



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica

**REDE TEMÁTICA DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS
NA PERSPECTIVA DE GESTORES HOSPITALARES**

ERIKA DA FONSECA

SÃO CARLOS

2016

ERIKA DA FONSECA

**REDE TEMÁTICA DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS
NA PERSPECTIVA DE GESTORES HOSPITALARES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica da Universidade Federal de São Carlos, para a obtenção do título de Mestre em Gestão da Clínica.

Orientadora: Profa. Dra. Sueli Fatima Sampaio

Co-orientadora: Profa. Dra. Valéria Vernaschi Lima

SÃO CARLOS

2016



FOLHA DE APROVAÇÃO

ERIKA DA FONSECA

“REDE TEMÁTICA DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NA PERSPECTIVA DE GESTORES HOSPITALARES”

Trabalho de Conclusão de mestrado
apresentado à Universidade Federal de
São Carlos para obtenção do Título de
Mestre junto ao Programa de
Pós-graduação em Gestão da Clínica.

DEFESA APROVADA EM 25/05/2016

COMISSÃO EXAMINADORA:

- Prof.ª Dr.ª Adriana Barbieri Feliciano – UFSCar
- Prof.ª Dr.ª Inahíá Pinhel - PUC-Campinas
- Prof.ª Dr.ª Sueli Fatima Sampaio – UFSCar

Dedicatória

A **DEUS** por seu amor e sua luz que ilumina minha vida.

Dedico este trabalho a todas as pessoas, que acreditam na concretização de seus sonhos e em sua força interior, transformando e inovando ideias, buscando conquistas. Que a luz divina possa abençoar todos aqueles, que buscam o conhecimento com coragem e fé para o bem de seu semelhante.

Ao meu esposo Fabrício, pelo amor, paciência e dedicação, apoiando-me em todos os momentos.

Aos meus filhos, Luigi e Maria Luiza, pelo carinho, respeito e, sobretudo paciência nos momentos de minha ausência. Eu amo vocês.

Aos meus pais, Luiz e Valdete, pelo amor incondicional, que não mediram esforços para o meu sucesso e felicidade. Pais, sem vocês nada seria possível, tudo o que sou e serei devo a vocês.

Aos meus irmãos, Fábio e Jaqueline, pelo apoio, carinho, paciência e preocupação comigo.

Agradecimentos

À profª Sueli, Obrigada por sempre ter acreditado no meu potencial. Obrigada por dedicar-se ao seu trabalho com tanto entusiasmo e verdade. Você faz as pessoas se sentirem especiais, capazes de alcançarem seus sonhos. As lições que aprendi com você estarão sempre comigo, por isso você é a minha eterna professora.

À profª Valéria, por me orientar, acolhendo minhas ideias e explicando com calma, responsabilidade e vínculo, todos os passos do meu percurso.

À profª Mariza, mestre que contribuiu em minha formação, me fazendo refletir sempre.

À amiga Ana Paula, Obrigada pela sua amizade. Obrigada pela força que você me deu. Obrigada pela alegria que sinto quando estou conversando com você. Obrigada pela compreensão que têm por mim.

Aos professores e colegas do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica.

Aos gestores que contribuíram com o relato de suas experiências e cujos depoimentos permitiu-me a construção dos resultados deste trabalho.

*“O homem deve ser o sujeito de sua própria educação.
Não pode ser objeto dela.
Por isso, ninguém educa ninguém”.*

Paulo Freire

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO:	17
2. JUSTIFICATIVA:	19
3. REFERENCIAL TEÓRICO:	21
3.1 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE	22
3.2 REDES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:	27
4. OBJETIVO:	29
5. PERCURSO METODOLÓGICO:	29
5.1 TIPO DO ESTUDO	29
5.2 CENÁRIO DO ESTUDO	30
5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	31
5.4 COLETA DOS DADOS.....	32
5.5 ANÁLISE DOS DADOS	33
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO:	36
6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	36
6.2 CATEGORIAS DE ANÁLISE	37
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS:	56
8. REFERÊNCIAS:	59
APÊNDICE A	65
APÊNDICE B	68
ANEXO I	70

RESUMO

Estudo com o objetivo de analisar a inserção dos hospitais na Rede Temática de Atenção às Urgências e Emergências do Departamento Regional de Saúde III do Estado de São Paulo - Região Coração, na perspectiva dos seus gestores. Para tanto, a investigação foi realizada com base nos pressupostos da pesquisa qualitativa, junto a cinco gestores hospitalares de quatro municípios, utilizando-se de entrevista semi-estruturada para a coleta de dados, assim como para a análise, a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin. A partir da identificação de que os gestores apontaram potencialidades e limitações, ora relacionadas ao cuidado propriamente dito, ora aos aspectos de gestão e ainda relacionado à educação, organizamos as subcategorias das categorias Potencialidades e Limitações da Rede Temática de Urgência e Emergência nos eixos: gestão da atenção à saúde, gestão em saúde e gestão na educação. O estudo permitiu não só identificar a percepção dos gestores em relação à Rede Temática de Urgência e Emergência e sua relação com seus equipamentos, os quais gerenciam, mas a possibilidade de identificação de potencialidades e limitações para a efetivação das propostas, que propõe com relação à concepção de rede. Confirma-se a necessidade de estratégias, que permitam potencializar a constituição/consolidação da Rede Temática de Urgência e Emergência na Região Coração, assim como a reflexão continuada e permanente de profissionais, gestores locais, municipais, estaduais e federais, possa ser uma estratégia para a consolidação da Rede Temática.

Descritores: Administração Hospitalar, Gestor de Saúde, Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

This study aims to analyze the integration of hospitals in the Thematic Network of Attention to Emergencies and Emergencies of the Regional Health Department III of the State of São Paulo - Heart region, from the perspective of their managers. Therefore, the research had based on the assumptions of qualitative research, using semi-structured interviews as the main tool for data collection and content analysis technique for the analysis of interviews. The population consisted of five hospital managers from the four participating municipalities. By analyzing, the data from the reports of managers emerged two categories of analysis: potential (1) and limitations (2). From this definition and following the axes of health care management (axis 1), health management (axis 2) and management in education (Axis 3), subcategories were organized; being identified in the potential three (axis 1), two (2 axis) and two (axis 3) and the limitations two (axis 1), three (axis 2) and (3 axis). For this research, the following considerations had obtained the study allowed not only to identify the perception of managers regarding the Thematic Network Emergency Department and its relationship with its equipment manage, but also the possibility of identifying strengths and weaknesses for effectiveness of proposals proposed regarding the network design. It confirmed the need for strategies to boost the creation / consolidation of the Thematic Network Emergency Department in the Region Heart. Finally, the continuous and permanent reflection of professional, local, municipal, state and federal managers can be a strategy for the consolidation of the Thematic Network.

Keywords: Hospital Administration, Health Manager, Health Unic System.

RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo analizar la integración de los hospitales de la Red Temática de Atención a Emergencias y Emergencias del Departamento de Salud Regional III del Estado de Sao Paulo - región del corazón, desde la perspectiva de sus gestores. Por lo tanto, la investigación se basa en los supuestos de la investigación cualitativa, mediante entrevistas semi estructuradas como la principal herramienta para la recopilación de datos y la técnica de análisis de contenido para el análisis de las entrevistas. La población ha sido constituida por cinco directores de los hospitales, de los cuatro municipios participantes. Mediante el análisis de los datos de los informes de los administradores ha surgido dos categorías de análisis: potencial (1) y limitaciones (2). A partir de esta definición y siguiendo los ejes de la gestión sanitaria (eje 1), gestión de la salud (eje 2) y la gestión de la educación (Eje 3), se organizaron subcategorías; ser identificados en el potencial de tres (eje 1), dos (2 ejes) y dos (eje 3) y las limitaciones dos (eje 1), tres (eje 2) y (3 ejes). Para esta investigación se ha obtenido las siguientes consideraciones: El estudio ha sido permitido no sólo para identificar la percepción de los directivos en relación con el servicio de urgencias de red temática y su relación con su equipo de manejar, así como la posibilidad de identificar las fortalezas y debilidades de efectividad de las propuestas en relación con el diseño de la red. Se ha confirmado la necesidad de estrategias para impulsar la creación / consolidación del Departamento de Emergencia Red Temática en el corazón Región. Por último, la reflexión continua y permanente de los profesionales, local, municipal, estatal y federal, puede ser una estrategia para la consolidación de la Red Temática.

Palabras clave: la administración del hospital, gerente de salud, Sistema único de Salud.

LISTA DE ABREVIÇÕES E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AP	Atenção Primária
APS	Atenção Primária em Saúde
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRMU	Central de Regulação Médica de Urgências
CRU	Central de Regulação de Urgências
CIT	Comissão Intergestoras Tripartite
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
DRS	Departamento Regional de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FNS	Fundo Nacional de Saúde
GTA	Grupo Técnico de Atenção
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PCCHE	Programa de Certificação e Contratualização dos Hospitais de Ensino
PET-SAÚDE	Programa de Educação pelo Trabalho em
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAU	Política Nacional de Atenção às Urgências
PRÓ-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação na Formação de Profissionais em Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RRAS	Rede Regional de Atenção à Saúde
RUE	Redes de Urgência e Emergência
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAS	Secretária de Atenção à Saúde
SESU	Secretária de Educação Superior
SGTES	Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
RT	Rede Temática
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE MAPAS

Mapa 1. Mapa de abrangência da DRS III. Fonte: São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2012.

APRESENTAÇÃO

Minha trajetória no campo da enfermagem iniciou-se há aproximadamente 16 anos (2000), como enfermeira, num hospital de pequeno porte em minha cidade natal – São Carlos, sendo que em 2001, começo a minha caminhada no campo da docência, na Universidade Federal de São Carlos, local que um dia havia sido minha escola na “Arte do Cuidar em Enfermagem”.

Após vinte meses, me afastei desta atividade, pois resolvi sair em busca de um sonho maior, que era atuar em uma cidade – com maior avanço tecnológico na área da saúde, no caso, Campinas. As experiências vivenciadas até então foram importantes e decisivas para a minha formação na assistência e na docência, pois percebi que cuidar e educar se apresentavam como desafios e, que tinha muito a aprender.

No ano de 2002, me especializei na Pontifícia Universidade Católica de Campinas – PUCCAMP, no atendimento a pacientes críticos, especificamente enfermagem em unidade de terapia intensiva, mas sempre tinha presente o desejo de estar vinculada ao aspecto da educação, da formação, já que desde jovem fui incentivada pela minha família para ser professora, pois tinham grande admiração por esta profissão.

Meu ingresso como docente na categoria de professora substituta na disciplina de médico-cirúrgica na UFSCar em 2001, penso que foi decisiva; permitiu-me compreender a responsabilidade do professor na formação de indivíduos e a considerar o acolhimento, como uma necessidade básica, que possibilita o desenvolvimento da capacidade criativa da pessoa, bem como afirmar a possibilidade de que podemos quando buscamos alcançar nossos objetivos. Nesta categoria fiquei durante um ano e meio, após iniciar minhas atividades como enfermeira em um hospital de ensino - Hospital das Clínicas (HC) da Unicamp e com atendimento à população, pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Durante este tempo no HC de Campinas, tive participação ativa na formação de vários profissionais da área da saúde e, em específico de enfermagem. Acredito que a formação do educador se torna imperiosa quando a aquisição de conhecimentos é colocada a serviço da população

para atuação na educação e, em especial nas instituições de ensino e não somente a serviço das metas de realização profissional.

Paralelo às atividades de enfermagem, continuei envolvida com as questões didáticas, acompanhando alunos de enfermagem em estágios dentro da unidade de retaguarda e trauma do HC.

Por muitos anos, naquele lugar, com aquelas pessoas, naquela atividade, parecia que era o suficiente, porém minha expectativa era maior.

Os anos foram passando e meu desejo de continuar investindo em meu conhecimento aumentando, mesmo eu estando em um lugar com um aprendizado diário, meu desejo era maior.

Em 2008, surge a possibilidade de retornar a minha cidade São Carlos para trabalhar em um hospital de ensino, público, que atenderia a população do SUS e melhor ainda, vinculado à Universidade, que um dia estudei; e que na época estava sendo construído, além de eu poder dar continuidade à minha atuação como docente em outra Instituição de Ensino, recém-inaugurada na cidade.

