

Central de Regulação de Urgências e Emergências: possibilidades e dificuldades da regulação médica na cidade do Rio de Janeiro

Centro de Regulación de Urgencias y Emergencias: posibilidades y dificultades de regulación médica en la ciudad de Rio de Janeiro

Urgencies and Emergencies Regulation Center: possibilities and difficulties of medical regulation in the city of Rio de Janeiro

Sandra Lumer¹, Gisele O'Dwyer Oliveira², Francisco José Lopes de Souza Diniz³

Resumo

A regulação de urgências/emergências e a regulação médica, como instrumento de gerenciamento dos serviços de saúde, vêm sendo utilizadas em outros países com muito sucesso. Para o Ministério da Saúde brasileiro, este é um meio de garantir a integralidade da assistência e a equidade no acesso dos clientes ao Sistema. Este artigo busca relacionar a organização e a estrutura dos serviços de saúde com a regulação médica das urgências e emergências, apresentando suas possibilidades e dificuldades, levando em conta as atribuições do médico regulador, equidade do acesso, autonomia médica e efetividade da regulação. Para tanto, analisou-se, através de entrevistas semiestruturadas, complementadas por um grupo focal com médicos reguladores, as condições do

exercício da regulação na atual rede de saúde do Rio de Janeiro, considerando a legislação vigente.

O estudo permitiu relacionar diretamente uma organização/estrutura dos serviços de saúde adequada, particularmente, os de urgência/emergência, com a melhor prática da regulação médica e as suas atribuições. Desta forma, evidenciou-se os problemas e as insuficiências da rede de saúde, em particular as de urgências/emergências no município estudado. Os resultados apontaram para a importância e urgência no gerenciamento e tratamento destas questões e os desafios para futuras pesquisas.

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

Abstract

The regulation of urgency/emergency and medical regulation as a tool for managing this

¹ Médica intensivista. Doutoranda em Gestão de sistemas e serviços de Saúde pela Universidade de Trás os Montes e Alto D' Douro (UTAD).

² Doutora em Saúde Pública. Pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ. Departamento de Administração e Planejamento em Saúde

³ Professor Associado com Agregação

care, has been used in other countries with great success. For the Brazilian Ministry of Health (MH) this is a way of ensure comprehensive care and equity access of the customer to the system. This article tries to relate the organization & structure of health services and the regulation of medical urgencies/emergencies showing its possibilities and difficulties, considering: the duties of the medical regulator - equity of access, medical autonomy, and effectiveness of regulation. To do so it analyzes through semi-structured interviews complemented by a focus with regulator doctors, the conditions for the exercise of regulation in the current organizational structure of the health network in Rio de Janeiro, taking in consideration the legislation.

The research allowed to relate directly an appropriate organization/structure of health services, particularly, the urgency/emergency, with the best practice of medical regulation and their assignments. Thus, it is possible to highlight the problems and lacks of the health system, mainly the urgency/emergency in the closed municipality. The results showed the importance and urgency of the management and urgency in the management and treatment of these issues and challenges for future research.

Keyword: Network actions and health services; Emergency Regulation Center;

Regulation of medical emergencies; the National Health System.

Resumen

La regulación de urgencia / emergencia y la regulación médica como una herramienta para la gestión de este tipo de atención se ha utilizado en otros países con gran éxito. Para el Ministerio de Salud brasileño, esta es una forma de garantizar la atención integral y la equidad en el acceso de los clientes al Sistema. Este artículo pretende relacionar la organización y estructura de los servicios de salud a la regulación médica de las urgencias y emergencias, con sus posibilidades y dificultades, teniendo en cuenta las funciones del médico regulador - equidad en el acceso , la autonomía médica y la efectividad de la regulación . En él se analizan a través de entrevistas semi -estructuradas complementadas por un grupo focal con los reguladores médicos, las condiciones del ejercicio de la red de regulación en el estado actual del Río de Janeiro, teniendo en cuenta la legislación.

El estudio permitió relacionar directamente una adecuada organización /estructura de servicios de salud , en particular la urgencia / emergencia, con las mejores prácticas de la regulación médica y sus asignaciones. Así, destacó los problemas y deficiencias del sistema de salud , en particular la situación de urgencia/emergencia en el municipio. Los resultados apuntan a la importancia y la

urgencia en la gestión y el tratamiento de estas cuestiones y desafíos para futuras investigaciones.

Palavra chave: Rede de acciones y servicios de salud; Centro de regulation de urgencias; Regulación de las urgencias médicas; Sistema Nacional de Salud.

Introdução

O gerenciamento das demandas de urgências/emergências por uma regulação médica, numa central específica para este fim, é um dos meios propostos pelo Ministério da Saúde (MS) para assegurar o acesso dos seus cidadãos ao Sistema. A importância desta atividade ainda é um tema novo no âmbito da saúde brasileira. Entretanto, esta função é a ordenadora da entrada no Sistema e a responsável por uma maior coesão social e igualdade [1,2]. No Brasil, a promulgação da Portaria Ministerial nº 2048 [3], a regulação médica, determinou as diretrizes dos serviços de urgências/emergências, tanto na fase pré-hospitalar (fixa e móvel) quanto na hospitalar. Destaca-se, aqui, a fase pré-hospitalar, mais recente do que a hospitalar, do ponto de vista estrutural e de normatização. No país, desde longa data, existem serviços de transporte de pacientes críticos (empresas particulares e hospitais públicos) e atendimentos de urgência em locais públicos (por bombeiros militares), porém, o conceito efetivo da regulação, com priorização das demandas, foi regulamentado a partir de 2003 [3,4].

