

Capítulo 16

Atenção à Saúde na Unidade de Emergência: 1982 - 1992

José Sebastião dos Santos

“A universidade pública comprometida com a vida identifica ameaças e necessidades agudas da sociedade mediante interação permanente com a rede de atenção às urgências e, assim, pode proteger as políticas públicas daqueles governos que pregam o estado mínimo, mas com impostos máximos”.

História da Concepção da Unidade de Emergência

No início das atividades da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP), criada pela Lei Estadual 1467, de dezembro de 1951, e instalada em maio de maio de 1952, as práticas de atenção à saúde eram desenvolvidas nos pavilhões da Santa Casa de Misericórdia local. A conjunção de forças advindas da mobilização dos estudantes, da disposição dos professores e da vontade da sociedade local, abriu caminho para a conquista do primeiro estabelecimento hospitalar, vinculado às recém-criadas Faculdade de Medicina e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo^{1,2}.

Naquela época, a Fundação Sinhá Junqueira estava construindo uma Maternidade com 4 andares e capacidade para 150 leitos, quando foi aventada a possibilidade de entregar o prédio, em regime de comodato, ao Estado de São Paulo, para que ali fosse instalado o Hospital das Clínicas da FMRP-USP (HCFMRP-USP)^{2,3}.

O convênio assinado entre a Universidade de São Paulo (USP) e a Fundação Sinhá Junqueira, no dia 09 de abril de 1953, foi o marco inicial da história do HCFMRP-USP (**Figura 1**). O documento formalizou a cessão por 20 anos de um prédio ainda inacabado, onde posteriormente seria instalado o primeiro Hospital-Escola do Interior do País^{2,3}.

Acertado o convênio, o Prof. Dr. Zeferino Vaz, então Diretor da FMRP-USP, deu início ao plano de conclusão da maternidade com as modificações que as necessidades didáticas e assistenciais vieram a exigir. Os grandes apoiadores desse processo foram os Drs. Waldemar Barnsley Pessoa, Presidente da Fundação Sinhá Junqueira e o Dr. Paulo Gomes Romeo, Presidente do Centro Médico local e que, mais tarde, viria a ser o primeiro Superintendente do HCFMRP-USP^{2,3}.

Os estudantes da 1ª turma da FMRP-USP estavam cursando o 5º ano médico, quando no ano de 1956, foram iniciadas as atividades do Hospital das Clínicas criado pela Lei Estadual 3274 de 23 de dezembro de 1955 como entidade autárquica, com personalidade jurídica e patrimônio próprio (**Figura 2**). Mais tarde, quando do término do comodato, o prédio foi desapropriado pelo Estado de São Paulo, para dar lugar à atual Unidade de Emergência^{2,3}.



Figura 1 – Cerimônia de assinatura do convênio com a Fundação Sinhá Junqueira para instalação do Hospital das Clínicas, em 9 de abril de 1953. Fonte: Santos (2002)²



Figura 2 – Fachada do Hospital das Clínicas (1956). Fonte: Santos (2002)^{2C}

Legado do Hospital das Clínicas para a Unidade de Emergência

O prédio localizado na Rua Bernardino de Campos, na região central da cidade, que foi a sede inicial do HCFMRP-USP, até hoje mantém a sua originalidade, com 5 pavimentos. Quando foi inaugurado, contava ainda com 5 edículas auxiliares, que abrigavam as unidades de apoio, os ambulatórios e a cirurgia experimental. De acordo com o projeto inicial, o hospital foi concebido para funcionar com as características de Hospital Escola e da seguinte forma²:

Andar térreo: serviços gerais e administração, cozinha, rouparia, farmácia, sala de aula e equipamentos de raio-X.

1º andar: banco de sangue, laboratório de análise clínicas, salas para professores e estudantes, acomodações dos médicos internos e consultórios.

- 2º andar: Clínica Médica, com enfermarias e salas de professores, biblioteca e serviço de Radioscopia.
- 3º andar: Clínica Cirúrgica, com 3 salas de operações, salas de anatomia patológica e de revelação de angiografias, material anestésico, seção de esterilização, enfermarias e centro de recuperação.
- 4º andar: Clínicas Ginecológica e Obstétrica e Pediatria, com enfermarias, berçários, consultório de puericultura, lactário, salas de preparo de parto, recepção do recém-nascido e de parto.