O desafio do novo, da mudança, me provocou a buscar outras possibilidades e, em julho de 2008, inicio minha atividade no Hospital Escola Municipal de São Carlos (HEMSC). Fui surpreendida positivamente, quando identifiquei que muito do que já havia me aproximado em termos das concepções do autor Gastão Campos, era desenvolvido nesse cenário de prática profissional, que embora ainda de pequeno porte frente a minha experiência no hospital de clínicas da Universidade de Campinas, possuía a intencionalidade e ações, que valorizavam a construção pelos gestores e equipe técnica de diretrizes, para um trabalho que valorizava a clínica ampliada e que, portanto, também o trabalho multiprofissional com abordagem interdisciplinar. Confesso que fiquei deslumbrada e imensamente motivada a estar com e para a construção dessa proposta inovadora em contextos hospitalares. Foi um período de aprendizagem intensa.

A excelência e o comprometimento dos profissionais refletiam e muito na qualidade da assistência prestada aos indivíduos e famílias. Fruto dessa inserção, também foi a oportunidade de trabalhar, aprender e compartilhar com profissionais qualificados. Agradeço a Deus essa

oportunidade. Essa experiência também marcante e muito gratificante contribuiu decisivamente, para que eu pudesse enveredar por esse caminho fascinante de tentar entender o que as pessoas envolvidas com o SUS concebem e desenvolvem em sua prática profissional.

No ano de 2009, foi convidada para assumir o cargo de Gerente de Enfermagem. Esta responsabilidade foi de fundamental importância para a minha carreira profissional e acadêmica, me permitiu participar de várias capacitações, além de envolver-me com um grande número de pessoas e compartilhar saberes, dúvidas e problemas, assim como buscar soluções de forma conjunta.

Paralela à minha atividade como gerente de enfermagem início em 2012 no Departamento de Engenharia de Produção da UFSCar, um curso de especialização sobre Gestão Organizacional e de Pessoas, tudo bastante relacionado com o momento, o qual estava vivendo. Em 2013 concluí o curso, que embora complexo e intenso de novas informações, veio ao encontro da minha prática atual de gerenciar pessoas para, o cuidar de pessoas.

De abril a dezembro de 2014, tive a oportunidade de participar do Curso de Especialização em Aperfeiçoamento em Metodologias Ativas ministrada por intermédio do Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa – IEP/HSL. Esta experiência foi de suma importância, a metodologia construtivista utilizada fez com que eu vislumbrasse que a aprendizagem baseada em problemas e a metodologia da problematização favorecem a motivação e o estímulo para um olhar crítico do mundo, na busca da sua transformação. Essa experiência foi para além do campo profissional, me transformou como pessoa.

Além desse curso de especialização, ingressei em 2014, no Programa de Pós Graduação em Gestão da Clínica, processo que me fez realizar uma retrospectiva da minha vida pessoal, pois havia o sonho de continuar estudando, mas a proposta de poder refletir a partir dos meus conhecimentos prévios fez toda a diferença para o estabelecimento de relações interpessoais junto a outros profissionais. Tal reflexão levou-me a perceber, que esse caminhar deveria ser encarado como uma fonte contínua de aprendizado. Acredito que a possibilidade de reflexão e formação de consciência crítica ocorreu desde minha formação na

graduação, perfazendo toda minha trajetória profissional até então. Certamente, ao encerrar esta etapa de conclusão do mestrado, é possível reconhecer que estar em busca constante pelo novo e inovar nas ações da prática profissional são processos permanentes e requer um estar atento e aberto para aprender a aprender sempre, e esse é um recurso indispensável e essencial na vida de todo ser humano.

Continuarei buscando, afinal sou uma “Eterna Aprendiz”.

1. INTRODUÇÃO:

As práticas de saúde no Brasil, ao longo do tempo vêm apresentando-se de forma dicotomizada em ações médico - sanitárias, predominantemente de caráter preventivo, e ações de assistência médica individual, predominantemente de caráter curativo, com a supremacia destas em detrimento das primeiras.

Ressaltamos, que a necessidade de superação ainda existe, apesar de todo o movimento realizado durante todos esses anos, a predominância das ações curativas se faz fortemente presente no cotidiano dos cidadãos brasileiros.

A preferência individual das pessoas pelo atendimento hospitalar faz parte da história passada e presente das políticas de saúde no país, que tem no itinerário da busca da população pela cura (BRASIL, 2004).

A representação de que o hospital é o lugar, que reúne todas as possibilidades de solucionar seu problema de saúde (“no hospital cura”), sempre estiveram atreladas às políticas de assistência à saúde.

A necessidade de superação dessa dualidade entre prevenção e cura, foi apontada como possível pelo Movimento da Reforma Sanitária, na década de 80 e pelo Sistema Único de Saúde (OPAS, 2007).

Antes do advento do Sistema Único de Saúde (SUS), a atuação do Ministério da Saúde se resumia às atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças (por exemplo, vacinação), realizadas em caráter universal, e à assistência médico-hospitalar para poucas doenças; servia aos *indigentes*, ou seja, a quem não tinha acesso ao atendimento pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (BRASIL, 2002).

O INAMPS foi criado pelo regime militar em 1974, através do desmembramento do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que hoje é o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS); era uma autarquia filiada ao Ministério da Previdência e Assistência Social (hoje Ministério da Previdência Social), e tinha a finalidade de prestar atendimento médico aos que contribuíam com a previdência social, ou seja, aos empregados de carteira assinada (BRASIL, 2002).

O movimento da Reforma Sanitária nasceu no meio acadêmico no início da década de 70 como forma de oposição técnica e política ao regime militar, sendo abraçado por outros setores da sociedade e pelo partido de oposição da época — o Movimento Democrático Brasileiro (MDB), atual Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB).

Em meados da década de 70, com o fim do milagre econômico, ocorreu uma crise do financiamento da previdência social, com repercussões no INAMPS. Ao longo da década de 80 o INAMPS passaria por sucessivas mudanças, com universalização progressiva do atendimento, já numa transição com o SUS (BRASIL, 2002).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) foi um marco na história do SUS por vários motivos. Foi aberta em 1986, após a ditadura, e foi a primeira CNS a ser aberta à sociedade; além disso, foi importante na propagação do movimento da Reforma Sanitária. Dela resultou a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), um convênio entre o INAMPS e os governos estaduais, mas o mais importante foi ter formado as bases para a seção "Da Saúde" da Constituição de 1988 (BRASIL, 2002).

A Constituição de 1988 foi um marco na história da saúde pública brasileira, ao definir a saúde como "direito de todos e dever do Estado".

A implantação do SUS foi realizada de forma gradual: primeiro veio o SUDS; depois, a incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde e por fim a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90) e a fundação do SUS, que tinha como uma de suas principais características: o controle social, ou seja, a participação dos usuários (população) na gestão do serviço (BRASIL, 2002).

O Sistema Único de Saúde (SUS) teve como base para sua construção os princípios da Universalidade - através do acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, Equidade – ausência de diferenças, respeitando a singularidade do sujeito e Integralidade - conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigindo todos os níveis de complexidade do sistema (THURLER, 2007).

Segundo Kuschnir (2010) a organização da saúde em redes foi concebida como uma resposta, a fim de garantir esses princípios.

O desenvolvimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS) deve ser enfrentado como uma estratégia de reestruturação do sistema de saúde, tanto em relação à sua organização, quanto à qualidade e impacto da atenção prestada, consolidando o SUS como uma política pública voltada para a garantia de direitos constitucionais.

Existem evidências mundiais e brasileiras do custo da efetividade da implantação das RAS e para que essa aconteça, faz-se necessário um investimento do Ministério da Saúde, colocando a Rede de Atenção à Saúde no centro da política de atenção à saúde (BRASIL, 2011).

O Ministério da Saúde concentrou seus esforços, nos anos de 2011 a 2013, na implantação das Redes Temáticas (RT), com destaque à Rede Urgência e Emergência (RUE); por entender que a implantação das RAS representará um avanço na organização do Sistema Único de Saúde, nos seus resultados e na sua avaliação pela população (BRASIL, 2014).

Frente ao exposto e considerando o contexto, que a Rede de Atenção à Saúde poderá subsidiar a melhoria da organização do trabalho e qualidade do atendimento, esta pesquisa teve como pergunta norteadora: Como os gestores de serviços hospitalares de um Departamento Regional de Saúde (DRS) entendem o envolvimento do equipamento, o qual administram junto à Rede Temática de Atenção às Urgências e Emergências?

2. JUSTIFICATIVA:

A definição e implantação de estratégias de qualificação dos gestores de saúde e da articulação em Redes de Atenção à Saúde são uma das prioridades do Ministério da Saúde.

No caso do SUS, a constituição de redes exige uma intrincada trama de interações entre aqueles responsáveis pela organização do sistema (gestores), os responsáveis pela organização e produção dos serviços (gerentes e profissionais) e os cidadãos. (FEUERWERKER, 2000).

Para que as redes de atenção à saúde possam ser consolidadas, é fundamental o conhecimento e sensibilidade política dos gestores de saúde acerca do tema, com o compromisso de construir um novo modelo de atenção, destacando-se que a mudança de um modelo não é algo que se modifica ou impõe-se repentinamente, mas construído com a participação de todos os atores envolvidos com a construção do SUS: trabalhadores, gestores, usuários e sociedade (DUBOW, 2013).

Segundo Costa (2015), o SUS adota uma lógica de organização dos serviços a partir de Redes de Atenção à Saúde (RAS), que visa superar a fragmentação da atenção e da gestão, com vistas a assegurar ao usuário um conjunto de ações e serviços, que necessita.

Nesse contexto devemos destacar a importância do envolvimento e da participação dos diferentes atores na construção e manutenção dessas redes, evitando a fragmentação dos serviços de saúde e, garantindo assim, os princípios do SUS.

Portanto, para que ocorra essa consolidação, faz-se necessário o conhecimento e o envolvimento de todos.

O conhecimento das realidades estaduais e municipais, no que se referem ao processo de descentralização e regionalização do perfil epidemiológico e dos fluxos propostos e observados no sistema são informações fundamentais, para embasar a definição de políticas que propiciem a superação das dificuldades relacionadas ao acesso, de forma integrada entre os serviços de saúde (SANTOS, 2011).

No estado de São Paulo, a Secretaria de Estado da Saúde (SES-SP) é o órgão estadual responsável pela formulação da Política Estadual de Saúde e de suas diretrizes, norteadas pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

A SES-SP é responsável pela articulação e pelo planejamento das ações desenvolvidas pelos Departamentos Regionais de Saúde (DRS) distribuídos pelo Estado, atendendo ao Decreto DOE nº 51.433, de 28 de dezembro de 2006, que descentralizou a gestão estadual em 17 Departamentos de Saúde.

Os departamentos regionais são responsáveis por coordenar as atividades da Secretaria de Estado da Saúde no âmbito regional e promover a articulação inter-setorial com os municípios e organismos da sociedade civil.

O equipamento de saúde de caráter hospitalar, ao qual estava vinculada institucionalmente no início desse estudo e que participei, desde a sua criação tinha à época como princípio, articular suas ações à Rede de Atenção à Saúde do município, pela compreensão do seu caráter assistencial e de ensino. No entanto, vivenciamos a dificuldade de compreensão por parte dos profissionais e gestores, que nele atuavam, assim como dos de outros serviços de saúde, sobre como conceber e articular propostas, que fossem estratégicas para a efetivação de uma relação em rede entre os diversos serviços existentes.

Essa situação perdurou durante toda minha trajetória de trabalho na instituição, intensificando-se com a mudança política na gestão municipal.

No início, os atores externos ao hospital, agiam com estranheza quando, por exemplo: ligávamos na atenção primária, unidade de referência do usuário, que estávamos atendendo, a fim de buscarmos informações sobre seu processo de saúde-doença e, que para mim essa atitude era a adequada. Depois vieram atitudes de não aceitação da implementação do acolhimento com avaliação de risco no hospital, por parte de alguns gestores. Como não qualificar a assistência ao nosso usuário? Eu não conseguia entender.

Portanto, justifica-se o estudo, como a possibilidade de refletir especificamente sobre a importância do envolvimento dos equipamentos hospitalares, como pertencentes à rede de urgência e emergência e na perspectiva de seus gestores.

3. REFERENCIAL TEÓRICO:

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi gestado num formato que favoreceu a construção de redes de atenção à saúde.

3.1. Rede de Atenção à Saúde

As Redes de Atenção à Saúde (RAS), ainda que tenham suas origens na década de 20, no Reino Unido, a partir da concepção Dawsoniana de sistemas públicos de saúde, toma forma, contemporaneamente, com os sistemas integrados de saúde, uma proposta surgida no início dos anos 90, nos Estados Unidos. Isso significa que foi gestada modernamente no ambiente de um sistema segmentado, com hegemonia do setor privado (MENDES, 2005).

Levando em consideração a divergência entre os dois modelos, sendo que o norte americano preza pela segmentação do sistema e o modelo inglês pela integralidade deste; podemos destacar a maior compatibilidade do modelo brasileiro com os preceitos dawsonianos que, como tendências globais mostram ser o mais eficaz. Entretanto, o Brasil ainda apresenta características típicas do sistema segmentado norte americano, privilegiando o setor privado.