A formação do Sistema Único de Saúde (SUS), prevista na Constituição Federal do Brasil (CFB) de 1988, assegura a todos os brasileiros o acesso aos serviços de saúde, de forma igual, abrangente e gratuita. As atribuições do Estado aumentaram de forma significativa para garantir estes direitos. O processo de descentralização das ações de saúde partilhou responsabilidades entre os diferentes níveis de governo, incluindo os cidadãos, os setores públicos e os privados. A regulação abrange aspectos que vão desde a regulamentação de leis até aqueles que lidam com a utilização dos serviços de saúde pela população, como, por exemplo, a regulação dos Sistemas, da assistência e da atenção de saúde [5].

Para que a regulação da assistência de urgências e emergências possa ser efetiva, são necessárias as seguintes condições: hierarquização das ações e serviços prestados por este nível de atenção; utilização de protocolos clínicos informatizados; competência técnica dos profissionais envolvidos; funcionamento do sistema de referência e contra referência; controle do transporte de pacientes e dos leitos de observação e de internação; sistemas de informação, comunicação e logística; recursos tecnológicos modernos; área física adequada, núcleos de capacitação, etc.

As redes integradas de atenção à saúde são, também, uma importante contribuição à

organização da atenção de urgências e emergências no Sistema como um todo. Esta forma de organizar a assistência enfatiza o foco nas necessidades da população com a consequente gestão da demanda, superando a lógica da gestão da oferta que predomina no modelo atual [6].

Na maioria dos estados brasileiros, em particular na cidade do Rio de Janeiro, a regulação e seus condicionantes, apesar de estarem legitimados por documentos legais, não conseguiram avançar operacionalmente, por conta, ainda, da insuficiente organização da rede assistencial e da estrutura precária da maioria dos serviços de saúde (gestão inadequada, déficit de pessoal, recursos tecnológicos, leitos, verbas, clientelismo, etc.). Desta forma a regulação médica poderá perder efetividade, enquanto os médicos reguladores podem ter dificuldades em exercer a sua autonomia, como, por exemplo, o controle sobre os leitos hospitalares de urgência e emergência. Estes apresentam Taxas de Ocupação Hospitalar (TOH) de mais de 100% e grande dificuldade em gerenciar a superlotação [7]. Além disso, uma regulação ineficiente pode contribuir para um fluxo maior de pacientes aos serviços de urgências/emergências (única porta aberta), resultando num baixo desempenho organizacional que pode ser expresso no aumento dos indicadores de morbimortalidade [8]. A rede pública é composta, na sua

maioria, por unidades de atenção básica (nível primário da atenção) e serviços emergenciais, enquanto a particular é, na sua maioria, pela atenção especializada e hospitalar [9]. A deficiência de serviços ambulatoriais (especializados) e hospitalares no setor público explicaria, em parte, porque as pessoas de menor renda, principais usuárias do setor público, buscam os setores de emergências para atendimentos [7]. Sabe-se que um número significativo de pacientes que chegam às emergências podem ter suas carências atendidas em ambulatórios de especialidades [7, 8, 9]. A alta da TOH [7], a insuficiência de ambulatorios de especialidades [9] assim como uma tendência da população em acessar unidades emergenciais, comprometem diretamente a *performance* dos serviços e a regulação médica. Consequentemente ocorre um acúmulo de doentes nos serviços, sinalizando para o baixo desempenho organizacional e uma perda da qualidade da atenção.

A regulação médica centraliza seus esforços em promover uma melhor organização das portas de entrada no Sistema. Contudo, isto pode ser prejudicado pela forma como se organiza e se estrutura a saúde [8, 9].

Na década de 40, Merton e seus discípulos defendiam os princípios da burocracia e da burocratização de Max Weber e suas interferências no comportamento organizacional. A partir destas idéias,

Selznick analisa a organização como um sistema social, onde objetivos e procedimentos são construídos através de valores estabelecidos, tornando-se efetivamente institucionalizada. A organização deve buscar legitimidade social para garantir a sua sobrevivência. Esta não depende somente da capacidade de captar recursos, mas também da aceitação que os seus produtos e/ou serviços têm pela comunidade [10].

O cenário das organizações brasileiras de saúde está no processo de institucionalização. Os valores adquiridos pela representação e controle social não estão totalmente integrados aos requisitos técnicos necessários para cumprir as tarefas organizacionais. No dia a dia, observa-se uma maior concentração de recursos especializados nos grandes centros urbanos, o que, por outro lado, não dá garantia de efetividade de oferta e acesso à população; assim como o referenciamento das demandas e outras ações que garantam a sua atuação.

Uma organização e estruturação da rede de saúde, suficientes, são capazes de conduzir a uma melhoria generalizada do exercício da regulação médica, não se limitando apenas à orientação global da atividade, mas às suas especificidades primordiais: **a garantia do acesso igualitário, a efetividade da sua atuação e a preservação da autonomia médica** [3]. Estas atribuições se integram e se

interrelacionam para atender as organizações de saúde, melhorando o seu desempenho. Isto corrobora a necessidade de investigar o conceito da regulação a partir das condições organizacionais e estruturais dos serviços de saúde e do próprio sistema de saúde.

Espera-se que a regulação médica possa dar um atendimento resolutivo para todas as demandas solicitadas; otimizar recursos disponíveis, melhorar o acesso à saúde e ajudar a regular a porta de entrada dos serviços de urgência/emergência [3]

Este estudo teve por objetivo analisar as condições do exercício da regulação médica, avaliando alguns de seus atributos (acesso, autonomia, efetividade) no atendimento de urgências/emergências, na situação atual de organização do sistema de saúde no município do Rio de Janeiro. Para a análise, considerou-se as possibilidades e os obstáculos criados pela estruturação e organização desta rede de atenção.