Não precisou de muito tempo para que o HCFMRP-USP se tornasse o principal centro de assistência e de ensino médico do Interior do Estado. De acordo com registros oficiais da época, só nos 4 primeiros meses de atividade, foram contabilizados 2.942 atendimentos, sendo 1.393 consultas, 1.549 retornos e 445 pacientes internados. Também foram registrados 110 nascimentos, 550 exames radiológicos, 4.354 exames de laboratórios e 253 cirurgias. Dos pacientes atendidos, a maioria pertencia a Ribeirão Preto, mas, também, já eram assistidos doentes de cerca de 69 cidades dos Estados de São Paulo, Minas Gerais e Goiás.

Com a demanda de pacientes aumentando e a necessidade da instalação de novas clínicas, a ampliação do hospital passa a ser inevitável e no ano de 1956, inicia-se a obra de um prédio anexo (atual Bloco B), concluído no ano de 1962².

A boa condição assistencial do Hospital das Clínicas e o espírito de investigação científica dos Departamentos da FMRP-USP favoreceram os avanços obtidos na compreensão da fisiopatologia e no desenvolvimento de recursos diagnósticos e terapêuticos para as sequelas da Moléstia de Chagas. A sensibilidade para colaborar com o enfrentamento de uma endemia nacional e com grandes repercussões regionais deu visibilidade e credibilidade às duas novas instituições².

Nesse contexto, assina-se um contrato com o governo do Estado para planejamento e construção da sede própria do HCFMRP-USP no Bairro Monte Alegre. A obra foi iniciada no ano de 1963, mas as atividades hospitalares foram oficialmente inauguradas somente em fevereiro do ano de 1979, à época com 525 leitos. Nesse tempo, o convênio entre a Fundação Sinhá Junqueira e a FMRP-USP expira e, em que pese as gestões do então superintendente do Hospital, Prof. Dr. Carlos Eduardo Martinelli, junto à USP para aquisição do Prédio da Maternidade Sinhá Junqueira, o Governo do Estado declara o imóvel, como prédio de utilidade pública e, inicia-se o processo de desapropriação, no ano de 1976^{2,3}.

Paralelamente, a própria direção do Hospital das Clínicas realiza um estudo preliminar para transformá-lo em Unidade de Emergência. Todavia, a concretização de fato e a implantação inicial de um serviço de Pronto-Socorro só foi efetivada, quando a Unidade do Monte Alegre entrou em funcionamento e os primeiros pacientes começaram a ser transferidos para o novo hospital, no *Campus* da USP^{2,3}.

A Criação da Unidade de Emergência

Os primeiros registros sobre a denominação Unidade de Emergência (UE) surgem a partir do início das obras no pavimento térreo e no 1º andar do hospital, que já estava sendo preparado para abrigar os serviços de urgência. No ano de 1982, a UE é oficialmente inaugurada. Com acesso pela

rua Quintino Bocaiúva, passa a funcionar um ambulatório com atendimento durante 24 horas. Pouco tempo depois, entra em funcionamento o centro especializado para tratamento de pessoas vítimas de queimaduras. A nova Unidade de Queimados, instalada no 4º andar do prédio da UE, vem suprir uma antiga necessidade, já que, até então, os pacientes da região tinham que ser encaminhados para hospitais de São Paulo e Rio de Janeiro².

Apesar de todo o esforço, a demanda excessiva para assistência passa a ser o principal problema da UE. Durante a gestão da Superintendente Profa. Dra. Marisa Mazzoncini de Azevedo Marques (maio de 1983 a maio de 1987) ocorre a ampliação do prédio. Foi durante essa administração que, pela primeira vez, foi indicado pela Superintendência um docente como responsável efetivo pela UE. O Prof. Dr. Albert Amin Sader assumiu o cargo de Diretor das Atividades Administrativas da UE em junho de 1983, e permaneceu na função por quase 10 anos².

Nesse período, a UE passa por reforma para acomodar pacientes com quadro clínico de baixa complexidade. Com a implantação dos serviços de Pronto-Atendimento de Clínica Médica, Neurologia e Cirurgia, nessa área reformada, e a facilidade de acesso ao Banco de Sangue e a Radiologia, todos localizados no térreo, as atividades assistenciais tornaram-se mais ágeis. Essas modificações exigiram uma nova porta de entrada para os pacientes, ainda funcionando pela Rua Quintino Bocaiúva, que, muitas vezes, ficava bloqueada pelo fluxo de veículos que circulavam pelos bares da moda, localizados naquela região. A solução foi a construção de uma marquise, na antiga entrada da maternidade, e uma pista asfaltada para que o acesso de pacientes e ambulâncias viesse a ser realizado pela Rua Bernardino de Campos. Com modificações estruturais e funcionais, a recepção ainda mantém as características daquela inaugurada em fevereiro de 1987 (*Figura 3*), quando a UE passou a contar, também, com os serviços de controle de leitos e triagem médica, de 8 até as 22 horas, todos os dias².



