado em linhas de atenção hierarquizadas (BRASILn, 2006).

As bases descentralizadas são as estruturas que garantirão o acesso rápido e de qualidade e racionalidade na utilização dos recursos do SAMU (MS, 2011 – PT 2026). Nas bases é que ficarão as unidades de suporte básico e avançadas, com suas respectivas equipes. Elas deverão ter uma distribuição regional que proporcione o alcance de indicadores preconizados para o SAMU, tais quais: tempo médio de resposta entre a chamada telefônica e o atendimento no local da ocorrência; tempo médio de resposta total, ou seja, até a chegada à unidade de referência.

As atividades previstas no fluxograma envolverão os recursos/insumos para o alcance dos produtos da CRMU. Para melhor visualização das atividades da CRMU, utilizaremos o fluxograma operacional apresentado anteriormente:

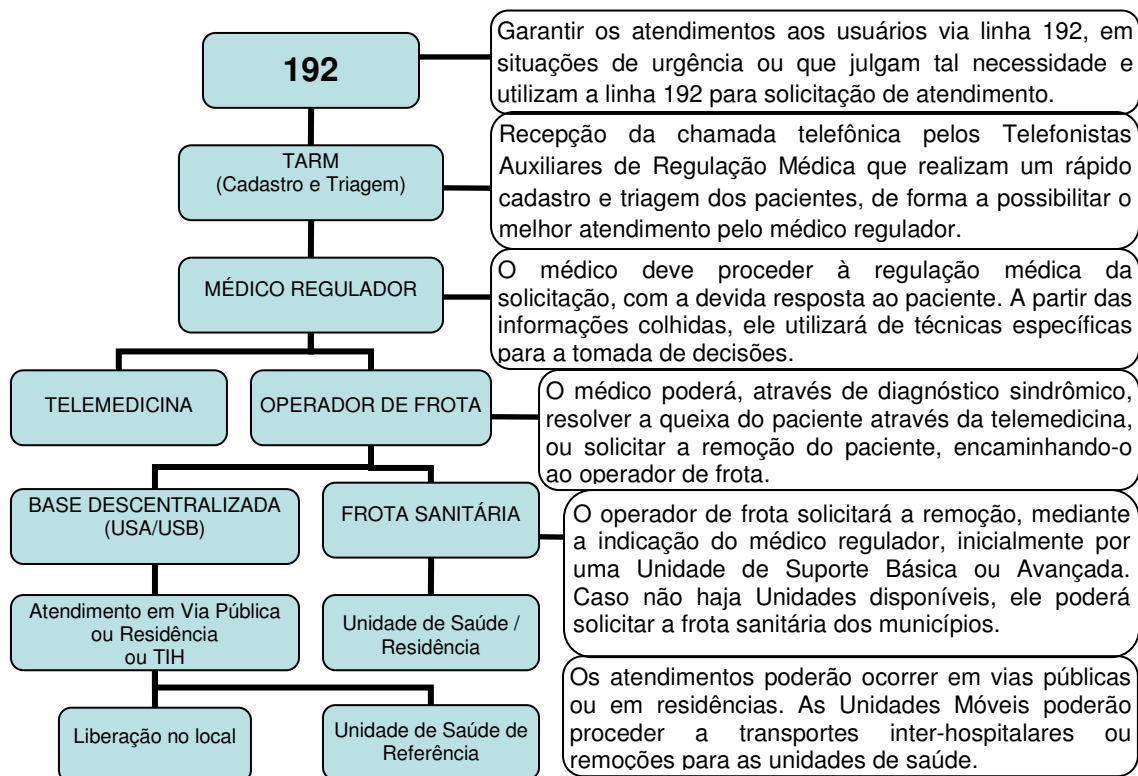


Figura 8 – Fluxograma Operacional do SAMU 192 – Médio Paraíba, com texto explicativo

A garantia dos atendimentos aos usuários via linha telefônica 192 demonstra a preocupação em manter um sistema que opere com equipe e estrutura adequada para atender em tempo oportuno todas as pessoas que se encontram em situações de urgência médica.

Para estimativa de equipes, troncos telefônicos e sistema informatizado, deverão ser levadas em conta as ligações telefônicas mal intencionadas e os pedidos desnecessários. Esta necessidade deverá ser quantificada pelo médico regulador, porém, segundo Pinheiro et al. (2005), este dado é subjetivo quando se analisa o cuidado e a necessidade em saúde de uma forma mais abrangente: “O cuidar em saúde é uma atitude interativa que inclui o envolvimento e o relacionamento entre as partes, compreendendo acolhimento como escuta do sujeito, respeito pelo seu sofrimento e história de vida”. Entendendo que o cuidado em saúde é uma extensão da integralidade em saúde, não podendo estar confinado somente aos trabalhos estritamente técnicos, concordamos, portanto, que é preciso cautela nas estimativas de necessidades de atendimento.

Na recepção da chamada telefônica pelos telefonistas auxiliares de regulação médica (TARM), serão importantes alguns cuidados, tais como: atendimento da chamada ao primeiro toque do telefone; registro do nome do

solicitante; utilização de expressões simples, evitando termos técnicos e informações desnecessárias; uso de fala compassada com uma entonação de voz agradável; manutenção do controle da conversação desde o início. Os trabalhos dos telefonistas deverão obedecer a um protocolo padrão pactuado com a própria equipe. Protocolos deverão orientar os dados da localização do chamado nas situações em que é preciso o atendimento no local. A localização deve detalhar precisamente o endereço do evento, incluindo pontos de referência.

Outras informações importantes para o atendimento são: número da chamada; informações sobre o solicitante (nome e telefone), sua origem e natureza (solicitantes leigos, profissionais da saúde não médicos e médicos, bombeiros, policiais, profissionais de trânsito); motivo da chamada (informação, pedido de ajuda, pedido de transporte); origem e natureza do solicitante (domicílio, via pública, serviços de saúde) (BRASILn, 2006).

A identificação inicial da gravidade do caso será realizada pelos TARM e permitirá uma pré-avaliação das situações com maior gravidade, funcionando como uma triagem para os atendimentos do médico regulador.

Espera-se que os TARM se deparem com situações de diferentes níveis de ansiedade e, por isso, deverão demonstrar extremo controle emocional para orientar de maneira clara e precisa, buscando o máximo de informações.

Após o atendimento da chamada e identificação do caso pelo TARM, o médico procederá à regulação médica da solicitação. O médico regulador utilizará técnicas específicas e protocolos de conduta para o desfecho do caso através de tomada de decisões.

Segundo o Manual de Regulação Médica das Urgências, os atendimentos do médico regulador poderão ser classificados como primário ou secundário, dependendo da origem do pedido de ajuda.

O atendimento secundário se diferencia do primário pelo fato de as solicitações serem advindas dos profissionais de saúde da rede de atenção que, via de regra, solicitam transferências entre unidades de menor complexidade para as de maior complexidade.

No atendimento primário, o chamado será realizado diretamente pelo usuário, sem nenhuma intervenção da equipe médica. O médico regulador utilizará o interrogatório para o alcance de um diagnóstico sindrômico e, a partir deste diagnóstico, detectará a gravidade do caso. Diferente de um atendimento médico

tradicional, quando o médico procede a todas as etapas da semiologia; neste modelo, estas etapas são substituídas pelo interrogatório, utilizando os sentidos do informante. O diagnóstico sindrômico ou a hipótese diagnóstica serão fundamentais para a ação seguinte: telemedicina ou solicitação ao operador de frota o envio de unidade básica ou avançada.

O operador de frota é responsável pelo acionamento das unidades móveis após a decisão do médico regulador sobre a gravidade do caso. Ele ainda tem a responsabilidade de orientar os motoristas sobre o melhor percurso a fazer, além de controlar o posicionamento de toda a frota.

As práticas de educação continuada e permanente via Núcleo de Educação em Urgência (NEU) são mais uma das atividades previstas na CRMU. Proposto pela norma ministerial nº 2048/2002 (BRASILr, 2002), os núcleos deverão ser espaços de saber interinstitucional de formação, capacitação, habilitação e educação continuada de recursos humanos para as urgências. Esta norma propõe a organização destes núcleos através de uma comissão colegiada, coordenada pelo gestor público do SUS, com a participação da secretaria estadual e das secretarias municipais de saúde, hospitais e serviços de referência na área de urgência, escolas de bombeiros e polícias, instituições de ensino superior, de formação e capacitação de pessoal na área da saúde, escolas técnicas e outros setores que prestam socorro à população.

A atual política nacional de educação baseia-se nas diretrizes pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite em dezoito de setembro de 2003, (BRASILo, 2004). A partir de 2007, novas diretrizes induziram à adoção de formatos e de instâncias regionais, substituindo os polos macrorregionais pelas Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES), subordinados aos Colegiados de Gestão Regional (atual Comissão Intergestores Regional) (BRASILi, 2007).

As CIES terão a responsabilidade da condução dos núcleos de educação em urgência, alternando o formato original de educação continuada com as propostas da política de educação permanente, aproveitando o modelo pedagógico da problematização de situações, além da capacitação dos recursos humanos envolvidos em todas as dimensões da atenção regional, envolvendo a pré-hospitalar fixa, móvel e atenção hospitalar. A educação permanente deverá induzir transformações nas práticas dos trabalhos, visando à melhoria da qualidade, equidade e maior acesso ao serviço (CECCIM, 2004).

O próximo item do fluxograma são os produtos, que estão diretamente relacionados com as atividades e serão alcançados a partir da realização destas ações previamente previstas (BEZERRA, 2010).

