

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

SIRBENE NUNES DA CUNHA

**DEFINIÇÃO DE FLUXO ASSISTENCIAL DE REGULAÇÃO DAS SINDROMES
CORONARIANAS AGUDAS NO MUNICÍPIO DE CUIABÁ**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

SIRBENE NUNES DA CUNHA

**DEFINIÇÃO DE FLUXO ASSISTENCIAL DE REGULAÇÃO DAS SINDROMES
CORONARIANAS AGUDAS NO MUNICÍPIO DE CUIABÁ**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Urgência e Emergência do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Prof.^aMs. **Quenia Cristina Gonçalves da Silva**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **DEFINIÇÃO DE FLUXO ASSISTENCIAL DE REGULAÇÃO DAS SINDROMES CORONARIANAS AGUDAS NO MUNICÍPIO DE CUIABÁ** de autoria do aluno **SIRBENE NUNES DA CUNHA** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Urgência e Emergência.

Prof.^aMs. Quenia Cristina Gonçalves da Silva
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

DEDICATÓRIA

Dedico aos meus filhos Wesley Jean, Anny Ellem, Rafaela Cássia e Natanael, que são as razões pelo qual me faz lutar pela vida e acreditar que é possível um mundo melhor.

A meu irmão Adelino da Cunha Neto, pelo companheirismo, força e paciência em momentos difíceis.

AGRADECIMENTO

Primeiramente a Deus.

À Jesse Mamede Untar – Coordenador de Regulação de Urgência e Emergência, Fabrícia de Oliveira – Médica Reguladora de Urgência e Emergência e especialista em cardiologia clínica e Fabiana Cristina Bardi – Coordenadora da regulação hospitalar, os quais contribuíram de forma decisiva para construção do fluxo definido neste trabalho.

A minha família pelo estímulo, apoio, compreensão e que me ajudaram a superar mais um desafios.

A Secretaria Estadual que oportunizou a realização deste curso.

A tutora Sabrina e a orientadora Quenia, pela dedicação e empenho para realização de um bom desempenho nas atividades e trabalho de conclusão de curso.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	08
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	10
3 MÉTODO.....	12
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	15
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	20
REFERÊNCIAS.....	21

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Fluxo operacional da rede SUS e Central de Regulação de Urgência/Emergência em Cardiologia. Secretaria Municipal de Saúde, Cuiabá-MT, 2014	16
---	-----------

RESUMO

O estudo objetivou definir e sugerir a implantação do fluxo assistencial de regulação das Síndromes Coronarianas Agudas (SCA), no Município de Cuiabá, MT. Com base na linha de cuidado de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), e na rede local de assistência em urgências/emergências e referência a assistência cardiovascular. Utilizou-se a tecnologia de concepção no qual se desenvolveu um plano de ação, com uma trajetória metodológica de três fases: levantamento bibliográfico da situação nacional e regional das doenças cardiovasculares, identificação da rede de assistência cardiovascular do município estudado e definição do fluxo de assistencial e de regulação da SCA. Identificaram-se como portas de entrada: unidade de atenção básica, o Serviço Móvel de Urgência, as Unidades de Pronto Atendimento, as Policlínicas, o Pronto Socorro Municipal e referenciada o Hospital Universitário (HU), que realizam acolhimento, classificação de risco e estudo eletrocardiográfico. Têm-se com Referência hospitalar o HU, hospital privado Centro e Unidade de Alta complexidade em Cardiologia, com Unidade Coronariana e Unidade Tratamento Intensivo. Os pacientes são regulados através da Central de Regulação de Urgência e Emergência, a qual é responsável pela autorização de internação nos leitos do Sistema Único de Saúde. Nos casos de alta hospitalar o paciente deve ser contra referenciado para a reabilitação especializada e para a atenção primária. Este fluxo vem de encontro à necessidade de organização da assistência às intercorrências cardiovasculares, através da Central Regulatória de Cuiabá, garantindo maior efetividade às ações desenvolvidas nos sistemas de saúde, favorecendo a interligação e comunicação da rede de serviço apresentada.

1 INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) permanecem como a primeira causa de mortalidade proporcional no Brasil, correspondendo a 29% dos óbitos no ano de 2010. Entre as causas de morte e hospitalização por DCV, destacam-se as síndromes coronarianas agudas (SCA), o que inclui o infarto agudo do miocárdio (IAM) e a angina instável (AI). Com os avanços tecnológicos e científicos no tratamento da SCA, a mortalidade no IAM caiu de 30% na década de 50 para menos de 5% nos registros mais recentes em países desenvolvidos. Assim, configura-se como tratamento moderno do IAM o uso de terapias de reperfusão, rápido acesso ao serviço médico e uso de medicações específicas com benefício comprovado. No Brasil, a maioria das abordagens indicadas no tratamento do IAM estão disponíveis no SUS, entretanto a mortalidade hospitalar pelo IAM mantém-se elevada, o que nos leva a refletir que falta uma ação integrada do Ministério da Saúde (MS), Sociedades Científicas, gestores estaduais e municipais e hospitais (BRASIL, 2011).

