

# Atenção às urgências no município de Anápolis: uma análise da sua implementação

## Emergency assistance in the city of Anápolis, state of Goiás: an analysis of its implementation

Dayse Vieira Santos Barbosa, Carla Guimarães Alves, Gustavo Rodrigues Balduino\*, Alice Leite Mesquita, Guilherme Leite Mesquita, Miriã Moreira Cardoso Severino.

Centro Universitário de Anápolis- UniEVANGÉLICA, Anápolis- GO - Brasil.

### Resumo

**Objetivo:** Analisar evolução do processo de implementação da política nacional de atenção às urgências no município de Anápolis, à luz da Portaria MS/GM nº 1600/2011, que a regulamenta. **Métodos:** Pesquisa aplicada, exploratória, descritiva, com abordagem metodológica qualitativa, estruturada a partir de fontes de informação primárias e secundárias. **Resultados:** Verificam-se avanços na implementação da política, instituída em Rede de Atenção às Urgências, no que concerne a: expansão do componente pré-hospitalar fixo da Atenção Básica em Saúde (aumento da cobertura da Estratégia Saúde da Família para 54,88%); estruturação do componente pré-hospitalar móvel (Serviço de Atendimento Móvel de Urgências SAMU-192); estruturação do componente Unidade de Pronto-Atendimento (UPA-24h) com Sala de Estabilização; orientação dos fluxos assistenciais, baseada na classificação de risco; e implantação do aplicativo Sistema de Regulação. Entretanto, observam-se: necessidade de adequação nos serviços da Atenção Básica, visando à sua responsabilização pelo primeiro atendimento às urgências de menor gravidade; redução (53,3%) da quantidade de leitos no componente hospitalar, com dificuldade na garantia do acesso aos leitos da rede de urgências; e ausência dos componentes Serviço de Atenção Domiciliar e Força Nacional de Saúde do Sistema Único de Saúde. **Conclusões:** Constituem-se em desafios a serem superados: reestruturação dos serviços da Atenção Básica aos moldes da política, para maior resolutividade às urgências; adequações na gestão dos leitos hospitalares; instalação de Salas de Estabilização no conjunto de serviços de urgência 24 horas não hospitalares; implementação do Serviço de Atenção Domiciliar; e prática da contrarreferência entre os diferentes pontos de atenção da rede de urgências.

### Palavras-chave:

Rede de atenção às urgências. Serviços médicos de emergência. Política de saúde. Sistema Único de Saúde.

### Abstract

**Objective:** The study intends to analyze the implementation of the national emergency care policy in the municipality of Anápolis, in light of Administrative Regulation MS/GM nº1600/2011. **Methods:** The study has an applied, exploratory, descriptive, qualitative-quantitative approach whose structure stems from primary and secondary sources of information. **Results:** Progress has been made in the implementation in Anápolis of the national policy – established as a Network of Emergency Assistance – in the following aspects: expansion of the fixed prehospital component of the Primary Health Care (increase in coverage of the Family Health Strategy to 54,88%); structuring of the prehospital mobile component SAMU-192; implementation of the 24-hour Immediate Assistance Unity component (UPA-24h), with Stabilization Room; orientation of care flows based on risk classification; and implementation of the application System of Regulation. However, Primary Care services need improvement in order to becoming first care providers in minor urgencies. It is noteworthy that there was a reduction of 53,3% of the amount of beds at the hospital component, thereby hampering access to part of the emergency network. Furthermore, the Home Care Service component has not been implemented. **Conclusions:** There are still steps to take towards implementation of the national policy at the Anápolis municipality level: restructure of Primary Care services so they will effectively respond to urgencies; improvement of the management of emergency hospital beds; setting Stabilization Rooms in all non-hospital 24-hour Urgency Services; and creation of Home Care Service; and the practice of counter-reference between the points of attention of the emergency network.

### Keyword:

Network of attention to emergencies. Emergency medical services. Health policy. Unified Health System.