***Figura 3** – Fachada da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas após construção da marquise e do Serviço de Nutrição (1987). Fonte: Santos (2002)².*

Nesse período, houve a ativação gradativa de novas vagas para pacientes. Todavia, o atendimento era realizado por médicos residentes e acadêmicos, pois os docentes dos diferentes departamentos não

atuavam durante o dia, na UE. Depois de acatada pela Diretoria da FMRP-USP uma reivindicação do Prof. Sader, a USP autorizou a contratação de 5 professores para atuar junto à UE. Com a execução de algumas reformas estruturais, houve a disponibilização de área próxima ao Serviço de Radiologia para atendimento inicial de pacientes politraumatizados e com urgências clínicas graves².

A demanda crescente de pacientes vítimas de intoxicações exógenas e envenenamentos causados por animais peçonhentos, motivou a solicitação feita pelo Prof. Dr. Helio Lourenço de Oliveira, Chefe do Departamento de Clínica Médica, à Superintendência, para que fosse instalado, na UE, um Centro para o Controle das Intoxicações (CCI), nos moldes dos já existentes no país. Com o apoio da Coordenadoria de Serviços Técnicos Especializados da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, o CCI foi inaugurado em março de 1984, juntamente com um Laboratório de Toxicologia e um ramal telefônico funcionante nas 24 horas^{2,3}.

O período de maior turbulência para o HCFMRP-USP foi na gestão do superintendente Prof. Dr. Antônio Carlos Pereira Martins, que assumiu o cargo no ano de 1987 e permaneceu até 1995. O país vivia um momento de crise econômica e inflação alta. Nessa época, o HCFMRP-USP, após muitas discussões, passa a integrar, oficialmente, o Sistema Único de Saúde (SUS). A UE recebeu, nesse período, nova área de acesso de pacientes que podiam aguardar o atendimento em sala de espera mais ampla².

A Evolução da Unidade de Emergência e a Interação com o Sistema Único de Saúde e a Universidade

No ano de 1993, a UE entra em sua fase mais crítica com a proliferação dos casos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA). A demanda ultrapassa os limites da capacidade instalada, com incremento do número de atendimentos, causando problemas de aglomeração. A taxa de ocupação na UE ultrapassa 120% e pacientes, encaminhados de outros hospitais da Região e até de outros Estados, e mais os da própria cidade, se espremiavam nas enfermarias, ambulatórios e corredores do hospital².

A falta de recursos humanos e infraestrutura fizeram cair a qualidade do atendimento. Os médicos trabalhavam num clima de insegurança e, muitas vezes, sob pressão. Em diversas ocasiões, segundo o Prof. Dr. José Ivan de Andrade, então Diretor da UE, o corpo clínico se deparava com o dilema ético, de escolher qual seria o paciente a ser atendido primeiro e qual deles poderia suportar um pouco mais a dor. O ex-dirigente conta, ainda, que, em alguns casos, teve que tomar medidas drásticas, para tentar diminuir o fluxo de pacientes. Em diversas situações, mandou de volta os doentes que não apresentavam um quadro clínico de maior gravidade e até chegou a denunciar colegas ao Conselho Regional de Medicina por encaminhamento indevido de pacientes².

As dificuldades encontradas nesse período não foram superadas da noite para o dia. As ações administrativas acabaram tendo efeito gradativo. Com a implantação da Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecciosas (UETDI), em 17 de junho de 1996, os pacientes com SIDA passaram a ter seguimento e atendimento na nova área do Hospital Campus. Outra medida para tentar diminuir o número de pacientes internados na UE foi o processo de desenvolvimento das centrais de controle de

vagas. As primeiras unidades a operar com o programa de distribuição de casos foram a Psiquiatria e a Obstetrícia, no ano de 1991^{2,4}.