Métodos

A análise de documentos legais, técnicos e a base de dados oficiais fundamentaram a metodologia, assim como questionários semiestruturados [11] complementados por um grupo focal [12] com médicos reguladores (MR), que atuam em Centrais de Regulação de Urgência/Emergência (CRUE) pública e privadas no município. Neste caso, todos os escolhidos trabalhavam ou trabalharam em

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

Os entrevistados, 15 médicos reguladores selecionados de acordo com o tempo de atuação na CRUE (mais de 2 anos), representavam aproximadamente a quinta parte dos médicos que atuavam no município, na época do estudo (2009). Da amostra inicial de entrevistados, 8 foram escolhidos aleatoriamente para participar do grupo focal [12].

O Rio de Janeiro foi o município escolhido para pesquisa por ter a maior CRUE (SAMU-192) do estado, que é responsável pela cobertura de toda a população, estimada em mais de seis milhões de residentes [13]; e também por possuir algumas CRUE privadas, onde as duas mais importantes assistem cerca de dois milhões de clientes de planos de saúde particulares. Estas, embora estejam contratualmente responsáveis pelo atendimento à saúde suplementar podem também atender a saúde pública, em situações de crises (desastres, catástrofes, etc.) ou mesmo como serviços terceirizados.

A análise de conteúdo foi utilizada como percurso para análise das falas dos participantes do grupo focal e entrevistas. De acordo com Bardin, a análise de conteúdo é uma técnica de pesquisa que trabalha com a

palavra, permitindo produzir inferências do conteúdo da comunicação de forma prática e objetiva. Este tipo de análise de dados utiliza a dedução freqüencial ou análise por categorias temáticas. A dedução freqüencial enumera a ocorrência de um signo lingüístico (palavra, frase ou tema) que se repete dentro de uma determinada freqüência. Ela funciona por desmembramentos analógicos do texto em categorias e constrói as características, de acordo com o aparecimento dos temas, ou seja, identifica no texto os elementos comuns agrupando-os em categorias. Na pesquisa foi feita a categorização e também uma observação sistemática, com as percepções e grandezas coletadas nas entrevistas [14]. Desta forma foi possível extrair considerações e conclusões a respeito do tema em questão.

Essa pesquisa foi submetida às exigências éticas da Universidade de Trás os Montes e Alto Dourado (Portugal).

Resultados e Discussão

Nos questionários, além de questões sobre perfil, atribuições, capacitação, organização e funcionamento das CRUE, foram coletados dados dos profissionais, tais como sexo, idade, especialização, tempo de atuação em CRUE e participação em cursos de gestão de saúde. No grupo focal foram tratadas as mesmas questões dos questionários. As falas dos médicos participantes são apresentadas por conjunto de categorias e subcategorias [14] preservando suas identidades, através de

codigos definidos por sorteio. Os questionários e o grupo focal, apesar de analisados isoladamente, serão apresentados de forma conjunta.

Análise dos questionários semiestruturados e do grupo focal

As quinze entrevistas analisadas apresentaram um equilíbrio entre os gêneros e as faixas etárias e uma variedade de especialidades, sugerindo que a regulação médica atrai diferentes especialistas de idades distintas. Dois dos reguladores tinham curso de gestão em saúde, no nível de pós-graduação, *lato sensu*. A grande maioria atuava há pouco (2 ó 5 anos) na regulação médica quando comparada com atuação na atenção pré-hospitalar (APH) móvel e em pronto-socorro (>10 anos). De todos os entrevistados, apenas

um frequentou curso de capacitação em regulação, como preconizado na legislação [3]. Entretanto, mais da metade informou conhecer as leis sobre as urgências e emergências e a sua regulação. Este dado, apesar de não ser suficiente para um bom desempenho da atividade, funciona como recurso cognitivo para o serviço, legitimando-o e impondo um caráter de maior autonomia nas decisões. A esmagadora maioria se sentia qualificada e com perfil gestor/técnico. Esta autopercepção pode ser um dificultador na implantação de cursos regulares de capacitação para os MR, por falta de *corum*, ou por não serem necessários aos olhos das organizações de saúde, visto que o profissional já se considera habilitado a esta prática

A tabela 1, a seguir, apresenta as cinco categorias com as suas respectivas subcategorias utilizadas para a análise de conteúdo das entrevistas e grupo-focal.

1 - Tabela das categorias e subcategorias do grupo focal

CATEGORIAS	1 -Escolha da atividade	2-A Central de Regulação	3 - Rede de urgências e emergências no Rio de Janeiro	4 - O sistema de saúde	5 ó Expectativas para as urgências e emergências
SUB - CATEGORIAS	Opção de trabalho	Atribuições: técnica e gestora	Organização e Estrutura	Estrutura hospitalar sucateada	Reestruturação da rede de atenção
	Médicos convidados	Pública e privada	Hierarquização e Integração	Falta de organização	Treinamento e capacitação
	Perfil e Preferências	Controle das portas de entrada	Pré-hospitalar fixo (UPA) e Móvel (SAMU)	Modelo SUS: conflitos entre público e privado	Educação da população
			Capacitação Técnica	Financiamento: verbas insuficientes	