O primeiro produto da CRMU refere-se às ligações atendidas e triadas pelos TARM e está relacionado com a garantia dos atendimentos aos usuários, via linha 192. Este produto se reporta a um dos itens fundamentais para o bom funcionamento da CRMU: a garantia do acesso.

O segundo produto está associado ao primeiro, já que a escuta médica permanente das solicitações de urgência também se remete à garantia do acesso. A CRMU deverá ter estrutura física e equipe treinada, com escuta das solicitações de urgência nas vinte e quatro horas do dia, acolhendo todos os pedidos de ajuda, classificando sua gravidade, priorizando as necessidades e gerenciando o conjunto de recursos disponíveis, objetivando oferecer a melhor resposta possível a cada demanda (BRASILn, 2006).

O próximo produto é a redução dos tempos médios de resposta a partir da chamada telefônica, que é considerado um indicador clássico dos serviços pré-hospitalares móveis e que pode mensurar várias fases dos procedimentos pré-hospitalares: tempo médio decorrido no local da ocorrência; tempo médio de transporte até a unidade de referência; tempo médio de resposta total, entre a solicitação telefônica do atendimento e a entrada do paciente no serviço hospitalar de referência (BRASILr, 2002).

A perfeita sintonia das equipes envolvidas na CRMU será essencial para o alcance deste produto. Desde o atendimento do TARM, passando pelo diagnóstico do médico regulador e pela orientação do melhor caminho pelo operador de frota serão fundamentais para conseguir o menor tempo médio de resposta. Tratando-se de urgência, o tempo está diretamente relacionado ao prognóstico do paciente atendido e podemos concluir que, quanto menor o tempo exigido para o atendimento, maior a urgência e quanto menor o tempo para o atendimento, melhor o prognóstico.

Os dois últimos produtos estão diretamente relacionados, sendo contíguos: identificação das deficiências técnicas das equipes, possibilitando a atualização dos conteúdos intrínsecos a cada função; equipes treinadas e qualificadas para as rotinas e para os atendimentos. São produtos ligados às práticas de educação

continuada e permanente via NEU, que serão acionadas a partir da identificação das necessidades de capacitações específicas.

Os resultados são as mudanças que o programa pretende propiciar, ou seja, o que se deseja alcançar em curto e médio prazo (BEZERRA, 2010). O primeiro resultado citado em nosso fluxograma foi a redução do fluxo de atendimento nas grandes emergências hospitalares e pré-hospitalares fixas (UPA e PS). Podemos classificar este ponto como resultado principal e os seguintes como secundários. Principal do ponto de vista de regulação de urgência e como fator desencadeante para a implantação do SAMU na região do Médio Paraíba. A redução do fluxo destes pacientes é esperada com o bom funcionamento da regulação médica e demais itens apontados neste complexo, já citado anteriormente no presente trabalho.

Os demais resultados são: atendimento pré-hospitalar ou hospitalar em tempo oportuno para a melhoria do prognóstico, relacionado ao produto tempo médio de resposta; atendimento pré-hospitalar ou hospitalar qualificado, relacionado às atividades de educação continuada ou permanente e aos produtos de identificação das deficiências técnicas e qualificação das equipes; e diagnóstico, organização e implementação da RAU regional.

O último item do fluxograma é o impacto, também chamado de resultado final: “atinge a população geral e é, em sua maioria, de longo prazo, muitas vezes influenciado por fatores externos no programa” (BEZERRA, 2010). A diminuição da mortalidade por causas externas e por causas clínicas e cirúrgicas relacionadas aos atendimentos pré-hospitalares móveis; e a diminuição de sequelas por falta de socorro em tempo adequado são os impactos esperados pela efetividade dos trabalhos desenvolvidos pela CRMU.

Causas externas de morbidade e de mortalidade encontram-se no capítulo XX (vinte) da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID -10), e neste capítulo estão previstos os agrupamentos acidentes, as lesões autoprovocadas intencionalmente, agressões, operações de guerra, complicações de assistência médica e cirúrgica, entre outras. No caso dos serviços pré-hospitalares móveis, o agrupamento acidentes do CID-10, são os que proporcionam maior casuística para este serviço, uma vez que neles se inserem os acidentes de transporte, além de outras causas externas de traumatismos acidentais, como: impacto causado por objeto lançado, projetado ou em queda;

projétil de revólver; golpe, pancada, pontapé, mordedura ou escoriação infligida por outra pessoa; e afogamentos (BRASIL, 2012).

O SAMU não interferirá no número de atendimentos por causas externas, ou seja, não incidirá em seu índice de morbidade e sua incidência. Em contrapartida, a diminuição da mortalidade e de sequelas são os impactos esperados, visto que as atividades relacionadas aos atendimentos pré-hospitalares móveis visam agilizar os atendimentos de urgência, mantendo bons indicadores de tempo resposta e um melhor prognóstico.

Por fim, temos os fatores que podem influenciar o alcance dos resultados propostos. São eles:

- Divergências políticas quanto à efetividade da regulação médica das urgências.
- Mobilização social para a compreensão e utilização da Rede de Atenção às Urgências.
- Compreensão dos órgãos controladores quanto ao modelo de gestão.
- Gestão do trabalho e RH sustentável.
- Funcionalidade e êxito do NEU/CIES/CIR.
- Regularidade no financiamento tripartite.

O primeiro fator, divergências políticas, é aquele que considero o mais importante. O SAMU é um serviço regional (exceto nas regiões metropolitanas), que tem como gestores os prefeitos e seus representantes. Nesta lógica, tensões e diferenças de visões e de interesses podem dificultar o acordo entre os dirigentes municipais. Na realidade da região do Médio Paraíba, os municípios polos acreditam que o SAMU tende a aumentar o fluxo de pacientes para os serviços hospitalares em uma lógica invertida àquela atribuída à regulação médica de urgências e a proposta de capilarização dos atendimentos de urgência. A mobilização social será importante para a criação do hábito coletivo de utilização da linha 192 e auxiliar na organização dos fluxos assistenciais, reconhecendo a atenção básica como porta de entrada prioritária.

O fator compreensão dos órgãos controladores se refere não somente ao SAMU 192 – Médio Paraíba, mas também a outras áreas, que necessitam inovar para transpor os diversos desafios do SUS. O modelo proposto para a gestão do SAMU no Médio Paraíba buscará a experiência administrativa do terceiro setor

(organização social ou organização da sociedade civil de interesse público), visando à eficiência, nos moldes do município do Rio de Janeiro e de São Paulo. Apesar da notória qualidade apresentada em serviços que já utilizam este modelo, alguns órgãos controladores têm gerado questionamentos, principalmente no que se refere à contratação de recursos humanos, sem o tradicional concurso público. A questão passível de entendimento é a especificidade dos profissionais, para os atendimentos pré-hospitalares: perfil técnico e psicológico, compatível com as atividades do serviço, sendo necessários em muitas das vezes, a substituição do profissional.

Acreditamos que esta pauta de discussão ainda estará presente em muitos fóruns jurídicos, entretanto, a compreensão redigida como fator influente nos resultados, é tratada como uma “aposta”, ou seja, acreditar no modelo e verificar bons resultados.

Os fatores que seguem, gestão do trabalho e recursos humanos sustentável; e funcionalidade e êxito do NEU/CIES/CIR; estão relacionadas e dizem respeito a todo grande contexto da gestão do trabalho, ressaltando os aspectos importantes da sustentabilidade dos recursos humanos, suas estratégias de valorização das ações participativas e integração de diferentes níveis operacionais, tendo como resultado a sinergia da capacidade pessoal, com bom desempenho organizacional (LIMONGI-FRANÇA, 2008). Além das intervenções do núcleo de educação em urgência nos processos de capacitação e de mudanças das práticas do trabalho, subordinados à Comissão de Integração Ensino-Serviço e a Comissão Intergestores Regional.

5.2 Validação e análise do modelo teórico-lógico da avaliação

A validação e análise do modelo teórico-lógico é a próxima fase da proposta de avaliação da CRMU no Médio Paraíba. Para tanto, utilizaremos, como referencial teórico, Santos (BRASILu, 2010) e Ferreira (2007) em seus trabalhos para o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)¹⁴, que citam as seguintes etapas neste processo:

1. Checagem dos componentes do modelo teórico-lógico;
2. Teste de consistência do modelo teórico-lógico;

¹⁴ O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) é uma fundação pública federal vinculada à Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. Suas atividades de pesquisa fornecem suporte técnico e institucional às ações governamentais para a formulação e reformulação de políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiros.

3. Análise de vulnerabilidade;
4. Análise da pertinência e suficiência das operações/ações;
5. Definição dos indicadores de desempenho;
6. Verificação final.

As etapas para a validação deste trabalho deverão ser desenvolvidas por componentes do Comitê Gestor Regional do Sistema de Atenção às Urgências, em um fórum com este objetivo que, por motivos de agenda dos diversos componentes do Comitê, não foi possível acontecer. Entretanto, teceremos neste trabalho, alguns comentários sobre a metodologia de validação.

Inicialmente, o método baseia-se em utilizar cartelas que facilitem a visualização das informações do modelo teórico-lógico. É utilizado um mediador externo, que terá a responsabilidade de explicar o passo a passo da reunião de trabalho, detalhando cada item que compõe o modelo lógico. Destacamos a importância da neutralidade do mediador, em todas as etapas do trabalho, não sofrendo intervenções dos componentes do Comitê.

