



CONSTRUÇÃO LEGAL DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NO BRASIL

Kywal Roginey Mesquita Souza¹

Raimundo Augusto Martins Torres²

EIXO 2: SABERES E PRÁTICAS DE ENFERMAGEM: ENCONTRO NOS TERRITÓRIOS

XXIII ENFERMAIO
TECNOLOGIAS, INOVAÇÕES E OS DESAFIOS DA
ENFERMAGEM NO SÉCULO XXI

RESUMO

Estudo descritivo do estabelecimento da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), constituído com base na leitura crítica de artigos e das principais portarias do Ministério da Saúde que construíram toda a rede de urgência e emergência no país.

Palavras-chave: Política Nacional; Urgências e Emergências; Portarias do Ministério da Saúde.

INTRODUÇÃO

As demandas sobre serviços de urgência e emergência têm aumentado no mundo devido às diversas mudanças demográficas, epidemiológicas e sociais. Neste contexto localizamos a predominância de dois modelos: o francês e o americano. O francês tem foco no início precoce da terapêutica, essencial em emergências clínicas, levando a uma demora no deslocamento para a unidade hospitalar definitiva para a continuidade do tratamento, o que pode não ser positivo quando o atendimento envolve traumas. Já o modelo americano propõe uma remoção rápida do cliente do local do atendimento para o hospital de referência, pois neste modelo os profissionais envolvidos são técnicos em emergências médicas e paramédicos (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011, p. 520).

1. Acadêmico de Enfermagem – Universidade Estadual do Ceará (UECE)

2. Doutor em Educação pela UFC, mestre em Enfermagem pela UFC. Professor da graduação e pós-graduação em Enfermagem da UECE.

kywal.mesquita@aluno.uece.br

No Brasil as utilizações dos prontos-socorros de forma inadequada contribuíram para uma precarização do serviço de emergências, bem como as mudanças epidemiológicas na densidade demográfica do país, com o envelhecimento populacional, o inchamento dos grandes centros urbanos e da ausência de uma rede de serviços especializados nesta área nas pequenas cidades do Brasil, além do aumento do número de acidentes e da violência urbana. Este cenário fez surgir a necessidade de se criar uma política que pudesse organizar o atendimento de urgências e emergências entre os anos de 1998 e 2002 quando foram emitidas as primeiras normas pontuais para a implantação dos sistemas estaduais para atendimento de urgência e as publicações das primeiras portarias voltadas para o atendimento pré-hospitalar móvel, ainda que não existisse uma política nacional naquela época. No entanto, foi através de debates sobre experiências internacionais, de municípios brasileiros e dos Corpos de Bombeiros no atendimento de urgências, contando com a formulação de alternativas para a área por conselhos profissionais, como os de Medicina e Enfermagem.

Em 29 de setembro de 2003 através da portaria 1.863 é instituída a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), norteadas nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Um importante ator na formulação desta política foi a Rede Brasileira de Cooperação em Emergência (RBCE), que tem sua origem na década de noventa a partir do interesse de médicos que atuavam na área de urgência uma representação organizada de profissionais deste setor, que hoje engloba outros agentes de saúde na reflexão da atuação em urgências (O'DWYER, 2010, p. 2397). A RBCE atuou como um corpo técnico e proponente na elaboração da PNAU. A portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002, foi a principal precursora para o estabelecimento da PNAU, contendo todos os elementos que foram desenvolvidos nas portarias seguintes. Entre eles, a integração dos níveis assistência na atenção às urgências, a regulação médica, a capacitação pelos Núcleos de Educação em Urgência (NEU) e a regionalização através da portaria nº 814, de junho de 2001 do Ministério da Saúde. Contudo, o passo seguinte ocorreu por meio da Portaria nº 1.864, de 29 de setembro de 2003 que instituiu o componente pré-hospitalar móvel da PNAU, como primeira medida desta política. Já o Decreto 5.055 de 27 de abril de 2004, instituiu o SAMU (Serviço de Atendimento

Móvel de Urgência) em municípios e regiões do território nacional e estabeleceu o processo de adesão para este tipo de serviço.