Nos últimos anos, houve uma redução importante na taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares em relação aos avanços tanto na prevenção primária como no tratamento da SCA. Embora essa redução seja tendência mundial, é mais observada em países desenvolvidos, nos quais é possível ter acesso, em tempo hábil, ao tratamento adequado, com reperfusão por angioplastia primária ou fibrinólise, terapia antitrombótica dupla e tratamento intensivo (MARCOLINO et al., 2013).

As doenças do aparelho circulatório em situações agudas requerem atendimento imediato em serviços especializados de urgência. Em detrimento do grande impacto socioeconômico gerado pela evolução com sequelas limitantes, há a necessidade de medidas que possibilitem fortalecer e quantificar a gestão da rede de serviços visando quantificar os fluxos e as respostas aos portadores de doenças do aparelho circulatório, garantindo acesso e acolhimento em situações agudas ou crônicas agudizadas (MATO GROSSO, 2012).

Considerando essa contextualização, surge o reconhecimento de que para o tratamento adequado das SCA é necessária a interação dos pontos de atenção disponíveis, como Unidades de Pronto Atendimento (UPA), serviço de transporte de emergência e hospital com serviços de hemodinâmica e de terapia intensiva, sendo expressamente importante a instrumentalização deste

processo, que pode ser a criação de sistemas próprio, ou linhas de cuidado ao IAM ou definição de fluxo assistencial de regulação, para otimizar o atendimento ao paciente, desde o diagnóstico precoce até o tratamento adequado e em tempo hábil.

O fluxo assistencial pressupõe um nível de acompanhamento, ou de responsabilização da operadora/ prestador/ cuidador por esse usuário. O consumo de “tecnologias duras” (exames, imagens, procedimentos) implicará o retorno ao “cuidador”, que definirá sempre pela necessidade de novos procedimentos, ou pela instituição de determinada terapêutica. O caminhar pela linha de cuidado pressupõe a existência de uma rede de serviços que suporte as ações necessárias, o projeto terapêutico adequado àquele usuário, que comandará o processo de trabalho e o acesso aos recursos disponíveis à assistência (MALTA et al., 2004).

Muitos casos de IAM não são internados ou são internados pelo sistema suplementar de saúde, estima-se em 300 a 400 mil o número de infarto ao ano no país e que a cada cinco a sete casos ocorra um óbito. Assim, apesar dos inúmeros avanços terapêuticos obtidos nas últimas décadas, a SCA é ainda uma das mais importantes causas de morte da atualidade (BRASIL, 2011). Os dados sobre óbitos na baixada cuiabana no período de 2009 a 2012 mostrou que aqueles óbitos em decorrência de doenças do sistema circulatório representaram em 2009, 28,0% de 4.871 óbitos e 27,5% em 5.157 óbitos em 2012. O IAM é um indicador importante da rede de urgência, pois podemos verificar que não há um aumento no percentual de óbitos por esta comorbidade, fator positivo para população. Não havendo redução, o que pode mostrar que há necessidade de melhorar a prática assistencial a doenças referente ao sistema cardiovascular, desde a atenção básica até a alta complexidade (BRASIL, 202; CUIABÁ, 2012).

Diante do exposto, este trabalho teve como objetivo definir e sugerir a implantação do fluxo assistencial de regulação das SCA, no Município de Cuiabá. Este estudo baseou-se na linha de cuidado de IAM e na rede de referência local, com a identificação da rede de assistência as urgências, emergências e unidades de referência a assistência cardiovascular no município.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Dentre as principais causas de mortalidade nos países industrializados estão às doenças das artérias coronárias, ainda que estes países canalizem esforços na prevenção e nos avanços nas técnicas e nos procedimentos de diagnóstico e tratamento aplicados nos últimos anos (OLIVEIRA; ALBUQUERQUE; ALENCAR, 2009). Uma realidade também encontrada no Brasil, onde as doenças cardiovasculares permanecem sendo proporcionalmente a primeira causa de mortalidade, responsáveis por 29,0% dos óbitos em 2010 (BRASIL, 2011).

