XXVI Congresso de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo

06 a 09 de março de 2012
Marília - São Paulo

"Campinas: O atendimento às Urgências na Rede Regional"

ATENÇÃO PRIMÁRIA:
ATENÇÃO BÁSICA + PSF (ESF) + UPA (?)

- Quem primeiro cuida e cuida ao longo da vida;

- Atenção Básica + ESF: coexiste no município, atuando com pediatras e ginecologistas;

- ESF: Realidade atual – 1 equipe para cada 5.000 habitantes: equipes incompletas (meta - uma equipe para 3.500 habitantes – ideal 1 equipe para cada 2.000 – 2.500 pessoas);

ATENÇÃO PRIMÁRIA:
ATENÇÃO BÁSICA + PSF (ESF) + UPA (?)

- UPAs: serviços para compor rede de cuidados aos pacientes com quadros agudos, dando retaguarda à ESF e servindo de entreposto de pequena e média complexidade entre as unidades básicas de saúde e a rede hospitalar – município com 5 distritos, uma UPA em cada um deles: interfaces com outros municípios;

ATENÇÃO HOSPITALAR:

- Ocupa lugar de destaque no imaginário das pessoas;
- Município concentra três hospitais de ensino e um hospital geral – superlotados, com perfil mais ou menos regional;
- Realidade nacional: mais da metade dos leitos situada em instituições de baixa complexidade e pouca qualificação – baixas taxas de ocupação;

ATENÇÃO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL:

- SAMU desde 1995, de base ainda municipal, com dificuldades no processo de regionalização (ausência de cofinanciamento da SES-SP, inexistência de mecanismos de repasses financeiros entre os municípios – organização de consórcio inter-municipal);
- Serviço especializado com alto custo, inacessível para pequenos municípios;

ATENÇÃO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL:

- Pactuações e grades de referência já bastante exercitadas e tradicionais – pacientes são regulados para as UBSs, para os PAs e PSs. De tempos em tempos há momentos de instabilidade e até retrocesso nesses fluxos;
- Regulação dos casos advindos de serviços de saúde se constitui em desafio pois, apesar da qualificação dos profissionais do serviço, a idéia de regulação sistêmica ainda é frágil;

CUIDADO INTEGRAL E INTEGRADO EM SITUAÇÕES DE URGÊNCIA:

- Exige trabalho em rede, com garantia de sistemas de comunicação e transporte eficazes entre os vários pontos de atenção:
  - Cadastramento da população, captação precoce para tratamento, busca de faltosos;
  - Trabalho ativo dos agentes comunitários de saúde no acompanhamento dos caminhos percorridos pelos pacientes – linhas de cuidado;
  - Acolhimento e atendimento em toda a rede básica (ECG nas UBSs);

CUIDADO INTEGRAL E INTEGRADO EM SITUAÇÕES DE URGÊNCIA:

- Exige trabalho em rede, com garantia de sistemas de comunicação e transporte eficazes entre os vários pontos de atenção:
  - Regulação de urgência e transporte seguro (trombólise na ambulância do SAMU - IAM);
  - Retaguarda hospitalar adequada (insuficiente);
  - Transferência do cuidado;
  - SAID: serviço antigo, em expansão;

CUIDADO INTEGRAL E INTEGRADO EM SITUAÇÕES DE URGÊNCIA:

- Regulação Médica de Urgências (SAMU), central reguladora municipal de leitos, central reguladora regional de urgências;

Organização da Rede Regional de Atenção às Urgências

- **Fortalezas:**
  - Incentivos no cenário nacional: portaria de urgência com base na organização de redes envolvendo todos os componentes (pontos de atenção) do sistema;
  - Organização da atenção por linhas de cuidado;
  - Estímulo à abertura de novos leitos;
  - Estímulo à qualificação do cuidado;
  - Estímulo à regionalização;
  - Estímulo à regulação;
  - Tradição gestora regional

Organização da Rede Regional de Atenção às Urgências

- **Fraquezas:**
  - Modificação das “micro-regiões” para formação de regiões de saúde trouxe em seu bojo algumas incoerências;
  - Modificação no mapa das regiões de saúde para fins de desenho das redes de atenção, na contramão de vários fluxos já existentes;
  - Centralização da regulação regional de urgências na capital;
  - Falta de Política Institucional para a área de urgência;
  - Participação incipiente da SES-SP na organização do processo regional;