### \*Correspondência para/ Correspondence to:

Gustavo Rodrigues Balduino: [gustavo0602balduino@gmail.com](mailto:gustavo0602balduino@gmail.com)

Recebido em: 03/05/2019. Aprovado em: 24/06/2019

Revista Educação em Saúde 2019; 7 (1): 74 - 80

## INTRODUÇÃO

Os indicadores de saúde do Brasil demonstram a importância do setor de urgência no contexto epidemiológico de alta morbimortalidade relacionada aos acidentes, violência e agudização de condições crônicas. Alguns municípios, sobretudo aqueles em franca expansão econômica e de considerável contingente populacional, destacam-se neste cenário.<sup>1</sup>

A atenção às urgências, ao longo da existência do Sistema Único de Saúde (SUS), demonstrou-se centrada nos hospitais, com fluxo de usuários determinado pela procura espontânea, resultando em superlotação das salas de urgência e, conseqüentemente, baixa qualidade da assistência prestada.<sup>2</sup> Tal evidência tornou imprescindível o planejamento de ações efetivas direcionadas à organização da área de urgência e emergência na assistência à saúde, o que culminou na formulação da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) e na instituição da Rede de Atenção às Urgências (RAU) que integra serviços e ações em diferentes níveis de complexidade.<sup>3</sup> A implementação das redes de atenção à saúde é capaz de melhorar os indicadores de saúde, refletindo em maior satisfação dos usuários e na redução dos custos ao sistema público de saúde.<sup>4</sup>

Considerando a importância da atenção às urgências no âmbito do SUS, são necessários estudos que avaliem a implementação da PNAU na dimensão das diretrizes/organização e componentes dos sistemas que conformam a RAU, tendo em vista o impacto desta política no atendimento aos cidadãos em situações de urgência. A crescente demanda por estes serviços evoca a necessidade de uma gestão que preze pelos princípios e diretrizes preconizados na PNAU, conforme verificado em trabalhos anteriores.<sup>3,5</sup>

O objetivo do estudo é analisar a evolução do processo de implementação da PNAU no município de Anápolis (terceira maior população no Estado de Goiás), à luz da Portaria MS/GM nº 1600/2011, segundo os critérios de

diretrizes/organização e componentes que integram a sua RAU.

## METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa aplicada, exploratória e descritiva, com abordagem metodológica quali-quantitativa, estruturada a partir de fontes de informação primárias (entrevistas a informantes-chave envolvidos na atenção às urgências de Anápolis) e secundárias (portarias que regulamentam a PNAU e a Política Nacional de Regulação do SUS; e dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Ministério da Saúde (MS), Departamento de Atenção Básica (DAB), Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e disponíveis no sítio do Departamento de Informações do SUS (DATASUS)).

Foram 10 os participantes da pesquisa: diretor da Atenção Básica (AB) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Anápolis (1); médicos de família e comunidade (4), atuando em equipes de Saúde da Família (eSF) – Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Bairro de Lourdes, Anexo Itamaraty e Alexandrina; diretor do Hospital Municipal Jamel Cecílio (HMJC) (1); diretor da Unidade de Pronto Atendimento 24h (UPA) (1); coordenador do Complexo Regulador de Anápolis (CrgA) (1); coordenador da Central de Regulação das Urgências SAMU 192 (1); coordenador dos sistemas de informação em saúde da SMS (1).

Os dados coletados foram organizados de acordo com o objetivo proposto no estudo e dispostos em discurso direto ou indireto, focalizando o processo de implementação da política de atenção às urgências no município.

Este trabalho seguiu normas da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Anápolis–UniEVANGÉLICA sob parecer de nº

2.010.354, integrando projeto no Programa de Bolsa de Iniciação Científica (PBIC) 2016/2017.

## RESULTADOS

### Caracterização do Município

Segundo o IBGE6, no ano de 2016, Anápolis apresentou uma população estimada em 370.875 habitantes, sendo terceira maior população do estado de Goiás. Caracteriza-se por ser um dos municípios mais desenvolvidos do Centro-oeste brasileiro, compondo o chamado eixo Goiânia-Anápolis-Brasília, e tem sua economia voltada para a indústria de transformação, medicamentos, comércio atacadista e indústria automobilística.7

Neste cenário de franca expansão econômica e de considerável contingente populacional, a cidade de Anápolis tem apresentado elevada demanda por serviços de saúde e de urgência. Atualmente o município é sede da Região de Saúde Pireneus, que conta com mais nove municípios.

### Análise da Implementação da PNAU

Observa-se no município de Anápolis a conformação em rede loco-regional dos serviços de atenção às urgências, formada pelos seguintes componentes: 1- Atenção Básica (AB) em Saúde; 2- Serviços de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; 3- Sala de Estabilização; 4- Unidade de Pronto-Atendimento (UPA 24 horas) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; e 5- Hospitalar.

Entre os processos relatados, que se reportam às diretrizes/organização da RAU, destacam-se:

a) Expansão do componente da AB em Saúde.