Sobre a **seleção do médico regulador**, a metade parece ter sido escolhida por apresentar as competências necessárias para a atuação na CRUE, identificadas como experiência técnica ou gestora em emergências e perfil de gestor. Para esse grupo houve **escolha da atividade**, como referido por um regulador (...) *eu aguardei por uma oportunidade ou mesmo por um convite*. Uma minoria inicialmente não optou espontaneamente pelo trabalho, tendo sido, de certa forma, obrigada a aceitá-lo num primeiro momento, como é o caso de um dos médicos reguladores: (...) *fui colocada na parede: ou você vai para lá [CRUE], ou você vai para a Emergência do município que fica há pelo menos 70 km da minha residência*

(...), *sem saída, eu fui trabalhar, mesmo infeliz; já outro afirmou que (...) não sabia o que era trabalhar com isso, mas me ofereceram um salário muito bom (...) como eu precisava, não pude recusar*. Portanto, apesar do cargo estar relacionado com uma *vocação* esses últimos casos revelam critérios autoritários de seleção dos médicos reguladores, o que pode acarretar desmotivação e comprometimento do desempenho da regulação médica.

Além da competência clássica (conhecimento, habilidade e atitude), a regulação exige disposição para assumir o trabalho do médico da ambulância, em situações extremas. Por isso, é necessário, também, uma boa preparação física, controle emocional, agilidade, equilíbrio, criatividade e outras

características importantes para quem opera em situações de crise e fora do ambiente hospitalar.

O efetivo **gerenciamento da Central de Regulação de Urgência e Emergência** da rede de urgência no Rio de Janeiro foi reconhecido como mandatário e necessário no controle das portas de entrada no Sistema. Essa efetiva função gerencial ainda é uma conquista a ser perseguida. É comum a desautorização dos reguladores por parte de outros serviços, com conseqüente perda da autonomia e da efetividade da ação.

Alguns MR apontaram o treinamento específico para a regulação, como uma solução para os problemas de gestão. *A capacitação dá condições de desenvolver a veia gestora, mas o que precisamos mesmo é de treinamento específico.* Outros discordaram, pois segundo os mesmos, a capacidade gestora é inata. *Gerenciar é uma arte e você tem que ter o dom, você tem ou não tem. Não se aprende na escola (...); Não basta fazer o curso para a regulação tem que ter o jogo de cintura para resolver os problemas, nasci para isso.* A capacidade gestora, entendida por estes entrevistados como inata (ter o dom, o jogo de cintura e nasci para isso), justificaria um melhor desempenho na resolução de conflitos e na tentativa de organizar a porta de entrada.

Foram apontadas intervenções de outros elementos na gestão da CRUE, geralmente são instâncias políticas (políticos, gestores públicos e de planos privados) que definem acordos pessoais, fora das prioridades determinadas pela área. Este fenômeno é observado no setor público e no privado. (...) *um treinamento seria o ideal para ajustarmos nossas condutas (...) nossa atuação não deixaria dúvidas de quem manda na Central, somos nós; (...) a lei diz que somos a autoridade gestora da Central, mas na verdade, são tantos decidindo por nós, que não sabemos quem somos afinal (...); com o treinamento todos falarão a mesma língua e impedirão a atuação dos penetras na Central.* A proposta da sistematização das ações (falar a mesma língua) para conter as interferências de outros atores (penetras) no gerenciamento das portas de entrada, foi apontada como uma estratégia de enfrentamento para esta prática que desautoriza o MR, arranha e expõe a sua autonomia, causa conflitos, desmotiva e compromete o desempenho da regulação.

Independente das posições levantadas sobre as capacidades, gestora e técnica, a capacitação é imprescindível.

Nas CRUE privadas e pública, o exercício da autonomia vem sendo um grande entrave (...) *a empresa particular que trabalhei é um pouco melhor se comparada ao SAMU,*

porém, a gente é muito mais cerceada nas nossas decisões. Às vezes não precisamos enviar o atendimento, mas se é um plano que paga bem, tem que mandar. Do ponto de vista organizacional e estrutural, elas se equivalem, sendo que a particular é apontada como um *õpouco melhorõ* com a vantagem de possuir mais vagas na sua rede: (...) *ambas tem estruturas parecidas sendo que a particular é um pouco melhor, quanto a vagas, porém não opera integrada a rede pública, a melhor coisa é poder internar os pacientes.* Essas falas identificam a gritante diferença no acesso público e privado ao atendimento domiciliar a ao leito hospitalar. Enquanto que no SAMU há evidências de que o atendimento é negado independente da indicação para o mesmo [15], o regulador do sistema privado atende não pela indicação técnica, mas pela capacidade de pagamento do plano de saúde. No que diz respeito à internação, a rede privada é mais permeável, internando mesmo quando não há critérios técnicos, como visto anteriormente.

Em quase todas as manifestações, a autonomia gestora está relacionada com a capacidade de controlar as portas do Sistema. Todos acreditam que a regulação é um excelente instrumento para ajudar na superlotação: (...) *se não fossemos nós, a APH estaria mais complicada ainda (...) somos o coração da operação (...) em melhores condições o controle das portas, seria nosso;*

(...) somos capazes de regular a entrada, mas, todos têm que colaborar (...) o problema não é só nosso (...), õos outrosõ (no caso, os outros serviços de saúde) tem que ajudar também.

A atenção primária (AP) e os municípios próximos ao Rio de Janeiro são importantes no controle dessas portas, a AP resolvendo todos os casos de baixa complexidade e, os vizinhos, atendendo as necessidades de saúde de seus cidadãos, evitando desta forma, o deslocamento para as emergências da cidade e o congestionamento desses serviços.