São duas as formas de apresentação da SCA aquela com supra desnivelamento do segmento ST (SCACSSST) ou IAM com supra de ST (IAMCSST) e aquela sem supra desnivelamento do segmento ST (SCASSST). Esta diferenciação é essencial para o tratamento imediato do IAMCSST através da reperfusão miocárdica. A SCASSST se subdivide em AI e IAM sem supra desnivelamento do segmento ST (IAMSSST). Ambos tem apresentações clínicas e eletrocardiográficas semelhantes, sendo distinguidas apenas pela elevação (IAMSSST) ou não (AI) dos marcadores de necrose miocárdica, como troponina I (TnI) e T (TnT) e creatinofosfoquinase – fração MB (CK-MB), após algumas horas do início dos sintomas (BRASIL, 2011).

Nesse sentido, o termo SCA é empregado aos pacientes com evidências clínicas ou laboratoriais de isquemia aguda, produzida por desequilíbrio entre suprimento e demanda de oxigênio para o miocárdio, sendo, na maioria das vezes, causada por instabilização de uma placa aterosclerótica. Como o IAMCSST é uma das formas de SCA na qual a terapia de reperfusão deve ser instituída o mais rápido possível, a prioridade no paciente com suspeita de SCA é o seu encaminhamento imediato para um local onde possa ser reconhecido e tratado. Tal avaliação implica, frente a suspeita de SCA, no acionamento imediato do cuidado do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) nas localidades onde este serviço estiver disponível ou, na ausência deste, a procura direta pela instituição, com atendimento prioritário e realização de ECG, seguidos pela terapia de reperfusão, se necessário (LODI-JUNQUEIRA; RIBEIRO; MAFRA et al., 2011).

A elevada mortalidade no sistema público de saúde brasileiro é atribuída às dificuldades no acesso do paciente com IAM ao tratamento em terapia intensiva, aos métodos de reperfusão e

às medidas terapêuticas estabelecidas para o IAM (MARCOLINO et al., 2013).

O IAM consiste em uma patologia incapacitante e limitadora, uma vez que repercute de forma negativa no padrão de vida do ser humano. O cliente infartado tem toda sua dinâmica de viver alterada, assim como a compreensão de suas necessidades humanas básicas, ou seja, antes do infarto, a livre capacidade e a participação ativa e efetiva do indivíduo respondiam parcial ou totalmente às suas exigências naquele período. Contudo, após o infarto, tais qualidades tornam-se menos expressivas, exacerbando suas demandas neste novo momento de sua vida.

A maioria das mortes por SCA, principalmente o IAM ocorrem nas primeiras horas após o início dos sintomas. Sabe-se que pessoas tratadas na primeira hora de manifestação da doença experimentam uma redução significativa da mortalidade e da morbidade (SAMPAIO et al., 2012).

Apesar dos benefícios do tratamento precoce, no Brasil, a média de retardo pré-hospitalar (tempo decorrido entre o início dos sintomas e a chegada ao hospital) ainda é alta: cerca de três a quatro horas. É importante destacar que o retardo pré-hospitalar não está ligado apenas a variáveis socioeconômicas, clínicas, cognitivas e emocionais que possam influenciar o tempo de decisão, mas também a fatores como a disponibilidade de transporte e a possibilidade de acesso à rede hospitalar (SAMPAIO et al., 2012).

Marcolino et al. (2013), reconhece que para o tratamento adequado do IAM é imprescindível a influência mútua de vários setores (comunidade, unidades de pronto atendimento, serviço de transporte de emergência e hospital com serviços de hemodinâmica e de terapia intensiva), induzindo a criação de sistemas ou linhas de cuidado ao IAM para otimização o atendimento ao paciente, desde o diagnóstico precoce até o tratamento adequado e em tempo hábil.

A política nacional de regulação, por sua vez, prevê a operacionalização da regulação do acesso definida como uma dimensão do processo regulatório em saúde que, por meio de Complexos Reguladores (CR), visa conformar uma rede de cuidados integrais e equitativos. Nesta ótica, o CR foi concebido para conferir, ao sistema, uma capacidade sistemática de responder às demandas e às necessidades de saúde de seus usuários nas diversas etapas do processo assistencial. Trata-se de um “instrumento ordenador e definidor da atenção”, cuja atuação deve dar-se de “forma rápida, qualificada e integrada, com base no interesse social e coletivo” (FERREIRA et al., 2010).

3 MÉTODO

Utilizou-se a tecnologia de concepção no qual se desenvolveu um plano de ação. O local de realização do estudo foi o município de Cuiabá, capital do Estado de Mato Grosso, com uma população residente estimada em 2011, de 556.299 habitantes, pertence à Região da Baixada Cuiabana constituída por 11 municípios totalizando 919.888 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012).