A AB do município dispõe de 45 UBS, das quais 9 UBS sem eSF e 36 UBS com eSF. Segundo informações dos gestores, as eSF são em número de 59. Houve ampliação da cobertura populacional para 54,88%, o que revela a existência de vazios assistenciais neste nível de atenção.8

Médicos das UBS com eSF referiram que os casos de urgência mais frequentes incluem quadros de abdome agudo, dor torácica, urgências obstétricas, crises hipertensivas e crise asmática. Entretanto, a indisponibilidade de espaço físico adequado para atendimento e a insuficiência de insumos fazem com que pacientes com quadros agudos de qualquer gravidade sejam rotineiramente encaminhados à porta pré-hospitalar de urgência mais próxima da unidade. Dessa forma, a AB presta-se ao acolhimento e encaminhamento do paciente.

b) Estruturação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação (CR) Médica das Urgências.

O SAMU 192 Regional Anápolis iniciou suas operações no ano de 2005. Além da Região Pireneus, abrange os municípios de Mimoso de Goiás e Padre Bernardo, e possui bases descentralizadas, habilitadas entre os anos 2011-2016.

Segundo gestor, o SAMU é responsável pela regulação do atendimento pré-hospitalar de urgência, conduzindo o paciente para uma unidade pré-hospitalar de urgência ou hospitalar.

c) Expansão do componente pré-hospitalar fixo, entre 2010-2014, com estruturação da Unidade de Pronto-Atendimento (UPA III) Dr Alair Mafra UPA e dois Centros de Assistência Integral à Saúde (CAIS): Abadia Lopes da Fonseca e Progresso.

A UPA Anápolis presta atendimento à demanda espontânea e referenciada dos CAIS e SAMU. Segundo informa o gestor,

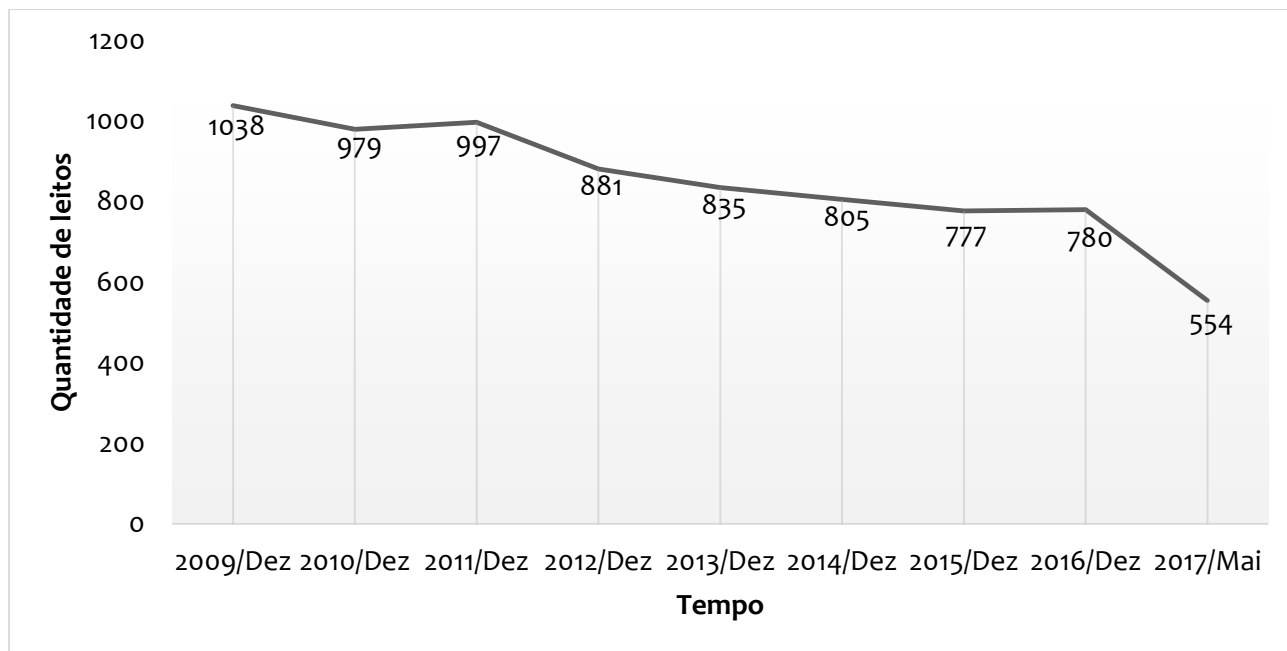
“A média de atendimentos na UPA é de aproximadamente 450 pacientes em 24h, sendo que, deste número, apenas 20% são atendimentos de urgência enquanto 80% são pacientes que deveriam ser atendidos pelas UBS e pelos CAIS.”

