

## **Termo de Referência para a Estruturação da Rede de Atenção as Urgências do SUS. SES SP – COSEMS SP**

### Introdução

O Termo de Referência é o documento que exprime de forma clara e inequívoca a estratégia e compromissos do Estado de São Paulo com vistas a implantação de Rede de Atenção as Urgências conforme a Portaria M S 1600.

Na efetivação das principais diretrizes do SUS as urgências apresentam baixo nível de descentralização e hierarquização, centrada em estruturas hospitalocêntricas, com marcante desigualdade de acesso.

A organização da Rede de Atenção às Urgências do SUS impõe a incorporação de alguns novos elementos conceituais, além da revisão e retomada de outros já bastante difundidos. Em especial em São Paulo não podemos deixar de considerar nesta atual construção, os diferentes movimentos de organização que ocorreram nos últimos 20 anos. Neste sentido, não é demais destacarmos, alguns dos principais fatos que ocorreram neste período e que culminaram no atual estágio de organização da Rede de Urgências no Estado.

- Em 1990 – Através de Convênio de Cooperação Técnica e Científica entre São Paulo e a França na área das Urgências e Emergências se incorporou o conceito de regulação médica e seu conceito inovador da gestão do fluxo das urgências e emergências.
- Em 1992 - foi implantado no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo um plantão de escuta médica das urgências denominado de Plantão Controlador Metropolitano - PCM, nas 24 horas do dia, com o objetivo principal de ordenar o fluxo de pacientes graves entre os hospitais da Região Metropolitana de São Paulo.

- Em 1996 - esta estrutura foi incorporada pela SES-SP e ampliada com a criação de 15 Plantões Controladores Regionais - PCR no âmbito das Diretorias Regionais de Saúde – DIR e Núcleos de Saúde, que compunham a estrutura administrativa de saúde da região metropolitana de São Paulo. Em seguida foram instituídos 04 Plantões Controladores Universitários - PCU no HCFMUSP, Santa Casa, Hospital São Paulo e Casa de Saúde Santa Marcelina e por último o PCR Mulher.
- Em 1998 - a Coordenadoria de Saúde do Interior da SES - SP, frente aos problemas crescentes, na sua área de abrangência, relacionados ao atendimento às urgências, implantou o Sistema Regional de Referência Hospitalar para as Urgências e Emergências com 19 Centrais de Regulação Regionais.
- Em 2007 - seguindo as orientações do Pacto de Gestão, foram conformadas , segundo o Plano Diretor de Regionalização, 64 Regiões de Saúde com seus respectivos Colegiados de Gestão Regional.
- Em 2009 a Secretaria Estadual da Saúde centraliza em espaço físico em São Paulo , Central de Regulação de Urgências Estadual-CRUE com funcionamento 24 horas ininterruptas para atender solicitações de Urgência de todas as 64 regiões do Estado. Manteve nos 17 Departamentos Regionais de Saúde-DRS Núcleos de Regulação com funcionamento de 2ª à 6ª feira no período de 8 às 17 horas com atribuições de agendamento de consultas , exames ambulatoriais e procedimentos de ordem eletiva.
- Em 2010- A Secretaria Estadual de Saúde agrega à CRUE outro modulo operacional, ambulatorial, para agendamento de consultas exames e procedimentos. Dessa maneira, denominamos como Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde- CROSS a representação de duas modalidades de trabalho, urgência e ambulatorial.

- 2011 - Implementação de Redes Regionais de Atenção à Saúde- RRAS, onde “espera-se que o cidadão possa ter acesso à rede de acordo com suas necessidades de saúde, de forma racional, harmônica, sistêmica, regulada e conforme uma lógica técnico-sanitária.” (FERNANDES DA SILVA, 2008).

“As RRAS são definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado num determinado território. São caracterizadas pela formação de relações horizontais organizadas, sistematizadas e reguladas entre a atenção básica e os demais pontos de atenção do sistema de saúde.