A palavra rede refere-se a uma configuração policêntrica com nós e vínculos, que se estabelecem entre eles. No plano técnico - operacional denota a ideia de fluxo, de circulação (FLEURY, 2007).

O mesmo autor propõe que uma estrutura em rede implica um conjunto de relações estáveis, de natureza não hierárquica e interdependente, vinculando uma série de atores com interesses comuns e que intercambiam recursos para concretizar estes interesses, com base na cooperação.

Apesar de uma estrutura em rede propiciar um conjunto de relações, nem sempre essas são estáveis, pois muitas vezes os seus atores manifestam interesses diferentes, buscando com isso atender a suas necessidades individuais de forma não cooperativa.

Segundo Silva (2008), o melhor desenho de rede é aquele que responde às necessidades de saúde da população de determinado território, o que implica, por um lado, usar a criatividade, não propondo mudanças impossíveis de serem realizadas, e, por outro, não se prender a parâmetros tradicionais de oferta e organização de serviços, buscando inovar o modelo assistencial.

O autor ainda propõe que a rede não é apenas padrão de interação, mas a forma pela qual o serviço de saúde é “planejado, concebido, produzido e oferecido à população”.

A conformação das redes pode ser organizada por situações, como por exemplo, o atendimento à urgência e emergência, oncologia, traumatologia - ortopedia ou por ciclos de vida, como o cuidado materno infantil. Os diversos pontos desse cuidado devem estar articulados entre si, com o objetivo de promover a integralidade da atenção à saúde.

A organização do sistema em rede possibilita a construção de vínculos de solidariedade e cooperação.

A rede fortalece os vínculos entre os envolvidos, por se associarem com a intenção de cooperar, e não de impor; de colaborar e compartilhar as atividades e os recursos, sem hierarquia; além de trazer para perto das autoridades centrais a realidade dos territórios (SANTOS, 2008).

Muitas vezes os vínculos não são estabelecidos, impedindo com isso a construção de redes fortalecidas.

Para Carvalho (2008), a definição de Redes de Atenção à Saúde é a de que representam uma malha, que interconecta e integra os estabelecimentos e serviços de saúde de determinado território, organizando-os sistemicamente, para que os diferentes níveis e densidades tecnológicas de atenção estejam articulados e adequados para o atendimento ao usuário e para a promoção da saúde.

O hospital faz parte da rede de atenção à saúde pelo seu nível de atenção e densidade tecnológica, porém faz-se necessária sua articulação com os demais níveis de atenção. O equipamento hospitalar não caminha sozinho dentro do sistema de saúde.

Para Mendes (2009), as redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde, prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a

qualidade certa e de forma humanizada, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população.

Nesse processo, o desenvolvimento das redes de atenção à saúde é reafirmado como estratégia de reestruturação do sistema de saúde tanto no que se refere a sua organização, como na qualidade e impacto da atenção prestada, e representa o acúmulo e o aperfeiçoamento da política de saúde com aprofundamento de ações efetivas, para a consolidação do SUS como política pública voltada para a garantia de direitos constitucionais de cidadania (BRASIL, 2010).

Entre os benefícios da organização sistemática em redes está a maior efetividade dos serviços, que passam a atender de forma mais precisa as necessidades do usuário. Esse fato se deve à menor hierarquização, garantindo a horizontalidade e integralidade do sistema, aumentando vínculos e atividades cooperativas.

Há evidências na literatura internacional de que as redes de atenção à saúde podem melhorar a qualidade dos serviços, os resultados sanitários e a satisfação dos usuários e, ainda reduzir os custos dos sistemas de atenção à saúde (MENDES, 2010).

De acordo com a Portaria GM/MS nº 4279/10, as Redes Regionais de Atenção à Saúde (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 (BRASIL, 2010).

Portanto, a organização das RRAS nos territórios vem como estratégia, para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS.

Uma rede de serviços ou de atenção à saúde é a interconexão, integração, interação, interligação dos serviços, em todos os níveis de densidade tecnológica do sistema de saúde, dotada de elementos técnico-sanitários e organizacionais, que permitam uma gestão racional, eficiente, sistêmica e harmônica, com o objetivo de garantir o direito à saúde da pessoa humana (SANTOS, 2011).

Segundo Mendes (2011), o objetivo da Rede de Atenção à Saúde é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica.

Ainda, segundo esse autor, as RAS 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, sendo que todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes, para que se cumpram os objetivos das redes de atenção a mesma, e o que as diferenciam são as densidades tecnológicas, que as caracterizam.

Para Sarti (2012), as Redes de Atenção à Saúde têm como objetivo garantir a integralidade da atenção à saúde, a partir de integração logística e gerenciamento de pontos de atenção e pontos de apoio diagnóstico com diferentes níveis de complexidade e em áreas temáticas, distribuídos em um território determinado, a partir de necessidades específicas.

O mesmo autor propõe ainda, que a hierarquização segundo nível de complexidade dos serviços de saúde prestados, é definida em função dos requerimentos tecnológicos e especialização dos profissionais de saúde envolvidos, distribuindo-se em redes hierarquizadas de assistência à saúde de nível primário, secundário e terciário.

Dentre as várias concepções acima apresentadas é possível perceber que há uma consonância de ideias, a partir do que o autor Mendes já em 2005 propunha como RAS, ou seja, organização do sistema de saúde em rede.

A constituição de redes de atenção em saúde poderá ser o novo paradigma, aprofundando o princípio da regionalização solidária, cooperativa e com foco na melhoria da efetividade assistencial e organizacional do SUS (BITTENCOURT, 2010).

Para Mendes (2011), as Redes Regionais de Atenção à Saúde têm como objetivo integrar serviços e organizar sistemas e fluxos de

informações, para dar suporte às atividades de planejamento e definição de fluxos no território.

Ainda, segundo esse autor, 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.

Nesse contexto, Mendes (2011), apresenta argumentos favoráveis à introdução e consolidação de inovações institucionais com vistas à melhoria da qualidade da atenção à saúde e discute estratégias de fortalecimento da capacidade de governo das instituições gestoras do SUS especialmente voltadas à profissionalização da gestão e à formação profissional nesta área.

Segundo Mendes (2011), a estruturação de Redes de Atenção à Saúde orientadas a partir da atenção básica é uma importante estratégia de apoio aos gestores no desempenho de suas atuações e no aperfeiçoamento do funcionamento das Regiões de Saúde.

O fortalecimento da atenção básica tem sido valorizado como estratégia central para a construção do SUS, e diretrizes recentes emanadas pela Organização Pan Americana de Saúde e pelo Ministério da Saúde destacam seu papel como centro de comunicação de redes temáticas, como reguladora do acesso e utilização dos serviços necessários para a integralidade do cuidado (CECÍLIO, 2012).

Nos últimos anos, vários municípios do Brasil, com a coordenação das Secretarias Municipais de Saúde, têm implantado as Redes de Atenção à Saúde.

A conjunção desse movimento propiciou à Comissão Intergestores Tripartite (CIT) um posicionamento do Ministério da Saúde (MS), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS.

A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde (MS) destaca como objetivos fundamentais da gestão, a ampliação do acesso e

a melhoria da qualidade da atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2013).

Esse movimento universal em busca da construção de RAS está sustentado por evidências de que essas redes constituem uma saída para a crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde.

3.2. Redes de Urgência e Emergência:

A organização da atenção às Urgências e Emergências tem se tornado um desafio para os gestores públicos da saúde.

No Brasil, na maioria dos estados e municípios, os serviços de emergência sofrem o maior impacto da desorganização do sistema, se tornando o alvo preferido para as críticas ao modelo nacional de assistência à saúde (O'DWYER, 2010).

Observa-se, no contexto mundial, um aumento constante da demanda por serviços de urgência, em consequência ao aumento de acidentes, violências e doenças crônicas, além da insuficiência da rede básica; resultando em pressão sobre as estruturas hospitalares e profissionais, que atuam diretamente na porta de entrada desses serviços.

Para a reorganização e regulação desses serviços no âmbito do SUS, foi proposta a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), segundo a portaria nº 1863/03.

Os objetivos da Política Nacional são: a) implantar e implementar o processo de regulação da atenção às urgências, a partir de Centrais de Regulação Médica, que integram o Complexo Regulador da Atenção; b) estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada de cuidados integrais às urgências, de qualquer complexidade ou gravidade, desconcentrando a atenção efetuada exclusivamente pelos prontos-socorros; c) garantir a adequada referência regulada para os pacientes, que tendo recebido atendimento inicial, em qualquer nível do sistema, necessitem de acesso aos meios adicionais de atenção; d) adequar a dinâmica da captação de órgãos às necessidades de transplante da população brasileira (BRASIL, 2010).

Portanto, a PNAU deve fluir em todos os níveis do SUS, organizando a assistência desde as Unidades Básicas, Equipes de Saúde da Família

até os cuidados pós-hospitalares na convalescença, recuperação e reabilitação.

A Rede de Urgência e Emergência (RUE) tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde com os objetivos de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna (BRASIL, 2010).

As ações desenvolvidas na RUE são de promoção, prevenção e vigilância à saúde, além da integração de diferentes níveis da Rede de Atenção à Saúde, possibilitando os primeiros cuidados às urgências e emergências, em ambiente adequado, até transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção, quando necessário (BRASIL, 2011).

Atualmente, organizam-se redes temáticas no país, que servem para facilitar o diálogo e orientar os usuários sobre o itinerário que devem percorrer nas linhas e pontos da rede (MENDES, 2011).

As redes temáticas geralmente são constituídas visando propiciar maior efetividade às ações de saúde voltadas a grupos prioritários às doenças mais prevalentes (CARVALHO, 2008).

Dentre as redes temáticas prioritárias, a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) se sobressai, tendo em vista a relevância e premência das situações clínicas envolvidas, além do atual contexto de superlotação dos prontos-socorros (BRASIL, 2012).

Ressalta-se que na atualidade todas as redes temáticas propostas: Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede Cegonha (gestante e à criança até 24 meses), Rede de Atenção Psicossocial (com prioridade para o Enfrentamento do Álcool, Crack, e outras Drogas), Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas (iniciando-se pelo câncer (mama e colo útero), Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência encontram-se em fase de implementação no estado de São Paulo.

A organização de redes temáticas de saúde definidas em função de um agravo, risco e fase do ciclo de vida (Saúde Mental, Saúde da Mulher, Saúde do Idoso, Urgência e Emergência, etc.) e integrando serviços e

ações de diversos níveis hierárquicos são também, comumente observadas nos sistemas de saúde (SARTI, 2012).

A modelagem de sistemas de saúde em Redes de Serviços de Saúde ou em Redes Temáticas mostra-se insuficiente para propiciar a necessária integração de um sistema de saúde, que se pretende universal, equânime e provedor de atenção integral. Entretanto, mostra-se como a forma mais viável e possível de se organizar (ARARAQUARA / SP, 2012).

Os pontos de atenção de uma rede temática podem se localizar no território de uma ou mais RRAS, portanto faz-se necessário a integração entre os diferentes pontos de atenção, proporcionando a integralidade do cuidado (BOMBARDA, 2012).

As redes temáticas também são organizadas pelos temas: qualificação e educação, informação, regulação, promoção e vigilância à saúde.

Sob essa ótica, os gestores do SUS ganham um observatório permanente de saúde, que tem a possibilidade de identificar os determinantes e a natureza dos problemas, bem como planejar, de forma dinâmica, a assistência às urgências e à saúde.

4. OBJETIVO:

Reconhecer as potencialidades e limitações da inserção dos hospitais na Rede Temática de Atenção às Urgências e Emergências, na perspectiva dos seus gestores.

5. PERCURSO METODOLÓGICO:

5.1. Tipo do estudo

Estudo de natureza qualitativa, pela compreensão de ser o mais apropriado para responder a questão proposta, que pretende investigar uma realidade subjetiva, ligada ao universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes (MINAYO, 2010).

A pesquisa qualitativa incorpora a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas, tanto no seu advento como na sua transformação, a partir de construções humanas significativas (MINAYO, 2008).

Para Oliveira, (2008), a pesquisa qualitativa pode caracterizar-se como sendo um estudo detalhado de um determinado fato, objeto, grupo de pessoas, ou ator social e fenômeno da realidade considerando o seu contexto, no qual busca explicar com profundidade o significado e as características do resultado das informações obtidas através de entrevistas e questões abertas (apêndice B).