É interessante destacar que na década de noventa os militares dos Corpos de Bombeiros Militar já atuavam no atendimento pré-hospitalar móvel com base no modelo americano, todavia não houve comunicação e integração entre os formuladores da PNAU e os Corpos de Bombeiros levando uma fragilidade nas ações de atendimento nesta área pelo não compartilhamento de experiência. Destaca-se que a implantação do SAMU é essencial para a organização dos fluxos de atenção integral às urgências, constituindo uma porta de entrada do sistema de saúde pública. A rede de atenção às urgências requer a articulação de sistemas integrados, o que culmina com o deslocamento do foco da política para outras estratégias como as Unidades de Pronto-Atendimento (UPA), estabelecidas pela portaria nº 1.601, de 7 de julho de 2011 (revogadas a portaria nº 1.020, de 13 de maio de 2009 e a portaria nº 2.922, de 2 de dezembro de 2008). Porém, o artigo 1º da Portaria 1601/11 do MS estabeleceu as diretrizes para a implantação da UPA 24h e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, criando com isso a complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar. Ressalta-se que a construção dessas unidades deve ser em locais estratégicos, seguindo a lógica de acolhimento e classificação de risco.

Os documentos que compõe a PNAU apresentam coerência entre si por aplicar uma sequência lógica de propostas considerando a grande extensão territorial do país que apresenta grandes distâncias para a rede hospitalar especializada e de alta complexidade, necessitando de serviços intermediários. Os problemas causados pela grande procura pelos serviços de saúde no Brasil têm feito surgir propostas como restrições de acesso como solução, porém são inaceitáveis, devido tanta desigualdade social e não são soluções efetivas. Assim, identificamos o quanto essa política tem importância para toda a rede de saúde do SUS, organizando o sistema e tendo um impacto efetivo para o bom atendimento dos seus usuários.

É neste sentido que nos propomos em mostrar a construção da Política Nacional de urgência e emergência, destacando sua implementação sua importância no SUS a partir das publicações de portarias federativas no Brasil.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, construído com base na leitura crítica de documentos disponíveis em site do Ministério da Saúde, portarias que levaram à criação e implementação da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU). Os dados foram obtidos por meio de consulta a base de dados Saúde Legis – Sistema de Legislação da Saúde, nos meses de março e abril de 2019, no endereço eletrônico:http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/LEG_NORMA_PESQ_CONSULTA.CFM

Como critério de inclusão considerou-se todas as portarias e decretos sobre o tema publicadas pelo MS entre os anos de 1998 e 2019. E de exclusão, portarias que tratam do tema e estavam publicadas na base Legis do MS, porém não estavam compreendidas entre as estruturais para a formulação da política, que o nosso objeto de estudo. São documentos de domínio público, não necessitando submeter ao Comitê de Ética e Pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Ministério da Saúde organizou a partir de 1988 os serviços de urgência e emergência fixos e móveis já existentes no Brasil, daí então passou a alicerçar e implementar a Política Nacional de Atenção às Urgências gradativamente, permitindo que a cada portaria as condições fossem favoráveis para que novas medidas pudessem ser tomadas para estruturar e organizar o atendimento à população dentro dos princípios dos SUS. A hierarquização, a regulação médica, custeio, atribuições dos profissionais, materiais empregados são alguns exemplos do que foi se definindo nestas portarias.

Ao expormos por ordem cronológica e importância em termos de ação efetiva, podemos dizer que as principais portarias do Ministério da Saúde para implementação da PNAU compreenderam: portaria n.º 814/GM, de 01 de junho de

2001; portaria nº 2048/GM, de 05 de novembro de 2002; portaria nº 1.863/GM, de 29 de setembro de 2003; portaria nº 1.864/GM, de 29 de setembro de 2003; portaria nº 1.601/GM, de 07 julho de 2011 (MS, 2019)

Assim, faremos a descrição dessas portarias tentando perceber quais foram suas contribuições na estruturação e funcionamento da política de urgência no país. Então, na portaria 814/01 se estabeleceu, no seu anexo I a Regulação Médica das Urgências, citando sua definição e suas atribuições (técnicas e gestoras), bem como instituindo a regulação médica do setor privado de atendimento pré-hospitalar móvel e de outros órgãos públicos, como o Corpo de Bombeiros Militar quanto a atendimento móvel de urgências. O anexo II trata da Normatização dos Serviços de Atendimento Móvel de Pré-Hospitalar Móvel e define quais são os profissionais oriundos da área de saúde e os não oriundos da área de saúde envolvidos no atendimento pré-hospitalar móvel, os requisitos necessários e seu campo de atuação, e relata ainda sobre os veículos e matérias que devem ser aplicados ao serviço. Neste documento sobressaísse a figura do médico regulador, recebendo uma autoridade sobre toda a rede de urgência e ainda sujeitando a sua orientação, coordenação e interferência outros órgãos públicos e entidades privadas ligados indiretamente ao sistema de urgência e emergência.