A primeira etapa é a checagem dos componentes do modelo lógico em cada um dos itens contidos nas cartelas, sugerindo as correções pertinentes, de forma consensuada. Também são checados os fatores de contexto do modelo: divergências políticas quanto à efetividade da regulação médica das urgências; mobilização social para a compreensão e utilização da Rede de Atenção às Urgências; compreensão dos órgãos controladores quanto ao modelo de gestão; gestão do trabalho e RH sustentável; funcionalidade e êxito do NEU/CIES/CIR; e a regularidade no financiamento tripartite. Qualquer mudança nos fatores de contexto é incluída no modelo, após consenso da equipe.

A segunda etapa é o teste de consistência, que sugere testar o modelo com uma série de assertivas “se-então”, que exemplificamos da seguinte forma: se eu tenho recursos humanos (médicos reguladores, TARM, operadores de frota) em número adequado, então, eu regulo os atendimentos, indicando a melhor unidade móvel e a melhor unidade de saúde de referência; se eu regulo os atendimentos, indicando a melhor unidade móvel e a melhor unidade de saúde de referência, então, eu reduzo os tempos médios de resposta a partir da chamada telefônica; se eu reduzo os tempos médios de resposta a partir da chamada telefônica, então, eu tenho um atendimento pré-hospitalar ou hospitalar em tempo oportuno com um melhor prognóstico; se eu tenho um atendimento pré-hospitalar ou hospitalar em

tempo oportuno com um melhor prognóstico, então, eu diminuo a taxa de mortalidade por causas externas e por causas clínicas e cirúrgicas relacionadas aos atendimentos pré-hospitalares móveis e diminuo as sequelas por falta de socorro em tempo adequado.

A próxima fase é a análise de vulnerabilidade, que consiste em utilizar as assertivas “se-então” do teste de consistência, para identificar elementos de invalidação no fluxo das operações do modelo. As fragilidades do fluxo para o alcance dos resultados e do impacto devem ser apontadas.

Para facilitar a análise, será utilizada uma matriz que identifica o nível (baixo, médio ou alto) de probabilidade de ocorrência dos elementos de invalidação, somado ao impacto sobre o serviço. Desta forma, é possível identificar estratégias para superar os elementos de invalidação vulneráveis, ou seja, prováveis de acontecer.

Aposta 1 : se realizo tal operação então alcanço determinado resultado, a menos que:			
Condições de invalidação	Probabilidade de ocorrência	Impacto sobre o Programa	Vulnerabilidade
1.1	alta	baixo	Não
1.2	alta	Alto	Sim
Estratégias para superar vulnerabilidades:			
Qual estratégia para superar o item 1.2?			

Figura 8 – Quadro para a realização da análise de vulnerabilidade (FERREIRA, 2007).

A análise da pertinência e suficiência das operações/ações é a quarta etapa do processo de validação. Nesta fase, o grupo deverá analisar e selecionar as ações necessárias e suficientes para o alcance do objetivo do serviço, tomando como base a análise de vulnerabilidade. Definidas as ações, é utilizada a matriz operações/causas, para avaliar o grau de impacto de cada ação sobre as causas principais do problema.

Símbolos: A = alto; M = médio; B = baixo; 0 = nenhum ⇒ para a intensidade do impacto (+) positivo; (-) negativo ⇒ para o sentido do impacto

Matriz ações/causas

Ações \ Causas	Ineficiência da atenção básica .	Problemas estruturais nos hospitais de pequeno e médio porte.	Problemas relacionados à gestão da saúde e do trabalho.	Fatores culturais
Ação 1				
Ação 2				
Ação 3				
Ação 4				

Figura 8 – Quadro para a realização da análise de pertinência e suficiência das operações/ações (FERREIRA, 2007).

A definição dos indicadores de desempenho é a próxima etapa preconizada por Ferreira (2007) e consiste em elaborar indicadores adequados, para a avaliação e para o acompanhamento do desempenho do serviço.

Os indicadores devem ser claros e capazes de mensurar o objeto que se pretende avaliar. Eles também deverão ser alcançáveis. Segundo Alves, os indicadores devem possuir algumas características para o alcance de seu propósito (ALVES, 2010): validade; sensibilidade; especificidade; relevância; simplicidade; custo-efetividade; oportunidade.

Com o objetivo de avançar no desenvolvimento da proposta para avaliação da CRMU e remetendo-nos novamente à impossibilidade de reunir os representantes do Comitê, apresentaremos a seguir os indicadores propostos pelas Coordenações Geral, Médica e de Enfermagem do SAMU 192 – Médio Paraíba, juntamente com este autor:

INDICADORES DE RECURSOS / INSUMOS

- Número de recursos humanos lotados na CRMU.
- Número de Unidades de Suporte Básicas e Avançadas em funcionamento.
- Número de recursos humanos (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem) lotados nas Unidades de Suporte.
- Percentual do número de ligações via 192 atendidas.
- Percentual de registros das ligações telefônicas realizados

- Proporção do número de acessos aos serviços de saúde realizados, segundo grade de referência.
- Proporção do número de ligações atendidas nas Bases Descentralizadas / não atendidas.

INDICADORES DE ATIVIDADES

- Relação das solicitações de telemedicina elucidadas / não elucidadas.
- Número de atendimentos pré-hospitalares móveis.
- Número de atendimentos aos transportes inter-hospitalares e as altas hospitalares.
- Número de acionamentos de Unidades de Suporte Avançadas substituídas por Unidades de Suporte Básicas.

INDICADORES DE PRODUTOS

- Tempo médio dos atendimentos dos Telefonistas Auxiliares de Regulação Médica direcionados para as equipes de suporte básico.
- Tempo médio de chegada das equipes de suporte básico ao local da cena.
- Tempo médio de permanência das equipes de suporte básico no local da cena.
- Tempo médio total do atendimento das equipes de suporte básico.
- Tempo médio dos atendimentos dos Telefonistas Auxiliares de Regulação Médica direcionados para as equipes de suporte avançada
- Tempo médio de chegada das equipes de suporte avançada ao local da cena.
- Tempo médio de permanência das equipes de suporte avançado no local da cena.
- Tempo médio total do atendimento das equipes de suporte avançada.
- Percentual das equipes treinadas e qualificadas para as rotinas e os atendimentos.

INDICADORES DE RESULTADOS

- Número de atendimentos nas grandes emergências hospitalares e pré-hospitalares fixas.
- Informações da Rede de Atenção às Urgências atualizadas semanalmente.

INDICADORES DE IMPACTO

- Mortalidade por causas externas e por causas clínicas e cirúrgicas relacionadas aos atendimentos pré-hospitalares móveis.
- Sequelas por falta de socorro em tempo adequado.

Os indicadores elaborados preliminarmente serão utilizados na confecção das matrizes de análise.

A verificação final será a última etapa do processo de validação do modelo e, segundo Ferreira (2007), quatro questões serão essenciais para o encerramento do desenho da avaliação:

- (1) O nível de detalhe é suficiente para criar entendimentos dos elementos e suas interrelações?
- (2) A lógica do Programa está completa?
- (3) A lógica do Programa está teoricamente consistente, ou seja, todos os elementos se ajustam logicamente?
- (4) Há outros caminhos plausíveis para alcançar os resultados do Programa?

5.3 Matrizes de análise: monitoramento e julgamento

A definição matemática para matrizes são: "... estruturas matemáticas organizadas na forma de tabela com linhas e colunas, utilizadas na organização de dados e informações (NOÉ, 2012)". No campo da avaliação, as matrizes podem ser utilizadas de diferentes formas e, diferente das matrizes matemáticas, podem incluir informações qualitativas (ALVES, 2010).

Os modelos teóricos de avaliação são compostos por matrizes integradas, denominadas matrizes descritivas, que são construídas a partir do modelo lógico, podendo ser demonstradas em seu lugar. As matrizes que apresentaremos neste capítulo são as matrizes de comparação ou de análise, elaboradas com base no funcionamento da CRMU e do modelo lógico apresentado neste estudo. As matrizes de análise desdobram-se em matriz de monitoramento e matriz de julgamento (ALVES, 2010).

5.3.1 Matriz de monitoramento

Construiu-se a matriz de monitoramento a partir de indicadores para o acompanhamento do serviço, visando à análise de todas as etapas do serviço: estrutura, processos e resultados. Propõe-se sua utilização para aferição do grau de implantação planejado para o serviço (ALVES, 2010).

Os indicadores foram categorizados conforme as etapas do modelo lógico recursos/insumos; atividades; produtos; resultados; e impacto; capazes de medir ou de interpretar o fenômeno que pretendem explicar (ALVES, 2010).

A matriz se baseia em registros gerados diretamente pelo serviço e em fontes de dados secundários extraídos dos sistemas do DATASUS/MS.

As coordenações do SAMU 192 – MP (coordenação geral, médica, de enfermagem e administrativa) serão as principais responsáveis por fornecer as informações primárias da matriz de monitoramento.

O quantitativo de profissionais lotados na CRMU e nas Unidades de Suporte, bem como o percentual da equipe qualificada para o exercício de funções específicas, serão gerados pela coordenação administrativa a quem compete a gestão de recursos humanos.

Vale observar um problema crônico do Sistema Único de Saúde na região, relacionado à insuficiência de profissionais médicos em áreas essenciais da rede de atenção: estratégia saúde da família, prontos-socorros, certas especialidades médicas: neurologia, neurocirurgia, anestesiologia, intensivistas, entre outras. Os indicadores relacionados ao número de profissionais lotados e sua formação, poderão auxiliar o planejamento de ações visando diminuir a falta de profissionais

e/ou a alta rotatividade dos mesmos¹⁵. O processo seletivo público planejado para o SAMU 192 – MP prevê prova, análise de títulos e entrevista, objetivando a redução da contratação de profissionais com perfil inadequado.