Devido à grande extensão territorial do Estado a maioria dos serviços que realizam atendimento de média e alta complexidade que está concentrado no município de Cuiabá, uma vez que os demais municípios não possuem densidade populacional capaz de viabilizar o funcionamento dos mesmos. Esse fato gera um volume maior de atendimentos do interior do Estado e caracteriza no Plano Diretor de Regionalização (PDR) o município de Cuiabá como referência estadual (MATO GROSSO, 2012).

Os principais pontos de atenção existentes em Cuiabá para atendimento às SCA são (CUIABÁ, 2011):

- policlínicas de Cuiabá: funcionam com atendimento 24 horas e encontram-se distribuídas regionalmente no município, sendo cinco policlínicas que funcionam atualmente com serviço de Acolhimento de Classificação de Risco, o qual foi implantado em 2011;
- uma UPA: com atribuições de atender a população com quadro agudo e estar articulada com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), Atenção Básica (AB), SAMU 192, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde do sistema locorregional, com fluxos coerentes e efetivos de referência e contra referência e ordenando os fluxos de referência através das Centrais de Regulação Médica de Urgências e complexos reguladores (CUIABÁ, 2012).

A porta de entrada referenciada de maior complexidade em urgência e emergência é o Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá (HPSMC). Possui 258 leitos, sendo 108 leitos cirúrgicos, 82 leitos clínicos adulto, 58 leitos pediátricos, 10 leitos de longa permanência e 22 leitos complementares de UTI.

Os serviços de cardiologia de alta complexidade estão concentrados no município de Cuiabá, devido à disponibilidade de recursos humanos, recursos tecnológicos e leitos hospitalares

que atendem as exigências estabelecidas nas Portarias nº 210 de 15 de junho de 2004 (BRASIL, 2004) e a Portaria do Secretário de Atenção à Saúde nº 123 de 28 de fevereiro de 2005 (BRASIL, 2005). Sendo o Hospital Geral Universitário (HGU) como Centro de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular para os serviços de cirurgia cardiovascular, cirurgia vascular, procedimentos da cardiologia intervencionista, procedimentos endovasculares extracardíacos e laboratório de eletrofisiologia; Hospital AMECOR como unidade de assistência em alta complexidade cardiovascular nos serviços de cirurgia cardiovascular e procedimentos da cardiologia intervencionista e Femina - Hospital Infantil e Maternidade como unidade de assistência em alta complexidade cardiovascular nos serviços de cirurgia cardiovascular pediátrica.

O componente pré-hospitalar móvel SAMU 192, conta com duas unidades avançada, três de unidades de suporte básico e três motolâncias e a Central de Regulação Médica de Urgência, é a instituição que gerencia e regula o fluxo a assistência à saúde no Município de Cuiabá é localizada na região central da capital sendo de gestão estadual, com proposta de co-gestão e ampliação do complexo regulador nas principais regionais do estado.

A trajetória metodológica foi percorrida em três fases:

1. Levantamento bibliográfico da situação das doenças cardiovasculares a nível nacional e regional, através de pesquisas na web (Bireme, Biblioteca Virtual de Saúde e Google acadêmico), dados e relatórios governamentais disponibilizados pelas Secretarias Municipal e Estadual de Saúde;
2. Identificação da rede de assistência a urgência e emergência e unidades de referência a assistência cardiovascular do município estudado, através do envolvimento da equipe de trabalho e de gestores da assistência;
3. Definição do fluxo de assistencial e de regulação da SCA no município, com apoio da equipe e gestores responsáveis pela regulação municipal, envolvendo especialista em cardiologia. Foi utilizado instrumento de informática e analisadas com materiais metodológicos pesquisados.

Em relação aos aspectos éticos, por não se tratar de pesquisa, o projeto não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e não foram utilizados dados relativos a sujeitos ou descrições sobre as situações assistenciais.

As preocupações éticas deste estudo basearam-se na veracidade, confiabilidade, fidedignidade e reaplicabilidade das informações obtidas do local estudado.

4 RESULTADO E ANÁLISE

Na região metropolitana de Cuiabá as portas de entrada para pacientes com urgência/emergência em cardiologia são as unidade de atenção básica (ESF), SAMU com duas unidades de suporte avançado, três unidades de suporte básico e três motolâncias, uma UPA, cinco Policlínicas, um Pronto Socorro Municipal e como porta de entrada referenciada um Hospital Universitário especializado em cardiologia. Estabelecimentos de saúde onde os pacientes são acolhidos realizam estudo eletrocardiográfico e são classificados de acordo com o quadro clínico. Segundo Ferreira et al., (2010) as recomendações para realização de eletrocardiograma (ECG) são para qualquer paciente com suspeita de doenças coronarianas agudas (DCA) e na presença de quadro sugestivo de angina estável ou IAM.