Já o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência são estabelecidos pela portaria 2048/02, estabeleceu princípios e diretrizes, às normas e critérios de funcionamento, classificação e cadastramento de serviços e envolve temas como a elaboração dos Planos Estaduais de Atendimento às Urgências e Emergências, visando uma maior expansão da assistência prestada pelo SUS nesta área de atuação frente a população, levando mais amplitude e distribuição do serviço

Porém, na portaria 1863/03 é a que instituí a Política Nacional de Atenção às Urgências em todas as unidades da federação respeitando as três esferas de gestão, compondo os sistemas de atenção às urgências estaduais, regionais e municipais. Garantindo a universalidade, equidade e a integralidade no atendimento.

Foi na portaria 1864/192 que o componente pré-hospitalar móvel é foi previsto, com o nome de SAMU-192, suas Centrais de Regulação e seus Núcleos de Educação em Urgência, em municípios e regiões de todo o território brasileiro. Também previu o financiamento para investimento e custeio.

Destacamos que as Unidades de Pronto Atendimento e o conjunto de serviços de urgência 24 horas (UPA 24h) da Rede de Atenção às Urgências são implantadas através da portaria 1601/11. Que as defini como a complexidade intermediária (entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar), compondo uma rede organizada de atenção às urgências. Determina suas construções em locais estratégicos, descreve suas dimensões (três diferentes portes) de acordo com os fluxos populacionais, aplica a conformidade de acolhimento e classificação de risco. Estabelece o repasse de recurso de custeio pelo Fundo Nacional de Saúde.

Destacamos que várias portarias ministeriais foram criadas atribuindo aperfeiçoamento e adequação a PNAU, mas as aqui citadas certamente constituem a espinha dorsal da efetivação do atendimento das urgências e a estruturação de sua rede.

CONCLUSÃO

As portarias do Ministério da Saúde para o estabelecimento de uma Política Nacional de Atenção às Urgências, construíram uma rede de atendimento à população num propósito que se adequasse a realidade brasileira, houve planejamento para que cada nova decisão colaborasse para a implementação e ampliação da política.

Consideramos que a regulação legal da PNAU, trouxe imensos benefícios para salvaguardar vidas e evitar agravamentos de lesões, garantindo a entrada de clientes em perigo iminente de morte na rede hospitalar, mesmo que não haja vagas, na chamada “vaga zero”. Destarte, são muitos os desafios para se alcançar cada vez mais cobertura a toda a população brasileira, a necessidade de mais veículos, materiais e profissionais para o atendimento nas grandes cidades, buscar o encurtamento das distâncias das comunidades do campo em relação a hospitais de referência. pois torna essa atenção intermediária de saúde essencial mesmo onde não há grande concentração populacional.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 5.055, de 27 de abril de 2004. **Casa Civil**. Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.923, de 09 de junho de 1998. **Gabinete do Ministro**, Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 479, de 15 abril de 1999. **Gabinete do Ministro**, Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 824, de junho de 1999. **Gabinete do Ministro**, Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 814, de 01 de junho de 2001. **Gabinete do Ministro**, Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.048, de 05 de novembro de 2002. **Gabinete do Ministro**, Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003. **Gabinete do Ministro**, Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.864, de 29 de setembro de 2003. **Gabinete do Ministro**, Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.601, de 07 julho de 2011. **Gabinete do Ministro**, Brasília, DF.

MACHADO, Cristiani Viera; SALVADOR, Fernanda Gonçalves Ferreira; O'DWYER, Gisele. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. **Revista Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v.45, n.3, p. 519-528, 2011.

O'DWYER, Gisele; A gestão da atenção às urgências e o protagonismo federal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, p. 2395-2404, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v.24, n.8, p. 1877-1886, ago. 2008.

XXIII ENFERMAIO

TECNOLOGIAS, INOVAÇÕES E OS DESAFIOS DA ENFERMAGEM NO SÉCULO XXI