A coordenação geral, médica e de enfermagem será responsável pela sistematização das informações da rede de atenção às urgências e sua inclusão na grade de referência. Este instrumento contém as informações detalhadas da capacidade instalada da região, tais quais: especialidade médica; nome, endereço e telefone da unidade; dia e hora de atendimento; inserção na rede básica, especializada, de urgência ou de internações.

Tratando-se de instrumento pactuado entre diversos atores do SUS e considerando a sua grande importância para o êxito do funcionamento do SAMU, elencamos abaixo as etapas necessárias para a elaboração da grade de referência (TARSO, 2003):

1. Levantamento da rede assistencial pelo Gestor;
2. Reunião com os prestadores de serviços para homogeneização de conceitos e de objetivos da proposta;
3. Apresentação e discussão da planilha a ser aplicada;
4. Montagem das equipes de visita aos prestadores;
5. Cronograma das visitas;
6. Encaminhamento de ofícios aos prestadores pelo Gestor, contendo o objetivo, data e nome dos profissionais que farão a visita;
7. Visita aos prestadores e preenchimento da planilha;
8. Reunião para formatação da grade regionalizada, hierarquizada por especialidades;
9. Formatação da rede assistencial por especialidades;
10. Apresentação e discussão com os Gestores;
11. Apresentação e discussão com os Conselhos de Saúde;
12. Apresentação e discussão com os prestadores;
13. Publicação em Diário Oficial

Os indicadores associados a esta etapa permitirão aferir se as rotinas das unidades da RAU estão de acordo com a norma pré-estabelecida às possíveis alterações da capacidade instalada desta rede. Para a confecção do indicador, os

¹⁵ Nos serviços pré-hospitalares móveis, a alta rotatividade de profissionais traz um transtorno ainda maior se considerarmos a necessidade de qualificação profissional e experiência prévia acumulada pela equipe.

documentos deverão ser emitidos periodicamente pelas unidades de saúde, sendo que a inexistência de alterações nos serviços de saúde também deverá ser informada na mesma periodicidade.

A CRMU do SAMU 192 – MP terá um sistema informatizado próprio que permitirá a gravação de registros obrigatórios e a emissão de relatórios gerenciais, que subsidiarão os seguintes indicadores: percentual do número de ligações via 192 atendidas; percentual de registros das ligações telefônicas realizados; proporção do número de acessos aos serviços de saúde realizados, segundo grade de referência; proporção do número de ligações atendidas nas bases descentralizadas; relação das solicitações de telemedicina elucidadas; número de atendimentos das solicitações de transportes inter-hospitalares e de altas hospitalares; tempo médio dos atendimentos dos telefonistas auxiliares de regulação médica direcionados para as equipes de suporte.

Os prontuários dos atendimentos pré-hospitalares servirão como fonte para os indicadores de tempo médio das equipes de suporte. A partir da solicitação às bases descentralizadas, a equipe deverá registrar os horários nos prontuários, segmentados para cada indicador: da solicitação até a chegada ao local do evento; o tempo no local do evento; e o tempo total do atendimento.

O número de atendimentos nas grandes emergências hospitalares e pré-hospitalares fixas e o número de atendimentos dos pré-hospitalares móveis serão mensurados a partir de fonte secundária, através de consultas no sistema de informação ambulatorial do governo (SIA/SUS), conforme códigos de procedimentos demonstrados abaixo:

Quadro 3 - Atendimentos Pré-hospitalares Móveis

Código	Procedimento
03.01.03.009-0	Atendimento pré-hospitalar móvel pelo SAMU 192: suporte avançado de vida realizado por ambulância tipo D
03.01.03.010-3	Atendimento pré-hospitalar móvel pelo SAMU 192: suporte básico de vida realizado por ambulância tipo B

Fonte: SIGTAP/DATASUS/MS

Quadro 4 - Atendimentos Hospitalares e Pré-hospitalares Fixos

Código	Procedimento
030106001-0	Diagnóstico e/ou atendimento de urgência em clínica pediátrica
030106002-9	Atendimento de urgência com observação até 24 horas em atenção especializada
030106006-1	Atendimento de urgência em atenção especializada
030106007-0	Diagnóstico e/ou atendimento de urgência em clínica cirúrgica
030106008-8	Diagnóstico e/ou atendimento de urgência em clínica médica
030106009-6	Atendimento médico em unidade de pronto atendimento
030106010-0	Atendimento ortopédico com imobilização provisória

Fonte: SIGTAP/DATASUS/MS

As unidades de saúde consideradas grandes urgências serão: Centro de Assistência Intermediário de Saúde Aterrado, Hospital São João Batista e Hospital Municipal Dr. Munir Rafful de Volta Redona; Hospital de Emergência Henrique Sérgio Gregori de Resende; e Unidade de Pronto Atendimento de Barra Mansa. O critério utilizado para elencar as grandes urgências hospitalares da região foi o número de consultas/atendimentos, segundo códigos supra referidos, tendo como ponto de corte 70.000 atendimentos¹⁶.

Tabela 14 - Unidades de saúde, referência para os atendimentos de urgências especializadas (até 2000 atendimentos/ano), da região do Médio Paraíba, no ano de 2011

ESTABELECIMENTO-CNES-RJ	Atendimentos
2708078 CAIS ATERRADO CENTRO DE ASSIST INTERM DE SAUDE ATERRADO	97.175
0025135 HOSPITAL MUNICIPAL SAO JOÃO BATISTA	94.828
0025143 HOSPITAL MUNICIPAL DR MUNIR RAFFUL	92.095
2288893 HOSPITAL DE EMERGÊNCIA HENRIQUE SÉRGIO GREGORI	82.659
6042619 UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO EM BARRA MANSA RJ UPA	73.487
0024813 SPA CONFORTO JORNALISTA DICLER SIMOES SOARES	63.242
2271141 HOSPITAL MUNICIPAL DE PINHEIRAL AURELINO GONCALVES BARBOSA	60.755
6231659 UNIDADE MÉDICO HOSPITALAR PADRE ALFREDO OELKERS	55.690
6272320 UPA 24 H VOLTA REDONDA	40.430
5307864 HOSPITAL MUNICIPAL SAO FRANCISCO DE ASSIS	35.063
5591961 PRONTO SOCORRO INFANTIL DE VALENÇA	26.443
2280051 SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BARRA MANSA	23.782
6870066 UPA 24 H RESENDE	23.657

¹⁶ Dados coletados do Sistema de Informação Ambulatorial/DATASUS, no período de 01/01/2011 a 31/12/2011, dos procedimentos executados pelas unidades de saúde da região do Médio Paraíba, códigos: 030106001-0, 030106002-9, 030106006-1, 030106007-0, 030106008-8, 030106009-6, 030106010-0.

2799308 PRONTO SOCORRO	21.514
6019404 PRONTO SOCORRO ADULTO MUNICIPAL	21.343
2797178 UBSF SANTA CRUZ GUANAHYRO FERREIRA NETO	18.523
5473233 POLO DE EMERGÊNCIA DE BARRA DO PIRAÍ	16.984
2295598 CENTRO DE SAUDE DE ARROZAL C ATENDIMENTO 24 HORAS	15.729
2295075 HOSPITAL GUSTAVO MONTEIRO JUNIOR	15.553
2273101 HOSPITAL SÃO LUCAS	15.414
2288389 CENTRO DE SAÚDE GRANDE ALEGRIA	11.303
2288230 HOSPITAL MUNICIPAL MATERNIDADE DR MANOEL MARTINS DE BARROS	10.304
0025194 HOSPITAL EVANGÉLICO REGIONAL LTDA	8.480
6232094 HOSPITAL MUNICIPAL NOSSA SENHORA DA PIEDADE	7.278
2288885 SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE RESENDE	6.818
2292912 HOSPITAL ESCOLA LUIZ GIOSEFFI JANNUZZI	6.417
2292807 CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE DE VALENÇA	5.696
2288907 APMIR	5.470
5878640 HOSPITAL E MATERNIDADE THERESA SACCHI DE MOURA	4.761
2288168 CENTRO DE SAÚDE PENEDO	3.952
2287927 HOSPITAL E MATERNIDADE MARIA DE NAZARÉ	2.810
2295105 HOSPITAL SANTA ISABEL	2.792
2271095 UNIDADE DE SAÚDE DA FAMILIA ACIOLLY RIBEIRO DO NASCIMENTO	2.369
2294532 UNIDADE DE SAÚDE DA FAMILIA SÃO JORGE	2.241
2797267 POLICLÍNICA DA CIDADANIA BERNADINO DE SOUZA	2.222
6018009 UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA PALMEIRAS	2.187
2267187 HOSPITAL FLÁVIO LEAL	2.029
TOTAL* ¹	992.851

Fonte: SIA/SUS

*1. Somadas as unidades com menos de 2000 atendimentos/ ano.

A matriz de monitoramento utilizará o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) como fonte de evidência do indicador mortalidade por causas externas e por causas clínicas e cirúrgicas, relacionadas aos atendimentos pré-hospitalares móveis. Este indicador permitirá mensurar a efetividade da CRMU em longo prazo. O SIM não diferenciará as mortes relacionadas aos atendimentos pré-hospitalares móveis, sendo necessária uma crítica na avaliação do indicador.