A estruturação das unidades pré-hospitalares fixas de urgência, especialmente da UPA, desafogou o fluxo de urgências para o HMJC que, anteriormente, era o único ponto de atenção da rede que acolhia demanda espontânea de urgência/emergência. Apesar disso, a ampliação da rede pré-hospitalar fixa não foi acompanhada da expansão dos serviços prestados pelo componente hospitalar, o que tem feito com que a UPA seja sobrecarregada

com urgências que fogem ao seu escopo de atendimento.

d) Redução de 53,3% da quantidade de leitos hospitalares SUS9, de 1.038 leitos em dezembro de 2009, para 554 leitos em maio de 2017 (Figura 1)

Figura 1: Quantidade de leitos de internação SUS em Anápolis (2009-2017)



Fonte: SCNES, 2017.<sup>9</sup>

Um membro diretor participante menciona grande demanda por leitos de internação na rede que, mesmo contando com o suporte das unidades filantrópicas e privadas, não está sendo capaz de assistir toda população da região. Atualmente o atendimento às urgências do SUS concentra-se em duas unidades hospitalares públicas: HMJC e Hospital de Urgências Dr. Henrique Santillo (HUANA).

e) Ausência de salas de estabilização dos agravos críticos à saúde no conjunto de serviços de urgência não hospitalares 24h (CAIS Abadia Lopes e Progresso).

Conforme relata gestor: “Não há aparelhos de ventilação mecânica nos CAIS;

quando necessário, o paciente é intubado e encaminhado para a UPA”.

f) Acolhimento/orientação dos fluxos assistenciais, baseados em classificação de risco, em todas as portas de urgência.

Médicos entrevistados nas UBS com eSF referiram que casos de urgência mais frequentes incluem quadros de abdome agudo, dor torácica, urgências obstétricas, crises hipertensivas e crise asmática, atendidos conforme adaptação do protocolo de Manchester para classificação de risco dos pacientes.

g) Limitação dos fluxos de referência e contrarreferência de pacientes entre os diversos pontos de atenção da RAU.

“[...] apesar de o paciente em urgência não ser atendido na UBSF de rotina, nós acolhemos e referenciamos para uma unidade com pronto atendimento, UPA ou CAIS, e pode ser que depois de estabilizado e tratado nesses locais, esse paciente necessite de um tratamento clínico que pode ser prestado pela equipe da nossa UBSF. A falta de contrarreferência dificulta o conhecimento sobre o agravamento que ocorreu [...] e esse conhecimento é fundamental para definirmos nossa conduta clínica. Nós até fazemos a referência, mas nunca recebemos contrarreferência.”

h) Ausência de estruturação do componente Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) integrado à RAU.

Quando perguntado sobre a organização e funcionamento do SAD, o gestor informa que o município de Anápolis ainda não conta com esse componente em sua rede de urgências.

i) Regulação articulada entre os componentes da rede, pela implantação do aplicativo SisREG, padronizado pelo DATASUS/MS, com módulos ambulatorial (regulação de consultas especializadas e exames) e hospitalar (regulação dos leitos hospitalares do SUS), no ano de 2012.

Quanto aos processos de trabalho no Complexo Regulador de Anápolis, a adesão ao SisREG não garante ao município a efetiva integração dos processos autorizativos das centrais de regulação das urgências (SAMU 192), de internações (leitos) e de consultas especializadas, conforme relato:

“Hoje nós não temos a grade de leitos de Anápolis na nossa mão, apesar do leito ser nosso, ser SUS. Ainda está muito na mão do prestador de serviço, mas a ideia agora é sentarmos e pegar esse serviço para que a central de leitos, de fato, faça as autorizações dos leitos.”

A CI responde pela regulação dos leitos hospitalares da rede própria e contratualizada, contudo foram relatadas dificuldades na

garantia do acesso aos leitos na rede privada. Barbosa<sup>3</sup> evidenciou situação semelhante em estudo realizado na capital goiana.

j) Ausência do componente Força Nacional de Saúde do SUS, visando à assistência em situações de risco ou emergenciais para populações com vulnerabilidades específicas, preconizada na PNAU.

## DISCUSSÃO

A análise dos dados evidencia a conformação em rede loco-regional dos serviços de atenção às urgências no município de Anápolis e a evolução da implementação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) com suas respectivas falhas.