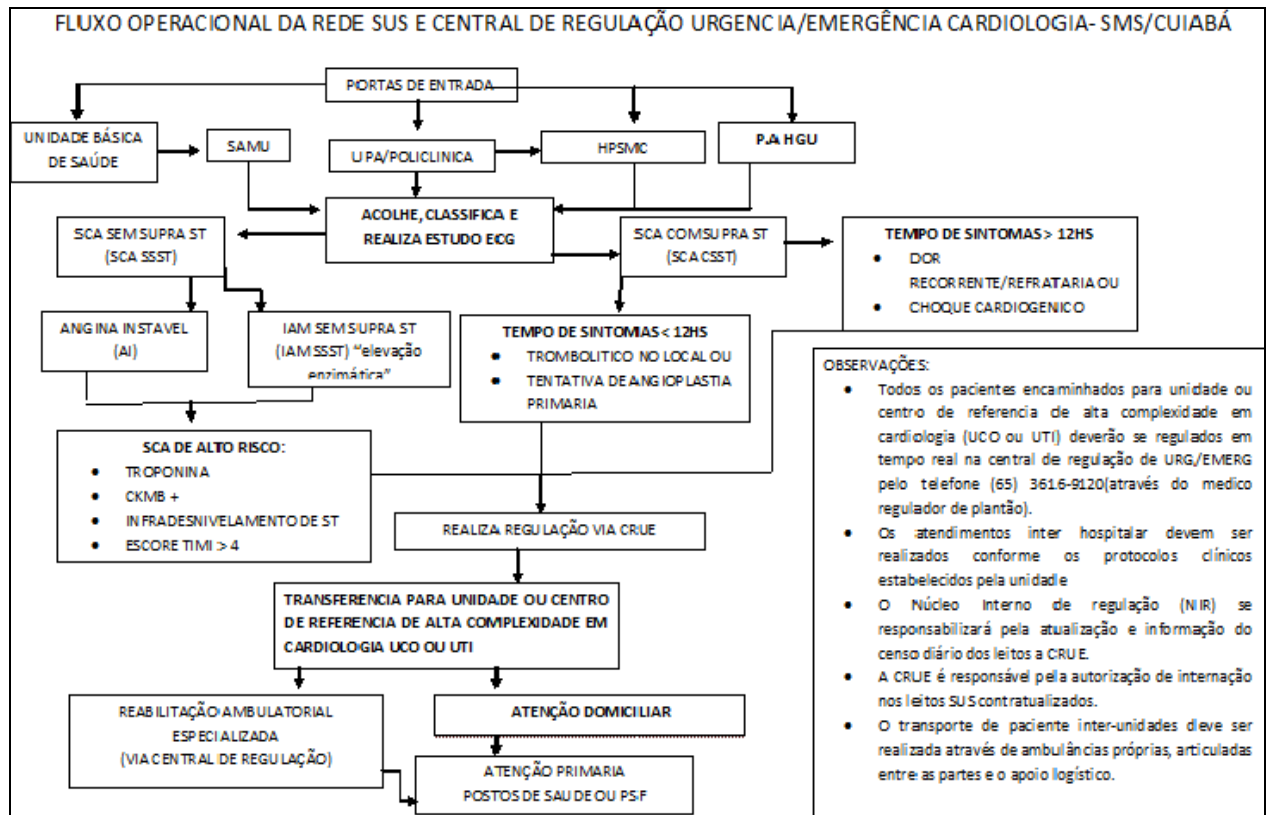
As intercorrências cardiológicas levando em conta o resultado expresso pelo eletrocardiográfico são classificadas em SCASSST, AI ou IAMSSST “elevação enzimática”. E também podem ser classificadas como SCACSST. Conforme a classificação obtida, e o tempo de apresentação dos sintomas, no caso da SCACSST ser maior ou menor que 12 horas, os procedimentos de intervenção e regulação são diferenciados. Como o diagnóstico do IAM se baseia primariamente no ECG de 12 derivações, a oportunidade de se reduzir o tempo entre o diagnóstico e a intervenção depende da aquisição rápida e interpretação adequada do ECG (BRASIL, 2011).

Definiu-se neste fluxograma (Figura 1) que os pacientes com SCASSST, AI ou IAM SSST “elevação enzimática”, sejam transferidos para unidades ou centro de referência de alta complexidade em cardiologia, para serem alocados em Unidade Coronariana (UCO) ou Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), através da Central de Regulação de Urgência e Emergência (CRUE). Procedimento também adotado com aqueles pacientes com SCACSST com tempo de sintoma maior que 12 horas. Já naqueles com SCACSST com tempo de apresentação de sintomas menor que 12 horas. É preconizado realizar trombolítico no local ou tentativa de angioplastia primária e então devem seguir o fluxo descrito acima.