As linhas de base são as situações iniciais encontradas pelos indicadores. Para aferir as linhas de base e metas de alguns indicadores, dependeremos das estimativas de outros serviços em funcionamento e, a médio prazo, poderemos utilizar as séries históricas geradas na CRMU. Nas linhas de base dos indicadores relacionados ao quantitativo de profissionais e ao número de unidades de suporte em funcionamento, utilizou-se a norma ministerial emitida em 2011 (Portaria GM/MS nº 2649/2011). Esta norma preconiza como parâmetro de programação para estabelecer o quantitativo de profissionais, faixas populacionais e o período do dia, mantendo um maior número de plantonistas nos períodos diurnos. No número de unidades de suporte, a CGUE/SAS/MS acatou as justificativas técnicas do projeto da

região do Médio Paraíba para a ampliação do número de ambulâncias, disponibilizando vinte viaturas.

O número de atendimentos nas grandes urgências hospitalares e pré-hospitalares aferidos no SIA/SUS, no período de janeiro a dezembro de 2011, foi de 440.244 atendimentos, tendo 36.687 de média mensal.

No indicador mortalidade por causas externas e causas clínicas e cirúrgicas, foram mantidas todas as causas e agrupamentos do capítulo XX do CID-10. O período de verificação no SIM é o ano de 2010 e como os dados do sistema ainda são preliminares, os 615 (seiscentos e quinze) óbitos poderão sofrer alteração.

Algumas metas terão seus valores coincidentes com a linha de base, já que o serviço recém-implantado, teoricamente, terá sua estrutura completa: recursos humanos/ insumos. As metas da etapa atividades deverão ser crescentes, contando com o maior uso da população e de unidades de saúde, do serviço recém implantado.

Da mesma forma que a linha de base, os indicadores dos produtos dependerão inicialmente da experiência do funcionamento de outros serviços e, com o passar do tempo, ajustes poderão ser feitos.

Os indicadores quantitativos, número de atendimentos nas grandes urgências, mortalidade e sequelas terão metas decrescentes, a partir das linhas de base, com valores discutidos com representantes do Comitê Gestor Regional.

A meta das informações da RAU, com atualização semanal, também será coincidente com a linha de base, contando que no início das atividades do SAMU 192 – MP, as unidades de saúde enviarão suas informações em tempo adequado.

As últimas colunas da matriz são a situação atual, que será o posicionamento do indicador na data apontada, e comentários que servirão de espaços para eventual observação por parte dos executores da matriz.

MATRIZ DE MONITORAMENTO

Componente do Serviço: Central de Regulação Médica de Urgências

Etapas do Modelo	Indicadores para aferição mensal	Fonte de Dados ou Evidência	Linha de Base	Meta	Situação atual/ data	Comentários
Recursos/ Insumos	Número de recursos humanos lotados na CRMU.	Coordenação administrativa do SAMU 192 – MP	62 funcionários	62 funcionários		
	Número de Unidades de Suporte Básicas e Avançadas em funcionamento.	Coordenação administrativa do SAMU 192 – MP	20 unidades de suporte	20 unidades de suporte		
	Número de recursos humanos (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem) lotados nas Unidades de Suporte.	Coordenação administrativa do SAMU 192 – MP	223 funcionários	223 funcionários		
	Percentual do número de ligações via 192 atendidas.	Sistema SAMU de Informação		100%		
	Percentual de registros das ligações telefônicas realizados.	Sistema SAMU de Informação		100%		
	Proporção do número de acessos aos serviços de saúde realizados, segundo grade de referência.	Sistema SAMU de Informação				
	Proporção do número de ligações atendidas nas Bases Descentralizadas / não atendidas.	Sistema SAMU de Informação				
Atividades	Relação das solicitações de telemedicina elucidadas / não elucidadas.	Sistema SAMU de Informação				
	Número de atendimentos pré-hospitalares móveis.	SIA / DATASUS				

Etapas do Modelo	Indicadores para aferição mensal	Fonte de Dados ou Evidência	Linha de Base	Meta	Situação atual/ data	Comentários
Atividades	Número de atendimentos aos transportes inter hospitalares e as altas hospitalares.	Sistema SAMU de Informação				
	Número de acionamentos de Unidades de Suporte Avançadas substituídas por Unidades de Suporte Básicas.	Sistema SAMU de Informação				
Produtos	Tempo médio dos atendimentos dos Telefonistas Auxiliares de Regulação Médica direcionados para as equipes de suporte básico.	Sistema SAMU de Informação				
	Tempo médio de chegada das equipes de suporte básico ao local da cena.	Prontuários de atendimento pré-hospitalar				
	Tempo médio de permanência das equipes de suporte básico ao local da cena.	Prontuários de atendimento pré-hospitalar				
	Tempo médio total do atendimento das equipes de suporte básico.	Prontuários de atendimento pré-hospitalar				
	Tempo médio dos atendimentos dos Telefonistas Auxiliares de Regulação Médica direcionados para as equipes de suporte avançada.	Sistema SAMU de Informação				
	Tempo médio de chegada das equipes de suporte avançada ao local da cena.	Prontuários de atendimento pré-hospitalar				

Etapas do Modelo	Indicadores para aferição mensal	Fonte de Dados ou Evidência	Linha de Base	Meta	Situação atual/ data	Comentários
Produtos	Tempo médio de permanência das equipes de suporte avançado ao local da cena.	Prontuários de atendimento pré-hospitalar				
	Tempo médio total do atendimento das equipes de suporte avançada.	Prontuários de atendimento pré-hospitalar				
Resultados	Número de atendimentos nas grandes emergências hospitalares e pré-hospitalares fixas.	SIA / DATASUS	440.244 atendimentos			
	Informações da Rede de Atenção às Urgências atualizadas semanalmente.	Coordenação do SAMU 192 – MP				
Etapas do Modelo	Indicadores para aferição semestral	Fonte de Dados ou Evidência	Linha de Base	Meta	Situação atual/ data	Comentários
Produtos	Percentual das equipes treinadas e qualificadas para as rotinas e os atendimentos.	Coordenação administrativa do SAMU 192 – MP				
Impacto	Mortalidade por causas externas e causas clínicas e cirúrgicas relacionadas aos atendimentos pré-hospitalares móveis.	SIM/ DATASUS				
	Seqüelas por falta de socorro em tempo adequado.	Registro ou prontuários hospitalares				

5.3.2 Matriz de julgamento

A última etapa da proposta de avaliação é a elaboração da matriz de julgamento. Ela difere da matriz de monitoramento por incluir o mérito (ALVES, 2010), ou seja, apresenta a questão principal do objeto. Em nosso caso, o mérito se refere aos valores alcançados por indicador do serviço, atribuídos mediante avaliação do seu desempenho.

A matriz de julgamento também é constituída por indicadores, que se desdobram nos seguintes elementos: padrão; pontuação máxima esperada; descrição do valor ou ponto de corte; valor observado; valor alcançado; e julgamento de acordo com o valor alcançado.

O padrão se refere à medida base do indicador, ou seja, será o número de referência para julgar a pontuação do indicador. Em algumas vezes ele coincidirá com a linha de base da matriz de monitoramento. No presente trabalho, sugeriremos alguns padrões para indicadores que se submetem a normas ministeriais ou ainda, relacionados diretamente aos atendimentos às urgências e, portanto, necessário o acolhimento de todas as solicitações. Outros padrões, assim como na matriz de monitoramento, dependerão das estimativas de outros serviços em funcionamento ou das séries históricas geradas na CRMU.

Desta forma, nos três primeiros indicadores da matriz: número de recursos humanos (médicos reguladores, TARM, operadores de frota) lotados na CRMU; número de unidades de suporte básicas e avançadas em funcionamento; e número de recursos humanos (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, motoristas) lotados nas unidades de suporte; seguindo o modelo da matriz de monitoramento, utilizamos como padrão, o quantitativo de profissionais e de unidades de suporte, preconizados pela Coordenação Geral de Urgência e Emergência/SAS/MS (Portaria nº 2649/2011).

Os próximos padrões elencados na matriz não dependerão de consensos ou de aprovações, já que são padrões obrigatórios: 100% (cem por cento) do número de ligações via linha 192 atendidas; 100% (cem por cento) de registros das ligações telefônicas realizados; acessos a todos os serviços de saúde previstos na grade de referência; todas ligações atendidas nas bases descentralizadas.

A definição dos demais padrões, bem como dos próximos elementos da matriz, será discutida com representantes do Comitê Gestor do Sistema de Atenção

às Urgências e com a Coordenação do SAMU 192 – Médio Paraíba. Seguem alguns comentários sobre o desenvolvimento destes elementos.

Os atendimentos médicos à distância ou telemedicina, utilizados no SAMU em sua forma mais básica, com uso de infraestrutura convencional de telefonia, podem gerar uma série de benefícios, com destaque para a redução do tempo e dos custos. A estimativa de casos resolvidos ou elucidados pela telemedicina deverá considerar as dificuldades do diagnóstico pelo médico regulador, apenas com o uso da fala do paciente ou de seu interlocutor. Entretanto, a elucidação de casos, com o uso da telemedicina em SAMUs sem funcionamento, tem sido impactante na redução dos atendimentos nas unidades de saúde de suas redes.

Os indicadores número de atendimentos telefônicos regulados e número de atendimentos aos transportes inter-hospitalares e as altas hospitalares, são indicadores quantitativos com contagem simples (ALVES, 2010). Seu padrão dependerá da série histórica do próprio serviço, porém, inicialmente, poderemos utilizar padrões de serviços existentes, com base populacional semelhante.

Os padrões dos indicadores relacionados a tempo médio, também poderão se basear em serviços de atenção móvel existentes, todavia alguns fatores específicos da região, como malha viária e a distância entre bases descentralizadas e as unidades da RAU interferirão no resultado destes indicadores. Com o funcionamento do serviço, estes padrões se constituirão naturalmente, provocando ajustes na matriz de julgamento.

