



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DO TRABALHO**



**ANA PAULA FERNANDES PEREIRA**

**REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: UM ESTUDO DE CASO NA REGIÃO  
CORAÇÃO DO ESTADO DE SÃO PAULO**

**SÃO CARLOS  
2017**

**ANA PAULA FERNANDES PEREIRA**

**REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: UM ESTUDO DE CASO NA REGIÃO  
CORAÇÃO DO ESTADO DE SÃO PAULO**

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. Área de concentração: Gestão do Trabalho.

Orientadora: Profa. Dra. Adriana Barbieri Feliciano

Coorientadora: Profa. Dra. Valéria Vernaschi Lima

**SÃO CARLOS  
2017**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica



## FOLHA DE APROVAÇÃO

Ana Paula Fernandes Pereira

### “REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: UM ESTUDO DE CASO NA REGIÃO CORAÇÃO DO ESTADO DE SÃO PAULO”

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 10/04/2017

#### COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof.ª Dr.ª Adriana Barbieri Feliciano- UFSCar

Prof. Dr. José Maurício de Oliveira- IEP/HSL

Prof. Dr. Geovani Gurgel Acioli da Silva- UFSCar

Dedico este trabalho à minha querida família.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, por me dar várias oportunidades em minha vida e uma delas é vivenciar esse momento.

Aos meus pais, José Fernandes e Tercília Marani, que com suas simplicidades não mediram esforços para realizarem os meus sonhos. Serei sempre grata por tudo que fizeram por mim.

Aos meus irmãos, José Júnior e Cizina Célia, que são pessoas especiais em minha vida, sempre me apoiaram para alcançar o meu sucesso.

Ao meu avô Lázaro, que é um exemplo de vida com seus 99 anos.

À minha amiga Érika, que sempre foi um exemplo de pessoa e profissional. Aprendi muito com seus ensinamentos.

À minha amiga Célia, sempre me ajudando nas horas mais difíceis da minha vida.

A Andréa Moura, amiga que compartilhamos os momentos de lutas e superações que a vida nos tem dado.

À minha orientadora Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Adriana Barbieri Feliciano pela sua paciência e dedicação. Agradeço tudo o que tem feito por mim.

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Valéria Vernaschi Lima por sua colaboração.

Aos professores Dr. Geovani Gurgel Aciole da Silva e Dr. José Maurício de Oliveira pelas contribuições neste trabalho.

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sueli Sampaio que, com sua sabedoria, contribuiu muito na minha vida profissional.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação da Gestão da Clínica (PPGGC) pela contribuição no meu desenvolvimento acadêmico e profissional.

Aos profissionais gestores da Região Coração que contribuíram no desenvolvimento deste trabalho.

Enfim, agradeço a todos os profissionais, amigos e especialmente à minha família por estarem sempre comigo.

*“Nem tudo é verdadeiro, mas em todo lugar e a todo o momento existe uma verdade a ser dita e a ser vista, uma verdade talvez, adormecida, mas que no entanto está somente à espera de nosso olhar para aparecer, à espera de nossa mão para ser desvelada. A nós, cabe achar a boa perspectiva, o ângulo correto, os instrumentos necessários, pois de qualquer maneira ela está presente aqui e em todo lugar”.*

Foucault (1979)

## RESUMO

O presente estudo se propôs a analisar as transformações da implementação da Rede de Urgência e Emergência (RUE) na região Coração, no estado de São Paulo, bem como os desafios e as conquistas da RUE na referida região, à luz das diretrizes expressas nos documentos oficiais que orientam a implementação da RUE. Desse modo, a investigação contou com um estudo de caso descritivo e exploratório que se alinha com os pressupostos da pesquisa qualitativa, a fim de identificar alguns elementos da análise da implantação, sendo realizado em duas etapas: análise documental e entrevista semiestruturada. Para a análise dos dados das entrevistas utilizou-se da técnica de Análise de Conteúdo. Com base nas informações documentais e na análise dos dados das entrevistas, o material foi organizado em categorias e definido em cinco temas: (1) A história da RUE na região Coração; (2) Relação entre o Ministério da Saúde, Departamento Regional de Saúde (DRS) e Municípios na construção da RUE; (3) Variáveis que contribuem para a implementação da RUE; (4) A cogestão como um dispositivo que contribui para o fortalecimento da RUE e (5) Resistência às mudanças nas organizações dificultam no processo de implantação da RUE. O estudo permitiu identificar que a ação do Ministério da Saúde é reconhecida ora como potencializadora ora como dificultadora para a implantação da RUE. Foram identificadas dificuldades na proposição de um projeto sanitário que ultrapasse as bandeiras político-partidárias e interesses locais, o subfinanciamento, especialmente nos municípios menores, é um desafio para a efetivação da RUE, o que inviabiliza a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) local e regional. Sobre os elementos que movem a RUE, destaca-se a importância de encontros sistemáticos entre os representantes dos seus equipamentos constituintes e entre os municípios da região, a criação do fórum de regulação para avaliação dos fluxos e encaminhamentos de pacientes e as ferramentas de gestão contribuem na organização da gestão do cuidado dentro das “Portas de Entrada Hospitalar”. Deste modo, o estudo demonstrou que, para implantar a RUE nessa região, são necessários investimentos financeiros, sendo uma das dificuldades apontadas pelos municípios e que um projeto em prol do fortalecimento do SUS e cuidado das pessoas seja perseguido em detrimento dos projetos político-partidários locais.

**Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde. Rede de Atenção à Saúde. Rede de Urgência e Emergência.

## ABSTRACT

This study will analyze changes in the implantation of Urgency and Emergency Network (RUE) health system in the region of Coração, state of São Paulo, as well as RUE challenges and achievements in this location based on guidelines described in official documentation which organize the implantation of RUE. This investigation was composed of a descriptive and exploratory case study that is based on qualitative research concepts to identify elements for analysis of the implantation, and it was performed in two stages: theoretical analysis and semi-structured interview. The method Analysis of Contents was utilized for data analysis of interviews. Based on information from documents and data analysis of interviews the material was organized in categories and defined in five themes: (1) History of RUE in the region of Coração; (2) Relations between National Department of Health, Regional Department of Health (DRS) and Municipalities in the construction of RUE; (3) Variables contributing to the implantation of RUE, and (4) Co-management as a device contributing to the consolidation of RUE, and (5) Resistance at change in the organization hamper at the process in implantation gives RUE. This study allowed to realize that National Department of Health's activity is acknowledged both as encouraging and troublesome for the implantation of RUE. Obstacles in the proposition of a health project which could overcome party-political relations and local interests. Sub-funds are a challenge for the realization of RUE especially in small municipalities, and it makes the implantation of local and regional Emergency Mobile Support Service (SAMU) difficult. The study enlists some elements promoting RUE, such as the relevance of scheduled meetings between representative parties of RUE devices and municipalities of the region, the creation of a regulative forum for assessment of distribution and flow of patients, and management resources contributing to the organization of care support inside the "Hospital Entry Doors". Therefore, this study has showed that financial investments are required in order to implant RUE in this location – one of the difficulties highlighted by municipalities involved – and that a project towards consolidation of Global Care System (SUS) and patient care must be prioritized in relation with local party-political projects.

**Keywords:** Global Health System. Health Care System. Urgency and Emergency Network.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as Redes de Atenção à Saúde .....	24
Figura 2 - Componentes da RUE e suas interfaces .....	31
Figura 3 - Análise da implementação da Rede de Urgência e Emergência na Região Coração do estado de São Paulo .....	73

## LISTA DE FLUXOGRAMAS

Fluxograma 1 - Rede dos Participantes .....	40
Fluxograma 2 - Resultado da análise documental .....	50

## LISTA DE MAPAS

Mapa 1 - Rede Regional de Atenção à Saúde – RRAS 13 e respectivas DRS. Regiões de Saúde e Municípios .....	28
Mapa 2 - DRS III - Araraquara e as quatro Regiões de Saúde .....	38

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Documentos de gestão da Região Coração .....	41
Quadro 2 - Equipamentos de Saúde da região Coração .....	49
Quadro 3 - Apresentação dos temas e categorias das entrevistas .....	52

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	-	Atenção Básica
CAPs	-	Caixas de Aposentadoria e Pensão
CEBES	-	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CEP	-	Comitê de Ética em Pesquisa
CGR	-	Colegiado de Gestão Regional
CIB	-	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	-	Comissão Intergestores Regional
CIT	-	Comissão Intergestores Tripartite
CNS	-	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	-	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	-	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS	-	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CREMESP	-	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
CROSS	-	Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde
DATASUS	-	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DRS	-	Departamento Regional de Saúde
EACS	-	Equipe de Agente Comunitário de Saúde
ESF	-	Estratégia da Saúde da Família
FN	-	Força Nacional
GCR	-	Grupo Condutor Regional
IAM	-	Infarto Agudo do Miocárdio
IAP	-	Institutos de Aposentadoria e Pensão
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	-	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	-	Instituto Nacional de Previdência Social
MESP	-	Ministério da Educação e Saúde Pública
MS	-	Ministério da Saúde
NAQH	-	Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar
NIR	-	Núcleo Interno de Regulação