O MS preconiza na Linha do cuidado do IAM, que a terapia de reperfusão deve ser estabelecida no tratamento do IAMCSST e pode ser feita por angioplastia primária ou trombólise.

Em ambas, é necessário o reconhecimento precoce do infarto e o pronto início do tratamento, até 12 horas de início dos sintomas (BRASIL, 2011).

Figura 1: Estrutura do fluxograma operacional da rede SUS e Central de Regulação Urgência/Emergência em Cardiologia. Secretaria Municipal de Saúde, Cuiabá-MT, 2014.



As intervenções nas intercorrências cardiológicas em Cuiabá são prestados por um centro de referência em alta complexidade em cardiologia, por hospital universitário habilitado a realizar serviços de cirurgia cardiovascular, cirurgia vascular, procedimentos extra cardíaco, procedimentos de cardiologia intervencionista (hemodinâmica), laboratório de eletrofisiologia, serviço de apoio diagnóstico (ergometria, holter, ecocardiograma, ultrassom com doppler), disponibiliza UCO e UTI. A Unidade de Alta Complexidade em Cardiologia, sendo um hospital privado habilitado ao Sistema Único de Saúde (SUS) oferece serviços de Cirurgia Cardiovascular, procedimentos de Cardiologia Intervencionista (hemodinâmica), serviço de

Apoio diagnóstico (ergometria, holter, ecocardiograma, USG com doppler), e Unidade Tratamento Intensivo (UTI). Havendo neste município também dois hospitais privados que está em processo de habilitação para atendimento a urgência/emergência pelo SUS).

Há necessidade de uma rede de serviço estruturada como descrito neste estudo, pois, no contexto nacional, foi observado que a dificuldade de acesso à rede de hospitais, e a existência de serviços de saúde pouco estruturados para o atendimento, bem como elevado número de atendimento hospitalar podem ter contribuído para maior retardo no atendimento as intercorrências cardiológicas, a exemplo podemos citar situação descrita por Damasceno e Mussi (2010), que observaram a falta de estrutura no sistema de atendimento médico pré e intra-hospitalar e das políticas públicas de saúde, para diagnóstico e tratamento de indivíduo com IAM, neste contexto incluí-se as ações médicas relacionadas a indivíduos com sintomas específicos de IAM. A falta de estrutura pode levar muitas vezes ao retardo no atendimento por falta de recursos ou vaga no serviço de saúde. Espera-se que com a implantação e implementação deste fluxo no município de Cuiabá obtenhamos uma dinâmica na estrutura de atendimento ao usuário com SCA, o que proporcionará um atendimento mais efetivo e resolutivo aos indivíduos com SCA neste município, diferenciando daquele atendimento descrito em Salvador-BA.

Neste município as unidades ou centro de referência de alta complexidade em cardiologia, como UCO ou UTI deve realizar assistência aos casos de SCA de acordo com os protocolos específicos da unidade (Serviço de Apoio Diagnóstico e Tratamento (SADT), cineangiocoronariografia, angioplastia ou cirurgia cardíaca).

Brant et al. (2012), realizaram um estudo em Belo Horizonte-MG e relataram a implementação da dinâmica no fluxo de atendimento aos pacientes com suspeita de SCACSST, o médico da UPA inicia as primeiras medidas para tratamento da SCA, com a realização do ECG digital, o qual envia-o para a UCO. Nesse momento, esse médico faz contato com o plantonista da UCO por meio de telefone celular. E caso o diagnóstico de SCACSST for confirmado, o paciente pode seguir duas vias de atendimento: a via rápida e a via Central de Internações da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) conforme avaliação do caso. Em outras unidades de emergência diferentes das UPAs, sem ponto de ECG digital, o médico deve ligar para a UCO para discussão do caso. Fluxo em que há envolvimento das várias instituições disponíveis no município em que os pacientes com SCA que procuram serviços de emergência em BH pela SMS, com o apoio do SAMU, com a participação do Hospital das Clínicas da Universidade

Federal de Minas Gerais (HC/UFMG), incluindo o centro de telessaúde, o serviço de cardiologia e cirurgia cardiovascular e o setor de hemodinâmica. O HC/UFMG possui laboratório de hemodinâmica e UCO desde março de 2010. Em outubro de 2011, o Hospital Santa Casa de Misericórdia passou a integrar o fluxo, quando disponibilizou o laboratório de hemodinâmica e leitos de UCO específicos para esse fluxo.