As RRAS são compostas por várias Redes Temáticas, entre elas a de Urgência e Emergência.

Neste sentido os compromissos assumidos neste Termo de Referência para estruturação da Rede de Atenção às Urgências do SUS visam garantir que:

- O Atendimento aos cidadãos com quadros agudos deve ser prestado por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS, possibilitando a resolução integral da demanda ou transferindo-a, responsabilmente, para um serviço de maior complexidade, dentro de um sistema hierarquizado e regulado, organizado em redes regionais de atenção às urgências enquanto elos de uma rede de manutenção da vida em níveis crescentes de complexidade e responsabilidade;
- A organização da Rede de Atenção às Urgências tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna.
  - A organização da rede de atenção deve considerar: os principais problemas de saúde na área de urgência conforme o perfil epidemiológico do Brasil, onde se evidencia uma alta morbimortalidade relacionada às violências e acidentes de trânsito

até os 40 (quarenta) anos e acima desta faixa uma alta morbimortalidade relacionada às doenças do aparelho circulatório além da forma mais organizada de intervir efetivamente sobre estas doenças e agravos, considerando o alto custo sócio-econômico, além dos sofrimentos enfrentados pelas pessoas acometidas por acidentes de trânsito, violências e doenças cardiovasculares no Brasil;

- Os princípios da universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco - obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e às relacionadas a causas externas (traumatismos, violências e acidentes) priorizando as Linhas de Cuidado cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica na organização da Rede de Atenção às Urgências.
- A humanização da atenção garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;
- O acolhimento com classificação do risco a qualidade e a resolubilidade na atenção constitui a base do processo e dos fluxos assistenciais de toda Rede de Atenção às Urgências e devem ser requisitos de todos os pontos de atenção.

#### A Construção da Rede de Atenção às Urgências - **Passo a Passo.**

O processo de organização de uma Rede de Atenção às Urgências inclui o diagnóstico atualizado do fluxo assistencial percorrido pelo paciente no sistema da atenção primária a alta complexidade hospitalar não esquecendo o atendimento pré - hospitalar móvel e a atenção domiciliar, responsabilizando cada um pela atenção a uma determinada parcela da demanda, respeitando os limites de sua complexidade e capacidade de resolução.

A organização de uma Rede, no caso a de Urgências, objeto deste Termo de Referência, pode ser traduzida espacialmente em uma linha indicativa do caminho a ser percorrido pelo paciente, de acordo com suas necessidades de saúde, de forma a não deixar dúvidas, para usuários, profissionais de saúde e gestores de quais são os recursos onde estão e como serão utilizados.

#### I- Fase de Adesão e Diagnóstico

1. Instituir o Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção às Urgências com a participação da Comissão Intergestores Bipartite - CIB e da Secretaria de Saúde do Estado e apresentar e aprovar o roteiro para elaboração de diagnóstico situacional dos municípios e regiões de saúde. O grupo deverá ser formado pela Secretaria Estadual de Saúde (SES), Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) e apoio institucional do Ministério da Saúde;
2. Elaborar diagnóstico situacional de cada município (deve ser realizado pelo próprio município) a partir da análise da situação dos serviços de atendimento às urgências através de roteiro único, com dados primários, incluindo dados demográficos e epidemiológicos, dimensionamento das necessidades de saúde em relação ao atendimento das urgências, dimensionamento da oferta dos serviços de urgência existentes e análise da situação da regulação, da avaliação e controle;
3. Preencher roteiro pactuado regionalmente e análises situacionais e encaminhar ao grupo condutor;
4. Elaborar diagnóstico situacional da região de saúde através do consolidado das informações fornecidas pelos municípios;
5. Aprovar na reunião da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e/ou Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF) a região inicial de implementação da Rede de Atenção às Urgências no Estado, que deverá ser uma região metropolitana;