Nesse período, foi criada a Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência (FAEPA), instituída oficialmente em 31 de agosto de 1988, com a finalidade de obter receita adicional e administrar os recursos arrecadados pelo hospital. Os recursos gerados pelo HCFMRP-USP e administrados pela FAEPA permitiam investimentos em pessoal, na manutenção básica do hospital, no aprimoramento da estrutura física e na atualização de equipamentos para diagnóstico e terapêutica. O Prof. Dr. Martins deixou a Superintendência do HCFMRP-USP em 1995, quando, então, assumiu o Prof. Dr. Marcos Felipe Silva de Sá².

A partir de 1995, com o apoio da FAEPA, a Administração do HCFMRP-USP reforça a atenção dispensada à UE. Na época, as condições de trabalho ali existentes comprometiam seriamente a qualidade do atendimento, assim como tornavam os servidores extremamente desmotivados. Havia deterioração do próprio prédio e sucateamento de seus equipamentos. A UE era vítima do velho modelo de atenção à saúde, com assistência centrada nos serviços hospitalares, bem como da falta de organização do Sistema Único de Saúde (SUS), então recém-criado e com carência de recursos².

Era necessário redefinir o papel da UE, tendo em vista a sua importância para a Região, bem como por ela se constituir a linha de frente na interface entre a FMRP-USP, através do seu Hospital das Clínicas, e a comunidade. A exposição negativa era tão forte que colocava em risco o próprio prestígio do HCFMRP-USP e da Universidade, a ponto de suscitar, internamente, discussões sobre a conveniência da permanência dos Departamentos da FMRP-USP na UE².

No ano de 1996, o Governo Federal divulgou o Projeto Reforsus com recursos advindos de acordo entre o Banco Interamericano de Desenvolvimento e o Banco Mundial e vislumbrou-se a oportunidade de serem feitos os investimentos necessários para readequar a UE. O Projeto Reforsus que tinha como metas o fortalecimento da rede de saúde, com financiamento de projetos para a recuperação física, tecnológica, gerencial e operacional das unidades de saúde, visando à ampliação do acesso da população brasileira aos serviços, contempla a UE, e foram dados os primeiros passos para a sua adequação, ainda na administração do Prof. Andrade².

Em maio de 1999, assume a Coordenação das Atividades Administrativas o Prof. Dr. José Sebastião dos Santos e o projeto de restauração física e organizacional da UE é fortalecido com apoio fundamental dos 25 Secretários Municipais de Saúde e Prefeitos da Região. Nesse contexto, de apoio técnico e político regional, o Governo do Estado amplia o aporte feito pelo Ministério da Saúde e entre 1996 e 2002, a UE é contemplada com R\$ 9.492.646,00 pelo Projeto Reforsus, com contrapartida de 18,3% deste total pelo Estado de São Paulo. A FAEPA participou com R\$ 7.601.016,00 em obras e equipamentos não supridos pelo Reforsus. A UE é restaurada (**Figura 4**) e, na oportunidade, modifica seu modelo de gestão e de assistência^{2,4}.

A interdependência administrativa da UE em relação Unidade Campus do HCFMRP-USP foi minimizada, com a descentralização da estrutura administrativa e implantou-se a governança compartilhada, com planejamento e acompanhamento de execução por colegiados instituídos nos âmbitos interno e externo.



Figura 4 - Fachada da Unidade de Emergência (2002).

Fonte: Santos (2002)²

Na interface com o SUS, surge a cooperação com a Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto (SMS-RP) e a Direção Regional de Saúde XIII (DRS XIII) para implantação da Central Única de Regulação Médica (CURM), no 2º semestre de 1999.

Assim, iniciou-se a ordenação do fluxo de pacientes para os serviços hospitalares de referência, por meio de ações do atendimento pré-hospitalar e da Regulação Médica (RM), na região de Ribeirão Preto, em janeiro do ano de 2000, mediante ajustes realizados no âmbito de um Comitê Gestor criado especialmente para minimizar a crise que estava estabelecida na atenção às urgências⁴.

À época, apesar da estrutura robusta da atenção primária à saúde (APS) na região de Ribeirão Preto, havia baixa resolubilidade nesse nível de cuidado e ausência de coordenação do acesso à rede assistencial, com aglomeração e excesso de atendimentos nos serviços ambulatoriais e hospitalares especializados e de urgência, de acordo com parâmetros vigentes^{5,6}.