5.2. Cenário do estudo

No Estado de São Paulo, o processo de construção das Redes Regionais de Atenção à Saúde - RRAS iniciou-se em 2011 e efetivou-se com a constituição de 17 RRAS, dentre elas a RRAS 13. A RRAS 13 é composta por 90 municípios da área de abrangência dos Departamentos Regionais de Saúde – DRSs de Araraquara, Barretos, Franca e Ribeirão Preto, totalizando uma população de 3.307.320 habitantes.

O DRS III- Araraquara é composto por 24 municípios com uma população total de 929.515 habitantes (IBGE 2011) e formada pelas seguintes Regiões de Saúde: Região de Saúde Central com uma população total de 289.156 habitantes, Região de Saúde Centro-Oeste com uma população total de 132.789 habitantes, Região de Saúde Coração com uma população total de 359.872 habitantes, Região de Saúde Norte com uma população total de 147.698 habitantes.

A Região Coração é formada por 06 municípios (Descalvado, Dourado, Ibaté, Porto Ferreira, Ribeirão Bonito e São Carlos), considerada a mais populosa representando 38,2% da população do DRSIII e com a maior densidade demográfica e maior taxa de urbanização. Região essa que foi alvo de nosso estudo (ARARAQUARA /SP, 2012).

No Estado de São Paulo, hoje temos um total de 6285 hospitais credenciados entre públicos e privados, sendo 5195 hospitais gerais e 1090 hospitais de especialidades.

Na Região Coração, contamos com 09 hospitais gerais, sendo 07 públicos e 02 privados. Destes 04 estão localizados na cidade de São Carlos e os outros 05 distribuídos nas demais cidades. Do número total de hospitais, apenas 01 é classificado como médio porte (número de leitos para internação, maior que 100 leitos), sendo referência aos atendimentos/internações de maior complexidade; os demais estão classificados como pequeno porte.

DRS III - Araraquara e as 04 Regiões de Saúde.



Fonte: São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2012

5.3. Participantes do estudo

Inicialmente, identificamos quem respondia ao serviço vinculado à área de urgência e emergência estudada nos municípios da região coração, os quais estavam inseridos na rede de atenção à saúde.

Destes, encontramos gestores que hora atuavam como secretários da saúde no município e hora como gestor hospitalar, ou ainda aqueles que somente atuavam como gestor no equipamento hospitalar onde estavam inseridos. Dos 05 gestores dos serviços hospitalares envolvidos diretamente na Rede de Urgência e Emergência pertencentes à Região

Coração, tínhamos 02 gestores com dupla atribuição, secretária da saúde e gestão hospitalar/coordenação da urgência e emergência, 01 gestor era diretor técnico e coordenador da urgência e emergência da instituição e 02 gestores coordenavam o serviço de urgência e emergência.

Dos 07 gestores hospitalares, que compõe a Região Coração, 02 gestores não participaram da entrevista. O primeiro manifestou desde o primeiro contato a impossibilidade de participação, já o segundo, não participou devido a inviabilidade de data, após várias tentativas para agendamento da entrevista.

5.4. Coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista, já que fornece informações adequadas para o objeto de pesquisa e conclusão pertinente aos objetivos. A entrevista foi do tipo semi estruturada, a fim de explorar mais amplamente a questão, não obedecendo a rigor a uma estrutura formal. O roteiro composto por perguntas abertas permite ao informante responder livremente, utilizando linguagem própria e podendo emitir opiniões (MINAYO, 2000).

O registro de respostas foi realizado por meio de um gravador após concordância do participante da pesquisa, que na ocasião assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice A).

Os aspectos éticos desta pesquisa foram preservados segundo a Resolução nº 446 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Estado da Saúde, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto foi inserido na Plataforma Brasil, que encaminhou para aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos e obteve sua aprovação no número CAAE 43249715.5.0000.5504.

Foi encaminhada uma carta convite para os gestores com informações sobre a entrevista, sendo que a data e horário foram estabelecidos pelo participante, ou seja, escolha da melhor possibilidade para ele.

A participação foi voluntária, não remunerada, e os registros foram gravados e, posteriormente transcritos pela própria pesquisadora, que no

final do trabalho, o material de gravação foi apagado, o que implica minimizar o risco de exposição pessoal e profissional do entrevistado.

Considerando tratar-se de uma pesquisa com coleta de dados por meio de entrevistas, os riscos aos participantes da pesquisa foram a quebra de sigilo e anonimato, que ficaram assegurados pela identificação dos mesmos, por codificação numérica, bem como destruição do material gravado pela própria pesquisadora, que será realizada após o término do trabalho. E ainda, constrangimento em relação às perguntas a serem realizadas, já que as mesmas se relacionam a uma reflexão da sua compreensão sobre a inserção e participação do equipamento de saúde, em que desenvolve sua prática profissional junto à Rede de Atenção à Saúde, em especial na Rede Temática de Urgência e Emergência. Como medida foi realizada a explicitação de que o mesmo poderia retirar a qualquer momento sua participação no estudo.

Em virtude da natureza do estudo, a coleta de dados só seria suspensa, se ocorressem casos de impedimento relativos à instituição, campo do estudo, tais como greves ou quaisquer outras intercorrências, o que não ocorreu.

Os resultados esperados vinculavam-se à concepção de gestores de hospitais acerca da articulação do equipamento, que administra implicado com a Rede Regional de Atenção à Saúde, o que foi alcançado.

Os benefícios se relacionavam à possibilidade dos sujeitos poderem refletir sobre a forma de inserção dos serviços de Urgência e Emergência, que administram em relação à Rede de Atenção à Saúde, em especial no caráter especificado, identificando possibilidades de qualificação da articulação entre serviços e processos, o que também pôde ser identificado.

5.5. Análise dos dados

A análise e interpretação dos dados foram realizadas mediante a técnica de Análise de Conteúdo proposto por Bardin (2000) que se constitui de: pré-análise (composta por leitura flutuante, constituição do corpus e formulação/reformulação de hipóteses e objetivos), exploração do material (seguindo as etapas de categorização, identificação de unidades de registro, contagem, classificação e agregação dos dados), tratamento dos resultados obtidos e interpretação de resultados. Assim, apresentamos os

dados obtidos de maneira descritiva, permitindo dessa forma, a construção dos resultados do estudo.

Para Bardin (2009) o tema é a unidade de significado, que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura.

A operacionalização da análise de conteúdo se dá em três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados (BARDIN, 2009).

A pré-análise é considerada a fase organizativa do estudo, onde todo material a ser analisado deve ser disposto e submetido a uma leitura que parte do geral para o específico (BARDIN, 2009).

Neste estudo, esta fase de pré-análise partiu da seguinte questão de pesquisa: Como os gestores de serviços hospitalares de um Departamento Regional de Saúde (DRS) entendem o envolvimento do equipamento que administram junto à Rede Temática de Atenção às Urgências e Emergências?

Frente a esta questão, foram propostos os objetivos e as hipóteses já mencionadas e, como indicadores para análise roteiros de entrevista, gravação e transcrição das entrevistas.

A fase denominada exploração do material é a análise propriamente dita. É a realização sistemática do recorte, codificação e enumeração dos índices e indicadores, resgate das unidades de registro e categorização. Esta fase constitui um momento extenso do estudo, pois requer um movimento de ir e vir dos textos no intuito de explorar o material disponível, culminando nas categorias (BARDIN, 2009).

A partir da pré-análise, realizamos várias leituras do material coletado, a fim de levantar os temas e sub-temas, aqui definidos por categorias e subcategorias respectivamente, agrupando-os e classificando-os pela semelhança de pensamentos, opiniões e até mesmo de sentimentos. Organizamos os dados num processo de comparar, contrastar e analisar, buscando encontrar os núcleos de sentido, as ligações entre as categorias e subcategorias.

O objetivo da categorização é fornecer, ao pesquisador, uma transformação dos dados brutos, que são encontrados nos textos em informações com significado sobre o estudo proposto (BARDIN, 2009).

A fase denominada tratamento dos resultados permite ao pesquisador propor inferências e fazer posteriores interpretações pronunciadas no quadro teórico, ou ainda vislumbrar novas frentes, servindo de base para outra análise, sugerida pela leitura do material, para novas dimensões teóricas (BARDIN, 2009).

Ao levantarmos as categorias, o caminho proposto à classificação das respostas significativas (citadas no item anterior) e passaram a ser interpretadas a partir de inferências e confronto com o referencial teórico do estudo.

O conjunto de técnicas de análise de comunicações constitui análise de conteúdo, que visa obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens indicadores, as quais permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 2000).

Segundo Minayo (1994), na Análise de Conteúdo, todo esforço teórico, seja baseado na lógica quantitativista ou qualitativista, visa ultrapassar o nível do senso comum e do subjetivismo na interpretação e alcançar uma vigilância crítica ante a comunicação de documentos, textos literários, biografias, entrevistas ou resultados de observação.

A análise de conteúdo articula a superfície dos textos descrita e analisada com os fatores, que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e processo de produção de mensagem.

Com o universo demarcado, pudemos iniciar a análise das entrevistas realizadas com os profissionais. E a partir daí, recortes com objetivos de determinar as categorias, que foram analisadas mediante os significados das falas. A categorização é um procedimento de separação de elementos componentes de um todo, por diferenciação e reagrupamento mediante os critérios estabelecidos (GIL, 1994).

As entrevistas foram transcritas e posteriormente iniciou-se uma fase de leitura do material para organização dos dados. Nesta fase procurou-se observar a disposição das entrevistas, a separação das falas dos participantes entrevistados/pesquisador, suprimindo nesta etapa qualquer fragmento de texto ou palavra que possibilitasse a identificação dos participantes da pesquisa.

Com o material organizado, realizou-se leitura exaustiva do mesmo, sendo possível identificar núcleos, a partir das falas dos gestores, dispostos em contextos mais amplos como unidades de registro.

Estes núcleos, pela repetição e significados, que atribuíam ao texto, foram separados e ordenados, constituindo verdadeiras unidades de significado, pois enriqueciam a análise do objeto estudado. Confrontados com o todo, estabeleceram-se como categorias, passíveis de análise, representativos das falas dos gestores, com a finalidade de reconhecer na perspectiva dos gestores a inserção dos hospitais, na Rede Temática de Atenção às Urgências e Emergências do Departamento Regional de Saúde III na Região Coração.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO:

6.1. Caracterização dos Participantes

Os participantes se caracterizam com idades que variou entre 37 e 54 anos, e o sexo entre masculino e feminino, com uma predominância do sexo masculino.

Dos 05 gestores, 04 possuem graduação na área da saúde, sendo que apenas um tem formação em outra área de conhecimento. Todos os gestores apresentam formação no ensino superior há mais de 10 anos. Sendo 05 com especialização completa; 02 também com residência, destacando que um dos participantes, relatou ter duas residências e; um com mestrado e doutorado.

A atuação como gestores variou de 02 a 08 anos. E a gestão na área de Urgência e Emergência variou de 02 a 07 anos. Ressaltamos que nenhum dos gestores atua em outra instituição.

6.2. Categorias de Análise

Quatro dos cinco participantes da pesquisa apontaram tanto potencialidades como limitações, tendo sido identificado como o questionamento, em que mais apontaram elementos para análise deste estudo. Saliente-se que teve um único sujeito que não apontou nenhuma potencialidade, porém algumas limitações.

Saliente-se ainda, que chamou a atenção durante as entrevistas, que várias foram as estratégias de incentivo para a coleta de dados, já que em alguns momentos identificava-se um distanciamento importante do conhecimento sobre a proposta da rede temática, bem como o apontamento de que embora exista toda uma proposta pela diretoria regional de saúde, a falta de recursos, em especial financiamento não tem permitido a implementação de estratégias para a efetivação da RUE, citam como exemplo a dificuldade financeira para composição de uma equipe mínima para atuação no SAMU, impossibilitando a formação do serviço móvel no município.

A partir da identificação de que os gestores apontaram potencialidades e limitações, ora relacionadas ao cuidado propriamente dito, ora aos aspectos de gestão e ainda relacionado à educação e, influenciada pela ideia durante toda a trajetória no mestrado, do perfil de competências para profissionais de saúde, vinculado aos eixos: gestão da atenção à saúde, gestão em saúde e gestão na educação, assim organizamos as categorias potencialidades e limitações.

	Eixo 1: Atenção à Saúde	Eixo 2: Gestão em Saúde	Eixo 3: Educação na/em Saúde
Categorias Potencialidades	Sub-Categorias Atenção Primária Central de Regulação Acolhimento com Classificação de Risco	Sub-Categorias Regionalização Rotatividade	Sub-Categorias Treinamento Hospital de ensino
Categorias Limitações	Sub-Categorias Classificação de Risco Rede Básica	Sub-Categorias Financiamento Serviço Atendimento Móvel de Urgência Equipe Mínima	Sub-Categorias Educação à População

Figura 1. Apresentação das Categorias e Subcategorias dentro dos três eixos estudados.

