

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

EVALUATION OF THE MODEL OF ORGANIZATION OF THE EMERGENCY UNIT OF THE UNIVERSITY HOSPITAL, FACULTY OF MEDICINE OF RIBEIRÃO PRETO, UNIVERSITY OF SÃO PAULO, BASED ON THE ADOPTION OF THE NATIONAL POLICY OF EMERGENCY CARE AND HUMANIZATION AS A REFERENCE

José Sebastião dos Santos¹; Sandro Scarpelini¹; Sérgio Luís L. Brasileiro²; Clarice Aparecida Ferraz³; Maria Eulália L. V. Dallora⁴ & Marcos Felipe Silva de Sá⁵

¹Docentes, ²Pós-Graduando do Departamento de Cirurgia e Anatomia. ³Médico Assistente do Departamento de Clínica Médica. ⁴Docente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP. ⁵Diretora da Assessoria Técnica do HCFMRP-USP. ⁶Docente do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP

CORRESPONDÊNCIA: Prof. Dr. José Sebastião dos Santos. Departamento de Cirurgia e Anatomia. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP. Av. Bandeirantes, 3.900 - CEP 14.048-900 - Ribeirão Preto - SP. E-mail jdsanto@fmrp.usp.br

SANTOS JS; SCARPELINI S; BRASILEIRO SLL; FERRAZ CA; DALLORA MELV & SÁ MFS. 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. **Medicina, Ribeirão Preto**, 36: 498-515, abr./dez. 2003.

RESUMO - As experiências inovadoras, direcionadas para as especificidades da atenção integral, da formação e da capacitação profissional na área das urgências, no Brasil, são recentes e vêm sofrendo influências dos modelos franco-germânico e anglo-americano. A incorporação do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e da Regulação Médica (RM) à rede assistencial, no País, iniciou-se a partir da cooperação franco-brasileira, em 1995. Em nosso meio, o SAMU foi implantado em 1996 e a RM de toda a demanda de urgência para os hospitais, no ano de 2000. A atenção inicial às urgências, no Brasil, tal como no modelo franco-germânico é multidisciplinar, mas a sistematização do conhecimento e a das práticas assistenciais das equipes de saúde para o suporte avançado à vida têm sido influenciadas pelos programas anglo-americanos, tais como o *Advanced Cardiac Life Support*, o *Advanced Trauma Life Support*, o *Pediatric Advanced Life Support* e o *Basic Life Support*, dentre outros.

Essas estratégias, adaptadas à realidade brasileira, têm contribuído para a transformação do velho modelo de organização da atenção às urgências, bem como proporcionado revisões dos conteúdos curriculares e da organização acadêmica. Os problemas da atenção às urgências, nos grandes centros urbanos, e algumas experiências com êxito, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), subsidiaram a formulação da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) e de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde. Ao Ministério da Educação, aos Centros Formadores, aos Conselhos de Classe e às Agências de Fomento à Pesquisa cabem, em sintonia com o SUS, a formulação dos padrões para a formação, o exercício profissional e a investigação na atenção às urgências.

A Unidade de Emergência do HCFMRP-USP (UE-HC), nos últimos anos, aplicando conceitos contemplados pela PNAU e pela PNH, participou da configuração de uma rede assistencial regional, hierarquizada de atenção às urgências, regulada e humanizada por meio da implantação da RM e do SAMU. Os serviços clínicos da UE-HC, vinculados aos Departamentos de Aplicação da FMRP-USP e apoiados pelo Centro de Estudos de Emergências ajudaram a redefinir a missão assistencial e educacional da unidade. A superlotação foi equacionada com a redução significativa do número de consultas e da taxa de ocupação, e, como era esperado, houve aumento da média de permanência, da complexidade dos casos atendidos e do custo médio das internações. Assim, a UE-HC tem se transformado num centro de referência para a assistência de elevada complexidade, assim como para a formação e capacitação de profissionais que lidam com as urgências. Neste cenário, estão surgindo as possibilidades para a reflexão crítica das práticas já instituídas, a sistematização das práticas e do conhecimento, a preparação para a produção de novos saberes e as bases para a criação de um departamento acadêmico e da especialidade de Urgências Médicas

UNITERMOS - Emergência. Urgência. SAMU. Regulação Médica. Educação Médica. SUS (BR).

INTRODUÇÃO

Em 1988, como marco da redemocratização do País, foi aprovada a nova Constituição Federal⁽¹⁾. Entre suas determinações, estabeleceram-se as bases para a edição da Lei 8080/90, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS). A lei foi popularizada como “Lei Orgânica da Saúde”, tendo sido, posteriormente, complementada pela Lei 8142/90^(2,3). O sistema de saúde hoje vigente é baseado nessa legislação e tem sido implementado por meio de normas operacionais e portarias ministeriais.

Na prática, a década de 90 constituiu o palco de disputa dos dois modelos: o “velho” e o SUS, sendo que o SUS, apesar da vitória da Constituição e da Lei, não conseguiu, ainda, chegar ao centro do palco, embora avance “pelas beiradas”⁽⁴⁾.

A Legislação do SUS, embora não tenha tratado, especificamente, da atenção às urgências, definiu as competências de cada esfera de governo, delegando aos gestores, federal, estadual e municipal, e aos respectivos Conselhos de Saúde a autonomia para a edição e aplicação de medidas, normas técnicas e estratégias visando a sua implantação e implementação, garantidas as diretrizes de universalidade e de igualdade de acesso e da integralidade de assistência^(2,3).

Embora houvesse condições legais para o enfrentamento dos problemas, não havia cenário para a discussão ampla da atenção às urgências. A década de 90 foi o período crítico de aprendizado para os gestores de saúde, visto que as práticas assistenciais e de formação profissional mantiveram a dicotomia entre o “preventivismo” e o “assistencialismo”^(5,6).

Os gestores de saúde de municípios de pequeno porte optaram, em sua maioria, pela criação de condições de locomoção de seus cidadãos até os municípios maiores, pouco direcionando sua política de saúde para a criação de unidades resolutivas no âmbito local. Assim, cuidavam, quase que exclusivamente, da atenção básica, buscando ações de atenção secundária ou terciária nos municípios de grande porte, onde se localizam os centros hospitalares de referência. Tais práticas culminaram na sobrecarga desses centros de referência, fato observado ainda hoje⁽⁶⁾.

A despeito da legislação do SUS preconizar a revisão do modelo de formação dos profissionais de saúde, as práticas curriculares dos alunos de Medicina continuaram centradas nos hospitais. Em avaliação da carga horária curricular, realizada em 14 faculdades públicas, observou-se que 86% dos estágios práti-

cos eram feitos em serviços pertencentes aos próprios hospitais universitários; 46% eram realizados em uma das quatro áreas básicas ou raízes e 40% em unidades especializadas. Portanto, apenas 14% do treinamento se passavam em espaços externos às faculdades, isto é, postos ou centros de saúde, hospitais-dia, equipes de saúde pública ou de internação domiciliar, dentre outros⁽⁵⁾. No período de 1985/96, o número de vagas em programas de residência médica, nas quatro especialidades básicas (Clínica Médica, Pediatria, Cirurgia Geral e Ginecologia e Obstetrícia), cresceu 45%, enquanto, nas áreas de Medicina Geral e Comunitária e Medicina Preventiva, houve decréscimo⁽⁷⁾. As Secretarias Estaduais são responsáveis pelo financiamento de 50% das bolsas de residência médica no País, mas não utilizam esse instrumento proativamente, como forma de indução das políticas públicas de saúde, limitando-se a atender às demandas das universidades⁽⁸⁾.

Nesse primeiro momento, com tal contexto assistencial e educacional, pouco foi realizado no sentido de sanar as dificuldades já vivenciadas na área da atenção às urgências, persistindo o modelo anterior, em que a população busca assistência, sem orientação, junto aos hospitais e pronto-atendimentos, às custas de enormes filas nas salas de urgência.

A atenção às urgências, ao longo da existência do SUS, continuou centrada nos hospitais⁽⁶⁾. O fluxo de usuários para os hospitais ainda é, em sua maioria, determinado pela procura espontânea, culminando com superlotação das salas de urgência e, conseqüentemente, com a percebida baixa qualidade da assistência prestada. Assim ainda é a realidade da maioria dos grandes centros urbanos, onde, segundo os usuários, o acesso aos recursos do SUS é difícil, as filas de espera para consultas, exames e cirurgias são longas e faltam vagas para internação, bem como pessoal capacitado⁽⁹⁾.