A UE, caracterizada como hospital de referência terciária, público e de ensino, exclusivo para atendimento de urgência, para cerca de 4 milhões de habitantes, com 222 leitos/camas, funcionava, pela falta de ordenação do acesso, como Unidade de Pronto Atendimento e, também, hospitalar e convivía com aglomeração de pacientes encaminhados de forma inadequada ou daqueles que procuravam espontaneamente o atendimento. Nessas circunstâncias, foram mapeados os recursos assistenciais, para atenção à urgência da Região e com a definição das respectivas capacidades resolutivas, elaborou-se um mapa assistencial e estabeleceu-se a forma de acesso aos serviços. Ficou ajustado entre os gestores, os prestadores e a população que as Unidades Básicas de Saúde e Equipes de Saúde da Família (UBS/USF) e as Unidades de Pronto Atendimento passariam a ser a porta preferencial de entrada para a atenção às urgências⁴⁻⁶.

A RM foi estruturada com os recursos já existentes e assumiu a função de ordenar o fluxo de pacientes para a rede de serviços e garantir o acesso, mediante avaliação de risco e necessidade. A UE passou a disponibilizar os números de contato dos médicos responsáveis pelos serviços assistenciais e informar, diariamente, toda a sua capacidade assistencial, ocupada e livre, para a RM que ficou sob a responsabilidade compartilhada do gestor estadual e municipal. A sistemática de acesso aos serviços de urgência foi amplamente divulgada entre os profissionais de saúde e a população, por meio de todas as formas de mídia. No plano

operacional, a Secretaria de Estado da Saúde-SP, a SMS-RP, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), o Corpo de Bombeiros e o HCFMRP-USP fundiram seus recursos humanos e técnicos, para compor a estrutura, a organização e as práticas da RM, sem necessidades de investimentos relevantes⁴.

A organização do fluxo de pacientes modificou de forma significativa os indicadores assistenciais da UE. Houve redução progressiva do número de atendimentos (**Gráfico 1**) e das taxas de ocupação de leitos (**Gráfico 2**), mas com aumento da média de dias de internação (**Gráfico 3**). Esse modelo e outros com as particularidades locais de Campinas e Porto Alegre subsidiaram a elaboração da Política Nacional de Atenção às Urgências e mais tarde de regulação da assistência^{5,7-9}.

Gráfico 1 - Evolução anual do número de atendimentos na Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP). *-Início da Regulação Médica no ano de 2000.

Fonte: Grupo de Avaliação e desempenho do HCFMRP-USP.

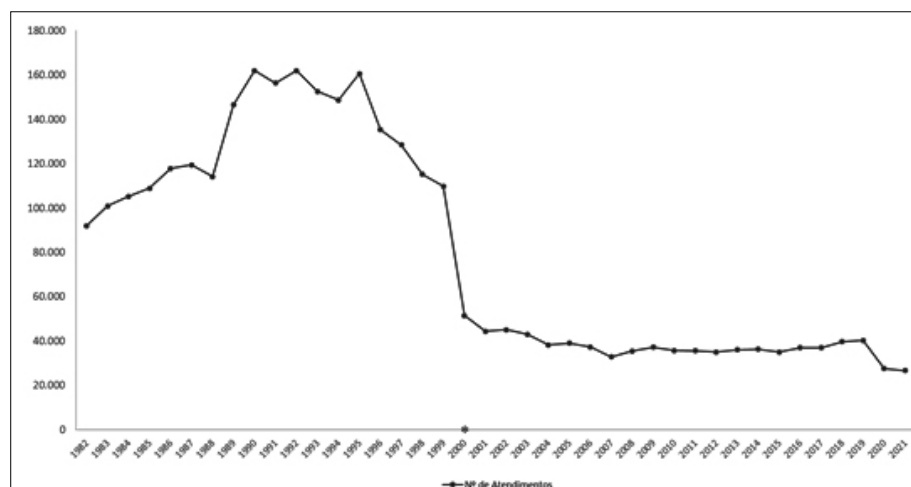


Gráfico 2 - Evolução anual da taxa de ocupação operacional na Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP). *-Início da Regulação Médica no ano de 2000.

Fonte: Grupo de Avaliação e desempenho do HCFMRP-USP.