CATEGORIA: Potencialidades da Rede Temática de Urgência e Emergência

Para essa categoria, identificamos 07 subcategorias, distribuídas nos três eixos. No eixo da Atenção à Saúde ficaram 03 subcategorias (Atenção Primária, Central de Regulação e Acolhimento com Classificação de Risco), no eixo da Gestão em Saúde ficaram 02 subcategorias (Regionalização e Rotatividade) e no eixo da Educação na Saúde ficaram 02 subcategorias (Treinamento e Hospital de Ensino).

Eixo 1: Atenção à Saúde

SUBCATEGORIA: A Atenção Primária e sua influência para a construção de Redes de Atenção à Saúde.

Segundo Starfield (2002), estudiosa da atenção primária à saúde na atualidade, a APS é o primeiro contato da assistência continuada centrada na pessoa, de forma a satisfazer suas necessidades de saúde, que só refere os casos muito incomuns, que exigem atuação mais especializada. A APS coordena, ainda, os cuidados quando as pessoas recebem assistência em outros níveis de atenção.

*(...) hoje nosso foco principal é a atenção primária, pois acredito que uma **Atenção Primária** forte, resulta em uma busca menor da população aos serviços de atenção secundária e terciária (SI).*

Na visão deste gestor, identifica-se a possibilidade de que investir na atenção primária possa ser um caminho para a prevenção e, portanto, a diminuição no agravo às doenças.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que propõe reorganizar o modelo de atenção a partir da Estratégia de Saúde da Família (ESF), foi um facilitador para a construção das Redes de Atenção à Saúde (CONILL, 2008; LAVRAS, 2011).

As equipes de atenção básica e as equipes de saúde da família são estratégias para propiciar longitudinalidade/continuidade da atenção, construção de vínculos, resolubilidade no primeiro nível de cuidado etc. (CARVALHO, 2008)

O Relatório Mundial da Saúde, publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2008, reconhece a necessidade de se instituírem sistemas de atenção à saúde com base numa APS forte e de qualidade: [...] na interface entre uma população e o seu sistema de saúde, os cuidados primários podem vir a ser facilitadores de uma convergência, segura, efetiva e socialmente produtiva, da promoção da saúde, da prevenção da doença, da cura e dos cuidados em geral. Para tal é essencial “dar prioridade às pessoas” realçando, de uma forma equilibrada, a saúde e o bem-estar, assim como os valores e as capacidades das pessoas nas suas comunidades e das que trabalham no setor da saúde (OMS, 2008, p. 43)

Já a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) validou uma proposta de organização de redes integradas de serviços de saúde, baseada na Atenção Primária (AP), devido à necessidade de delimitar os conceitos e modelos de redes para possibilitar a troca de experiências e a avaliação de resultados, definindo a rede como organização, que provê ou faz arranjos para oferecer serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e presta contas por seus resultados (OPAS, 2008).

A AP é o centro de comunicação da RAS e tem um papel chave na sua estruturação como ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado.

Para cumprir este papel a AP deve ser o nível fundamental de um sistema de atenção à saúde, o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema e parte de um sistema global de desenvolvimento econômico e social (Grupo Técnico da Comissão Intergestores Tripartite, 2010).

Portanto, a Atenção Primária tem como atribuição organizar o itinerário dos usuários nos diferentes pontos da atenção à saúde, ordenando e coordenando a assistência prestada nos três níveis de complexidade. E o hospital como parte desta rede tem como dever após a assistência, contra referenciar esse usuário a sua unidade de referência, no caso à atenção primária.

De acordo com o Grupo Técnico, experiências têm demonstrado que a organização de RAS tendo a AP como coordenadora do cuidado, ordenadora da rede, se apresenta como um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica, sendo apontadas como mais eficazes, tanto em termos de organização interna (alocação de recursos, coordenação clínica, etc.), quanto em sua capacidade de fazer face aos atuais desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário.

A Atenção Básica (AB) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral, que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011).

A AB é tida como coordenadora das redes e do cuidado por meio das ações de promoção, prevenção e resolução dos agravos, que possam demandar uma atenção de maior complexidade (SILVA, 2011).

A atenção primária, frente a esse conjunto de ações, detém subsídios para um melhor controle do ponto de vista epidemiológico, econômico e social da sua coletividade. Inclusive, identificando e evitando o agravamento das doenças e assim a necessidade crescente da atenção hospitalar.

As ações de média complexidade são estruturadas nas unidades de referência secundárias, onde é possível realizar consultas, exames

especializados e atendimentos de urgência e emergência de demanda espontânea ou de casos encaminhados pelas unidades de atenção básica (SHIMIZU, 2013).

Os encaminhamentos a atenção secundária, apesar de seu recurso tecnológico e de pessoas, muitas vezes redireciona os casos à atenção terciária, superlotando as portas de entrada dos hospitais.

SUBCATEGORIA: A **Central de Regulação** como elemento ordenador do sistema estadual de urgência e emergência.

A Regulação Médica das Urgências, baseada na implantação de Centrais de Regulação, é o elemento ordenador e orientador dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.

*(...) hoje atendemos 100% dos casos que nos são encaminhados via **Central de Regulação**; até por que não os podemos negar, afinal somos referência para a região coração (SIV).*

As Centrais de Regulação, estruturadas nos níveis estadual, regional e/ou municipal, organizam a relação entre os vários serviços, qualificando o fluxo dos pacientes no Sistema e geram uma porta de comunicação aberta ao público em geral, através da qual os pedidos de socorro são recebidos, avaliados e estratificados de acordo com a gravidade (OPAS, 2010).

Ainda segundo a Organização Pan Americana, as necessidades imediatas da população ou necessidades agudas ou de urgência, são pontos de pressão por respostas rápidas. Então, as centrais de regulação devem ser capazes de acolher o usuário, prestando-lhe atendimento e redirecionando-a para os locais adequados à continuidade do tratamento.

Através do trabalho integrado das Centrais de Regulação Médica de Urgências com outras centrais de regulação de leitos hospitalares, procedimentos de alta complexidade, exames complementares, internações e atendimentos domiciliares, consultas especializadas, consultas na rede básica de saúde, assistência social, transporte sanitário não urgente, informações e outros serviços e instituições. Portanto, a central de regulação é um ponto importante dentro da rede de atenção à saúde.

Assim, abrem-se perspectivas para a estruturação da relação entre vários serviços e a qualificação dos fluxos dos pacientes na rede de atenção às urgências.

As centrais poderão ter abrangência loco regional, de acordo com os pactos de referência e mecanismos de financiamento estabelecidos pela NOAS (Norma Operacional de Assistência a Saúde) - SUS/2002, sendo previamente pactuadas, e as transferências deverão ser solicitadas ao médico regulador da Central de Regulação de Urgências (CRU), cujas competências técnicas e gestoras estão estabelecidas.

As centrais, obrigatoriamente interligadas entre si, constituem verdadeiros complexos reguladores da assistência, ordenadores dos fluxos gerais de necessidade/resposta, que garante ao usuário do SUS a multiplicidade de respostas necessárias à satisfação de suas necessidades.

Portanto, a Central de Regulação atende a demanda do usuário direcionando o atendimento e ordenando aos diferentes níveis de atenção o fluxo da assistência.

SUBCATEGORIA: O Acolhimento com Avaliação de Risco como estratégia de reorganização do processo de trabalho.

O Brasil, não diferente do contexto mundial, com a crescente procura por atendimento em Serviços Hospitalares de Emergência demanda altas tecnologias e cuidados médicos e de enfermagem cada vez mais complexos e onerosos. Demandas dessa natureza consistem em desafios a serem transpostos pelos gestores e trabalhadores, que primam pela qualidade da assistência, pois devem adequar, cotidianamente, a estrutura e a forma de atendimento de cada serviço (BELLUCI, 2012).

No contexto hospitalar, em especial nos Serviços Hospitalares de Emergência, a elevada demanda de pacientes, que procura por atendimento, afeta diretamente a qualidade dos serviços prestados.

Para reorganizar os processos de trabalho em saúde e promover maior resolutividade das ações de saúde é necessário que as pessoas que buscam atendimento sejam acolhidas (GUEDES, 2013).

O Acolhimento com Classificação de Risco nos ajudou e muito na organização do fluxo... (SIV).

Para reorganizar os processos de trabalho em saúde e promover maior resolutividade das ações de saúde é necessário que as pessoas que buscam atendimento sejam acolhidas (GUEDES, 2013).

O acolhimento significa a humanização do atendimento e pressupõe a garantia de acesso a todas as pessoas. Ele é mais que uma triagem qualificada ou uma escuta interessada. Portanto, entendemos que deve garantir a integralidade e universalidade, princípios defendidos pelo Sistema Único de Saúde. E não apenas um processo de trabalho com o intuito de organização de fluxo.

Portanto, a estratégia de implantação do Acolhimento e a Classificação de Risco dentro da instituição vêm ao encontro da preconização Ministério, que para além de facilitar o processo de trabalho da equipe, consegue proporcionar à população um atendimento de qualidade.

Eixo 2: Gestão em Saúde

SUBCATEGORIA: A **Regionalização** como elemento para os princípios do SUS.

Segundo a Portaria nº 2048/02, a implantação de redes regionalizadas e hierarquizadas de atendimento, além de permitir uma melhor organização da assistência, articular os serviços, definir fluxos e referências resolutivas é elemento indispensável, para que se promova a universalidade do acesso, a equidade na alocação de recursos e a integralidade na atenção prestada.

*(...) com a **Regionalização** deu uma boa melhora, pois São Carlos recebe recurso para atender os casos urgentes da nossa região e nossos pacientes graves são transferidos para lá (SIII).*

As necessidades epidemiológicas regionais devem ser utilizadas como parâmetros de reorganização, no lugar da simples oferta de serviços que, historicamente, orientou o estabelecimento da rede de assistência à saúde. Atualmente, encontramos-nos na oportunidade de conciliar a descentralização e a municipalização. Para isso, devemos buscar a

construção efetiva da rede regionalizada e hierarquizada, prevista pela Constituição Federal de 1988 (BARATA, 2004).

A regionalização apresenta as vantagens de um sistema descentralizado — adequação das políticas e dos serviços à situação epidemiológica local e favorecimento da participação democrática, já que os espaços de decisão permanecem próximos dos cidadãos comuns — sem as desvantagens de um sistema fragmentado.

O objetivo fundamental da regionalização é garantir aos seus usuários serviços de qualidade, ao menor custo social, econômico e sanitário possível; além de despertar a consciência de pertencimento regional e endogenia, seguida da necessidade de ajustar a oferta de serviços de saúde; superar a fragmentação dos serviços de saúde tentando substituir a competição intermunicipal pela cooperação intermunicipal, alterando a atitude de “cada um por si” por “de todos por todos” e, por último, melhorar a qualidade do controle público sobre o sistema de serviços de saúde (SILVA, 2013).

Portanto, entendemos que a proposta da Regionalização da Rede de Urgência e Emergência não só na região estudada, mas de todas as que entenderem a regionalização como uma possibilidade de organização da atenção em rede e atendimento aos princípios do SUS, como um ganho na qualidade do atendimento à população.

SUBCATEGORIA: A **Rotatividade** como elemento interveniente na gestão do trabalho em saúde.

A rotatividade no quadro de trabalhadores de saúde do hospital representa um grande problema enfrentado pelos gerentes de enfermagem e implica, significativamente, na qualidade do cuidado e também nos custos para a organização. A perda de profissional experiente afeta o nível de cuidado prestado e aumenta o investimento necessário à admissão de um novo trabalhador (GAIDZINSKI, 2005).

Essa situação gera descontentamento na equipe, decorrente da sobrecarga das tarefas para os membros que permanecem no hospital.

(...) meu índice de **rotatividade** é baixo. *Percebo que a equipe que compõe o serviço de urgência é coesa e comprometida. (SIV)*

O programa QUALISUS incentiva a criação de condições favoráveis para valorização dos profissionais de saúde, visando a fixação e retenção das equipes nos postos de trabalho, em especial o médico.

Portanto, avaliamos que esse incentivo criado vem somar na perspectiva da valorização dos profissionais, beneficiando o usuário, por meio de uma assistência prestada com qualidade. Entendemos que esses incentivos deveriam ser constantes em todos os níveis de atenção e, por sua vez, os gestores deveriam ter como prática diária dentro das suas equipes de trabalho, o que ajudaria na fixação do seu quadro de pessoal.

Eixo 3: Educação na Saúde

SUBCATEGORIA: O Treinamento como estratégia para qualificação de profissionais.