Na categoria, **rede de urgências/emergência**, a estrutura dos serviços no município foi muito criticada por todos: *a saúde como um todo não está organizado no Brasil, (...) quando se trata das emergências, a bagunça é geral; e (í) tentamos fazer tudo certo, mas, no hospital superlotado, não tem maca, não tem especialista, não tem remédio, não tem nada, õprontinho para morrerõ.* Essa fragilidade estrutural não é exclusividade dos serviços públicos: *os serviços privados não ficam atrás, a maioria tem recursos escassos ou não tem; (...) tanto na rede pública quanto na privada a estrutura e a organização são muito ruins (...) a inexistência de leitos, como os de UTI (...) dá angustia em qualquer um.* A mortalidade por conta da escassez de recursos e da superlotação na iniciativa pública vem sendo denunciada pela mídia [16]. A angústia

dos profissionais frente às insuficiências dos serviços é evidenciada claramente pelos MR, que independente das dificuldades, õtentam fazer tudo certoõ. A não conclusão das tarefas, apesar de todo esforço, ou melhor, a sensação do dever não cumprido, gera impotência e descrédito na atividade. A hierarquização e a integração da rede, definidas por documentos ministeriais, [3,4] não incorporaram-se à prática como ilustram as falas seguintes: (...) *dizem que os serviços estão hierarquizados e integrados, infelizmente, não é verdade, um serviço não fala com o outro, aliás, se escondem um do outro; a desarticulação da rede é vista, no dia a dia.* A precariedade da rede produz um isolamento dos serviços, que diante de suas próprias dificuldades, negam as necessidades dos outros serviços, com os quais deveriam estar integrados. Esse cenário tem sido enfrentado com a pessoalidade das relações de conhecimento. Entretanto, quando essas relações inexistem prevalece o confronto: *os conflitos com os colegas é uma constante, cada um procura a sua própria saída que nem sempre é a melhor para o paciente.* A visão de descomprometimento (õescondem um do outroõ, õcada um procura sua própria saídaõ) com os serviços, mesmo sendo multicausal, é reforçada pela estrutura insuficiente. A hierarquização e integração da rede são desafios a serem enfrentados.

Houve referências às Unidades de Pronto Atendimento (UPA), que compõem o componente pré-hospitalar fixo de urgência. A implantação de UPA no município do Rio de Janeiro se destacou no cenário nacional, sendo considerada pela gestão municipal e estadual do Rio de Janeiro uma *solução* para a superlotação nas emergências hospitalares [16]. Os entrevistados foram unânimes em afirmar que apesar de ser um serviço bem estruturado com recursos de ponta, não tem õporta de saídaõ, estando desarticulado do componente pré-hospitalar móvel (SAMU) e da Central de Vagas. *O serviço é bem montadinho, mas, é um gargalo, só tem entrada, saída, não; (...) quando montaram o serviço, achei que iriam nos ajudar, mas, qual o que, ficamos foi num túnel sem saída.* As UPA não são serviços para internação, requerem uma retaguarda hospitalar eficiente, com leitos para alta complexidade (UTI, cirurgias cardíacas e neurológicas, etc.). Além disso, necessitam de um sistema de referência e contra referência atuante para não criar õgargaloõ e õtúnel sem saídaõ. Os profissionais ressaltaram também que (...) *não adianta pedir vagas, pois nunca tem (...) fiquei dias com um paciente jovem muito grave na sala de parada e não tinha nenhuma vaga de UTI na rede.* A õsala de paradaõ citada é a õsala vermelhaõ, para onde se dirigem os pacientes críticos da UPA, com risco de morte iminente. Porém, não é o

espaço próprio para internar o paciente. A situação de impossibilidade manifestada pelo entrevistado como *õnunca temõ é perversa, pois, acomoda. Apesar de tudo, um médico regulador observou: o Estado fez um serviço de boa qualidade, mas a demanda é grande e os recursos finitos. Acredito que não vai durar muito (...) sem saída, é difícil.* Outro médico regulador acrescenta (...) *daqui a pouco vai ficar igual às emergências dos hospitais, sucateada e sem condições de atender a ninguém (...) só entra, saída, só Deus sabe (...) já vimos este filme.* As expressões: *õnão vai durar muitoõ e õigual às emergências dos hospitaisõ* revelam desconfiança na manutenção dos serviços de *õboa qualidadeõ* prometidos pelos formuladores da UPA. A expressão *õjá vimos este filmeõ*, exprime uma sensação de acomodação e de aceitação da realidade. A melhor estrutura física e organizacional da UPA é um diferencial significativo em relação aos outros serviços de emergência/urgência, porém não é suficiente para cumprir o papel de intermediação entre as unidades de saúde e as portas de urgência hospitalares.

A Atenção Pré Hospitalar (APH) Móvel, que inclui o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), assim como os serviços privados, não consegue organizar o fluxo de atendimento satisfatoriamente e encaminhar o paciente ao serviço certo para cada situação, por conta, da ausência de leitos e de outros

recursos inadequados e/ou insuficientes. Como a Central de Regulação de Urgência/Emergência (CRUE) é um elemento do APH móvel, a sua estrutura e organização foram avaliadas conjuntamente. A CRUE funciona recebendo as solicitações de socorro, regulando o atendimento e priorizando as saídas das ambulâncias.