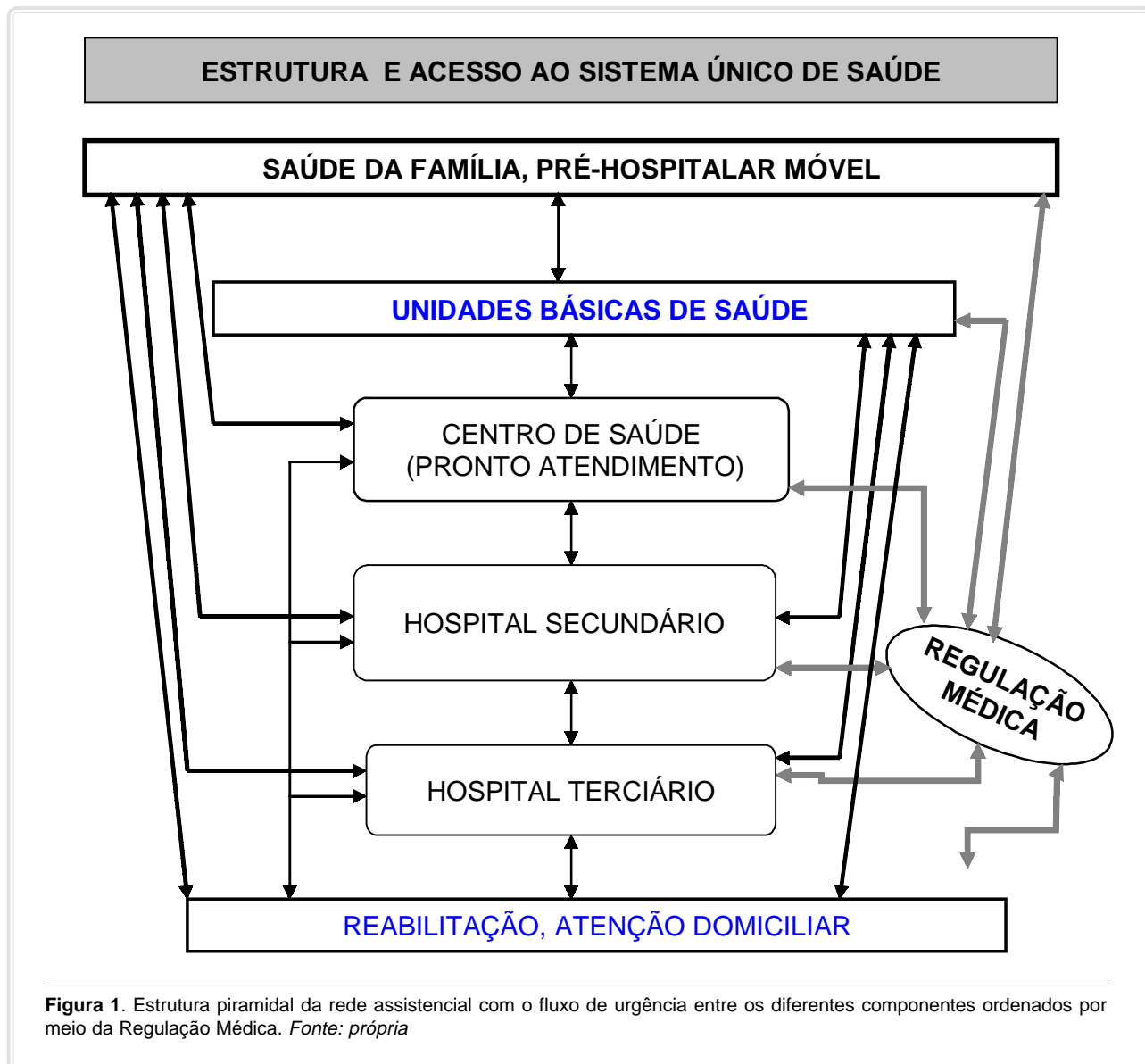
Uma vez que o SUS preconiza, dentro de suas premissas básicas, que as ações de saúde sejam descentralizadas, hierarquizadas e regionalizadas, a rede de atenção deve ser constituída de forma a agregar serviços de complexidade crescente, configurando, basicamente, três níveis de atenção: as unidades de atenção primária, que são ambulatoriais e devem ser providas com profissionais com formação geral e capacidade cognitiva para oferecer os cuidados básicos de promoção, manutenção e recuperação da saúde; as unidades de atenção secundária, que podem ser ambulatoriais e hospitalares, onde são prestados os

cuidados nas várias especialidades para as afecções de maior prevalência; e as unidades de atenção terciária, geralmente, constituídas pelos centros hospitalares, com suas unidades ambulatoriais, unidades de emergência e unidades de internação, sendo, nelas, aferidos cuidados de maior complexidade, muitas vezes sob o regime de internação hospitalar. Agregados a essa rede, existem os serviços de atenção domiciliar e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) com a Regulação Médica (RM)⁽¹⁰⁾.

Esta é a configuração habitual da rede de assistência à saúde, existente nos grandes centros urbanos (Figura 1). A estrutura é piramidal e representa a distribuição numérica dos componentes do SUS, onde a base representa os serviços ambulatoriais com ca-

pacidade para solucionar a maioria das necessidades de saúde da população, e o topo os serviços hospitalares. Todavia, deve ser enfatizado que o acesso à rede assistencial, na urgência, funciona de forma circular. Assim, na dependência da gravidade da situação, o paciente pode sair do domicílio, da via pública ou da unidade básica de saúde e ser encaminhado, diretamente, por meio do SAMU/RM, para o hospital terciário.

Por outro lado, nem todos os municípios brasileiros necessitam constituir uma rede capaz de prover todos os três níveis de assistência. Os municípios de pequeno porte devem prover a atenção básica e estabelecer pactos, por meio dos gestores de saúde, no âmbito dos conselhos de saúde, com municípios de



maior porte, para garantir a atenção à média e à elevada complexidade, formalizando-se, assim, uma rede regionalizada e hierarquizada. O planejamento dos serviços para as diferentes categorias de municípios, feito de acordo com as respectivas condições de gestão e com a divisão de responsabilidade definida pela NOAS-SUS01/02, deve integrar uma rede regional, de maneira a subsidiar os planos regionais e estaduais de atendimento às urgências e emergências⁽¹¹⁾.

O acesso dos usuários aos serviços do SUS deve ser feito, preferencialmente, a partir das unidades de atenção básica (Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família), sendo feita a referência para outros níveis, conforme a necessidade de recursos humanos e tecnológicos a serem aplicados para o diagnóstico e resolução da afecção apresentada⁽⁶⁾.

A regionalização e a hierarquização, por si só, não garantem a redução do afluxo desnecessário de usuários aos níveis de maior complexidade. É esperado que os usuários não só sejam acolhidos no nível primário, mas que, fundamentalmente, recebam atenção resolutiva. Ou seja, a resolubilidade das unidades básicas e secundárias de saúde é condição fundamental para evitar a maioria dos encaminhamentos desnecessários aos centros de complexidade terciária e, particularmente, aos hospitais de maior porte, permitindo que seus leitos sejam ocupados por usuários que realmente deles necessitem⁽⁶⁾.

Alguns centros urbanos de médio e de grande porte têm optado, em sintonia com as Políticas Nacionais de Atenção às Urgências (PNAU) e de Humanização (PNH)^(10,12), pela organização de uma rede de assistência às urgências, a partir da atenção básica. As unidades básicas e de saúde da família, nos seus horários de funcionamento, devem estar preparadas para resolverem as pequenas urgências e as agudizações dos casos crônicos de sua clientela adscrita. Para os contingentes populacionais entre 30 mil e 250 mil habitantes, estão previstas unidades não hospitalares de atenção às urgências, com portes distintos, em função da população de abrangência, habitualmente denominadas de unidades de pronto-atendimento (PA). Os PAs devem funcionar nas 24 h, acolher a demanda, fazer a triagem classificatória do risco, resolver os casos de média complexidade, estabilizar os casos graves e fazer a interface entre a atenção básica e as unidades hospitalares. Dentre as atribuições dos PAs, estão a garantia de retaguarda às unidades de atenção básica, a redução da sobrecarga dos hospitais de maior complexidade e a estabilização dos pacientes críticos para as unidades de atendimento pré hospitalar móvel⁽¹⁰⁾.

Para tanto, as Unidades não Hospitalares de Atenção às Urgências (PAs) devem ter dimensão arquitetônica, tecnológica e de recursos humanos compatível com o seu papel na rede assistencial. Os PAs constituem, portanto, importante porta de entrada dos usuários ao sistema de saúde, podendo resolver o caso, ou averiguada a necessidade, encaminhar para internação hospitalar por meio do SAMU e da RM, ou, ainda, redirecionar para a atenção básica⁽¹⁰⁾.

A superlotação de usuários nos PAS e nas Portas Hospitalares de Urgência é um fenômeno bem conhecido dos gerentes, dos gestores e dos profissionais de saúde, bem como dos usuários e da população. Nos últimos anos, esse cenário tem sido amplamente divulgado e explorado pela mídia e pelos políticos, com mobilização dos conselhos de classe e da Justiça na mediação de conflitos e confrontos entre a população e os profissionais de saúde. A superlotação das salas de espera e dos corredores das salas de urgência, associada às elevadas taxas de ocupação dos leitos de observação, nos diferentes componentes assistenciais do Sistema Único de Saúde (SUS), traz, como consequência, a flexibilização nos padrões do cuidado e da ética dos profissionais de saúde, que atuam na urgência. Dentre os fatores determinantes da superlotação das portas hospitalares de atenção às urgências, destacam-se^(6,13,14):

- as diferentes concepções que os usuários, a população e os profissionais de saúde têm para definir a urgência;
- a baixa resolutividade da atenção primária e dos PAs;
- a falta de ordenação do acesso dos usuários aos serviços da rede assistencial e, em particular, àquelas que atendem às urgências;
- a inadequação arquitetônica e tecnológica dos PAS, dos Hospitais de Urgência e, em particular, das Portas Hospitalares de Urgência;
- a falta de apoio dos serviços do hospital, para investigação e internação dos casos atendidos na Porta Hospitalar de Urgência;
- as limitações de perfil e de capacitação dos profissionais que atuam na urgência, para lidar com as dimensões biomédica, social e subjetiva das urgências;
- a lógica do financiamento do sistema, ainda centrado em pagamento por procedimentos realizados;
- o esgotamento dos modelos de gestão administrativa e clínica, para processamento das distintas racionalidades que perpassam pelos serviços de urgência;
- a falta de sistematização, nos Hospitais universitários dos processos de ensino, assistência e pesquisa na área da urgência;

- a insuficiência dos serviços de retaguarda pós-hospitalar: atenção domiciliar e reabilitação.

A desorganização identificada pelos gestores, administradores hospitalares e diretores clínicos e, particularmente, pela própria comunidade, na atenção às urgências, tem motivado a adoção de estratégias educacionais e assistenciais, influenciadas, respectivamente, pelos modelos anglo-americanos e franco-germânicos⁽¹⁵⁾, bem como a elaboração de políticas públicas com objetivo de difundir conceitos, diretrizes e práticas com êxitos na área da atenção às urgências^(10,12).

A introdução do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e da RM à rede assistencial, no Brasil, iniciou-se a partir da cooperação franco-brasileira, em 1995⁽¹⁵⁾. Em nosso meio, o SAMU foi implantado em 1996⁽¹⁶⁾ e a RM de toda a demanda hospitalar de urgência, no ano 2000⁽⁶⁾. A atenção inicial às urgências, tal como no modelo franco-germânico, no nosso País, é multidisciplinar, mas a sistematização do conhecimento e a das práticas assistenciais das equipes de saúde para o suporte avançado à vida têm sido baseadas nos programas anglo-americanos, que, dentre outros, têm o *Advanced Cardiac Life Support (ACLS)*, o *Advanced Trauma Life Support (ATLS)*, o *Pediatric Advanced Life Support (PALS)*, o *Basic Life Support (BLS)* e a especialidade de emergências médicas.

A atenção às urgências passa a ser, inicialmente, regulamentada pelo Ministério da Saúde (MS), a partir de 1999⁽¹⁷⁾. Considerando, então, a necessidade de ordenar o acesso ao atendimento às urgências com garantia de acolhimento, primeira atenção qualificada e resolutiva para os casos de baixa e de média complexidade, estabilização quando necessária, e referência adequada dos pacientes graves dentro do SUS, por meio de acionamento e intervenção das centrais de RM, o MS, em 2002, instituiu o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência⁽¹⁸⁾.