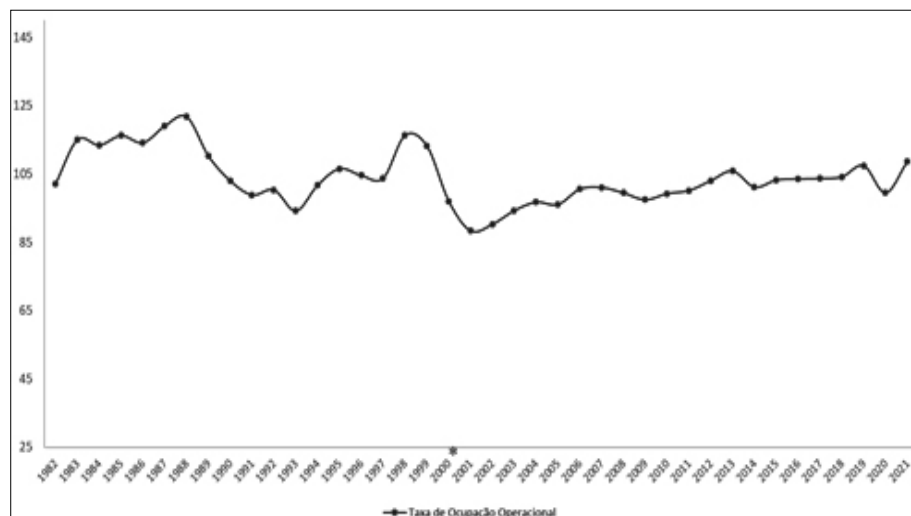


Gráfico 3 - Evolução anual da duração média de internação na Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP). *-Início da Regulação Médica em 2000.

Fonte: Grupo de Avaliação e desempenho do HCFMRP-USP.



A RM passou a encaminhar, acertadamente, para a UE os casos mais críticos e aqueles de baixa e média complexidade passaram a ser redirecionados para a APS, UPA e hospitais de média complexidade, evitando assim a aglomeração de pacientes nos corredores (*Figura 5*)¹⁰.



Figura 5 - (A) Corredor do hospital ocupado por pacientes à espera de atendimento.

Reproduzida da matéria de Conselho Federal de Medicina, dezembro de 1998. (B1 e B2)

Corredor da Unidade de Emergência após início da Regulação Médica, em 2003. Fonte: Santos e Atilio (2020)¹⁶.

Grande ênfase foi dada aos aspectos da humanização do atendimento, a começar pelo acolhimento dos pacientes. As visitas passaram a ser diárias e ao longo do dia, com permissão para acompanhantes, mesmo nas salas de atendimento⁴.

Houve um grande esforço para adequar a UE às novas necessidades, com ampliação de leitos para pacientes críticos, de 15 em 1999, para 34 no ano de 2000 e redefinição de ocupação das áreas com adequação física para implantação de 10 leitos para cuidados semi-intensivos e 10 leitos de isolamento,

destinados a pacientes com afecções clínicas, neurológicas e cirúrgicas, nas respectivas enfermarias. Foi criado o Centro de Estudos em Emergências com o objetivo de abrigar as atividades acadêmicas e oferecer apoio ao ensino de graduação e pós-graduação e a pesquisa em emergências médicas⁴.

Nas duas últimas décadas, os esforços para atender as necessidades de saúde da população, aperfeiçoar a interface com rede de atenção do SUS e qualificar as atividades acadêmicas e assistenciais na UE foram mantidos e, também, orientaram as gestões dos Profs. Drs. Carlos Eli Piccinato (2003 a 2007), Antônio Pazin Filho (2007-2015), Sandro Scarpelini (2015 a 2016), Marcos de Carvalho Borges (2017 a 2019) e Carlos Henrique Miranda (2019-atual)¹¹⁻¹⁴.

A sintonia com o aumento do perfil de gravidade dos pacientes atendidos, objetivamente demonstrada com o início das atividades de regulação médica no ano de 2000, acentuou-se e, apesar da melhoria contínua dos processos assistenciais com a implementação das linhas de cuidado do trauma, dos acidentes isquêmicos cerebral e cardiovascular com enfoque multidisciplinar, houve aumento progressivo da média de permanência hospitalar (**Figura 6**)¹¹⁻¹⁴.

Nesse cenário, houve ampliação com a centralização dos espaços dedicados aos cuidados intensivos no Bloco B da UE. Em acréscimo às 3 Unidades de Terapia Intensiva já existentes (duas para adultos e idosos e uma para crianças e adolescentes), implantou-se a Unidade Coronariana e a Unidade de Acidente Vascular Cerebral para atender pacientes submetidos a trombólise de casos agudos de acidente vascular encefálico. Adicionalmente, com a modernização dos equipamentos, os procedimentos minimamente invasivos por meio da videocirurgia, videoendoscopia e da radiologia intervencionista foram progressivamente incorporados¹¹⁻¹⁴.