A APH foi avaliada por quase todos como insuficiente, principalmente, quando se trata das unidades móveis (ambulâncias). Estas foram consideradas tanto nos serviços privados quanto no público, em termos numéricos, abaixo do necessário para atender todas as suas demandas. Os veículos da CRUE pública, em particular, estão sucateados. As unidades quebram sistematicamente e não possuem manutenção preventiva, expondo a equipe e os pacientes, a toda sorte de riscos. Nas CRUE privadas, as unidades são melhores. Porém, os recursos humanos (médicos, enfermeiros e condutores) não têm qualquer tipo de treinamento, comprometendo a qualidade do atendimento e expondo as organizações a problemas éticos e legais. Numa das entrevistas o problema da manutenção é evidenciado, (...) *o SAMU está agonizando, as ambulâncias sem manutenção, quase não tem medicamentos e os equipamentos constantemente quebrados (...) na Central matamos um leão por dia (...) na empresa a coisa funciona um pouco melhor.* A expressão *õmatamos um leão por*

diário, revela claramente o esforço que a equipe precisa para vencer as dificuldades diárias. Os problemas de manutenção comprometem a segurança dos pacientes e da própria equipe expondo as instituições a sanções éticas e legais.

A estrutura da CRUE, para grande parte dos entrevistados era mais adequada do ponto de vista dos recursos humanos, do que dos recursos físicos (área física, telefonia, gravação, protocolos clínicos, tecnologia, etc.). Esses elementos fundamentais para um perfeito funcionamento do serviço apresentavam como principal queixa: a manutenção inadequada ou mesmo a falta dela, mais comumente observada na CRUE pública.

Nas CRUE, pública e privadas, (...) *faltam médicos para regular, leitos de UTI, (...) não existe comunicação entre os serviços*. A ausência de médicos é crônica em quase todos os serviços de emergência, embora a cidade tenha a maior concentração destes profissionais em todo país. A carência desses profissionais é potencializada pela ausência do profissional de emergência no Brasil.

A candente queixa de falta de leitos é um fato enfrentado diariamente por esses reguladores. Apesar da indisponibilidade de leitos afetar igualmente os sistemas público e privado, no último, os leitos estão ocupados por pacientes menos graves (carência relativa), enquanto

que no sistema público a carência é absoluta. Observa-se também a desarticulação com as outras Centrais de Regulação que deveriam estar interligadas, compondo o Complexo Regulador (internação, consultas e exames, etc) [4].

A capacitação técnica para todos os profissionais envolvidos na regulação e atendimento pré-hospitalar foi defendida como prioritária para a organização dos serviços, público e privados. Os entrevistados identificaram algumas situações que demonstram a limitação dos profissionais, como se segue: (...) *alguns médicos na APH não conhecem os equipamentos (...) a maioria dos reguladores não são treinados (...) Os condutores não conhecem a cidade, nem todos os carros tem GPS*. Treinamento, capacitação, educação continuada demandam tempo e nem sempre as equipes têm essa disponibilidade já que, em geral, trabalham em vários plantões, muitas vezes saindo de um para o outro.

Alguns Médicos Reguladores relataram que (...) *os médicos, tanto os reguladores quanto os da rua (intervencionistas) não são capacitados/treinados, aprendem fazendo*. A frase *aprendem fazendo* não se relaciona com o ensino analítico e capacitador. Tampouco determina aliar o saber teórico com o saber fazer. Estas formas de aprendizado requerem supervisão.

Simplesmente ãfazerõ sem conhecer pode provocar danos irreversíveis ao paciente, sujeitando a todos (profissionais e instituições) às sanções legais e éticas.

O **Sistema de saúde** foi discutido do ponto de vista organizacional e estrutural. A estrutura em geral foi vista por todos, como mais adequada apenas em serviços de alta complexidade.

Além da falta de leitos a situação das emergências hospitalares é desastrosa. A falta de equipamentos e medicamentos básicos nas salas de emergência sempre lotadas, somada à inexistência de treinamento das equipes hospitalares, piora o quadro destes serviços. O controle do transporte e dos leitos de observação e de internação é precário, comprometendo a agilidade que o serviço requer.

As percepções foram muito negativas: (...) *o SUS está na UTI há muito tempo (...) as unidades em todo o país estão sucateadas, eu já trabalhei no norte e no nordeste, voltei correndo. Aqui tá um pouco melhor, as leis são mais cumpridas, lá não tem nem lei (...).* O norte e o nordeste do Brasil são as regiões com os piores IDH e por isso as mais carentes em termos de serviços de saúde em geral, em particular nos setores das urgências e emergências. Os recursos de ponta são escassos e a migração para o sudeste ainda é uma realidade.

O arcabouço legal para o atendimento às urgências foi reconhecido como fragilizado: *Aqui sabemos das leis, mas elas não se aplicam (...) o conceito ãvaga zeroõ, é um exemplo claro disso. Os colegas que recebem os pacientes no hospital não sabem nem o que é, e recusam os pacientes em estado crítico (...).*

O conceito ãvaga zeroõ é uma prerrogativa proposta na Portaria 2048 [3], que prevê que a instituição hospitalar ao receber o paciente não poderá recusá-lo alegando falta de vaga. Na prática isto não acontece, as ambulâncias ficam de porta em porta tentando deixar o paciente, os conflitos são inevitáveis e as grandes vítimas acabam sendo os doentes e seus familiares.