Quanto às equipes do SAMU 192 – Médio Paraíba, espera-se que estejam qualificadas em sua totalidade para o início de suas funções. O padrão cem por cento desse indicador é desejável, embora reconheçamos as dificuldades de sua manutenção, devido à alta rotatividade de profissionais médicos.

O padrão de 440.244 atendimentos nas grandes emergências hospitalares e pré-hospitalares fixas, foram extraídas do SIA/SUS, período de janeiro a dezembro de 2011, da mesma forma que a linha de base da matriz de monitoramento neste indicador.

No indicador de informações regulares da RAU, sugerimos, como padrão, a rotina de uma informação por semana de cada unidade de saúde da rede de atenção às urgências da região. Estas informações deverão ser através de documentos oficiais, emitidos pelo diretor da unidade e encaminhados em arquivos digitais.

Para estabelecer o padrão de 601 óbitos do indicador mortalidade por causas externas, sugerimos utilizar a média da série histórica dos últimos cinco anos, dos óbitos registrados no capítulo XX do CID-10 (BRASIL, 2012), conforme tabela abaixo:

Tabela 15 – Série histórica dos óbitos por causas externas da região do Médio Paraíba

CAPÍTULO XX: CAUSAS EXTERNAS DE MORBIDADE E MORTALIDADE	2005	2006	2007	2008	2009	Total	Média
104 Acidentes de transporte	192	188	166	179	188	913	183
105 Quedas	60	87	79	100	97	423	85
106 Afogamento e submersões acidentais	24	36	30	23	32	145	29
107 Exposição à fumaça, ao fogo e às chamas	6	4	4	7	3	24	5
108 Envenenamento, intoxicação por ou exposição a substância nociva	1	2	-	5	-	8	3
109 Lesões autoprovocadas voluntariamente	43	28	29	33	15	148	30
110 Agressões	249	208	209	194	218	1.078	216
111 Eventos cuja intenção é indeterminada	23	14	14	11	23	85	17
112 Intervenções legais e operações de guerra	1	2	1	4	1	9	2
113 Todas as outras causas externas	30	26	41	39	34	170	34
Total	629	595	573	595	611	3.003	601

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

O último indicador da matriz de julgamento são as sequelas por falta de socorro em tempo adequado e seu padrão poderia ser mensurado pelas categorias T90 até T98 do CID-10: Sequelas de traumatismos, de intoxicações e de outras consequências das causas externas (BRASIL, 2012). Na pesquisa realizada nos sistemas oficiais do governo, nenhum registro foi encontrado nestas categorias nos anos de 2005 a 2009. Outra forma de mensuração do indicador seriam os registros diretos das unidades de saúde, formato que considero de difícil operacionalização. Desta forma, apesar da importância reconhecida de aferir o número de sequelas, este indicador deverá ser discutido no Comitê sobre as suas possibilidades de mensuração e de utilização.

O próximo elemento da matriz de julgamento é a pontuação máxima esperada, que diz respeito ao teto máximo que poderá ser atribuído ao indicador (ALVES, 2010). Como exemplo, se atribuirmos dez pontos para cada indicador em um total de vinte e três indicadores, obteremos uma pontuação máxima esperada de duzentos e trinta pontos. A atribuição dos pontos por indicador recairá para as discussões do Comitê Gestor Regional.

Posterior à definição da pontuação máxima, nos remeteremos à descrição do valor ou ponto de corte, conceituada como “o intervalo aceitável para cada variável estudada” (ALVES, 2010). No indicador número de recursos humanos (médicos reguladores, TARM, operadores de frota) lotados na CRMU, onde temos um padrão igual ou maior que sessenta e dois funcionários, se tivermos uma pontuação máxima para este indicador de dez pontos, a descrição do ponto de corte poderá obedecer à seguinte simulação:

- 10 pontos, se igual ou maior que 62 funcionários lotados na CRMU.
- 5 pontos, se maior que 56 e menor que sessenta e dois funcionários lotados na CRMU.
- 2 pontos, se menor que 56 funcionários lotados na CRMU.

A seguir, definiremos os valores (valor alcançado) a partir da verificação de como o indicador se comportou (observado). Os somatórios destes valores irão compor a fórmula matemática, onde obteremos o percentual de sucesso do serviço.

Por fim, realizamos o julgamento com base no percentual calculado, com a classificação do nível de implantação da CRMU. Sugeriremos para esta avaliação a divisão em quatro estratos:

Intervalo	Julgamento
75% a 100%	Implantação satisfatória
50% a 75%	Implantação regular
25% a 50%	Implantação insatisfatória
1% a 25%	Implantação crítica

Figura 9 – Matriz para o julgamento do nível de implantação da CRMU

As discussões para a categorização dos pontos, por indicador, serão fundamentais no resultado do julgamento, uma vez que cabe a ela, definir os indicadores de maior ou de menor peso no processo de implantação da CRMU.

MATRIZ DE JULGAMENTO

Componente do Serviço: Central de Regulação Médica de Urgências.

Indicadores	Padrão	Pontuação máxima esperada = __ pts	Descrição do valor ou ponto de corte	Valor observado	Valor alcançado (atribuído a partir do observado) = __ pts
Número de recursos humanos (Médicos Reguladores, TARM, Operadores de Frota) lotados na CRMU.	= ou > 62 funcionários				
Número de Unidades de Suporte Básicas e Avançadas em funcionamento.	= ou > 20 unidades de suporte				
Número de recursos humanos (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, motoristas) lotados nas Unidades de Suporte.	= ou > 223 funcionários				
Percentual do número de ligações via 192 atendidas.	= 100%				
Percentual de registros das ligações telefônicas realizados.	= 100%				
Proporção do número de acessos aos serviços de saúde realizados, segundo grade de referência.	= 1 (número de acessos/número de não acessos)				
Proporção do número de ligações atendidas nas Bases Descentralizadas / não atendidas.	= 1 (número de ligações atendidas/número de não atendidas)				
Proporção das solicitações de telemedicina não elucidadas / elucidadas.					
Número de atendimentos telefônicos regulados.					
Número de atendimentos aos transportes inter hospitalares e as altas hospitalares.					

Indicadores	Padrão	Pontuação máxima esperada = __ pts	Descrição do valor ou ponto de corte	Valor observado	Valor alcançado (atribuído a partir do observado) = __ pts
Número de acionamentos de Unidades de Suporte Avançadas substituídas por Unidades de Suporte Básicas.					
Tempo médio dos atendimentos dos Telefonistas Auxiliar de Regulação Médica direcionados para as equipes de suporte básico.					
Tempo médio de chegada das equipes de suporte básico ao local da cena.					
Tempo médio de permanência das equipes de suporte básico ao local da cena.					
Tempo médio total do atendimento das equipes de suporte básico.					
Tempo médio dos atendimentos dos Telefonistas Auxiliar de Regulação Médica direcionados para as equipes de suporte avançada.					
Tempo médio de chegada das equipes de suporte avançada ao local da cena.					
Tempo médio de permanência das equipes de suporte avançado ao local da cena.					
Tempo médio total do atendimento das equipes de suporte avançada.					

Indicadores	Padrão	Pontuação máxima esperada = __ pts	Descrição do valor ou ponto de corte	Valor observado	Valor alcançado (atribuído a partir do observado) = __ pts
Percentual das equipes treinadas e qualificadas para as rotinas e os atendimentos.	100% das equipes treinadas e qualificadas				
Número de atendimento nas grandes emergências hospitalares e pré-hospitalares fixas (UPA e PS).	< 440.244 atendimentos				
Informações da Rede de Atenção às Urgências atualizadas semanalmente.	= 1 informação/ semana/ unidade da rede				
Mortalidade por causas externas e causas clínicas e cirúrgicas relacionadas aos atendimentos pré-hospitalares móveis.	601 Óbitos/ Ano				
Seqüelas por falta de socorro em tempo adequado.					

Julgamento de acordo com os valores alcançados	Total de pontos alcançados/ pontuação máxima x 100 =
--	--

5.4 Avaliação dos fatores de influência externa

Identificamos e relatamos anteriormente no estudo, os fatores que podem influenciar no alcance dos resultados, sendo eles:

- Divergências políticas quanto à efetividade da regulação médica das urgências.
- Mobilização social para a compreensão e utilização da Rede de Atenção às Urgências.
- Compreensão dos órgãos controladores quanto ao modelo de gestão.
- Gestão do trabalho e RH sustentável.
- Funcionalidade e êxito do NEU/CIES/CIR.
- Regularidade no financiamento tripartite.

A grande importância destes fatores no alcance dos resultados da CRMU remete à necessidade de avaliação sistemática dos mesmos.

Diante do tema avaliação, observam-se nos pontos acima relacionados, medidas distintas de subjetividade. Assim, para facilitar o trabalho do avaliador, procuramos dividir os fatores influentes em dois grupos: o grupo da visão do usuário, dos profissionais da saúde e dos espaços de discussões coletivas; e o grupo da gestão.

No primeiro grupo incluímos as divergências políticas quanto à efetividade da regulação médica das urgências; e a mobilização social para a compreensão e utilização da Rede de Atenção às Urgências. No fator divergências políticas, onde as tensões e diferenças de visões e de interesses podem dificultar o acordo entre os dirigentes municipais, os espaços de discussões coletivas serão fundamentais para mensurar os avanços na compreensão do modelo proposto: assembléia geral de prefeitos, comissão intergestores regional e os conselhos municipais de saúde.