Assim, foram estabelecidos os princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, as normas e critérios de funcionamento, a classificação e os critérios para a habilitação de serviços que devem participar dos Planos Estaduais de Atendimento às Urgências e Emergências, a saber: Regulação Médica de Urgência e Emergência, Atendimento Pré-Hospitalar Fixo, Atendimento Pré-Hospitalar Móvel, Atendimento Hospitalar, Transporte Inter-Hospitalar e, ainda, a criação de Núcleos de Educação em Urgência, com a proposição de grades curriculares para capacitação de recursos humanos da área⁽¹⁸⁾.

O Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência preconiza que os serviços sejam providos de acolhimento com triagem classificatória de risco e atendimento subsequente, se for o caso. Nas situações de demanda inadequada ou após o atendimento da urgência, preconiza-se o redirecionamento para a devida inserção no SUS ou para o prosseguimento ao tratamento⁽¹⁸⁾.

O trabalho integrado pode ser facilitado por meio do enlace das ações das centrais médicas de regulação do fluxo das urgências com outras centrais de regulação: de leitos hospitalares, procedimentos de alta complexidade, exames complementares, internações e atendimentos domiciliares, consultas especializadas, consultas na rede básica de saúde, assistência social, transporte sanitário não urgente, informações e outros serviços e instituições como, por exemplo, as polícias militares e a defesa civil⁽¹⁸⁾.

A RM de urgência ganha a possibilidade de se transformar no elemento ordenador e orientador da atenção integral às urgências, sobretudo no acesso aos hospitais. O serviço de RM passa a representar uma porta de comunicação aberta ao público, através da qual os pedidos de socorro são recebidos, avaliados e estratificados, de acordo com a gravidade. Os usuários podem ser orientados pelo médico regulador, ou, se houver necessidade de atendimento, o mesmo despacha o atendimento móvel básico ou avançado, e determina, mediante correlação de necessidade do caso e disponibilidade assistencial dos serviços, a unidade assistencial fixa para o prosseguimento do cuidado, que pode ser ambulatorial ou hospitalar. Assim, abrem-se perspectivas para a estruturação da relação entre os vários serviços e a qualificação dos fluxos dos pacientes, na rede de atenção às urgências. Sob essa ótica, o SUS ganha um observatório permanente de saúde, que tem a possibilidade de identificar os determinantes e a natureza dos problemas, bem como replanejar, de forma dinâmica a assistência às urgências e à saúde⁽⁶⁾.

Em que pese os avanços recentes, em termos normativos, a atenção às urgências ainda reúne muitas das fragilidades encontradas no SUS. A descentralização da assistência é insuficiente e a configuração de redes habilitadas, hierarquizadas e articuladas, bem como a ordenação do fluxo, ainda são incipientes. A estruturação das grades de referências ainda sofre influências das concepções políticas e culturais, e a inclusão de recursos de acolhimento e humanização são iniciativas ainda isoladas. Todavia, a implantação de redes regionalizadas e hierarquizadas de atendimen-

to, além de permitir uma melhor organização da assistência, articular os serviços, definir fluxos e referências resolutivas, é elemento indispensável para que se promova a universalidade do acesso, a equidade na alocação de recursos e a integralidade na atenção prestada. Há comprovação de que a ordenação do acesso à rede assistencial de urgência por meio da regulação médica, pode transformar o cenário dos hospitais de referência em urgência e induzir a reorganização, com o aumento da resolutividade e da qualidade dos serviços⁽⁶⁾.

O estabelecimento de contrato externo para cada unidade de serviço deve seguir a definição de responsabilidades sanitárias, gerando um compromisso em torno de objetivos, metas e estados de saúde da população. O Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência preconiza que a atenção integral às urgências se dê em todos os componentes da rede assistencial do SUS, ou seja, com a participação das unidades pré-hospitalares (fixa e móvel), das unidades hospitalares e das unidades pós-hospitalares. No componente pré-hospitalar fixo, estão as unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família que, segundo regulamento técnico, devem ser responsabilizadas pelo acolhimento dos pacientes com quadros agudos ou crônicos agudizados, de sua área de cobertura ou adscrição de clientela, cuja complexidade seja compatível com esse nível de assistência⁽¹⁸⁾.

A rede pré-hospitalar móvel é formada pelo SAMU, que pode ser acionado pelo número 192, com a atribuição de socorrer precocemente as vítimas, após ter ocorrido um agravo à saúde, de natureza clínica, cirúrgica, traumática e, inclusive, psiquiátrica. Esses serviços prestam atendimento e/ou transporte adequado para um estabelecimento de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS, mediante ordenação de uma central médica de regulação de urgências⁽¹⁸⁾.

Com tal perspectiva, os enlacs operacional e gerencial dos componentes da rede assistencial, que oferecem retaguarda às urgências estão sendo aperfeiçoados. Assim, os recursos assistenciais pré-hospitalares fixos (unidades básicas de saúde, e os programas de saúde da família, os ambulatórios especializados, os serviços de diagnóstico e terapias, as unidades não hospitalares de atendimentos às urgências, as unidades pré-hospitalares móveis, os serviços de regulação médica, assim como a rede hospitalar e pós-hospitalar) têm sofrido ajustes estruturais e operacionais, e têm disponibilizado, em tempo real, seus recursos, fortalecendo os meios de comunicação e capacitando seus profissionais, para desenvolver o

conceito de rede qualificada de atenção e apoio às urgências⁽⁶⁾.

Um passo importante rumo à qualificação de atenção às urgências, pode ser dado mediante adequação da estrutura assistencial e sua disponibilização para a RM/SAMU-192. A comunicação entre os serviços pode ser feita por meio de instrumentos, tais como ficha de referência e contra-referência, telefone, rádio e fax, dentre outros. É um processo de fundamental importância para que cada serviço se reconheça como parte integrante do sistema, acolhendo e atendendo, adequadamente, a parcela da demanda que lhe cabe, e se responsabilizando pelo redirecionamento da clientela remanescente^(6,10).

A UNIDADE DE EMERGÊNCIA: DA CRIAÇÃO À ORGANIZAÇÃO DE UM MODELO ASSISTENCIAL

As dependências da Unidade de Emergência foram concebidas pela Fundação Sinhá Junqueira, para servir de Maternidade, mas, mediante convênio assinado entre a Universidade de São Paulo e a fundação, em abril de 1953, o prédio de quatro andares e capacidade para 150 leitos foi entregue, em regime de comodato, ao Estado de São Paulo, para que ali fosse instalado o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP). Com a inauguração da Unidade Hospitalar do *Campus*, em fevereiro de 1979, a primeira sede do Hospital das Clínicas dá lugar à Unidade de Emergência (UE-HC) que foi oficialmente inaugurada no mês de abril de 1982. Na década de 80, o HCFMRP-USP, em função da crise social, política e econômica do País, enfrenta dificuldades e, após muitas discussões, em fevereiro de 1989, passa a integrar, oficialmente, o Sistema Único de Saúde⁽⁶⁾.

A partir de 1993, com a proliferação dos casos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), o hospital entra em sua fase mais crítica. A demanda ultrapassa os limites da capacidade instalada, causando problemas de superlotação. A taxa de ocupação, na UE-HC ultrapassa 120%. Pacientes encaminhados de outros hospitais da Região e até de outros Estados, e mais os da própria cidade, espremiam-se nas enfermarias, ambulatórios e corredores do Hospital⁽¹⁹⁾.

A falta de recursos humanos e infra-estrutura fizeram cair a qualidade do atendimento. Os médicos trabalhavam num clima de insegurança e, muitas ve-

zes, sob pressão. Em diversas ocasiões, o corpo clínico do hospital se deparou-se com o dilema ético, o de escolher qual seria o paciente a ser atendido primeiro e qual deles poderia suportar um pouco mais a dor. A direção do hospital teve que tomar medidas drásticas, para tentar diminuir o fluxo de pacientes. Em diversas situações, mandou de volta os doentes que não apresentavam um quadro clínico de maior gravidade e até chegou a denunciar profissionais ao Conselho Regional de Medicina por encaminhamento indevido de pacientes⁽⁶⁾.

As dificuldades encontradas nesse período não foram superadas gradativamente. Com a implantação da Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecciosas, os pacientes com SIDA passaram a ter seguimento e atendimento na nova área do HC do *Campus*. Outra medida, para tentar diminuir o número de pacientes internados na UE-HC, foi o processo de desenvolvimento das centrais de controle de vagas. As primeiras unidades a operar com o programa de distribuição de casos foram a Psiquiatria e a Obstetrícia, no ano de 1991⁽²⁰⁾.

No período, foi criada a Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência (FAEPA), com a finalidade de obter receita adicional e administrar os recursos arrecadados pelo hospital. A FAEPA foi instituída, oficialmente, em agosto de 1988. Os recursos gerados pelo hospital e administrados pela FAEPA permitiam investimentos em pessoal, na manutenção básica do hospital, no aprimoramento da estrutura física e na atualização de equipamentos hospitalares para diagnóstico e terapêutica. No início da década de 90, as condições de trabalho, existentes na UE-HC comprometiam a qualidade do atendimento, assim como tornavam os servidores vulneráveis e desmotivados. Havia deterioração do prédio e sucateamento de seus equipamentos⁽⁶⁾.

A UE-HC era vítima do velho modelo de atenção à saúde, com assistência centrada nos serviços hospitalares seletivos e especializados, bem como da falta de organização do SUS, recém-criado e com carência de recursos. As dificuldades que o hospital e a atenção básica sempre tiveram para aceitar e lidar com a porta hospitalar de urgência e o pronto-atendimento, respectivamente, são bem conhecidas. Os espaços, habitualmente, são limitados, do ponto de vista físico, e mal gerenciados. A nossa vivência profissional permite afirmar que, dos profissionais que atuam na urgência, a minoria tem perfil adequado; os demais estão em início de carreira ou são trabalhadores com problemas na instituição empregadora, enquanto os

equipamentos são, em geral, de segunda mão. A percepção que se tem é que, se a atenção básica pudesse, livrar-se-ia dos PAs e o hospital, das suas portas hospitalares de urgência.

Nesse cenário, foi necessário redefinir o papel da UE-HC, tendo em vista sua importância para a Região, bem como, por ela se constituir a linha de frente na interface entre a Faculdade de Medicina, através do seu Hospital das Clínicas, e a comunidade. A exposição negativa era tão forte que colocava em risco o próprio prestígio do Hospital e da Universidade, a ponto de suscitar, internamente, discussões sobre a conveniência da permanência dos departamentos da FMRP-USP na UE-HC.

Com a implantação do Projeto Reforsus, em 1996, pelo Governo Federal, a UE-HC recebeu os investimentos necessários para a readequação arquitetônica e tecnológica. O projeto de restauração física foi feito em sintonia com as políticas públicas de saúde. Entre 1996 e 2002, a UE é contemplada com R\$ 9.492.646,00 pelo Projeto Reforsus, com contrapartida de 18,3% desse total pelo Estado de São Paulo. A FAEPA participou com R\$ 7.601.016,00 em obras e equipamentos. A UE-HC é restaurada e, então, aproveita a oportunidade para modificar o seu modelo de gestão e de assistência.