O estudo citado acima é semelhante ao fluxo definido neste estudo, pois também mostrou que os casos de pacientes com tempo de início da dor torácica > 3 horas e < 12 horas ou > 12 horas, porém apresentando dor recorrente ou refratária ou em choque cardiogênico, o paciente segue a via rápida, na qual ele é encaminhado pelo SAMU diretamente ao laboratório de hemodinâmica para angioplastia primária, reduzindo o tempo de atraso para reperfusão. No caso do paciente apresentar menos de três horas de dor torácica, o médico da UPA é orientado a administrar trombolítico no local, salvo contra-indicações e posterior transferência o mais prontamente possível para UCO ou HC. Essa transferência é regulada pela Central de Internações. Se, entretanto, após a infusão de trombolítico, não houver critérios de reperfusão clínico (alívio da dor e estabilidade hemodinâmica) e eletrocardiográfico (redução de 50% do supra de ST na derivação com maior supra, 90 minutos após o início do trombolítico), novo contato com a UCO deveria ser realizado para transferência pela via rápida para angioplastia de resgate (MARCOLINO et al., 2013).

Os esforços canalizados para a melhoria nos fluxos de atendimento aos pacientes com risco de SCA são realizados de modo a garantir o acesso seguro às tecnologias necessárias a sua assistência. Franco e Magalhães (2004) descrevem este fluxo com a imagem de uma linha de produção do cuidado, que parte da rede básica ou qualquer outro lugar de entrada no sistema, para os diversos níveis assistenciais, centrados no usuário, facilitando o seu “caminhar na rede”, com instrumentos que garantam uma referência segura aos diversos níveis de complexidade da atenção e a garantia de contra-referência para as ESF ou Unidades Básicas de Saúde.

No município de Cuiabá todos os pacientes encaminhados para Unidades ou Centro de Referência de Alta Complexidade em Cardiologia ou UCO e UTI, deverão ser regulados em tempo real na CRUE pelo telefone (65) 3616-9120 (através do médico regulador de plantão). O Núcleo Interno de Regulação (NIR) de cada instituição é responsável pela atualização de informação do censo diário de disponibilidade de vagas para CRUE. A CRUE é a central responsável pela autorização de internação nos leitos do SUS. Sendo que o transporte do paciente

inter-unidades deve ser realizado através de ambulâncias próprias, articuladas entre as partes e o apoio logístico. Nos casos de alta hospitalar a unidade ou centro de alta complexidade deve encaminhar o paciente para a reabilitação ambulatorial especializada e contra referenciar a atenção primária.

Segundo definição do próprio MS as ações de Regulação da Atenção à Saúde concentram-se na preparação da infra-estrutura de serviços de saúde de forma a garantir uma oferta condizente em quantidade e qualidade com as necessidades da população. E mais ainda, aponta que o processo de compra de serviços na rede privada deve se pautar pelo interesse público e pelas necessidades assistenciais (FARIAS, 2009). O Complexo Regulador (CR) trata-se de um “instrumento ordenador e definidor da atenção”, cuja atuação deve dar-se de “forma rápida, qualificada e integrada, com base no interesse social e coletivo” (FERREIRA et al., 2010).

A regulação é uma função do Estado imprescindível para garantir maior efetividade às ações desenvolvidas nos sistemas de saúde. O campo da regulação sobre os sistemas de saúde circunscreve atividades específicas e difusas relacionadas à produção de serviços de saúde, tais como: a contratualização, o cadastramento, a organização de fluxos assistenciais e controle/avaliação. Essas atividades são denominadas formalmente no Brasil de Regulação da Atenção à Saúde e visam à produção de serviços de saúde adequados para as necessidades de saúde da população (FARIAS, 2009). Quando o objeto da análise se volta para a estratégia da CR, que foca suas competências e atividades, verifica-se a importância da existência de uma rede que exercite a integração para que as ações regulatórias aconteçam em sintonia com as diretrizes do SUS. O CR deve favorecer a interligação desta rede, reorganizando o fluxo e promovendo a comunicação eficiente, orientada pelo sentido cooperativo e resolutivo (FERREIRA et al., 2010).

A CR de Mato Grosso/Cuiabá vem desenvolvendo de modo cooperativo as atividades reguladoras a ela pertinentes, proporcionando ações resolutivas dentro da rede implantada no município com fluxogramas de atenção já definidos. Portanto, quanto mais fluxogramas forem planejados e definidos, maior será a resolutividade do sistema gerenciado pelo CR.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No fluxo definiram-se como portas de entrada: AB, SAMU, as UPAs, as policlínicas, o Pronto Socorro Municipal e referenciada o HU, que realizam acolhimento, classificação de risco e estudo eletrocardiográfico.