Destaca-se que dentre os 1800 casos de acidente vascular cerebral (AVC) que ocorrem anualmente na DRS XIII, cerca de 800 são atendidos na UE, mediante encaminhamento dos pacientes via regulação médica municipal ou estadual pela Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS) e transporte oportuno feito pelos serviços locais ou pelo Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU). Na região nordeste do Estado de São Paulo, a UE foi o primeiro hospital do SUS credenciado como centro de AVC pelo Ministério da Saúde e a oferecer terapia de recanalização (trombólise endovenosa e trombectomia mecânica) na fase aguda da doença. A Unidade de AVC da UE é centro avançado para o atendimento certificada pela *World Stroke Organization/Ibero-American Stroke Organization* e está entre os quatro primeiros centros de AVC certificados na América Latina¹².

Outras medidas para compatibilizar as necessidades de assistência com a capacidade da UE incluíram a participação junto à DRS XIII na implantação de Enfermarias Clínicas de Retaguarda em hospitais de média complexidade que possuíam leitos ociosos, possibilitando a alta de pacientes tratados na UE com pendência para cuidado, tratamento complementar e reabilitação. A Implantação do Núcleo Interno de Regulação da Unidade de Emergência (NIR-U.E.) atuando com a lógica das linhas de cuidado para afecções vasculares neurológicas e cardíacas e do politrauma e a abertura do Hospital Estadual de Serrana tem mantido o tênue equilíbrio entre necessidade e oferta de atenção às urgências pela UE, o que pode ser constatado pelo recrudescimento do incremento progressivo das suas taxas de ocupação (**Gráfico 2**)¹²⁻¹⁴.

Houve a consolidação de um núcleo de professores voltados para a Emergência, que desenvolveram um eixo longitudinal de ensino em graduação em medicina e está abrigado no Centro Integrado de Emergências em Saúde que também dá suporte às atividades de pós-graduação lato sensu e stricto sensu e a pesquisa¹²⁻¹⁴.

O reconhecimento da relevância da UE para a saúde pública e a sociedade continua inabalável. No ano de 2018, a U.E. foi contemplada com um valor de R\$ 8.922.560,00, proveniente do Tribunal Trabalho de Campinas (TRT-15), decorrente de multas multinacionais que causaram danos à saúde do trabalhador e degradaram o meio ambiente, para reformar a área física da Unidade de Queimados e fazer adequação tecnológica do local e do Hospital¹²⁻¹⁴.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O delineamento e a organização de uma rede assistencial de complexidade crescente e regulada, protagonizada pela UE, ao longo dos últimos 20 anos, modificou a cultura da utilização dos serviços de saúde na região. Os resultados levaram à reorientação das práticas institucionais e a uma mudança significativa da cultura assistencial, educacional e acadêmica^{15,16}. A FMRP-USP, apesar dos focos iniciais de resistência, reorientou-se, migrando parte expressiva das atividades de formação na graduação e na residência médica do Hospital Terciário para um conjunto de unidades da APS, hospitais de média complexidade e um centro de reabilitação, estabelecendo-se assim um complexo acadêmico assistencial.

O compromisso da UE com um amplo espectro das necessidades agudas das pessoas pode ser comprovado mediante atuação destacada na abordagem das endemias e epidemias como a doença de Chagas, a aids, a dengue, a influenza e, mais recentemente, na pandemia Covid-19. A despeito de acomodar essas necessidades agudas e transitórias, a UE sempre manteve o atendimento às mais variadas formas de violências sociais e ambientais e às agudizações das doenças crônicas e degenerativas e mentais

Houve o aumento do perfil de gravidade dos pacientes admitidos e a reorganização interna do hospital com aumento do número de leitos para atenção a pacientes em condições críticas. Os gestores de saúde e a academia perceberam que não era mais possível fornecer todos os níveis de assistência médica e de formação em um hospital terciário. Todavia, esse processo precisa de auditoria permanente e reavaliação constante, visto que, nos últimos anos, em que pese a manutenção do número de atendimentos, a média de permanência e as taxas de ocupação na UE voltaram a ficar acima do esperado, o que pode comprometer a qualidade das atividades acadêmicas e de atenção à saúde.