A interdependência administrativa da UE-HC em relação à Unidade Hospitalar do *Campus* foi minimizada, com a descentralização da estrutura administrativa, mediante a implantação da gestão compartilhada, centrada no planejamento colegiado, com representação multiprofissional.

A implantação da RM, no ano de 2000, permitiu, paulatinamente, a organização do fluxo de pacientes, com redução progressiva das taxas de ocupação de leitos em níveis eticamente aceitáveis. Restringiram-se as consultas aos casos com real necessidade, o que se traduziu em melhoria sensível na qualidade do atendimento.

Grande ênfase foi dada aos aspectos da humanização do atendimento, a começar pelo acolhimento dos pacientes supervisionado, diuturnamente, pelas assistentes sociais e pelos médicos reguladores. As visitas de familiares passaram a ser diárias e ao longo do dia, com ampliação da permissão para acompanhantes.

Aos poucos, com base nos diagnósticos feitos, internamente, pelos colegiados de gestão e, externamente, pela RM, a organização arquitetônica e tecnológica da UE-HC foi se adaptando às novas necessidades. De 15 leitos existentes para pacientes crí-

ticos, em 1999, passou-se para 34 no ano de 2000, o que representa um incremento de mais de 100%.

Face às necessidades epidemiológicas, houve redefinição de ocupação das áreas, com adequação física para implantação de 10 leitos para cuidados semi-intensivos, destinados a pacientes com afecções clínicas, neurológicas e cirúrgicas. Finalmente, atendendo às necessidades de acomodar os pacientes com afecções infecto-contagiosas, foram destinados 10 leitos de isolamento para os doentes clínicos, neurológicos e cirúrgicos.

Foi criado o Centro de Estudos em Emergências e foram reformados os três anfiteatros da UE, com os objetivos de: apoiar as atividades do ensino, estimular o desenvolvimento da especialização em urgências médicas; e alavancar os projetos de pesquisa na área.

A REFORMA ADMINISTRATIVA

A reforma administrativa transferiu valores da gerência científica, principalmente, no que se refere à verticalização da estrutura organizacional, para uma perspectiva de gestão colegiada, sustentada no intercâmbio de idéias múltiplas, com inclusão das diferentes racionalidades de quem executa os processos^(6,14).

Essa postura administrativa requereu a construção de uma topografia organizacional mais horizontalizada e com novas formas de relações institucionais. Assim, a UE-HC foi segmentada em treze Unidades Funcionais, que dispõem de serviços claramente definidos e diretrizes básicas de funcionamento.

Cada Unidade Funcional possui uma equipe de gestão, que reúne todos os profissionais que prestam serviços naquela área de trabalho, os quais, em conjunto, gozam de autonomia no que tange à apreciação e redefinição do modelo técnico, gerencial e assistencial. Portanto, todos podem e devem participar da formulação das diretrizes e do planejamento do processo de trabalho, recriando os modos da atuação profissional e da organização da prestação de serviços, revitalizando os padrões de responsabilidade para com a assistência aos usuários.

Da equipe de gestão emana a escolha de um grupo gestor, composto por representantes de cada categoria profissional, escolhidos entre os pares, com mandato de dois anos. Ao grupo compete a gestão administrativa e assistencial da Unidade Funcional, com medidas necessárias à implementação dos planos de atuação delineados em consonância com as políticas geradas pela Coordenação do Hospital.

Para melhor funcionalidade, cada Grupo Gestor elege um gestor, que tem o papel de articular a equipe de gestão, e monitorar a execução dos planos delineados para a Unidade Funcional.

O Conselho de Gestores congrega os eleitos, a fim de processar as demandas que envolvem a interface e interdependência das diferentes Unidades Funcionais, fortalecendo a idéia de rede institucional.

Essa estrutura organizacional, alocada nos espaços de produção de serviços, conta com o apoio de uma equipe de supervisores e responsáveis técnicos para cada categoria profissional. No âmbito particular de cada categoria profissional, cada supervisor ou responsável técnico desempenha o papel de apoiador, instrumentalizando as práticas de atenção hospitalar e abastecendo suas equipes com orientações e ações de regulação do exercício profissional.

Nessa estrutura organizacional, o Coordenador está apoiado pela Equipe de Planejamento e pelo Conselho Multiprofissional e Multidisciplinar. (Figura 2). Os colegiados, mediante análise da conjuntura interna e externa das políticas de saúde e de formação de profissionais para o setor, auxiliam na elaboração e na implementação de diretrizes gerais de atenção hospitalar às urgências articuladas com a rede de serviços do SUS.

Em síntese, a Gestão Colegiada abriu espaço para as distintas racionalidades, incluindo as dimensões afetivas e os mecanismos de identificação e participação do conjunto de profissionais, os quais acabam por modular as ações técnicas pertinentes ao modelo assistencial. É imprescindível que os profissionais superem a barreira da rigidez administrativa e reformulem sua prática, revendo o processo de trabalho, reavaliando instrumentos de administração historicamente utilizados, superando preconceitos em busca de alternativas, enfim, redefinindo seu papel em estreita sintonia com a missão e os projetos institucionais⁽²¹⁾.

As organizações de saúde têm grande dependência dos profissionais médicos e enfermeiros, para a execução de suas atividades finalísticas. As decisões, em grande parte, dependem de julgamento profissional. O poder, nessas organizações, advém, essencialmente, dessas categorias, sendo conseqüência da perícia e não da hierarquia. Em tal contexto, o papel dos gerentes é mais limitado para coordenar ou normalizar o trabalho profissional. Essa constatação destaca o desafio de integração da dupla estrutura, profissional e administrativa, no sentido do compromisso com os objetivos organizacionais⁽²²⁾.

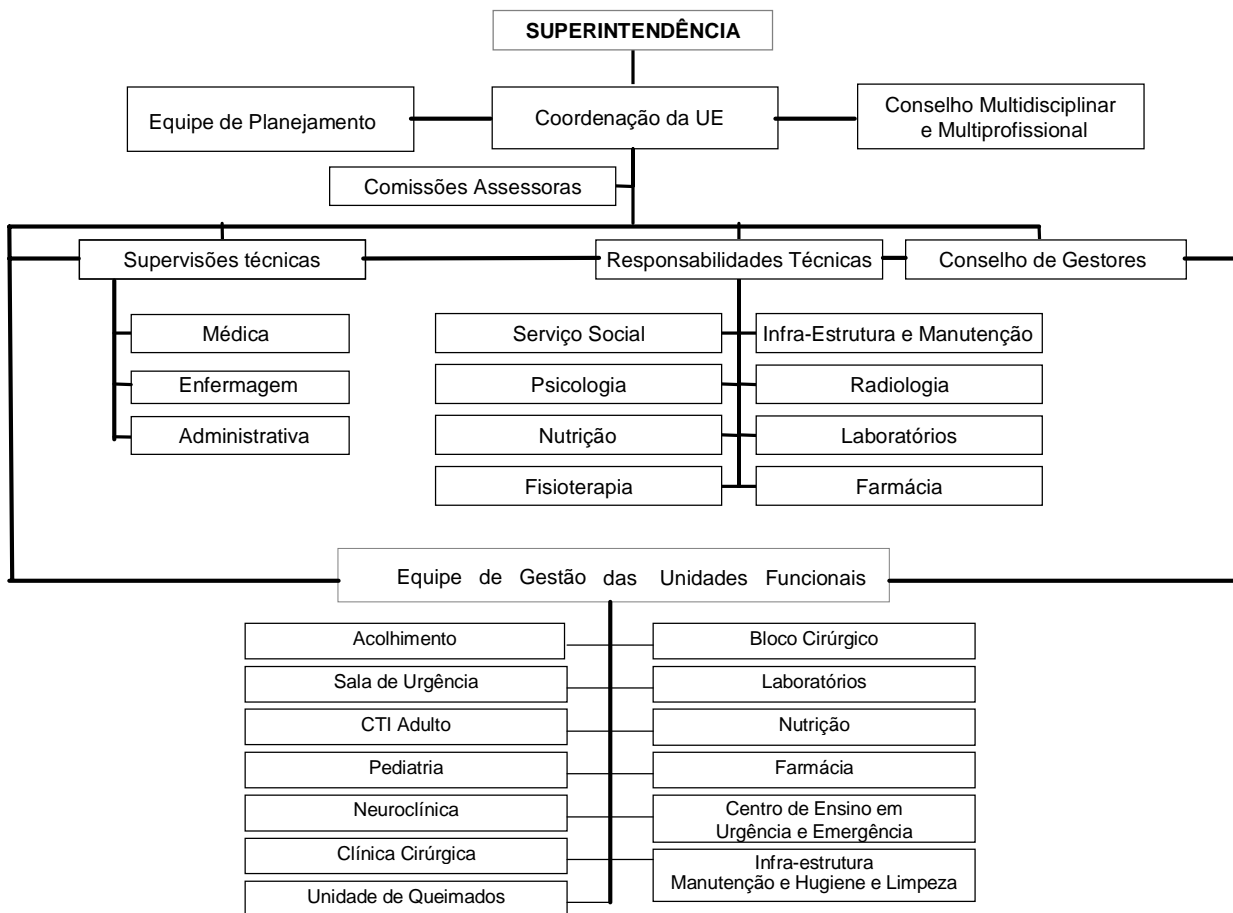


Figura 2 - Organograma Administrativo da UE-HC

A ORDENAÇÃO DO ACESSO À REDE ASSISTENCIAL DE URGÊNCIA PELO SAMU/ REGULIZAÇÃO MÉDICA E O IMPACTO NOS INDICADORES ASSISTENCIAIS E NAS PRÁTICAS DA UNIDADE DE EMERGÊNCIA

A ordenação do fluxo de pacientes para os serviços hospitalares de referência, por meio de ações do atendimento pré-hospitalar e da Regulação Médica (RM) foi planejada no segundo semestre de 1999 mediante ajustes entre a UE-HC, a Direção Regional de Saúde XVIII e a Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto. Preliminarmente, foram mapeados os recursos assistenciais, para atenção à urgência da Região. Com a definição das respectivas capacidades resolutivas, elaborou-se uma grade de referência e estabeleceu-se a forma de acesso aos serviços. Na época, ficou ajustado entre os gestores, os prestadores e a população que as Unidades Básicas e os Centros de Saúde, por meio dos PAs, passariam a ser a porta preferencial de entrada para a atenção às urgências. A RM foi estruturada com

os recursos já existentes e assumiu a função de ordenar o fluxo de pacientes para a rede de serviços e garantir o acesso. A UE-HC passou a disponibilizar os números de *bip* dos médicos responsáveis pelos serviços assistenciais e informar, três vezes ao dia, toda a sua capacidade assistencial, ocupada e livre. A sistemática de acesso aos serviços de urgência foi amplamente divulgada entre os profissionais de saúde e a população, por meio de todas as formas de mídia.