*Tenho uma equipe **treinada**. Com isso, percebo que a qualidade da assistência é de primeira, independente de ser pacientes do SUS. (SIV)*

Em 2004, o Ministério da Saúde lançou o Programa QUALISUS em 27 regiões metropolitanas das capitais brasileiras, para cerca de 80 hospitais com serviços de emergência, visando melhorar a qualidade da atenção à saúde realizada pelo SUS.

Em linhas gerais, o programa estabelecia pressupostos conceituais de gestão e assistência. O apoio financeiro era a contrapartida do Ministério da Saúde às mudanças nos processos de trabalho, nos hospitais com serviços de urgência, considerados o ponto chave do programa.

Segundo Campos (2010), a finalidade dos serviços de emergência é oferecer atendimento imediato e de bom padrão aos usuários, promover treinamento da equipe de saúde sobre as técnicas de atendimento, desenvolver a pesquisa e assumir atividades educativas na comunidade.

Fatores como treinamento deficiente ou inexistentes, falta de conhecimento e habilidades técnicas dos trabalhadores, gera insegurança na equipe e no próprio usuário, resultando em uma assistência deficitária, sem qualidade.

SUBCATEGORIA: O Hospital de Ensino como espaço indutor de assistência qualificada.

*Na minha concepção, é uma potencialidade estarmos em um **hospital de ensino**, pois temos uma equipe bem preparada e atualizada dentro das atribuições que lhes competem na área hospitalar. E quem ganha com isso são os alunos e a população. (SV)*

Os Ministérios da Saúde (MS) e da Educação (MEC), com a participação das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, vêm incentivando através do Programa de Certificação e Contratualização dos Hospitais de Ensino (PCCHE), implantados há cinco anos, hospitais públicos a fazerem suas inserções, proporcionando com isso excelente oportunidade de interação entre ensino e serviços, além da oportunidade de incentivos financeiros (BRASIL, 2007).

As iniciativas governamentais de programas de certificação qualificam a assistência à saúde ao usuário da RAS. E propiciam aos gestores hospitalares a possibilidade de aquisição de recursos financeiros.

Segundo Bittar (2009), a maior interação dessas entidades permitirá avaliações integradas entre assistência, ensino e pesquisa. A avaliação e validação de tecnologias emergentes nos produtos de saúde encontram nos hospitais de ensino um importante aliado para o uso efetivo e seguro das mesmas, além de permitir estudos conjuntos de viabilidade financeira.

Essa parceria entre hospital e universidade trouxe benefícios à assistência através da soma de esforços e compartilhamento de conhecimento entre os diferentes atores (profissionais, corpo docente e acadêmicos dos diferentes cursos da área de saúde e outros); o ensino absorvido pela interação com o usuário e a equipe multiprofissional; e a pesquisa com a empregabilidade do saber em busca da construção de conhecimento.

O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), e o Ministério da Educação, a partir da Secretaria de Educação Superior (SESU), vêm formulando e desenvolvendo as políticas nacionais de educação superior e formação dos profissionais da saúde em progressiva articulação e integração (FERREIRA, 2012).

Os incentivos oferecidos através das parcerias entre ministério da saúde e da educação têm contribuído na formação dos acadêmicos e

qualificação dos profissionais. Além de favorecer a população usuária da saúde. Essa situação é refletida na fala do gestor hospitalar, que pode vivenciar esse contexto.

Uma das estratégias apontadas é fortalecer a política de gestão do trabalho e da educação na saúde nas RAS, ampliando o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e pelo Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde) para todas as instituições de ensino superior, visando à mudança curricular e a formação de profissionais com perfil voltado às necessidades de saúde da população.

Portanto, as instituições que têm a oportunidade de inserção dentro destes programas aumentam seus recursos financeiros para o investimento na formação discente e na capacitação de seus profissionais, qualificando a assistência ao usuário.

A Secretaria de Atenção à Saúde aprova anualmente volume considerável de recursos para obras (construção, reforma, ampliação) e aquisição de equipamentos. Esses investimentos destinam-se à expansão e à consolidação da infra-estrutura do SUS. Ou seja, são recursos para construção ou melhoria das condições de hospitais, centros de atenção psicossocial, centros especializados em reabilitação, maternidades, hemocentros, urgências e emergências, e diversos outros. Além disso, são contabilizados os recursos destinados às capacitações e às cooperações técnicas com universidades e instituições (BRASIL, 2013).

Identificamos, portanto, que existem incentivos através da política de gestão da educação e do trabalho na saúde, frente à Rede Atenção à Saúde, vindos do Ministério da Saúde para a formação dos profissionais e na capacitação das equipes de trabalho tendo como foco a identificação das necessidades da população. Instituições, as quais tenham essa característica podem usufruir desses recursos.

CATEGORIA: Limitações da Rede Temática de Urgência e Emergência

Para essa categoria, identificamos 06 subcategorias, distribuídas nos três eixos. No eixo da Atenção à Saúde ficaram 02 subcategorias (Acolhimento com Classificação de Risco e Rede Básica), no eixo da

Gestão à Saúde ficaram 03 subcategorias (Financiamento, Serviço Atendimento Móvel de Urgência e Equipe Mínima) e no eixo da Educação em Saúde ficou 01 subcategoria (Educação à População).

Eixo 1: Atenção à Saúde

SUBCATEGORIA: A tecnologia leve do **Acolhimento com Avaliação de Risco**.

No modelo tradicional de funcionamento dos serviços hospitalares de emergência, o paciente, muitas vezes, não é atendido de forma resolutiva, humanizada e acolhedora, em razão da alta demanda de serviços, da falta de profissionais qualificados e de organização no ambiente de trabalho. Nesse sentido, os prejuízos aos usuários podem ser inestimáveis, pois “muitos serviços de atendimento às urgências convivem com grandes filas, onde as pessoas disputam o atendimento sem critério algum, a não ser à hora da chegada. Tais demandas misturam-se nas unidades de urgência superlotando-as e comprometendo a qualidade da assistência prestada à população.

*Infelizmente hoje ainda, não realizamos **Classificação de Risco** na porta do nosso Pronto Socorro e isso faz com que haja uma sobrecarga no número de atendimentos. (SIII)*

Habitualmente, as urgências “sangrantes” e ruidosas são priorizadas, mas, infelizmente, é comum que pacientes com quadros mais graves permaneçam horas aguardando pelo atendimento de urgência, mesmo já estando dentro de um serviço de urgência (BRASIL, 2002).

O programa QUALISUS estabelece como estratégia a inserção das “tecnologias leves” de gestão, sendo uma delas o acolhimento com classificação do risco (BITTENCOURT, 2010).

Portanto, hoje uma das estratégias para a resolutividade na sobrecarga de atendimento seria a implementação do acolhimento com a classificação de risco. Ressaltando ainda, que o gestor tem clareza da importância desta.

SUBCATEGORIA: A fragilidade da **Rede de Atenção Básica**

*Observo que a **Rede Básica** do município é fragilizada, por isso a população busca pelo atendimento do (...) (SIV)*

Na América Latina, de acordo com Conill e Fausto (2008) citados por Silva (2011), a segmentação e a fragmentação têm como causa importante a concepção seletiva para o acesso aos serviços, que acarreta importantes lacunas na assistência e falta de garantia na continuidade do cuidado. Eles destacam que em muitos países do continente latino-americano a focalização da atenção primária à saúde (APS), restrita à população de baixa renda e constituída de um pacote básico de serviços, e a não garantia de acesso aos níveis de maior complexidade são fatores importantes.

Segundo Shimizu (2013), apesar das melhorias alcançadas com a expansão da AB no país e da indiscutível disseminação dos pressupostos, que embasam essa estratégia, a fragmentação dos serviços é bastante presente, o que tem remetido à necessidade de buscar alternativas, que favoreçam a organização mais sistêmica do sistema de saúde.

A rede básica de serviços, as urgências/emergências hospitalares seguem sendo importantes portas de entrada da população no seu desejo de acessar o SUS (CECÍLIO, 2003).

Sendo muitas vezes as portas das urgências e emergências a forma da população conseguir acesso aos níveis mais complexos de assistência. Portanto, o hospital se torna o foco nesse acesso.

Segundo Azevedo (2010), não é possível organizar hospitais terciários de urgência e emergência sem retirar deles o grande número de pessoas portadoras de urgências menores. Por outro lado, para que as pessoas com situações de urgências, que requerem menor densidade tecnológica possam ser atendidas na atenção primária à saúde, faz-se necessário implantar um modelo de atenção adequado às demandas das condições crônicas, para que assim possa atender as urgências menores e, a médio e longo prazo, diminuir a demanda às unidades de urgência e emergência maiores.

É necessário o fortalecimento da atenção primária, para que essa assuma o seu papel de ordenadora do sistema de saúde. Com ações de prevenção e promoção à saúde, os usuários com doenças crônicas, acompanhados e amparados de forma contínua, não evoluindo à crises agudas e não necessitando dos serviços de urgência.

Apesar das dificuldades da rede básica para garantir acesso e resolubilidade, parte substancial da demanda espontânea para serviços hospitalares de urgência/emergência decorre da enorme legitimidade desses serviços perante a população. Devido à maior densidade tecnológica disponível, confiança nos profissionais, expectativa sobre a qualidade da assistência, experiência pessoal e/ou rede social, satisfação com o atendimento, além da acessibilidade geográfica (AZEVEDO, 2010).

A inadequação técnica da demanda repercute sobre a qualidade da assistência prestada.

As diferenças entre a lógica da população e a lógica do sistema de saúde, e diversos outros fatores determinam a utilização inadequada dos serviços de saúde por uma parcela considerável de usuários, provocando graves distorções das rotinas hospitalares, a saber: sobrecarga de atendimentos, número expressivo de atendimentos, que poderiam ser resolvidos na rede básica de saúde. No entanto, a única alternativa para o atendimento efetivo nas unidades hospitalares seria um atendimento eficiente nas unidades básicas e o esclarecimento da população e dos profissionais de saúde sobre a real finalidade dos serviços de urgência e emergência (LOVALHO, 2010).

Segundo Costa (2015), justifica-se que a fragilidade da atenção primária e sobrecarga dos serviços de urgência e emergência de acordo com o Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (2015) quando afirma que a grande demanda nos serviços de urgência e emergência, e a superlotação destes, representam uma das maiores dificuldades a serem superadas pelos sistemas de saúde atualmente. É reflexo de um sistema de saúde fragmentado, onde a atenção primária não é resolutiva para as condições crônicas e agudas.

Para o fortalecimento da atenção primária faz-se necessário o conhecimento da população e dos profissionais de saúde sobre a

organização do SUS, para que o acesso ao sistema seja de forma adequada. Recorrendo às urgências quando realmente for necessário, remetendo à atenção primária o seu devido valor e a reconhecendo como porta de entrada para uma assistência contínua e baseada nas necessidades de cada usuário.

Segundo Carneiro (2014), a organização das Redes de Atenção à Saúde é uma forma de organização dos pontos de atenção à saúde para prestar assistência integral ao cidadão, fortalece a Atenção Primária à Saúde, sendo necessária a implantação de política municipal para monitoramento, avaliação e auditoria para a efetivação da implementação e operacionalização dessas RAS.

A criação de um sistema de governança adequado, entendido, no caso das RAS, como a articulação e a cooperação entre os atores sociais e políticos e a construção de novos arranjos institucionais, é um grande desafio (CARVALHO, 2008).

Portanto, uma estratégia importante para que a processo de implementação da RAS ocorra de forma efetiva, é através do fortalecimento da APS para realizar a coordenação do cuidado e ordenar a organização da rede de atenção. Além do investimento por parte do gestor municipal na APS.

Eixo 2: Gestão em Saúde

SUBCATEGORIA: O **Financiamento** como recurso para a viabilização da rede temática de Urgência e Emergência.

Hoje poucos municípios brasileiros são capazes de oferecer sozinhos toda a oferta de serviços que sua população necessita, desde as ações de promoção e prevenção até as de alta complexidade.

*Vivemos em um Município Pequeno, portanto a **arrecadação é pequena. Teríamos um custo alto com o serviço de urgência e emergência, para uma demanda pequena.** (SI)*

Nosso município é pequeno, com isso nossa arrecadação também. Manter um serviço de urgência e emergência é muito oneroso a prefeitura (SII).

Para Teixeira (2010), o pequeno porte da maior parte dos municípios brasileiros traz dificuldades no sentido da capacidade de planejamento do sistema, da regulação de prestadores e da construção de redes assistenciais adequadas para o atendimento da população. Desta maneira, é preciso uma rede de saúde organizada na região para que se consiga dar conta de todas as necessidades de saúde dos cidadãos de seu território.

Dentro da perspectiva de estruturação de Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, com universalidade, atenção integral e equidade de acesso, de caráter regionalizado e hierarquizado, de acordo com as diretrizes do SUS, os serviços especializados e de maior complexidade deverão ser referência para um ou mais municípios de menor porte.