A organização é um problema de todo o Sistema, os níveis de complexidade da atenção ainda não estão bem definidos, logo, não se consegue prioridades de portas de entrada ou a integralidade do acesso. *A desorganização é geral, todos os níveis de atenção estão deficientes, ninguém sabe da sua responsabilidade (...) um reclama do outro, tudo acaba sendo de responsabilidade da urgência (í) não temos prioridades.*

Apesar de considerarem o SUS uma conquista, os entrevistados demonstraram preocupação por conta do seu desgaste e da sua substituição por um modelo privado. (...) *pensamos na Reforma da Saúde como um*

bem social e acabamos nas mãos do mercado, é um retrocesso; (...) o modelo público universal está se esgotando e o modelo segmentado está ocupando este espaço. A preocupação com o crescimento da saúde suplementar (saúde privada) substituindo a saúde pública conquistada pela Reforma Sanitária é claramente percebida: Os pobres herdaram o SUS, não como um direito, mas como a única opção possível para a sua saúde.

A abordagem do financiamento complementa o conflito anterior entre o público e o privado: [...] o SUS investe somente 3,5% do PIB em saúde, é muito pouco se comparado a outros países que investem o dobro. De fato, o SUS investe muito pouco em saúde se comparado a outros países. Há pouco tempo, a WHO [17] divulgou relatório anual com dados sobre a saúde no mundo, entre eles, os investimentos no setor por país. Entre as 192 nações avaliadas, o Brasil ocupava a 151ª posição.

Um entrevistado defendeu que o SUS, apesar de investir menos, é quem sustenta o sistema privado, principalmente nos procedimentos de alto custo. Esta percepção está correta, pois, o sistema público, constitucionalmente, pode comprar do privado aquele serviço que não tiver condições de atender provisoriamente a população, porém, tem acontecido uma inversão dessa lógica legal com frequência. A Confederação Nacional de

Saúde* que representa todos os estabelecimentos de serviços de saúde no país afirma que hoje, 95% dos procedimentos especializados de alto custo do SUS são comprados do setor privado. Outra opinião relacionava o problema do financiamento à forma de pagamento: (...) para mim, o problema do financiamento é político (í) eles pagam por produção, isso dá oportunidade a ôfalcatruasö. Estas ôfalcatruasö, relacionam-se aos desvios de verbas praticadas, outras práticas indevidas seriam a produção de exames desnecessários, profissionais que não cumprem a carga horária contratada, etc.

Também foram abordadas as expectativas de **melhorias na atenção de urgências/emergências**, tanto no que diz respeito aos serviços de saúde quanto ao trabalho do médico regulador.

A reestruturação da rede por níveis de complexidade, a organização da atenção primária e os investimentos em prevenção e promoção de saúde, foram citadas para a melhoria dos serviços em geral. A prevenção e a promoção da saúde são de fato prioridades e vêm sendo largamente discutidas no Brasil.

Novamente, a capacitação de todos os profissionais e a educação continuada foram apontadas como forma de qualificar as

* Site da Confederação Nacional de Saúde ó Disponível em <http://www.cns.org.br/#inicio>

práticas de atenção à população: *Temos que capacitar a todos, já! A APH é uma atividade recente temos que participar mais dos encontros científicos internacionais e nacionais, trocar experiências.*

Também foram abordadas ações de esclarecimentos à população sobre as emergências/urgências: (...) *esclarecimentos à população sobre as emergências e urgências seria uma boa prática na busca da melhoria dos serviços (...) também palestras nas escolas, cursos (...) quem sabe, a educação da população pudesse ajudar a conter a superlotação (...) porque não podemos ter o Dia Nacional das Emergências?* A realização de palestras, cursos, já acontece de forma tímida em algumas empresas, porém são eventos pontuais, insuficientes ainda para promover qualquer mudança. A possibilidade da educação da população poder conter a superlotação nas portas de emergência, como fato isolado, não foi capaz de obter resultados satisfatórios [18].

A implementação de um processo de avaliação de desempenho dos profissionais e da instituição, visando a qualidade do atendimento, deveria ser uma prática comum. (...) *o treinamento e capacitação são importantes, mas, a avaliação dos profissionais é ainda mais importante; (...) treinamento e capacitação previstos na legislação são importantes para uma APH de*

qualidade, porém, deve ser avaliada permanentemente. É necessário o monitoramento sistemático e contínuo da atuação individual do servidor e institucional das entidades de lotação dos profissionais, tendo como referência as metas globais e intermediárias dessas unidades.

Apesar das expectativas dos entrevistados tratarem de temas importantes com a qualificação profissional e a avaliação de desempenho, sua capacidade propositiva foi considerada discreta.

Conclusões

O estudo teve como objetivo avaliar o gerenciamento das urgências/emergências pela CRUE, na figura dos médicos reguladores que atuam no serviço público e privado, no município do Rio de Janeiro, através da apreciação de documentos e de entrevistas sujeitas a análise de conteúdo. Todos concordaram que existem obstáculos para um melhor exercício da função de MR e apontaram basicamente as seguintes causas:

1 - Pouca ou nenhuma autonomia do MR na decisão de necessidades/prioridades. Este papel na esfera pública é quase sempre exercido pelo poder político local. Na privada, está condicionado a políticas de relacionamento dos planos de saúde com a rede de saúde conveniada; 2 - A desorganização da rede de saúde,

principalmente da AP, que não cumpre com o seu papel de atender aos casos de menor complexidade e a falta crônica de leitos de UTI; 3 - Ausência de processos de trabalhos claros e bem definidos e 4 - A falta de capacitação das equipes e de recursos físicos (unidades móveis, equipamentos, etc.).