A UE-HC assumiu, perante o SUS, a referência para os cuidados aos casos mais complexos da Região, que abrange cerca de 4 milhões de pessoas. Vale lembrar que, naquela época, na Sala de Atendimento da UE-HC, trabalhava-se com sobrecarga flagrante na avaliação de pacientes encaminhados de forma inadequada ou na daqueles que procuravam espontaneamente o atendimento.

No plano operacional, a Secretaria de Estado da Saúde, a Secretaria Municipal da Saúde, o SAMU, o Corpo de Bombeiros e o HCFMRP-USP fundiram seus recursos e técnicas, para compor as práticas da RM.

Com vistas ao fortalecimento político e técnico do processo, as Universidades, a Polícia Militar, os Conselhos Regional de Medicina e Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, o Centro de Medicina Legal, os Hospitais Filantrópicos e as Concessionárias de Autovias foram convidados a participar do processo de Gestão da RM/SAMU por meio de um Comitê Gestor. Em janeiro do ano 2000, os médicos reguladores e os auxiliares de comunicação passaram a operar junto à RM, via telefone, fax e rádio, recebendo, diuturnamente, chamados de domicílios, dos logradouros públicos, dos estabelecimentos de saúde e do atendimento pré-hospitalar. A RM, mediante avaliação da gravidade e da disponibilidade de recursos, passou a organizar o fluxo para os hospitais.

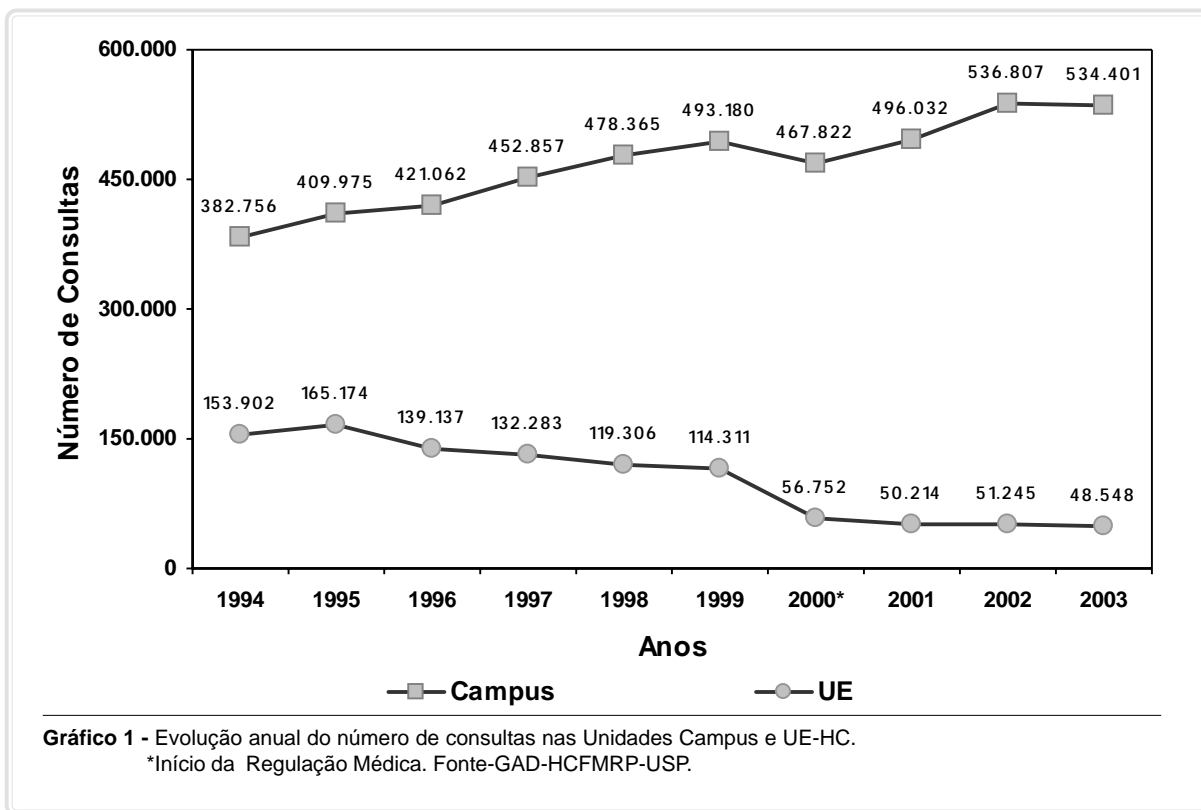
A equipe técnica da RM começou a racionalizar a utilização dos recursos hospitalares, preservando os espaços aptos a atender a alta complexidade, garantindo o atendimento imediato às situações que colocam a vida em perigo iminente. Assim, pacientes que não demandam investigação e procedimentos especializados, em geral, deixaram de ser encaminhados à UE-HC

A redução do número de encaminhamentos para

a UE-HC foi significativa, e de aproximadamente de 50% quando se cotejam os dados do ano de 1999 com os observados nos anos subsequentes (Gráfico 1). O maior impacto das ações da RM ocorreu com o fluxo de adultos. A redução do fluxo de crianças para a UE já estava ocorrendo progressivamente, em função das políticas de proteção à criança e da formação mais qualificada do pediatras para o cuidado integral às crianças em todos os níveis de atenção.

A avaliação do percentual de casos internados, dentre os consultados, revela que a UE-HC, antes da RM, abrigava um grande PA; a média percentual de casos internados era de 12,4% e, depois do início das atividades de RM, atingiu 24,9%, em 2003 (Gráfico 2).

A percentagem de ocupação de leitos na UE-HC, antes das ações da RM, eram inaceitáveis: em 1999, atingiu 113%. Havia pacientes mal acolhidos, em macas e cadeiras de rodas nos corredores do hospital. No ano 2000, após o início das atividades da RM, houve redução do número de internações (Gráfico 3) e a taxa de ocupação reduziu-se significativamente; em média, foi de 97,1%, em 2001, e variou de 88,4% a 94,3% nos anos subsequentes (Gráfico 4).



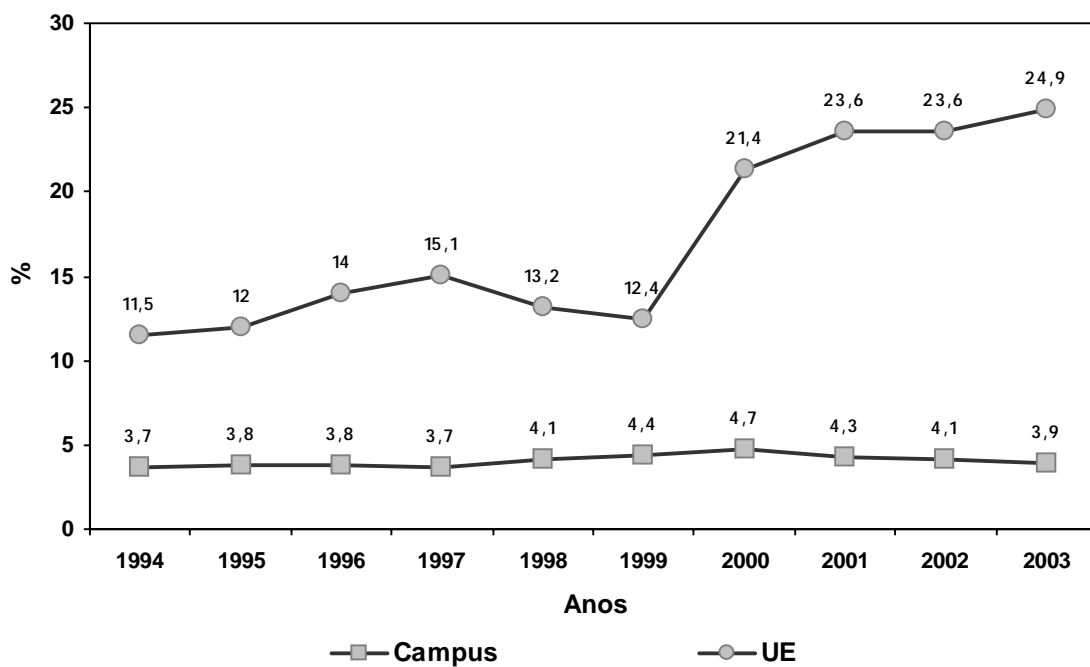


Gráfico 2 - Evolução anual do percentual de internação das consultas realizadas nas Unidades *Campus* e UE-HC. *Início da Regulação Médica. Fonte-GAD-HCFMRP-USP.

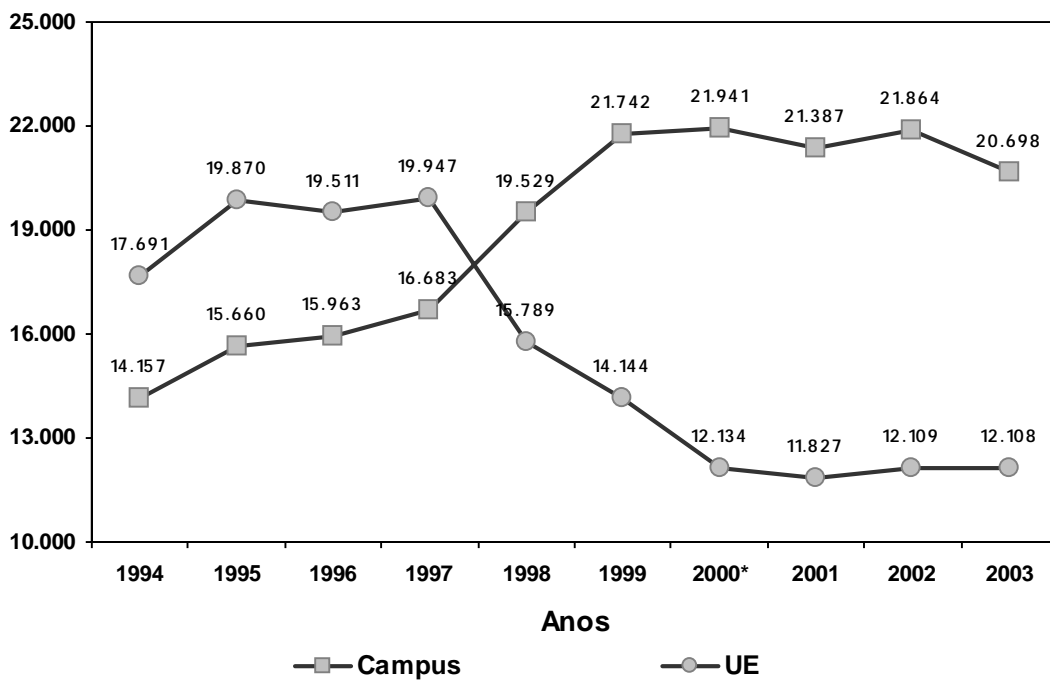


Gráfico 3 - Evolução anual do número de pacientes internados nas Unidades *Campus* e UE-HC. * Início da Regulação Médica. Fonte-GAD-HCFMRP-USP

Todavia, as áreas de Clínica Médica e Ortopedia ainda trabalham com taxas superiores a 100% de ocupação (Gráfico 5), o que indica, para os gestores da saúde, para os dirigentes dos centros formadores e administradores hospitalares, que a atenção ao idoso e à violência no trânsito precisam ser equacionadas. Ainda merece avaliação crítica a relação entre o HC-Campus e a UE-HC. Como a taxa média de ocupação do HC-Campus é estável, e gira em torno de 70%, há possibilidade de maior cooperação dessa Unidade com a UE-HC, por meio da absorção de casos eventuais de urgência atendidos nos seus ambulatórios eletivos.