A PNAB e a PNAU estabelecem que unidades de atenção básica sejam principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde e realizem o acolhimento, classificação de risco e avaliação de vulnerabilidades, considerando-se a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências/emergências.<sup>10,11</sup>

A baixa resolutividade da AB aos casos de urgência e emergência menores pode estar relacionada ao desconhecimento das atribuições e à falta de capacitação dos seus profissionais. Em consonância com estes achados, a pesquisa de Rocha et al<sup>12</sup> relaciona o desconhecimento dos papéis atribuídos a AB no atendimento às urgências à falta de capacitação desses profissionais, resultando insuficiente articulação entre UBS e SAMU.

No que diz respeito ao componente pré-hospitalar fixo, mesmo diante da expansão observada, nota-se uma sobrecarga do serviço, principalmente por urgências pequenas ou com pacientes em espera por leitos hospitalares. Quadro semelhante verificado em outras regiões do país, conforme estudos anteriores.<sup>4,5</sup>

Percebe-se, então, que mesmo a presença de um sistema articulado, que utiliza métodos de classificação de risco, apresenta algum nível de desarticulação entre os serviços

que compõem a RAU, o que por sua vez, contraria a definição estabelecida pela Portaria MS/GM no 1.600, onde a conformação em rede corresponde ao arranjo organizativo de serviços e estabelecimentos de saúde, considerados pontos de atenção, articulados e integrados com os sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão.<sup>11</sup>

## CONCLUSÃO

Conclui-se, pelo exposto, que há avanços na evolução do processo de implementação da PNAU no município de Anápolis, sendo seus desafios: a reestruturação dos serviços da AB aos moldes da política, para prestação do primeiro atendimento de urgência pelas UBS; instalação de Salas de Estabilização no conjunto de serviços de urgência 24 horas não hospitalares; escoamento da demanda reprimida de pacientes em unidades do componente pré-hospitalar fixo (em especial a UPA); adequações na gestão dos leitos hospitalares de urgências; implementação do SAD; e prática da contrarreferência como resposta à referência dentro do sistema de saúde, visando ao provimento da atenção integral e do acesso equânime dos usuários sob agravos urgentes.

## DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram a inexistência de conflito de interesses.

## FONTE FINANCIADORA

Pesquisa patrocinada pelo Programa de Bolsa de Iniciação Científica (PIBIC)-FUNADESP.

**Forma de citar este artigo:** Barbosa DVS, Alves CG, Balduino GR, Mesquita AL, Mesquita GL, Severino MMC. Atenção às urgências no município de Anápolis: uma análise da sua implementação. Rev. Educ. Saúde 2019; 7 (2): 72-78.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do

SUS. Morbidade Hospitalar do SUS por local de internação em Goiás. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/def-tohtm.exe?sih/cnv/nigo.def>. Acesso em 17.08.2017.

2. Santos JS, Scarpelini S, Brasileiro SLL, Ferras CA, L V Dallora ME, Silva Sá MF. Avaliação do modelo de organização da unidade de emergência do HCFMRP-USP adotando como referências as políticas nacionais de atenção. Med (Ribeirão Preto). 2003; 36(2): 398–515. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/29420/31280>. Acesso em 23.08.2017.
3. Barbosa DVS. (Dissertação). Regulação médica do fluxo das urgências: análise do complexo regulador de Goiânia. Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA, Anápolis. 2012
4. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2010; 15, 2297-2305. Disponível em: [https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232010000500005&script=sci\\_artt\\_ext](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232010000500005&script=sci_artt_ext). Acesso em 17.06.2019
5. Machado CV, Salvador FGF, O'Dwyer G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. Revista de Saúde Pública. 2011; 45, 519-528. Disponível em: [https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-89102011000300010&script=sci\\_artt\\_ext&lng=pt](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-89102011000300010&script=sci_artt_ext&lng=pt). Acesso em 17.06.2019
6. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. <http://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/go/anapolis/panorama>. Acesso em 23.08.2017.
7. Prefeitura de Anápolis. Economia. <http://www.anapolis.go.gov.br/porta/anapolis/economia/>. Acesso em 23.08.2017.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. E-

- Gestor Atenção Básica. <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em 25.08.2017.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Recursos físicos hospitalares - leitos de internação em Anápolis, Goiás. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?cnes/cnv/leiintgo.def>. Acesso em 25.08.2017.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N° 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF; 2017.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM no 1.600, de 07 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF; 2011.
12. Rocha RLP, Veloso ISC, Alvez M. Relações entre profissionais de uma unidade básica de saúde e do sistema de atendimento móvel de urgência. Rev med Minas Gerais 2009; 19(4): 317-24. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/440> . Acesso em 23.08.2017.