Essa lógica adotada pelo sistema estadual de urgência e emergência ocorre na região coração. Os municípios de menor porte encaminham suas demandas de pacientes com agravos da saúde ao município de referência, no caso estudado, a cidade de São Carlos.

Assim, estes municípios menores devem se estruturar para acolher os pacientes acometidos por agravos de urgência, realizar a avaliação e estabilização inicial destes e providenciar sua transferência para os serviços de referência loco regionais, seja para elucidação diagnóstica através de exames especializados, avaliação médica especializada ou internação.

No que se refere aos recursos de saúde existentes, a concentração dos serviços em grandes centros urbanos, especialmente nos Estados com economias mais avançadas, gerou desigualdades no acesso da população aos serviços, com carências acentuadas justamente nos locais com os piores indicadores de saúde, justificando amplamente a preocupação com a equidade no SUS (BARATA, 2004).

As despesas de custeio serão de responsabilidade compartilhada de forma tripartite entre a União, Estados e Municípios, correspondendo à União 50% do valor estimado para estes custos.

Segundo as Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS, para que a RAS atenda as necessidades de todos os municípios é importante se ter definido critérios/índice de necessidades de

saúde envolvendo variáveis demográficas, epidemiológicas e sanitárias com vistas à distribuição equitativa do financiamento.

Nas falas acima fica evidenciado que há um reconhecimento por parte destes gestores quanto à efetividade da Rede Temática de Urgência e Emergência, porém por serem municípios de pequeno porte a arrecadação não dá subsídios para sua efetiva implantação. E assim, transferem a cidade referência suas demandas ligadas as urgências e emergências.

SUBCATEGORIA: A dificuldade de estruturação do **Serviço Atendimento Móvel de Urgência.**

A Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), propõe ações estratégicas para qualificar a gestão e o atendimento das urgências em todos os seus componentes, sendo o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) escolhido como primeira estratégia de implementação dessa política (BRASIL, 2010).

*Não tenho recursos humanos disponível para atuar no **SAMU**, ter um serviço de atendimento pré-hospitalar na cidade é o meu sonho de consumo (SIII).*

O serviço de atendimento pré-hospitalar móvel, denominado SAMU, deve ser entendido como uma atribuição da área da saúde, sendo vinculado a uma Central de Regulação, com equipe e frota de veículos compatíveis com as necessidades de saúde da população de um município ou uma região, podendo, portanto, extrapolar os limites municipais (BRASIL, 2010).

O SAMU (baseado no modelo francês) é composto por uma Central de Regulação Médica de Urgências e pelo componente assistencial, que comporta as ambulâncias básicas e avançadas (para situações especiais de transporte, as ambulanchas e motolâncias). Já a Central de Regulação deve receber pedidos de atendimento de urgência da população ou profissionais de saúde por meio do telefone 192 e atendê-los no domicílio ou em qualquer espaço público.

Esta região de cobertura deve ser previamente definida, considerando-se aspectos demográficos, populacionais, territoriais,

indicadores de saúde, oferta de serviços e fluxos habitualmente utilizados pela clientela.

O serviço deve contar com a retaguarda da rede de serviços de saúde, devidamente regulada, disponibilizada conforme critérios de hierarquização e regionalização formalmente pactuados entre os gestores do sistema loco - regional.

Os recursos de custeio repassados pelo Ministério da Saúde deverão ser destinados exclusivamente à manutenção e qualificação dos SAMU. (BRASIL, 2012).

SUBCATEGORIA: A importância da constituição da **Equipe Mínima** para o atendimento de urgência e emergência.

*Ausência hoje de **equipe mínima**, para compor o SAMU. (SI)*

Gostaria muito de ter recursos financeiros para contratação de profissionais para o SAMU. (SII)

Ao Ministério da Saúde, por intermédio do Fundo Nacional de Saúde (FNS), compete realizar repasses regulares e automáticos de recursos aos respectivos fundos de saúde, para manutenção das equipes efetivamente implantadas. O restante dos recursos necessários para o custeio das equipes será coberto pelos Estados e Municípios, em conformidade com a pactuação estabelecida em cada Comissão Intergestores Bipartite e deverá estar expresso nos , que serão enviados ao Ministério da Saúde, incluindo os mecanismos adotados de repasse destes recursos entre estados e municípios. Os recursos de custeio repassados pelo Ministério da Saúde deverão ser destinados exclusivamente à manutenção e qualificação dos SAMU (BRASIL, 2010).

Portanto, os recursos financeiros destinados à manutenção da equipe são previstos e repassados aos estados e esses redirecionados a seus municípios.

A maioria dos municípios compromete em torno de 20% do orçamento municipal com saúde - lembrando que a Constituição estabelece 15% como limite mínimo - e muitos atingiram os limites de gastos com pessoal imposto pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF). Um dos efeitos colaterais dessa situação é a contratação de profissionais

de saúde através de parcerias com instituições privadas para driblar a LRF, mas que deixam os gestores municipais em situação de fragilidade perante o Ministério Público do Trabalho pela dubiedade da legislação nesse aspecto. Outro é a precarização nas formas de contratação, com prejuízos aos direitos dos trabalhadores (SILVA, 2011).

Ainda, segundo o autor, a criação de um fundo especial tripartite para contratação de trabalhadores para o SUS seria uma alternativa a ser considerada, pois poderia consubstanciar operacionalmente a necessária solidariedade entre as esferas de governo na estruturação da força de trabalho no SUS.

Eixo 3: Educação em Saúde

SUBCATEGORIA: Educação à população como estratégia de ordenação do itinerário terapêutico.

*Falta **educação à população**, frente ao que é um Serviço de Urgência e Emergência e quando procurá-lo. (SIV)*

A população é carente de informação quanto aos serviços de atendimento de Urgência. (SV)

Será que a população tem falta e carência de educação quanto ao funcionamento dos serviços de urgência e emergência?

A utilização inadequada é prejudicial para os pacientes graves e para os não graves, porque esses últimos, ao elegerem o hospital para seu atendimento, não têm garantido o atendimento de seguimento (CARRET, 2009).

A necessidade de reordenar os fluxos de referência e contra referência de pacientes no SUS, de integrar os serviços de urgência hospitalar aos demais níveis de atenção, vem em decorrência da desarticulação dos diferentes níveis de atenção do sistema de saúde confirma o conhecimento empírico da realidade, retratada historicamente pela supervalorização do enfoque curativo e hospitalocêntrico.

Esse contexto histórico em que a população foi disciplinada, a falta de conhecimento dos próprios profissionais da saúde sobre o funcionamento da rede, a fragilidade da atenção primária, faz com que o

usuário busque equipamentos de saúde com tecnologias pesadas, com o objetivo de sanar suas necessidades de saúde (MERHY, 2010).

O reflexo disso é um serviço de urgência e emergência superlotado, descaracterizado das suas reais funções dentro da rede de urgência e emergência; e uma população desprovida de atenção com qualidade de assistência.

Parece haver um descrédito da população em geral em relação aos serviços de atenção primária e secundária, que não estão adequadamente estruturados para atingir um grau de resolutividade desejável (AZEVEDO, 2010).

Para atender a essas necessidades, os serviços precisam estabelecer vínculos mais estáveis e duradouros com os usuários e instituir mecanismos, que assegurem longitudinalidade, através de linhas de cuidado, que abranjam prevenção e promoção, assim como orientem os usuários no seu caminhar nas redes de atenção à saúde (SILVA, 2011).

Identificamos que a não resolutividade nos demais níveis de atenção e a ausência de um trabalho em rede, leva a população buscar as portas de entrada dos hospitais. Portanto, a população busca um equipamento de saúde com alto nível de complexidade no intuito de resolutividade do problema.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

A partir dos dados analisados e discutidos, a luz do referencial teórico pode-se concluir que os gestores de maneira geral, compreendem a Rede Temática como importante pra o atendimento qualificado das necessidades de saúde, que se caracterizam como urgências e emergências, caracterizando-a em seu mérito.

No campo das potencialidades os gestores ao apontarem uma diversidade de serviços, de acordo com a infra-estrutura para o seu município, não apontam com clareza a articulação em rede. Ressalta se, que apenas a Central de Regulação é identificada por todos como um equipamento que funciona em rede.

Esses achados permitem concluir, que há necessidade em se refletir sobre a importância dos equipamentos, mas que sem o diálogo efetivo entre eles não há como se constituir a Rede Temática de Urgência e Emergência.

Os dados relativos às limitações permitem concluir que ainda há desafios a serem enfrentados, sendo esses de infra-estrutura em termos de recursos financeiros e humanos, fortalecimento da atenção primária e a relação desta com os outros serviços, estabelecendo uma articulação em rede, bem como a consolidação do dispositivo de acolhimento com avaliação de risco, como uma proposta, que estabeleça o atendimento de acordo com a sua complexidade, em um sistema de referência e contra referência.

Ao analisar a aproximação da proposta em relação aos apontamentos, que os gestores trazem, a partir da compreensão sobre a Rede Temática de Urgência e Emergência e as potencialidades identificadas, podemos concluir que há uma aproximação com a proposta vinculada ao Ministério. Em relação às propostas de efetivação da rede e suas fragilidades, foi possível identificar um distanciamento. No entanto, é preciso reconhecer que ele pode ser revertido a partir da reflexão compartilhada entre os diversos gestores, o que pode ser estimulado pela DRS III, através do grupo condutor da região coração.

Ressaltamos, que o presente estudo pode se tornar um documento base para essa proposta de reflexão.

Considera-se, que o presente estudo permitiu não só identificar a percepção dos gestores e relação à Rede Temática de Urgência e Emergência e sua relação com seus equipamentos que gerenciam, mas a possibilidade de identificação de fragilidades e potencialidades para a efetivação das propostas, que propõe com relação à concepção de rede.

Considera-se também que o estudo para a autora, que envolvida diretamente com a proposta de implementação da Rede Temática de Urgência e Emergência a partir do serviço de saúde que ocupava, confirmou a necessidade de estratégias, que permitam potencializar a constituição/consolidação da Rede Temática de Urgência e Emergência na Região Coração.

E por fim, considera-se que a reflexão continuada e permanente de profissionais, gestores locais, municipais, estaduais e federais, possa ser uma estratégia para a consolidação da Rede Temática.

8. REFERÊNCIAS:

ARARAQUARA/SP. Departamento Regional de Saúde III. **Plano de Ação da Rede de Urgência e Emergência**. P. 187, 2012.

AZEVEDO, A. L. C. S. et. al. **Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas**. Rev. Eletr. Enf. 12 (4): p. 736 – 745, 2010.

BARATA, L. R. B.; TANAKA, O. Y.; MENDES, J. D. V. **Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde**. *Epidemiol. Serv. Saúde* [online], vol.13, n.1, p. 15 - 24, 2004.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2000.

BELLUCCI, J. J. A.; MATSUDA, L. M. **Implantação do sistema acolhimento com classificação e avaliação de risco e uso do fluxograma analisador**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, Jan-Mar; 21(1): p. 217 – 225, 2012.

BITTAR, O. J. N. V.; MAGALHÃES, A.; GOUVEIA, R. C. A. **Hospitais de Ensino: oportunidade de interação intra e interinstitucional**. Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo, SP, Boletim Epidemiológico Paulista (BEPa), 2009. Disponível em: www.cve.saude.sp.gov.br/agencia/bepa72_gais.htm

BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. **Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática**. Cadernos de Saúde Pública, 25 (7): p. 1439 - 1454, 2010.

BOMBARDA, F. P. **Redes Regionais de Atenção à Saúde**. In: Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo. 2012. Disponível em: www.sp.gov.br_Acesso em: 13.06.2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2048 de 05 de novembro de 2002. Brasília. Disponível em: www.saude.gov.br. Acesso em: 13.06.2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências / Ministério da Saúde**. Portaria nº 1863 de 29 de setembro de 2003. Brasília. Disponível em: www.saude.gov.br. Acesso em: 10.05.2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco - um paradigma ético-estético no fazer em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de qualificação a atenção hospitalar de urgência no SUS- QUALISUS.** Portaria nº 3125 de 07 de dezembro de 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Ministério da Educação, Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 2.400, de 02 de outubro de 2007, Estabelece os requisitos para certificação de unidades hospitalares como hospitais de ensino. Diário Oficial da União. 03 out 2007; Seção 2:26

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde: Um pacto pela saúde no Brasil.** Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 4279, de 30 de dezembro de 2010. Brasília.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Técnico da Comissão Intergestores Tripartite. **Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS;** 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção básica.** Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Brasília. Disponível em: www.saude.gov.br. Acesso em: 10.05.2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Redes Temáticas Prioritárias de Atenção à Saúde.** Portal do Departamento de Atenção Básica. Disponível em: www.saude.gov.br/dab. s/d. Acesso em: 13.06.2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CAMPOS, G. W. S., RATES, S. M. M. **Segredos e impasses na gestão de um hospital público.** Revista Médica de Minas Gerais, 18 (4): p. 279 – 283, 2008. CARNEIRO, M. G. D. et. al. **Processo de construção de redes de atenção à saúde na 16ª região de saúde do Ceará.** S A N A R E, Sobral, V.13, n.2, p. 42 - 49, jun./dez., 2014.