#### II- Fase do Desenho Regional da rede

6. Elaborar o desenho da rede e todos os seus componentes e o Plano de Ação Regional- PAR por meio de oficina de trabalho com as CIR da região

metropolitana, Grupo Condutor Estadual da RAU, secretários municipais envolvidos, representantes das áreas técnicas da SES e dos municípios e apoiadores do MS;

**OBSERVAÇÃO:** O Plano de Ação Regional deverá conter detalhamento técnico de cada componente da Rede de Atenção às Urgências, bem como as metas a serem cumpridas, cronograma de implantação, mecanismos de regulação, monitoramento e avaliação, o estabelecimento de responsabilidades entre os gestores e o aporte de recursos pela União, Estado, Distrito Federal e Municípios envolvidos. O gestor não poderá apresentar propostas isoladas para o componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências.

7. Aprovar e homologar o Plano de Ação Regional na CIB;

8. Encaminhar pela Secretaria Estadual de Saúde o Plano de Ação Regional ao MS através do Comitê Gestor da Rede de Atenção às Urgências, sob coordenação do Departamento de Atenção Especializada;

9. O Ministério da Saúde ao receber o Plano de Ação Regional da RAU fará a análise e orientará sobre os procedimentos necessários para o repasse financeiro de acordo com as ações e atividades definidas visando os processos de habilitação/qualificação dos componentes;

**OBSERVAÇÃO:** Para subsídio à elaboração da proposta do Plano de Ação Regional os municípios deverão seguir as orientações da Portaria MS/GM 1600, de 07 de julho de 2001 e da Portaria do Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências, e ainda as instruções específicas para a implantação deste componente disponíveis no Portal Saúde.

III- Fase da Contratualização dos Pontos de Atenção.

10. Pactuar compromissos entre o gestor e os prestadores de serviço sob sua gestão por meio do instrumento legal de contratualização. Realizar a análise da demanda quantitativa e qualitativa com definição clara de responsabilidades de ambas as partes, de objetivos de desempenho, incluindo tanto os sanitários, quanto os econômicos. Esse processo deve resultar, ainda, na fixação de critérios e instrumentos de acompanhamento e avaliação de resultados, metas e indicadores definidos. (e ações de controle para o caso de não cumprimento das metas);

#### IV- Fase de Qualificação dos Componentes.

11. Para qualificação dos componentes da Rede de Atenção às Urgências, cada município/estado deverá cumprir os requisitos constantes das portarias específicas de cada componente e disponíveis no Portal Saúde.

12. O estado e municípios serão informados pelo DRAC/MS por meio de portaria sobre o início do repasse dos recursos financeiros;

#### V- Fase de Certificação

13. A certificação será concedida pelo Ministério da Saúde aos gestores do SUS, após a etapa de qualificação do conjunto dos Componentes da Rede de Atenção às Urgências, com avaliação periódica definida pelo Ministério da Saúde.

#### VI- Componentes da Rede

- Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde com o objetivo estimular e fomentar o desenvolvimento de ações de saúde e educação permanente voltadas para a vigilância e prevenção das violências e acidentes, das lesões e mortes no trânsito e das doenças crônicas não transmissíveis, além de ações intersetoriais, de participação e mobilização da sociedade visando a promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância à saúde.
- O Componente Atenção Básica em Saúde tem por objetivo a ampliação do acesso, fortalecimento do vínculo e responsabilização e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção.