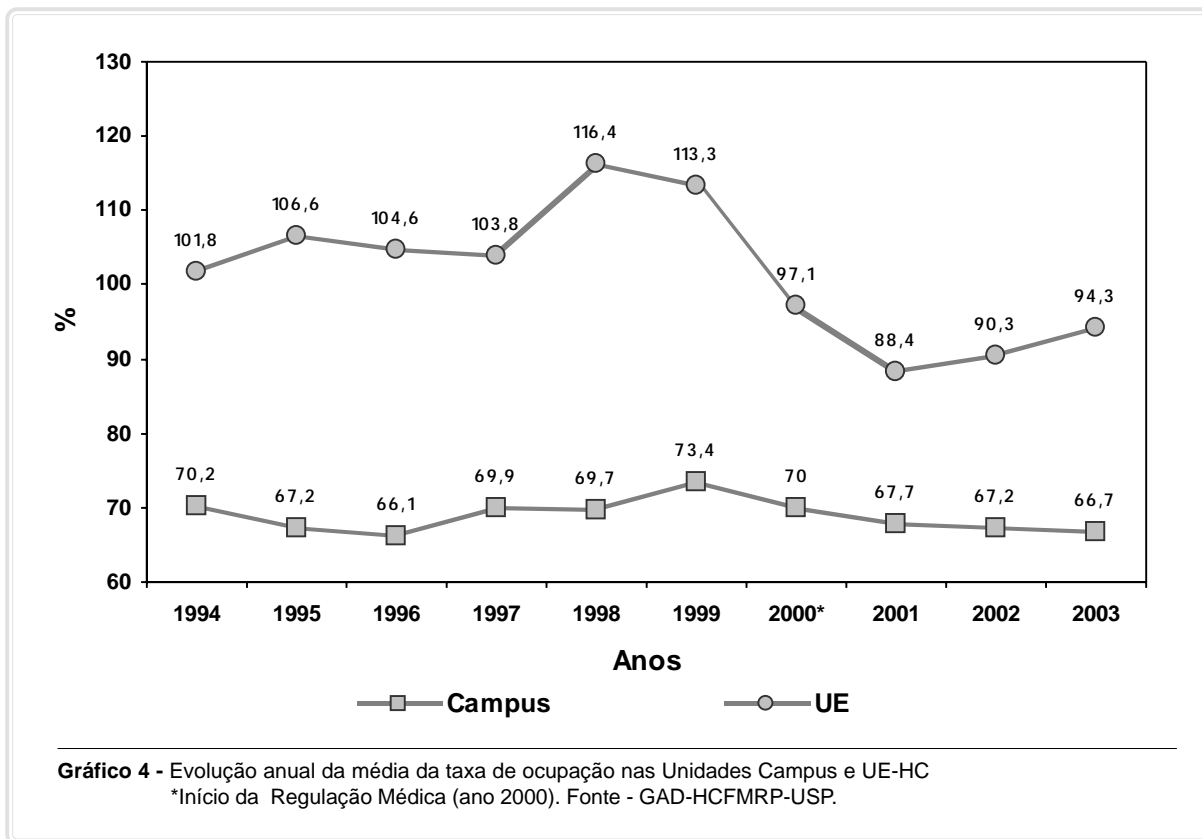
A média da permanência hospitalar, após a RM, aumentou, o que era esperado em função do encaminhamento dos casos mais graves para os serviços de referência de elevada complexidade (Gráfico 6). Assim, outras estratégias de assistência à saúde (programa de saúde da família, assistência domiciliar, internação domiciliar, unidades de retaguarda e reabilitação), que podem reduzir a permanência hospitalar e qualificar o processo assistencial, precisam ser implementadas ou fortalecidas.

A UE-HC deixou de receber os casos de baixa complexidade, e estudos feitos em nosso meio, ainda não publicados, indicam que os pacientes internados, sobretudo no serviço de Clínica Médica apresentam escore de gravidade APACHE II - Acute Physiology and Chronic Health Evaluation⁽²³⁾ mais elevado. Assim, há subsídio para justificar o impulso no aumento do custo médio das internações, o que já vinha ocorrendo (Gráfico 7).

O coeficiente de mortalidade (Gráfico 8), que estava aumentando a partir de 1997, chegou a 6,5% em 2000 e reduziu-se discretamente, atingindo 5,6% em 2003. A inflexão final coincidiu com o início das atividades da RM, e a discreta redução, com os ajustes de práticas, realizados no âmbito da unidade, bem como a ampliação significativa de leitos para pacientes críticos.

PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO

A UE vem implantando um programa de humanização, que se desenvolveu conjuntamente com



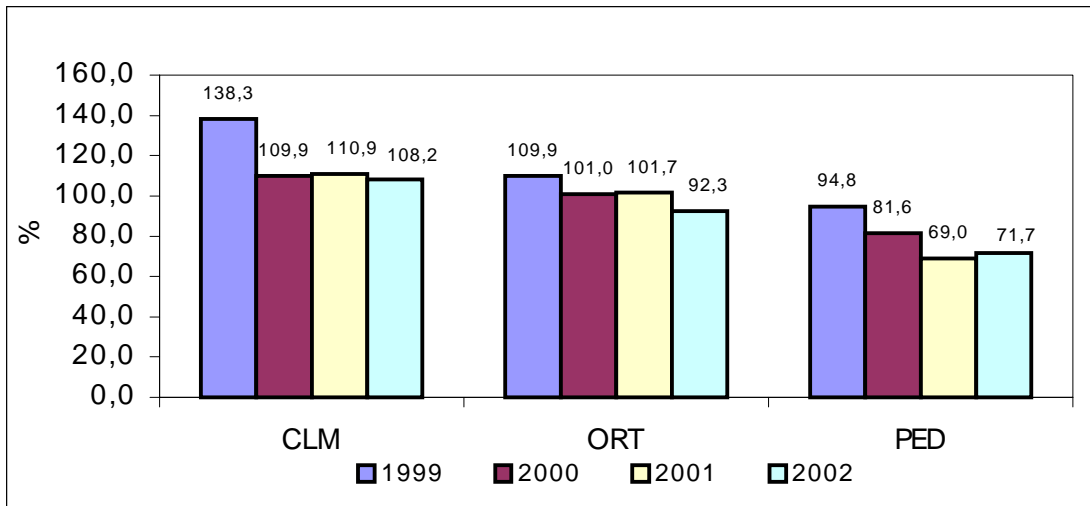


Gráfico 5 - Evolução da média da percentagem de ocupação nas diferentes clínicas da UE-HC. (CLM - Clínica Médica, ORT - Ortopedia, PED - Pediatria). Início da Regulação Médica. Fonte-GAD-HCFMRP-USP

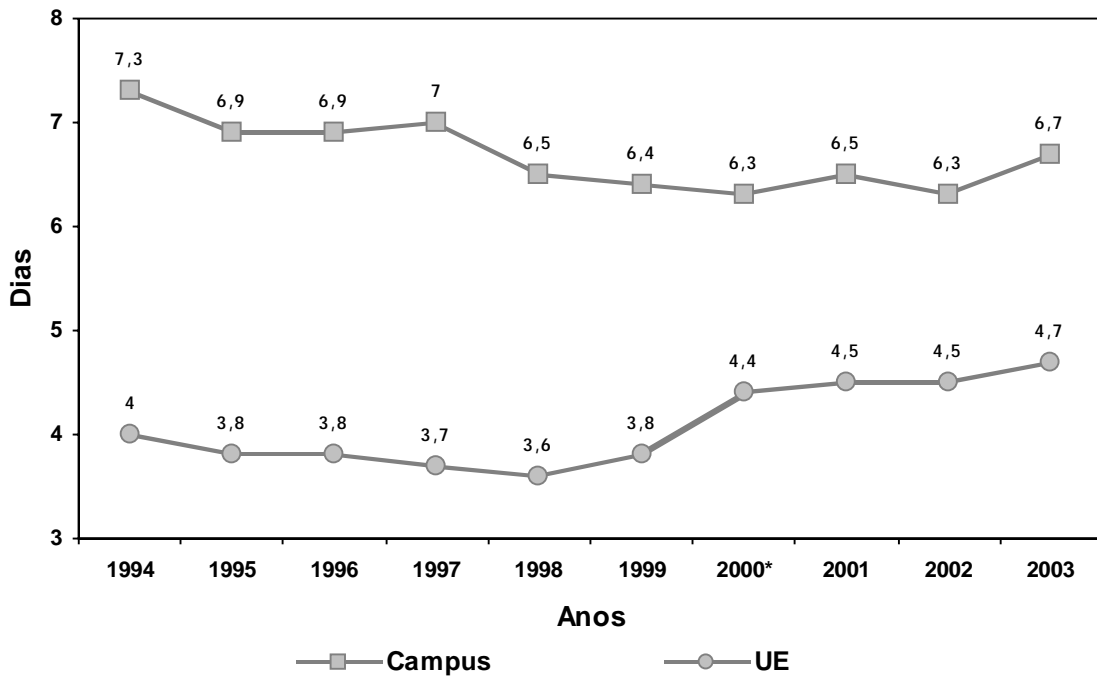


Gráfico 6 - Evolução anual da média de permanência de internação nas Unidades *Campus* e UE-HC. *Início da Regulação Médica. Fonte-GAD-HCFMRP-USP