CARRET, M. L. V., FASSA, A. G., DOMINGUES, M. R. **Prevalência e fatores associados ao uso inadequado do serviço de emergência: uma revisão sistemática da literatura.** Cad. Saúde Pública, 25 (1): p. 07 – 28, 2009.

CARVALHO, G. et. al. **Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde.** Organizador: Silvio Fernandes da Silva, Campinas, SP: IDISA: CONASEMS, p. 202, 2008.

CECÍLIO, L. C. O., MERHY, E. E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar.** In: Pinheiro R, Mattos R. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS/Abrasco; 2003.

CECÍLIO, L. C. O. et. al. **A atenção básica à saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel?** Ciência e Saúde Coletiva, 17 (11): p. 2893 – 2902, 2012.

COSTA, G. L. **A organização da rede de atenção às urgências na regional de saúde de Ceilândia, DF.** Universidade de Brasília - trabalho de conclusão de curso. Brasília, 2015.

DUBOW, C., BASTOS, S. **REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: UM DESAFIO PARA A GESTÃO DO SUS.** Revista Eletrônica Gestão & Saúde Vol.04, Nº. 03, p. 908 - 21, 2013.

FERREIRA, J. R. et. al. **Pró-Saúde e PET-Saúde: Experiências Exitosas de Integração Ensino-Serviço.** Revista Brasileira de Educação Médica 36 (1, Supl. 2) : p. 03 – 04, 2012.

FLEURY, S. M. T., OUVENEY, A. M. **Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde.** Rio de Janeiro: Editora FGV; 2007.

FEUERWERKER, L. C. M. et. al. **O processo de construção e de trabalho da Rede UNIDA.** Divulgação Saúde Debate, (22): p. 09 – 17, 2000.

GAIDZINSKI, R. R., NOMURA, F. H. **Rotatividade da equipe de enfermagem: estudo em hospital - escola.** Rev Latino-am Enfermagem set - out; 13(5): p. 648 – 653, 2005.

GUEDES, M. V. C., HENRIQUES, A. C. P. T., LIMA, M. M. N. **Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários.** Rev Bras Enferm, Brasília, 66 (1): p. 31 – 37, jan./fev., 2013.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 3ª ed. São Paulo: Atlas, p. 207, 1994.

KUSCHNIR, R., CHORNY, A. H. **Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate.** Ciência & Saúde Coletiva, 15 (5): p. 2307 - 2316, 2010.

LAVRAS, C. **Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil.** Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.4, p.867 - 874, 2011.

LIMA, J.C., RIVERA, F.J.U. **Redes de conversação e coordenação de ações de saúde: estudo em um serviço móvel regional de atenção às urgências.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26 (2): p. 323 - 336, fev., 2010.

LOVALHO, A. F. **Administração de serviços de saúde em urgências e emergências.** Mundo saúde (1995), 28 (2): p.160 - 171, 2004.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; p. 549, 2011.

MENDES, J. M. R. et. al. **Gestão na saúde: da reforma sanitária às ameaças de desmonte do SUS.** Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 10, n. 2, p. 331 - 344, ago./dez., 2011.

MENDES, E.V. **As Redes de Atenção à Saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, 15 (5): p. 2297 - 2305, 2010.

MENDES, E.V. **As Redes de Atenção à Saúde.** Belo Horizonte: ESP-MG; p. 848, 2009.

MENDES, H. W. B., ALMEIDA, E. S. **Regionalização da assistência à saúde: equidade e integridade na perspectiva dos gestores.** O Mundo da Saúde, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 26 - 34, 2005.

MERHY, E.E. **Enfrentar a lógica do processo de trabalho em saúde: um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo em ato, no cuidado.** Conexões: Saúde Coletiva e Políticas de Subjetividade. São Paulo: Hucitec, p. 276 - 300, 2010.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Hucitec; 1994.

MINAYO, M. C. S. **O desafio da pesquisa social.** In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; GOMES, Suely Ferreira Deslândes Romeu (org). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade.* 27ª ed. Petrópolis: Vozes, p. 9 - 29, 2008.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 29ª ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

O'DWYER, G. **A gestão da atenção às urgências e o protagonismo federal.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5): p. 2395 - 2404, 2010.

OLIVEIRA, M. M. **Como Fazer Pesquisa Qualitativa.** Petrópolis: Vozes, 2008.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate;** Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2007.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica/** Salvador: EDUFBA, Rio de Janeiro: Fio Cruz, p. 356, 2008.

POLIT, D. F., BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem.** 7ª ed. Porto Alegre: ARTMED, p. 660, 2011.

Portal da Saúde-SUS-Brasil. Departamento de atenção básica, Brasília, 2012. Disponível em: www.dab.saude.gov.br/portaldab. Acesso em: 04/05/2014.

RAUSCH, M. C. P. et al. **Diretrizes para implementação do Sistema Manchester de classificação de risco nos pontos de atenção às urgências e emergências.** 2ª ed. Brasil: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, p. 18, 2015. Disponível em: www.gbcr.org.br/downloads. Acesso em: 30/07/ 2015.

SANTOS, L., ANDRADE, L. O. M. **Redes interfederativas de saúde**. Campinas, p.47, 2008.

SANTOS, L., ANDRADE, L. O. M. **Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (3): p. 1671 - 1680, 2011.

SARTI, F. M., PINHEIRO, F. F. P. **Falhas de mercado e redes em políticas públicas: desafios e possibilidades ao Sistema Único de Saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(11): p. 2981 - 2990, 2012.

SHIMIZU, H. E. **Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil**. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 23 [4]: p.1101 - 1122, 2013.

SILVA, S. F. **Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil)**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (6): p. 2753 - 2762, 2011.

SILVA, E. C., GOMES, M. H. A. **Impasses no processo de regionalização do SUS: tramas locais**. *Saúde Soc. São Paulo*, v.22, n.4, p.1106 - 1116, 2013.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: www.dominiopublico.gov.br/pesquisa. Acesso em: 20/11/ 2015.

_____ **SUS no Estado de São Paulo - Atualizações para os Gestores Municipais**. São Paulo (SP): Secretária de Saúde do Estado de São Paulo; 2013.

TEIXEIRA, R.R., AZEVEDO, B.M.S. **A Produção de Redes de encontros e a Produção de Saúde no SUS**. Unicamp, 2010.

THURLER, L. **SUS: legislação e questões comentadas**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

TREVISAN, L. N., JUNQUEIRA, L. A. P. **Construindo o “pacto de gestão” no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4): p. 893 - 902, 2007.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PARTICIPANTES

Eu, Erika da Fonseca, mestranda do Departamento de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de São Carlos, gostaria de convidá-la (o) para participar da pesquisa “Rede Temática de Atenção às Urgências e Emergências na perspectiva de gestores hospitalares de um Departamento Regional de Saúde do estado de São Paulo” que tem como objetivos analisar a inserção dos hospitais a Rede Temática de Atenção às Urgências e Emergências do Departamento Regional de Saúde III do Estado de São de São Paulo - Região Coração, na perspectiva dos seus gestores; identificar como os gestores de hospitais concebem a Rede Temática de Atenção às Urgências e Emergências, considerando seu espaço de gestão; conhecer as propostas de articulação dos hospitais para efetivação do sentido de Rede Temática de Atenção às Urgências e Emergências e; analisar as concepções, propostas em suas potencialidades e limitações para a efetivação de uma Rede Temática de Atenção às Urgências e Emergências.

Se você concordar em participar, voluntariamente, do estudo, sua contribuição será de grande importância e será assegurado o respeito aos seus direitos de liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem que isso traga qualquer prejuízo ou penalização.

Considerando tratar-se de uma pesquisa com coleta de dados por meio de entrevistas, os riscos aos participantes da pesquisa poderão ser a quebra de sigilo e anonimato, que estão assegurados pela identificação dos mesmos por meio das iniciais do nome. A proposta é que a entrevista seja gravada em áudio e os dados transcritos pela própria pesquisadora, sendo que ao final da pesquisa todo o material gravado será destruído. Como última medida, a explicitação de que o mesmo possa retirar a qualquer momento sua participação no estudo.

Os benefícios se relacionam à possibilidade dos sujeitos poderem refletir sobre a forma de inserção dos serviços de Urgência e Emergência que administram em relação à rede de atenção à saúde, em especial no caráter especificado, identificando possibilidades de qualificação da articulação entre serviços e processos.

Esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será feito em duas vias sendo que uma ficará com você e a outra, arquivada comigo.

Após a conclusão do trabalho, o mesmo será divulgado através de publicações e apresentações em eventos, com a manutenção do sigilo e anonimato dos participantes da pesquisa.

Caso você tenha alguma dúvida e deseje contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade que analisou e aprovou o projeto, poderá fazê-lo pelo e-mail – cephumanos@ufscar.br, telefone (16) 3351-9683 ou, ainda, pessoalmente no endereço Rodovia Washington Luís, Km 35, São Carlos/SP, A localização da área administrativa do CEP se encontra junto ao prédio da Reitoria da Universidade.

Eu também estarei à disposição para esclarecimentos ou dúvidas, a qualquer tempo e momento, pelo telefone (16) 981718499 e pelo e-mail: erikafon@terra.com.br ou, ainda, no endereço Rua Honduras, 174, Nova Estância, São Carlos/SP.

Assinatura do participante

Erika da Fonseca – Pesquisadora

(MODELO PARA ELABORAÇÃO EM PAPEL TIMBRADO)

DECLARAÇÃO

Eu, Sr. (a) _____, chefe ou diretor do,
_____, declaro estar ciente da realização da
pesquisa intitulada **“REDE TEMÁTICA DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NA
PERSPECTIVA DE GESTORES HOSPITALARES DE UM DEPARTAMENTO REGIONAL DE
SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO”**. (em anexo).

São Carlos, de _____ de 2014.

Nome:

Função:

APÊNDICE B**ROTEIRO DE ENTREVISTA COM GESTORES HOSPITALARES DE UM DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO.****Identificação Número:****Graduação em:**

1 - Idade:

2 – Sexo: () Feminino () Masculino

3 – Cursos de Pós-Graduação:

() Pós-Graduação (Especialização) em Andamento. Área?

() Pós-Graduação (Especialização) Completa. Área?

() Pós-Graduação (Residência). Área?

() Pós-Graduação (Mestrado) em Andamento. Área?

() Pós-Graduação (Mestrado) Completo. Área?

() Pós-Graduação (Doutorado) em Andamento. Área?

() Pós-Graduação (Doutorado) Completo. Área?

4– Há quanto tempo obteve a formação inicial (Ensino Superior):

() Entre 01 e 02 anos

() 02 a 05 anos

() 05 a 10 anos

() Mais de 10 anos

5- Há quanto tempo atua como gestor?

() 01 a 02 anos

() 02 a 04 anos

() 04 a 08 anos

Mais de 08 anos

6 - Há quanto tempo atua nesta função de gestor da área de Urgência e Emergência?

01 a 02 anos

02 a 04 anos

04 a 08 anos

Mais de 08 anos

7 – Atualmente, além da atuação nesta instituição, possui outro vínculo:

Sim

Não

Se sim, em que área?

8 - Como entende a Rede Temática de Atenção às Urgências e Emergências e sua relação com o serviço que atua como gestor.

9 - Quais são as propostas de articulação que seu serviço estabelece com os demais pontos da Rede Temática de Atenção às Urgências e Emergências em seu município e em relação à Região Coração, com vistas à efetivação da mesma.

10 - O que julga que seu serviço possui em termos de potencialidades e limitações para a efetivação da Rede Temática de Atenção às Urgências e Emergências.

ANEXO I

Rede de Urgência e Emergência:

- PORTARIA Nº 2048, DE 05 DE NOVEMBRO DE 2002- Estabelece os princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.
- PORTARIA Nº 1863, DE 29 DE SETEMBRO DE 2003- Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU).
- PORTARIA Nº 3125, DE 07 DE DEZEMBRO DE 2006- Institui o Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde - Programa QualiSUS.
- PORTARIA Nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010- Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde.
- PORTARIA Nº 1.600, DE 07 DE JULHO DE 2011 – Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) e Institui a Rede de Atenção às Urgências (RAS) no Sistema Único de Saúde.