Apesar das percepções de qualidade da atenção, ofertada (CRUE) e recebida (clientes), serem consideradas por grande parte dos MR, satisfatórias, todos concordaram que existe ainda grande desigualdade no acesso, ineficiência na gestão e fragilidade organizacional dos serviços de saúde, em particular, os de urgências/emergências, comprometendo a lotação nas emergências hospitalares. Esta contradição pode ser justificada, por um lado, pelo comprometimento dos profissionais das emergências em dar o melhor possível frente às piores adversidades e por outro, talvez pela situação de emergência, maior expressão da fragilidade de um ser humano. Neste momento, tudo que é possível fazer é recebido de bom grado, e mesmo que os meios não sejam os mais adequados, o atendimento é percebido como bom.

No Rio de Janeiro, a regulação médica, na prática, não conseguiu cumprir totalmente com o seu papel gestor das demandas de saúde. A falta de estrutura na rede de saúde, em geral, contribui para uma atenção de

urgências/emergências fragmentada, frágil e desigual. Neste cenário, o médico regulador pode ter dificuldade em exercer as suas atribuições.

O Rio de Janeiro, não representa as urgências/emergências no restante do país que por suas dimensões continentais, tem características regionais distintas, com necessidades e realidades próprias. Apesar desse estudo não permitir generalizações, ele permitiu a identificação das fragilidades organizacionais do sistema de saúde (público e privado), principalmente dos serviços de urgência e emergência e o seu impacto negativo no exercício da regulação médica no município.

As restrições da função do médico regulador frente às dificuldades encontradas, compromete o desenvolvimento das políticas [3] implementadas para a organização dos serviços de urgência e afirmação do SUS, como um Sistema de todos e para todos. Apesar de todas as mazelas, os médicos vêm, bem ou mal, utilizando dessas políticas como forma de resolver os problemas e encontrar soluções para a melhoria da assistência.

A análise dos resultados mostrou a extensão do problema e sinalizou algumas possibilidades, dentre outras, a capacitação dos profissionais, como um instrumento de reduzir as dificuldades em regular as urgências, principalmente no que se relaciona

com a autonomia médica, elemento fundamental para a tomada de decisões. Porém outros aspectos relevantes, como as insuficiências da rede hospitalar, determinadas pela falta crônica de leitos de UTI, a superlotação nos setores de emergência hospitalar, por si só, desautorizam qualquer autonomia.

A regulação médica tem como objetivo principal organizar as portas de entrada hospitalares, de forma mais fácil e justa. Porém, é necessário mais estudos para entender a complexidade dessa atividade recente, seus desdobramentos éticos e legais e as diferentes experiências em outras CRUE brasileiras.

Bibliografia

- 1 - Giroud M . La régulation médicale. La Revue des SAMU. 2006; 1: 6-13.
- 2 ó Russell L, Gary D, Fitzgerald G, Oldenburg B. Quality improvement and paramedic care: What does the literature reveal for pre-hospital emergency care in Australia? International Journal of Health Care Quality Assurance. 2007; 20 (5): 405 ó 415.
- 3 ó Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.048 de novembro de 2002. Dispõe sobre a Organização dos serviços de urgência/emergência. Diário Oficial da União, Brasília, 05 de nov. 2002.
- 4 - Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção às urgências. 3ª ed. Brasília; 2006.
- 5 - Nunes R. Regulação de Saúde. 2ª ed. Porto: Vida Econômica; 2009.
- 6 ó Lumer S, Rodrigues PHA. O papel da saúde da família na atenção às urgências. Revista de APS: Atenção Primária a Saúde. 2011 jul/set; 14 (3): 289 ó 295.
- 7 - O'Dwyer GO, Oliveira SP, Seta MH. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do QualiSUS. Ciência e saúde coletiva. 2009; 14(5): 1881-1890.
- 8 - Bittencourt RJ, Hortale VA. Intervenções para

solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. Cadernos de Saúde Pública. 2009; 25 (7): 1439-1454.

9 ó Lovalho AF Administração de serviços de saúde em urgências e emergências. O mundo da saúde. 2004; 28(2): 160-171.

10 ó Selznick P. Focusing organizational research on regulation . In: R. Noll, (Ed). Regulatory Policy and the Social Sciences. University of California Press: 1985. p. 363 ó 4.

11 - Seltiz C, Wrightsman LS, Cook, S, Stuart W. Métodos de pesquisa nas relações sociais (M.M. H., Oliveira, Trad.). São Paulo: EPU. 1987. Obra original publicada em 1972.

12 ó Krueger RA. A focus group: a practical guide for applied research. Newbury Park, CA: Sage Publications; 1988.

13 - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brasil). Censo Demográfico de 2010. Primeiros resultados - População e Domicílios recenseados [Internet]. 2010 [citado em 25 de jan. de 2011]. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/impressa/pdf>.

14 ó Bardin L. Análise de Conteúdo. 3ª ed. Lisboa: Edições 70; 2004.

15 - O'Dwyer G, Mattos RA. O cuidado integral e a atenção às urgências: o Serviço de Atendimento Móvel de Urgências no Estado do Rio de Janeiro. Saúde e Sociedade. 2013; 22 (1): 197-208.

16 ó SUS só é bom para 2% dos brasileiros, diz Ministério. Jornal O Globo. 2012, 02 de mar. de 2012; p.1.

17 - World Health Organization. The world health report 2010. Health systems financing: the path to universal coverage [Internet]. 2010 [citado em 22 de jan. de 2012]. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2010/en/index.html>.

18 ó DeSallvo A, Rest BS, Knight T, Nettleman M, Freer S. Patient education and emergency room visits. British Journal of Clinical Governance. 2000; 5 (1): 35-7.

Recebido: 30.01.2017

Revisado: 30.01.2017

Aprovado: 08.02.2017