Nesse contexto, a interação profícua entre a USP e o SUS precisa ser preservada, permanentemente, na rede de atenção às urgências, a qual se constitui num endereço privilegiado para diagnóstico do desempenho das diversas políticas públicas de interesse social e nas possibilidades dos seu aperfeiçoamento, por meio das atividades acadêmicas de extensão, formação de especialistas e pesquisa com ação.

REFERÊNCIAS

- 1 - Lei No. 1.467, de 26 de dezembro de 1951. Dispõe sobre organização e finalidade da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo. Diário Oficial do Estado de São Paulo. 1951;61(289): 2.
- 2 - Santos JS. Da Fundação do Hospital das Clínicas à Criação da Unidade de Emergência e sua Transformação em Modelo Nacional de Atenção Hospitalar às Urgências. Medicina (Ribeirão Preto)2002;35(3):403-18. doi: 10.11606/issn.2176-7262.v35i3p403-418
- 3 - Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Hospital das Clínicas. História de 1956-2017 [Internet]. 2021 [citado 2021 dez 10]. Disponível em: <https://site.hcrp.usp.br/historia-de-1956-2017/>
- 4 - Santos JS, Scarpelini S, Brasileiro SL, Ferraz CA, Dallora ME, Sá MF. Avaliação do modelo de organização da Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, adotando como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. Medicina (Ribeirão Preto). 2003;36(2/4):498-515. doi: 10.11606/issn.2176- 7262.v36i2/4p498-515
- 5 - Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Secretaria Municipal de Saúde. Plano de Saúde de Ribeirão Preto: período 2005-2008 [Internet]. 2005 [citado 2019 set 27]. Disponível em: <http://www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br/files/ssau-de/pdf/pms-rp-2005-2008.pdf>
- 6 - Ministério da Saúde. Portaria no. 1.101/GM, de 12 junho 2002. Dispõe sobre os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS. Diário Oficial da União. 2002 jun 13; Seq. 1:36-42.
- 7 - Ministério da Saúde. Política nacional de atenção às urgências. 3a ed. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2006.
- 8 - Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria GM No. 2.048, de 5 de novembro de 2002. In: Ministério da Saúde. Política nacional de atenção às urgências. 3a ed. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2006. p. 49-241. (Série E. Legislação de Saúde).
- 9 - Ministério da Saúde. Portaria No. 1.559, de 1 agosto 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União. 2008 ago 4; Seq. 1:48.
- 10 - Lopes SL, Santos JS, Scarpelini S. The implementation of the Medical Regulation Office and Mobile Emergency Attendance System and its impact on the gravity profile of non-traumatic afflictions treated in a University Hospital: a research study. BMC Health Serv Res. 2007; 7:173. doi: 10.1186/1472-6963-7-173
- 11 - Sá MF. Criação de uma rede médico-assistencial, hierarquizada, como modelo para atividades de ensino e pesquisa, vinculada ao Hospital das Clínicas da FMRP-USP: gestão 2011-2015 [Internet]. 2021 [citado 2021 dez 10]. Disponível em: <https://site.hcrp.usp.br/wp-content/uploads/2021/10/Relatorio-de-Gestao-2011-2015.pdf>
- 12 - Maciel BC. HCFMRP-USP: relatório de gestão 2015-2018 [Internet]. 2021 [citado 2021 dez 10]. Disponível em: <https://site.hcrp.usp.br/wp-content/uploads/2021/10/Relatorio-de-Gestao-2015-2018.pdf>
- 13 - Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Hospital das Clínicas. HCFMRP-USP: Ribeirão Preto: relatório de atividades 2019 [Internet]. 2021[citado 2021 dez 10]. Disponível em: <https://site.hcrp.usp.br/wp-content/uploads/2021/10/relatorioatividades2019.pdf>
- 14 - Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Hospital das Clínicas. Relatório de atividades 2020 [Internet]. 2021[citado 2021 dez 10]. Disponível em: <https://site.hcrp.usp.br/wp-content/uploads/2021/10/relatorioatividades2020.pdf>
- 15 - Santos JS, Pereira GA Jr, Bliacheriene AC, Forster AC. Protocolo clínico e de regulação: acesso a rede de saúde. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012. Vol. 1.
- 16 - Santos JS, Atilio HHS. Regulação em saúde: contexto e estratégias, experiências e desafios. In: Nunes AA, Pazin Filho A, organizadores. Gestão da clínica nas redes de atenção à saúde. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES)/Fundação de Apoio ao Ensino Pesquisa e Assistência (FAEPA); 2020. p. 94-124.