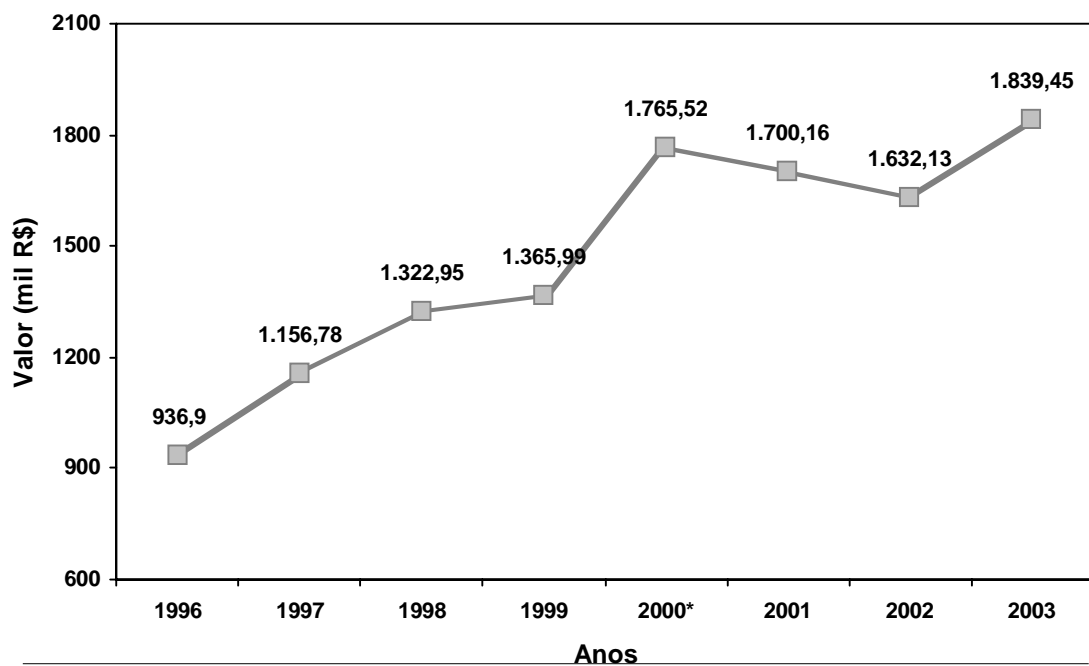


Gráfico 7 - Evolução anual do custo médio da internação na UE-HC
*Início da Regulação Médica. Fonte-GAD-HCFMRP-USP

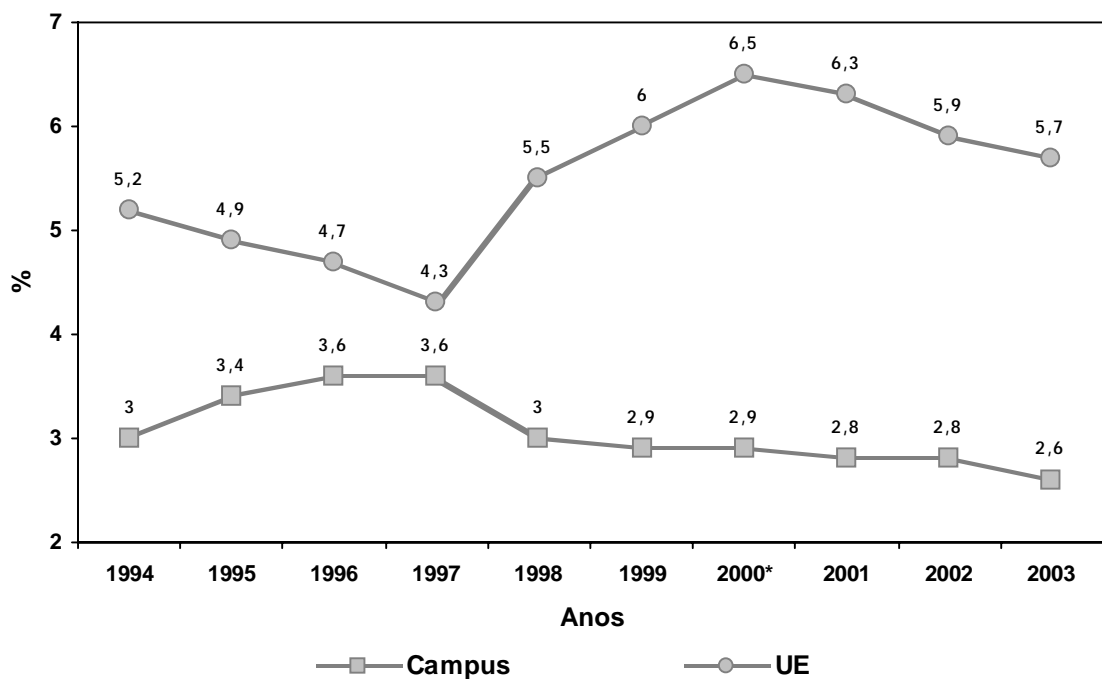


Gráfico 8 - Evolução anual do coeficiente de mortalidade nas Unidades *Campus* e UE-HC
*Início da Regulação Médica. Fonte-GAD-HCFMRP-USP

as reformas da estrutura física, as mudanças na organização do acesso ao sistema de urgência e emergência, a instalação do modelo de gestão compartilhada e a capacitação de seus trabalhadores.

As reformas, na estrutura física, têm garantido a melhor acomodação dos usuários, dos funcionários e a instalação de novas formas de cuidado.

Com a redução da superlotação na Sala de Urgência, foi organizado um espaço para o acolhimento dos problemas social e psicológico dos pacientes e familiares, que se deparam com agravos agudos à saúde. O horário de visitas de familiares foi ampliado. Nas enfermarias, os pacientes recebem visitas das 13:00 às 21:00 h, nas Salas de Urgências Clínicas de adultos e de crianças a visita é liberada nas vinte e quatro horas. Nos espaços especiais (Sala de Trauma, Sala de Estabilização Clínica, Unidade de Queimados e Centro de Recuperação Pós-Anestésica e CTI), há horários específicos para visita nos três períodos do dia.

O Serviço Social está disponível nas 24 h, oferecendo espaço para o acolhimento das necessidades sociais e emocionais dos pacientes e de seus familiares. As situações especiais, como óbito, violência, trauma grave, recebem atenção especial com privacidade para as manifestações emocionais, procurando-se estabelecer condições para um atendimento multiprofissional, com a presença de médicos, assistentes sociais, psicólogos e enfermeiros.

A instalação do modelo de gestão participativa, que prioriza a administração através de espaços coletivos, contribui para o processo de humanização, à medida que valoriza e garante a inclusão do profissional e do usuário no planejamento, análise, tomada de decisão e execução de projetos a serem desenvolvidos nos espaços onde estão inseridos.

Dessa forma, o funcionamento da unidade passa a oferecer a clareza das necessidades técnicas e administrativas, e, principalmente, daquelas diretamem-

te ligadas às relações interpessoais, tanto entre profissionais quanto entre equipe de saúde e usuários, apontando as necessidades de investimento na capacitação dos servidores, para o desempenho técnico, e foram introduzidos os programas de capacitação técnica dos profissionais de saúde, destinados a médicos e enfermeiros, e treinamentos específicos para os profissionais de infra-estrutura, manutenção e higiene e limpeza. Também, têm sido desenvolvidos programas com ênfase na abordagem das relações interpessoais. Para tal, foram criados grupos de psicodrama e musicoterapia, com participação voluntária, no horário de trabalho, e que têm, como objetivo, capacitar os profissionais para o acolhimento nas ações que envolvem o público interno e o externo.

REESTRUTURAÇÃO FÍSICA E FUNCIONAL DA UNIDADE DE EMERGÊNCIA

Dentre outros, cinco processos, atuando de forma convergente, exerceram influência no rearranjo físico-funcional da UE-HC:

- o ajuste das relações entre a UE-HC e o SUS, em função da implantação do SAMU/ RM;
- as mudanças no modelo de gestão da UE-HC, com a criação das 13 Unidades Funcionais;

Tabela I -Disposição dos Recursos Assistenciais da UE, em 2002⁽⁶⁾

<i>Local</i>	<i>Função</i>	<i>Capacidade</i>
Sala de Urgência* Adultos e Crianças	Consultórios	13
	Leitos de Observação	28
	Sala de Estabilização Clínica	6
	Sala para o Politraumatizado	5
	Sala de Procedimentos	5
Enfermarias	Adultos Clínicos e Neurológicos	32
	Adultos Cirúrgicos	34
	Crianças	28
Unidades Especiais	Terapia Intensiva de Adultos	16
	Terapia Intensiva de Crianças	6
	Unidade de Queimados	8
	Isolamento de Crianças	8
	Isolamento de Adultos	8
	Semi-Intensivo de Adultos	10
	Recuperação Pós-Anestesia	7
	Psiquiatria	6
	Total de Leitos / Camas	220

* A única área comum para adulto e criança é a Estabilização de Politraumatizados.

- a introdução de estratégias de controle público, por meio da ampliação do horário de visitas, da flexibilização e garantia de acompanhantes para os pacientes e da implantação do Serviço de Ouvidoria;
- a motivação para capacitação técnica, gerencial, por meio da criação de grupos mais orgânicos;
- a busca do padrão sanitário no ambiente de trabalho.

Com isso, houve deslocamentos de serviços, fusões de práticas e de serviços, ampliação de alguns serviços e criação de novos serviços. No pavimento térreo, as áreas agregadas foram destinadas às atividades administrativas, acadêmicas e de apoio ao hospital. As enfermarias foram organizadas com a lógica das especificidades de grupos de pacientes e de suas necessidades de cuidado, e todas passaram a contar, nas suas adjacências, com leitos de isolamento e leitos para cuidados a pacientes instáveis (Tabela I).

Em linhas gerais, a administração, os serviços de apoio ao hospital e as atividades acadêmicas para grandes grupos foram deslocados da área assistencial do hospital. O pavimento térreo passou a abrigar apenas a Sala de Urgência dos adultos

As áreas de internação para crianças que estavam no 1º, 2º e 3º andares foram concentradas no 1º andar. No 2º andar, está a enfermaria para adultos com afecções clínicas e neurológicas, com o respectivo isolamento e semi-intensivo. No 3º andar, estão localizadas as enfermarias e o isolamento para os pacientes cirúrgicos e o Centro de Terapia Intensiva. No 4º andar, estão a Unidade de Queimados, os Centros Cirúrgico, de Recuperação Pós-anestesia e de Terapia Intensiva.