Estabeleceu-se como referência hospitalar o HU e um hospital privado, respectivamente, Centro e Unidade de Alta complexidade em Cardiologia, com UCO e UTI. Hospitais nos quais a CRUE autoriza internação nos leitos do SUS, para que os pacientes com SCASSST, AI ou IAM SSST “elevação enzimática”, sejam transferidos. Procedimento também adotado em pacientes com SCA CSST com tempo de sintomas > 12 horas, naqueles < 12 horas, deve-se realizar trombolítico no local ou tentativa de angioplastia primária, e então devem seguir o fluxo. Nos casos de alta hospitalar o paciente deve ser contra referenciado para a reabilitação especializada, e a atenção primária.

Após definido o fluxograma, propõe-se a implantação do fluxo assistencial de regulação das SCA, no Município de Cuiabá conforme definido neste estudo. Este fluxo atenderá à necessidade de organização da assistência às intercorrências cardiovasculares, pela CR de Cuiabá, através da garantia de maior efetividade às ações desenvolvidas nos sistemas de saúde, propiciando a interligação e comunicação da rede de serviço apresentada, bem como ofertar uma assistência integral, efetiva e de qualidade para o usuário.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha do cuidado do infarto agudo do miocárdio na rede de atenção à saúde - RAS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 96p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/protocolo_sindrome_coronaria.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 210 de 15 de junho de 2004**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria do Secretário de Atenção à Saúde nº 123 de 28 de fevereiro de 2005**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Departamento de Informática do SUS. **Informações em Saúde. Sistema de Informação de Mortalidade-SIM**. Brasília: DATASUS. Março, 2012. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 20 jan de 2014.

BRANT, L. C. C. et al. A importância da criação da rede de cuidado para tratamento do IAM com supra de ST e a experiência da unidade coronariana do Hospital das Clínicas/UFMG, **Rev. Med. Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 22, n. 1, p. 93-104, 2012.

_____. Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá. **Relatório de Produtividades das Policlínicas**. Cuiabá: SMS; 2011. Documento não Publicado.

_____. Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá. **Política Municipal de Atenção às Urgências**. Cuiabá: SMS; 2012. Documento não Publicado.

DAMASCENO, C. A.; MUSSI, F. C. Fatores de retardo pré-hospitalar no infarto agudo do miocárdio: uma revisão de literatura. **Cien. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 9, n. 4, p. 815-21, out./dez. 2010.

FARIAS, S. F. **Interesse Estruturais na Regulação da Assistência Médico-Hospitalar do SUS**. 2009. 221 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

FERREIRA, J. B. B.; MISHIMA, B. M.; SANTOS, S.; FORSTER, A. C. O complexo regulador

da assistência a saúde na perspectiva de seus sujeitos operadores. **Interface - Comunic. Saúde Educ.**, Botucatu, v. 14, n. 33, p. 345-58, abr./jun. 2010.

FRANCO, B. T.; MAGALHÃES, H. M. **Integridade na assistência a saúde: a organização das linhas do cuidado**. In: MERHY, E. E. O trabalho em saúde olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2ª ed, São Paulo: Hucitec, 2004, 296 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento. Índice de Desenvolvimento Humano**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/home/>>. Acesso em: 20 de março de 2012.

LODI-JUNQUEIRA, L.; RIBEIRO, A. L. P.; MAFRA, A. A. et al. **Protocolo Clínico sobre Síndrome Coronariana Aguda**. Belo Horizonte: [s.n], 2011. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/pro-hosp-1/protocolos-clinicos-assistenciais/protocolo-assistencial-dor-toracica/Dor%20Toracica.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2012.

MALTA, D. C. et al. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 433-44, abr./jun. 2004.

MATO GROSSO. Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. **Plano Estadual Preliminar do Desenho da Rede de Atenção às Urgências**. Cuiabá: SES/MT, 2010.

MARCOLINO, M. S. et al. Implantação da Linha de Cuidados do infarto agudo do miocárdio no município de Belo Horizonte. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 100, n. 4, p. 307-14, apr. 2013.

OLIVEIRA, M. A; ALBUQUERQUE, G. A.; ALENCAR, A. M. P. G. Satisfação dos clientes portador de infarto agudo do miocárdio a cerca dos cuidados de enfermagem. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 10, n. 1, p. 95-103, jan. 2009.

SAMPAIO, E. S.; MENDES, A. S.; GUIMARÃES, C. A.; MUSSI, F. C. Percepção de clientes com infarto agudo do miocárdio sobre os sintomas e a decisão de procurar atendimento. **Ciênc. Cuid. Saude**, Maringá, v. 11, n. 4, p. 687-96, out/dez, 2012.