A mobilização social visando o entendimento da proposta de regulação médica e do hábito coletivo de utilização da linha 192, é outro fator que poderá impactar negativamente, em caso da não adesão populacional. Nos municípios com centrais de ambulância estruturada, os acionamentos das ambulâncias ocorriam através de linha telefônica gratuita, sendo enviado o socorro independente da gravidade/complexidade do chamado. O diferencial proposto pela CRMU, passando pela triagem inicial do TARM e principalmente pela ausculta médica, poderá gerar

conflitos com as práticas já instituídas. O usuário se autodiagnostica, ou seja, ele próprio julga a sua necessidade de atendimento imediato ou não. Ele tem seu próprio protocolo e autoclassifica sua urgência como vermelha, amarela, verde ou azul. Caberá aos profissionais da CRMU, a habilidade de lidar com estes conflitos, sabendo que os recursos da rede de urgências são limitados, sejam leitos ou unidades móveis, devendo priorizar os atendimentos com maior grau de complexidade. A parceria e pactuação com outros serviços pré-hospitalares móveis (corpo de bombeiros, frotas sanitárias municipais, concessionárias de rodovias) serão fundamentais para minimizar a possível falta de recursos. Outra parceria importante para o êxito do projeto é com os meios de comunicação, seja televisiva, escrita ou via internet. Eles ajudarão a divulgar as mudanças propostas, facilitando o entendimento coletivo.

Os mecanismos de avaliação, objetivando mensurar o grau de adesão da população ao programa, serão os questionários de satisfação do usuário aplicados em unidades de saúde da rede de urgência e a criação da ouvidoria do SAMU 192 – Médio Paraíba. Os questionários, com alguns cuidados para não direcionar a pesquisa, poderão gerar indicadores para a avaliação da qualidade do serviço. A ouvidoria criará alternativas eficientes de informação e de escuta do cidadão usuário e da população em geral, sendo uma fonte de informação privilegiada para os processos avaliativos.

No grupo da gestão, inserimos a compreensão dos órgãos controladores quanto ao modelo de gestão; a gestão do trabalho e RH sustentável; funcionalidade e êxito do NEU/CIES/CIR; e a regularidade no financiamento tripartite.

A avaliação do grau de entendimento do modelo proposto, pelos órgãos controladores, no qual utilizará a experiência administrativa do terceiro setor (organização social ou organização da sociedade civil de interesse público), será mensurada, através das possíveis demandas formais emitidas por estes órgãos: Ministério Público, Tribunal de Contas do Estado, outros. A aproximação dos técnicos e gestores da área de saúde com os representantes destes órgãos vêm colhendo resultados favoráveis no entendimento do modelo. A título de exemplo, a presença de promotores e procuradores públicos em congressos de secretários de saúde, tem sido freqüente para discutir e avançar neste tema específico.

A gestão do trabalho e RH sustentável e a funcionalidade e êxito do NEU/CIES/CIR são áreas correlatas. A sustentabilidade dos recursos humanos

refere-se de um modo amplo, as questões ligadas nas relações do trabalho entre as organizações e seus empregados e está ligada ao grande contexto da gestão do trabalho e seus processos de educação permanente. Os indicadores “Número de recursos humanos (Médicos Reguladores, TARM, Operadores de Frota) lotados na CRMU” e “Número de recursos humanos (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem) lotados nas Unidades de Suporte”, nos possibilitará uma primeira análise quantitativa. A análise das atas de reuniões colegiadas periódicas é outra estratégia que poderá gerar indicadores qualitativos de satisfação/insatisfação dos profissionais do SAMU 192 – MP, além de outras informações do funcionamento do serviço.

A funcionalidade do NEU poderá ser avaliada em um primeiro momento, através do indicador “Percentual das equipes treinadas e qualificadas para as rotinas e os atendimentos”. Durante o funcionamento do serviço, a percepção dos Coordenadores do SAMU 192 – MP será fundamental para aferir a necessidade dos processos de capacitação específicos e suas prioridades.

A avaliação do último fator, regularidade no financiamento tripartite, será fundamental para o êxito do projeto, principalmente por se tratar de um projeto regional sob a condução de um consórcio de municípios. Diferente de municípios, os consórcios não dispõem de receitas próprias, contando apenas com os repasses municipais através de contratos de rateio¹⁷, ou estaduais e federais nos casos de convênios. Assim, caso não haja a regularidade na transferência de recursos, para um projeto com despesas operacionais altas, coloca-se em risco a sobrevivência do serviço e o alcance de indicadores satisfatórios.

¹⁷ Previsto pela Lei 11.107/2005 e pelo Decreto 6017/2007, os contratos de rateio são contratos por meio do qual os entes consorciados comprometem-se a fornecer recursos financeiros para a realização das despesas do consórcio público.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Sistema Único de Saúde, com seus 23 anos de existência, apesar de possuir um reconhecido arcabouço teórico e continuar em uma curva crescente de desenvolvimento estrutural, processual e com resultados demonstrados na melhora de indicadores, ainda é um sistema extremamente complexo de ser gerido. Esta complexidade pode ser atribuída a diversos fatores que, somados, apontam a gama de dificuldades com que os gestores convivem no seu dia a dia: os problemas na gestão do trabalho, o subfinanciamento, os entraves para ampliação da Estratégia Saúde da Família para a consolidação da Atenção Básica, as dificuldades do processo de descentralização da saúde e da regionalização, a heterogeneidade de gestão nos diversos municípios e unidades federadas, a participação social incipiente nos mecanismos de planejamento em saúde, a dificuldade de implantação das redes de atenção e das linhas de cuidados, visando os cuidados integrais de saúde. Neste rol de adversidades, deparamo-nos com a atenção às urgências, que têm como agravante, o fato de atender frequentemente usuários em situações de risco de morte.

No presente trabalho, coloca-se como problema central a elevada demanda de usuários para as grandes urgências hospitalares e pré-hospitalares da região do Médio Paraíba, quadro semelhante a diversos locais do país e do estado. Esta demanda é justificada pela ineficiência da atenção básica, fatores culturais, problemas estruturais nos hospitais de pequeno e médio porte, problemas relacionados à gestão da saúde e do trabalho, tendo como consequência prontos-socorros pré-hospitalares e hospitalares sobrecarregados, o aumento dos gastos com saúde na atenção de média e de alta complexidade e a grande rotatividade de profissionais médicos nos serviços de urgência.

A regulação médica de urgência e o serviço pré-hospitalar móvel são sugeridos como solução para o problema central, no sentido de capilarizar os atendimentos de urgência por toda a rede de atenção às urgências da região. Nascida a partir de um acordo franco-brasileiro no início da década de 90, o modelo de atenção pré-hospitalar móvel no Brasil tem a concepção centrada no médico regulador (LOPES, 1999). Este modelo tem como base, a garantia de escuta permanente pelo médico regulador, com acolhimento de todos os pedidos de ajuda que ocorrem à central. Este profissional tem a responsabilidade de estimar,

inicialmente, o grau da urgência de cada caso, desencadeando uma resposta adequada a cada solicitação. A grade de referência pactuada regionalmente é o instrumento utilizado para permitir ao regulador, o melhor atendimento em um tempo mais oportuno, nas referências apontadas em todos os municípios da região (BRASILn, 2006).

Na região do Médio Paraíba, a discussão para a implantação do SAMU ressurgiu em 2008, com a possibilidade de financiamento rateado entre estado e Ministério da Saúde. Atualmente encontra-se em tramite final para inauguração.

A proposta trazida neste trabalho visou avaliar a implantação do serviço de regulação médica de urgência na região do Médio Paraíba, bem como os demais aspectos correlacionados. Considerando que a avaliação é uma prática presente em diversas áreas do espaço social e que ela possui uma série de possibilidades de expressões, conceitos e variedades metodológicas, definiu-se para o presente estudo, o modelo teórico-lógico, servindo como referência para elaboração de matrizes e seleção de indicadores para avaliação da estrutura, processos e resultados da CRMU-MP.

Na elaboração do modelo, utilizou-se como um dos referenciais teóricos, a tríade sobre definição da qualidade trazida por Donabedian (1984), estrutura, processo e resultados. Este autor tem reconhecida contribuição nos processos avaliativos, porém o próprio autor afirma que o método baseado em indicadores não valoriza a visão do usuário (aspectos qualitativos), dependendo, na maioria das vezes, de padrões quantitativos.

As discussões sobre as técnicas quantitativas X qualitativas têm gerado divergências no campo científico. Apesar de alguns autores já considerarem superadas estas discussões, Silva (2010) cita outras linhas de pesquisa que consideram o debate uma questão filosófica. Já Bourdieu (1998) acredita que o ponto relevante é a construção do objeto, com a utilização de todas as técnicas para sua análise.

Nas constatações dos pesquisadores do LAPPIS¹⁸, afirma-se a predominância das avaliações normativas, consideradas pouco eficientes para uma compreensão qualitativa. O trabalho cita controversa opinião entre autores, sobre a

¹⁸ Laboratório de Pesquisas de Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS) é um programa de estudo que reúne um colegiado de pesquisadores na identificação e construção de práticas de atenção integral à saúde.

participação ou não de usuários de serviços e trabalhadores da saúde nas pesquisas avaliativas (PINHEIRO, 2008).

A avaliação formativa, por sua vez, traz uma fusão das propostas mais rígidas com as mais flexíveis, do ponto de vista da participação do usuário e dos trabalhadores. Este modelo sugere o contato do aspecto técnico com o não-técnico, ou seja, amplia as fronteiras do conhecimento estritamente científico com a visão e com a vivência do usuário ou do pesquisado (PINHEIRO, 2008).