Assim, nos últimos anos, a UE-HC, por meio da interação com as políticas públicas de atenção às urgências e de humanização, redefiniu sua missão e seu modelo de trabalho. A preservação dos ganhos arquitetônicos e tecnológicos, a manutenção da educação permanente, a qualificação dos processos assistenciais, assim como a adequação do ambiente para o ensino e a pesquisa dependem de custeio compatível com os gastos; estes, na atualidade, superam, em cerca de 50%, o faturamento pelo SUS.

As dúvidas existentes quanto aos reflexos das mudanças na qualidade de assistência do Hospital das Clínicas bem como no ensino da FMRP-USP foram, aos poucos, dirimidas. Os ajustes feitos no complexo Hospital das Clínicas, FMRP-USP e Unidade de Emergência, têm sido aprovados por meio de avaliações externas.

Nossos estudantes, por meio da avaliação feita

pelo provão do Ministério da Educação, nos últimos anos, têm situado a FMRP-USP entre as seis melhores Escolas Médicas do País. No ano de 2002, a nossa Faculdade obteve o melhor desempenho nacional nessa modalidade de avaliação.

O esforço pela organização de uma rede assistencial hierarquizada e regulada, com o fluxo adequado à capacidade física e funcional associado ao acolhimento do hospital, foram avaliados e aprovados pela população. O Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto foi contemplado pelo Ministério da Saúde com o “Prêmio Qualidade Hospitalar – 2001 – Categoria Nacional”, ficando entre os 10 melhores classificados do País, mediante avaliação de desempenho, feita pelos usuários do Sistema Único de Saúde.

Concluindo, o SUS tem adotado estratégias de atenção do modelo franco-germânico, representados pelo SAMU e pela RM. As universidades e alguns serviços têm incorporado estratégias didáticas e assistenciais do modelo anglo-americano, por meio da oferta de cursos específicos como o *Advanced Life Trauma Support (ATLS)*, o *Advanced Cardiac Life Support (ACLS)*, o *Basic Life Support (BLS)*, dentre outros. Todavia, essas estratégias, sem espaços aglutinadores, não garantem a educação permanente e o aperfeiçoamento dos serviços

No Brasil, a atenção e a formação em urgência são de domínio multidisciplinar, diferentemente do que ocorre nos países anglo-americanos⁽²⁴⁾. Assim, nas universidades, não existem centros de ensino ou departamentos para reflexão crítica das práticas assistenciais e produção de conhecimento, bem como organização de periódicos e eventos próprios da área.

O pré-hospitalar móvel, a regulação médica, os pronto-atendimentos não hospitalares e a porta hospitalar de urgência são *locus* próprios da atenção às urgências, que têm sido assumidos com muita dificuldade pelos gestores e centros formadores. No espaço acadêmico e corporativo, há poucos profissionais com cursos de especialização em urgência e pouco reconhecimento dos pares aos profissionais. Assim, tem sido frequente os hospitais universitários fecharem seus serviços de urgência, e as faculdades, os pronto-atendimentos dos centros de saúde; há, de certa forma, a “terceirização” da formação em urgência, entre os profissionais de saúde. Assim, é provável que a criação da disciplina e da especialidade Urgências Médicas seja a alternativa para o desenvolvimento da sistematização e da avaliação crítica das práticas, bem como para a produção de novos conhecimentos.

SANTOS JS; SCARPELINI S; BRASILEIRO SLL; FERRAZ CA; DALLORA MELV & SÁ MFS. Evaluation of the model of organization of the Emergency Unit of the University Hospital, Faculty of Medicine of Ribeirão Preto, University of São Paulo, based on the adoption of the National Policy of Emergency Care and Humanization as a Reference **Medicina, Ribeirão Preto**, 36: 498-515, apr./dec. 2003.

ABSTRACT - Innovative experiences directed specifically at complete care and training and professional habilitation in the urgency area are recent in Brazil and are being influenced by the French-German and Anglo-American models. The incorporation of the Mobile Emergency System (Sistema de Atendimento Móvel de Urgência, SAMU) and of Medical Regulation into the assistance network started after the 1995 French-Brazilian collaboration. In Brazil, SAMU was set up in 1996 and the Medical Regulation of the entire urgency demand was set up in 2000. In Brazil, the immediate emergency care is multidisciplinary, as is the case for the French-German model, but the systematic regulation of knowledge and of assistance practices of the health teams for advanced life support has been influenced by Anglo-American programs such as Advanced Cardiac Life Support, Advanced Trauma Life Support, Pediatric Advanced Life Support, and Basic Life Support, among others.

These strategies adapted to Brazilian reality have contributed to the transformation of the old model of organization of emergency care and have led to revision of the curricular content and of academic organization. The problems of urgency care in large urban centers and some successful experiences within the Unified Health System (Sistema Único de Saúde, SUS) have helped the formulation of National Policies of Urgency Care, and of Humanization (PNH) of the Health Ministry. It is the task of the Ministry of Education, of Training Centers, of Class Councils and of Agencies for the Support of Research, in syntony with SUS, to formulate standards for training, for the exercise of the profession and for investigation in urgency care.

Over the last few years, the Emergency Unit of the University Hospital, Faculty of Medicine of Ribeirão Preto, University of São Paulo (UE-HC), by applying the concepts contemplated by the Urgency Care Regulation and by SAMU, has participated in the configuration of a regional network for emergency care that has been arranged in hierarchical order, regulated and humanized. The clinical services of UE-HC linked to the Departments of Application of FMRP-USP and supported by the Center of Emergency Studies have helped redefine the assistential and educational mission of this Unit. Overcrowding was solved by a significant reduction in the number of consultation and in the rate of occupation and, as expected, there was an increase in mean time of permanence, in the complexity of the cases attended and in the mean costs of hospitalization. Thus, the Emergency Unit has been transformed into a reference center for care of high complexity and for the training and professional habilitation of the professionals who deal with emergencies. On this scenario, possibilities are rising for a critical reflection about practices already instituted, about the preparation for the production of new knowledge and about the bases for the creation of an academic department and of the specialty of medical emergencies.

UNITERMS - Emergency Medicine. Education, Medical. SAMU. SUS (BR).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. **Seção II da Saúde**. Senado, Brasília, DF, 1988
- 2 - BRASIL. Lei no 8080/90, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 20 Set.1990. Disponível em www.cff.org.br/legis/leis%5Cleis_8080_90.html.
- 3 - BRASIL. Lei no 8142/90, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 28 de dez 1990a. www.pessoalsus.inf.br/Normas/Lei%208142_90.htm
- 4 - RODRIGUES DOS SANTOS N. Formação ético-humanística do médico e a construção de serviços de saúde humanizados: coincidência ou coerência? In: ARRUDA BKG. **A educação profissional em saúde e a realidade social**. Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), Ministério da Saúde, Recife, Brasília, p. 141-51, 2001

- 5 - CAMPOS GWS. Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, **15**: 187-197, 1999.
- 6 - SANTOS JS. Da Fundação e Hospital das Clínicas à Criação da Unidade de Emergência e sua Transformação em Modelo Nacional de Atenção às Urgências. **Medicina, Ribeirão Preto**, **35**: 403-418, 2002.
- 7 - FUNDAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO ADMINISTRATIVO. **Oportunidades de acesso à residência médica**. FUNDAP, São Paulo, 1999.
- 8 - FEUERWERKER LMC. A formação de médicos especialistas e a residência no Brasil. **Saúde em Debate** **25**: 39-54, 2001
- 9 - BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências - **Portaria GM Nº 1863**, de 29 de setembro de 2003, Brasil. Ministério da Saúde, Brasília, 2003
- 10 - BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Ministério da Saúde, Brasília, 2004. 236p. (Série E. Legislação de Saúde).
- 11 - BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Norma Operacional da Assistência à Saúde. NOAS-SUS 01/02, **Portaria GM/MS nº. 373** de 27 de fevereiro de 2002, e regulamentação complementar. Ministério da Saúde, Brasília, 2002
- 12 - BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Ministério da Saúde, Brasília, 2003. 20p (Série E. Legislação de Saúde).
- 13 - JACQUEMOT A Qu'est- Ce Qu' Une Urgence? Quelques Reflexions Sur Les Definitions Biomédicales De L'urgence Médicale; In: BERNABÉ J & CONFIAnt R. **Desêles crêdes aux sociétés plurielles**, (DIV), Petit- Boun Ibis rouge éditions, 2000.
- 14 - ARTMANN E; AZEVEDO CS & SÁ MC. Possibilidades de aplicação do enfoque estratégico de planejamento no nível local de saúde: Análise comparada de duas experiências. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, **13**: 723-740, 1997.
- 15 - TANNEBAUM RD; ARNOLD JL; DE NEGRI FILHO A & SPADONI, V.S. Emergency medicine in southern Brazil. **Ann Emerg Med** **37**: 223-228, 2001.
- 16 - LOPES SLB & FERNANDES RJ. Uma breve revisão do atendimento médico pré-hospitalar. **Medicina, Ribeirão Preto**, **32**, 321-387, 1999.
- 17 - BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no 824/GM**, de 24 de junho de 1999. Dispõe sobre a normatização do atendimento pré-hospitalar. Brasília, DF, 24 Jun. 1999. Disponível em www.aph.com.br/2002/legislacao.asp
- 18 - BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. **Portaria GM/MS nº 2048**, de 5 de novembro de 2002. Ministério da Saúde, Brasília, 2002. 102 p. (Série E. Legislação de Saúde).
- 19 - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Hospital das Clínicas, Ribeirão Preto. **Relatório de Atividades**, 2002. Disponível em <http://hcrp.fmrp.usp.br/Public/Relatorio2002.pdf>.
- 20 - DEL-BEN CM; MARQUES JMA; SPONHOLZ JR A & ZUARDI AW. Políticas de saúde mental e mudanças na demanda de serviços de emergência. **Rev Saúde Pública** **33**: 470-476, 1999.
- 21 - CASTRO J. **Gerência de pessoal nos serviços de saúde**. Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos em saúde (CA DRHU), Editora da UFRN, Ministério da Saúde/OPAS, Natal, Brasília, 1999.
- 22 - MINTZBERG H; Mintzberg ON. **Management: Inside our Strange World of Organizations**. The Free Press, New York:1989.
- 23 - KNAUS WA; ZIMMERMAN JE; WAGNER DP; DRAPER EA & LAWRENCE DE. APACHE - acute physiology and chronic health evaluation: a physiologically based classification system. **Crit Care Med** **9**: 591-597, 1981.
- 24 - DYKSTRA EH International models for the practice of emergency care. **Am J Emerg Med** **15**: 208-209, 1997.