- O Componente Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências ( Portaria MS/GM 2.026 de 24 de agosto de 2011 e Portaria 2649 de 7 de novembro de 2011)) tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátricas, psiquiátricas, entre outras) que possa levar a sofrimento, seqüelas ou mesmo à morte, sendo necessário, garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS.
- Componente Sala de Estabilização ( Portaria GM/MS 2338 de 3 de outubro de 2011) deverá ser ambiente para estabilização de pacientes críticos e/ou graves, com condições de garantir a assistência 24 horas, vinculado a um equipamento de saúde, articulado e conectado aos outros níveis de atenção, para posterior encaminhamento à rede de atenção a saúde pela central de regulação das urgências.
- Componente Força Nacional de Saúde do SUS com o objetivo de aglutinar esforços para garantir a integralidade na assistência em situações de risco ou emergenciais para populações com vulnerabilidades específicas e/ou em regiões de difícil acesso, pautando-se pela equidade na atenção, considerando-se seus riscos.
- Componente Unidades de Pronto Atendimento -UPA 24h (Portaria GM/MS 2648 de 7 de novembro de 2011) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas.
- O Componente Hospitalar ( Portaria GM/MS 2395 de 11 de outubro de 2011) será constituído pelas Portas Hospitalares de Urgência, pelas enfermarias de retaguarda, pelos leitos de cuidados intensivos, pelos serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório e pelas linhas de cuidados prioritárias.



- Componente Atenção Domiciliar, Portaria GM/MS 2029 de 24 de agosto de 2011, é compreendido como o conjunto de ações integradas e articuladas de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, que ocorrem no domicílio, constituindo-se nova modalidade de atenção à saúde que acontece no território e reorganiza o processo de trabalho das equipes, que realizam o cuidado domiciliar na atenção primária, ambulatorial e hospitalar.

**OBSERVAÇÃO:** O Grupo Condutor Estadual de Atenção às Urgências ou municípios poderão apresentar propostas isoladas para os componentes da Rede de Atenção às Urgências – UPA, SAMU, Sala de Estabilização e Atenção Domiciliar, mesmo sem a finalização do Plano de Ação Regional, devendo apresentarm o diagnóstico situacional específico do componente conforme item 2 da Fase I e assinarem um Termo de Compromisso da inclusão deste componente no futuro Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências e obter a aprovação na CIB. Para enviar as propostas para análise, os municípios deverão seguir as instruções disponíveis no endereço [HTTP://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar\\_texto](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto).

Outros requisitos para a Construção, Habilitação e Qualificação da Rede de Atenção às Urgências.

- Instituição do Grupo Condutor Municipal em cada Município que compõe a RRAS, com apoio institucional da SES;
- Instituição do Grupo Condutor Regional da RRAS.
- O Plano de Ação Regional e o Plano de Ação Municipal serão os documentos orientadores para a execução das fases de implementação da Rede de Urgência e Emergência, assim como para o monitoramento e a avaliação da implementação da Rede pelo Grupo Condutor Estadual e pelo Ministério da Saúde.
- Instituição dos Comitês Gestores de Atenção às Urgências. Os existentes deverão ser mantidos e deverão ser apresentadas propostas

de estruturação e funcionamento de novos Comitês nos âmbitos Estadual, Regional e Municipal nos locais onde ainda não existem.

- As Secretarias Municipais de Saúde deverão constituir e coordenar Comitês Gestores Municipais da Rede de Atenção às Urgências, garantindo a adequada articulação entre os entes gestores e os executores das ações e as Secretarias Estaduais de Saúde deverão constituir e coordenar os Comitês Gestores Estaduais e os Comitês Gestores Regionais do Sistema de Atenção às Urgências.
- Os Comitês Gestores da Rede de Atenção às Urgências representarão o espaço formal de discussão e implementação das correções necessárias à permanente adequação do sistema de atenção integral às urgências, dentro das diretrizes estabelecidas pelos Planos de Atenção às Urgências, em suas instâncias de representação institucional que permitirão que os atores envolvidos na estruturação da atenção às urgências possam discutir, avaliar e pactuar as diretrizes e ações prioritárias, subordinadas às estruturas de pactuação do SUS nos seus vários níveis.
- Nos Comitês Gestores Estaduais da Rede de Atenção às Urgências, os indicadores deverão ser analisados segundo critérios de regionalização, buscando-se construir um quadro descritivo completo da atenção estadual às urgências, apontando aspectos positivos, dificuldades, limites e necessidades a serem enfrentadas no contexto da macro e micro regulação (regional e local).

Em São Paulo, 29 de novembro de 2011