No trabalho apresentado, as influências normativas são predominantes, fato justificado pela disponibilidade de elementos, em um serviço que ainda não se encontra em funcionamento. A proposta de avaliar a implantação da Central de Regulação Médica de Urgências, vinculada ao Serviço de Atenção Móvel às Urgências da região do Médio Paraíba teve como as principais fontes para o estudo, os documentos extraídos do processo de planejamento para a implantação do SAMU 192 – MP e as reuniões com o grupo de trabalho integrantes do Comitê Gestor Regional do Sistema de Atenção às Urgências. Assim, desencadeou-se o processo de avaliação das estruturas previstas, dos processos que serão gerados e dos resultados que esperamos.

Nota-se, no trabalho, a ausência de aspectos qualitativos no desenvolvimento da avaliação e principalmente nos indicadores. É evidentemente notado o rigor neste processo avaliativo, porém não necessariamente rígido. Entretanto, caso consideremos estes fatores como limitantes, não fundamentalmente desmerece o resultado da pesquisa nem o potencial de utilização das mesmas. Conforme O'Dwyer e Mattos (2010), "...não ser suficiente não corresponde a não ser útil."

Interpreto que, para esta etapa do processo de avaliação da rede de atenção às urgências da região do Médio Paraíba, em que o foco central foi o componente SAMU, o modelo gerado será de fundamental importância para os gestores envolvidos. Os cuidados no desenvolvimento dos indicadores serão norteadores para a identificação de possíveis inconsistências de cada etapa avaliada. As informações trazidas pelas matrizes de monitoramento e de julgamento serão conclusivas para a análise das metas de cada indicador e da aferição do nível de implantação do serviço, ou seja, servirão aos anseios dos gestores, dos profissionais e dos usuários envolvidos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Célia. Médicos e assistência médica: Estado, mercado ou regulação? Uma falsa questão. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, out-dez, 1997.13(4): p 659-676.

ALMEIDA, Célia; TRAVASSOS Cláudia. Health sector reform in Brazil: a case study of inequity. *Int J Health Serv* 2000; 30(1):129-162.

ALVES, Cinthia K. A. et al.. Interpretação e Análise das Informações: O uso de Matrizes, Critérios, Indicadores e Padrões. In: AL., Isabella Samico et al. *Avaliação em Saúde: Base Conceituais e Operacionais*. Rio de Janeiro: Ed. Científica Ltda, 2010. Cap.12, p. 1-196.

BEZERRA, Luciana C.; CAZARIN, Gisele; ALVES, Cinthia K. A. Modelagem de Programas: Da Teoria à Operacionalização. In: AL., Isabella Samico et al. *Avaliação em Saúde: Base Conceituais e Operacionais*. Rio de Janeiro: Ed. Científica Ltda, 2010. Cap.12, p. 1-196.

BITTENCOURT, Roberto José; HORTALE, Virginia Alonso. A qualidade nos serviços de emergência de hospitais públicos e algumas considerações sobre a conjuntura recente no município do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2007. 12(4): p 929-934.

BRASIL. Ministério da Saúde, Datasus. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>>. Acesso em: 01 mar. 2012.

BRASILa, Ministério da Saúde. Portaria n.º 2026/GM em 24 de agosto de 2011. Brasília, DF.

BRASILb, Ministério da Saúde. Portaria n.º 1600/GM em 7 de julho de 2011. Brasília, DF.

BRASILc, Ministério da Saúde. Portaria n.º 4279/GM em 30 de dezembro de 2010. Brasília, DF.

BRASILd, Ministério da Saúde. Portaria n.º 1004/GM em 4 de maio de 2010. Brasília, DF.

BRASILE, Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva Diretoria de Programa . Núcleo Operacional do Projeto Qualisus-rede. Manual Operacional do Projeto de Investimento para a Qualificação do Sistema Único de Saúde. Brasília/DF, 2009. (Série C: Projetos, Programas e Relatórios).

BRASILf, Ministério da Saúde. Portaria n.º 1020/GM em 13 de maio de 2009. Brasília, DF.

BRASILg, Ministério da Saúde. Portaria n.º 2971/GM em 8 de dezembro de 2008. Brasília, DF.

BRASILh, Ministério da Saúde. Portaria n.º 2970/GM em 8 de dezembro de 2008. Brasília, DF.

BRASILi, Ministério da Saúde. Portaria n.º 2922/GM em 2 de dezembro de 2008. Brasília, DF.

BRASILj, Ministério da Saúde. Portaria n.º 1559/GM em 1 de agosto de 2008. Brasília, DF.

BRASILl, Ministério da Saúde. Portaria n.º 1996/GM em 20 de agosto de 2007. Brasília, DF.

BRASILm, Ministério da Saúde. Portaria n.º 3125/GM em 7 de dezembro de 2006. Brasília, DF.

BRASILn. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Regulação Médica de Urgência. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASILo, Ministério da Saúde. Portaria n.º 2657/GM em 16 de dezembro de 2004. Brasília, DF.

BRASILp, Ministério da Saúde. Portaria n.º 1864/GM em 29 de setembro de 2003. Brasília, DF.

BRASILq, Ministério da Saúde. Portaria n.º 1863/GM em 29 de setembro de 2003. Brasília, DF.

BRASILr, Ministério da Saúde. Portaria n.º 2048/GM em 5 de novembro de 2002. Brasília, DF.

BRASILs, Ministério da Saúde. Portaria n.º 1101/GM em 12 de junho de 2002. Brasília, DF.

BRASILt, Ministério da Saúde. Portaria n.º 373/GM em 27 de fevereiro de 2002. Brasília, DF.

BRASILu, Ministério do Planejamento/ Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. Andréia Rodrigues Dos Santos (Org.). Construção de Modelo Lógico. Disponível em: <http://3ccr.pgr.mpf.gov.br/banners/planejamento-estrategico-1/Apresentacao_ML_2010.pps>. Brasília, 18/03/2010.

BRASILv, Presidência da República, Casa Civil. Decreto n.º 7508 28 de junho de 2011. Brasília, DF.

DALLARI, Suelí Gandolfi; PITTELLI, Sérgio de Moraes; PIROTTA, Wilson R. B.; OLIVEIRA, Milca Lopes de Oliveira. Atendimento Médico de Urgência na Grande São Paulo. Saúde e Sociedade, 2001.10(2): p 75-99.

FERREIRA, Helder; CASSIOLATO, Martha; GONZALEZ, Roberto. COMO ELABORAR MODELO LÓGICO DE PROGRAMA: um roteiro básico. Brasília/DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2007

GRAFF, Louis et al. Measuring and Improving Quality in Emergency Medicine. Acad Emerg Med, November 2002. v. 9, nº. 11.

LIMA, Juliano de Carvalho. Agir Comunicativo e Coordenação em Sistemas de Serviços de Saúde: um estudo no serviço de atendimento móvel de urgência da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro. Outubro 2008. p 165. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 31/10/2008.

LIMONGI-FRANÇA, Ana Cristina. PRÁTICAS DE RECURSOS HUMANOS. Disponível em: http://www.fucape.br/downloads/fucape_palestra.pdf, Vitória, jul. 2008.

LOPES, S.L.B. Uma breve revisão do atendimento médico pré-hospitalar. Medicina, Ribeirão Preto, SP, out./dez. 1999. 32: p 381-387.

MCLAUGHLIN, J.A.; JORDAN, G. B. Handbook of Practical Program Evaluation: Using Logic Models. Third edition, San Francisco, Ca: Hb Printing, 2010. p 55

MENDES, Eugênio Vilaça. As Redes de Atenção à Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2010. 15(5):2297-2305.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, ago, 2008. 24(8):1877-1886.

NOÉ, Marcos. Matriz. Brasil Escola. Disponível em: <<http://www.brasilecola.com/matematica/matriz.htm>>. Acesso em: 26 fev. 2012.

O'DWYER, Gisele Oliveira; OLIVEIRA, Sergio Pacheco; SETA, Marismary Horsth. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2009. 14(5): p1881-1890.

O'DWYER, Gisele Oliveira; MATTA, Isabela Escórcio Augusto; PEPE, Vera Lucia Edais. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2008. 13(5):1637-1648.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo - organizadores. Razões Públicas para a Integralidade em Saúde: o cuidado como valor. 1ª edição. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007. p 404.

SANDERS, Arthur B. Quality in Emergency Medicine: An Introduction. Acad Emerg Med, November 2002. v. 9, nº. 11.

SANTOS, Fausto Pereira; MERHY, Emerson Elias. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro – uma revisão. Interface - Comunic., Saúde, Educ, jan/jun 2006. v.10, n.19, p.25-41.

SANTOS José Sebastião et al. Avaliação do modelo de organização da Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. abr./dez. 2003. 36: 498-515. Medicina, Ribeirão Preto.

SCRIVEN, Michael. Evaluation thesaurus. Fourth Edition Newbury Park, California: Sage Publications, 1991

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE E DEFESA CIVIL. Resolução SESDEC nº 239 de 12 de março de 2008. Rio de Janeiro, RJ.

TARSO, Paulo de. Rede assistencial: Grade regionalizada e hierarquizada. In: SEMINÁRIO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL ÀS URGÊNCIAS, CGUE/SAS/MS, 2003, Brasília/DF.

VIEIRA, Célia Maria Sales; MUSSI, Fernanda Carneiro. A implantação do Projeto de atendimento Móvel de Urgência em Salvador/BA: panorama e desafios. Relato de Experiência, Revista Escola Enfermagem, USP, 2008; 42(4):p 793-797.