OPAS	- Organização Panamericana de Saúde
PARESP	- Plano de Ação da Rede de Urgência e Emergência
PIASS	- Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PNAU	- Política Nacional de Atenção às Urgências
PSF	- Programa Saúde da Família
RAG	- Relatório Anual de Gestão
RAS	- Rede de Atenção à Saúde
RC	- Região Coração
RRAS	- Redes Regionais de Atenção à Saúde
RUE	- Rede de Urgência e Emergência
SAMU	- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SARGSUS	- Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde
SEADE	- Fundação Sistema Estadual de Análises de Dados
SES	- Secretaria Estadual de Saúde
SMS	- Secretaria Municipal de Saúde
SMU	- Serviço Médico de Urgência
SUDS	- Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
UBS	- Unidade Básica de Saúde
UPA	- Unidade de Pronto Atendimento
US	- Unidade de Serviço
USA	- Unidade de Suporte Avançado
USB	- Unidade de Suporte Básico
UTI	- Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>APRESENTAÇÃO</b>	<b>16</b>
<b>2</b>	<b>DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA</b>	<b>18</b>
<b>2.1</b>	<b>Breve história da Reforma Sanitária no Brasil</b>	<b>18</b>
<b>2.2</b>	<b>Sistema Único de Saúde (SUS)</b>	<b>21</b>
<b>2.3</b>	<b>Redes de Atenção à Saúde</b>	<b>23</b>
<b>2.4</b>	<b>Rede de Atenção à Saúde no Estado de São Paulo</b>	<b>27</b>
<b>2.5</b>	<b>Rede de Atenção à Saúde na DRS III</b>	<b>28</b>
<b>2.6</b>	<b>Rede de Urgência e Emergência</b>	<b>29</b>
<b>3</b>	<b>JUSTIFICATIVA DO ESTUDO</b>	<b>33</b>
<b>4</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>35</b>
<b>5</b>	<b>DESENHO METODOLÓGICO</b>	<b>36</b>
<b>5.1</b>	<b>Tipo de estudo</b>	<b>36</b>
<b>5.2</b>	<b>Cenário de estudo</b>	<b>37</b>
<b>5.3</b>	<b>Participantes/sujeitos da pesquisa</b>	<b>38</b>
5.3.1	Critérios de inclusão dos sujeitos	38
<b>5.4</b>	<b>Coleta de dados</b>	<b>41</b>
5.4.1	Etapa 1 – Documentos	41
5.4.2	Etapa 2 - Entrevista com os participantes da pesquisa	42
<b>5.5</b>	<b>Instrumento de coleta dos dados</b>	<b>43</b>
<b>5.6</b>	<b>Análise dos dados</b>	<b>43</b>
5.6.1	Etapa 1 - Análise dos documentos	43
5.6.2	Etapa 2 - Análise das entrevistas	43
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES ÉTICAS</b>	<b>45</b>
<b>7</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>46</b>
<b>7.1</b>	<b>Resultados da Etapa 1 - Análise Documental</b>	<b>46</b>
7.1.1	Município de Descalvado	46
7.1.2	Município de Dourado	47
7.1.3	Município de Ibaté	47
7.1.4	Município de Ribeirão Bonito	48

7.1.5	Município de São Carlos .....	48
<b>7.2</b>	<b>Resultados da Etapa 2 – Entrevistas .....</b>	<b>51</b>
7.2.1	Caracterização dos participantes .....	51
<b>8</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>74</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>76</b>
	<b>APÊNDICE A - ANÁLISE DAS ENTREVISTAS .....</b>	<b>86</b>
	<b>APÊNDICE B - DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DO EQUIPAMENTO DE SAÚDE .....</b>	<b>97</b>
	<b>APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE .....</b>	<b>98</b>
	<b>APÊNDICE D - ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTA .....</b>	<b>100</b>
	<b>APÊNDICE E - ROTEIRO DA ANÁLISE DE DOCUMENTOS .....</b>	<b>101</b>
	<b>ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO DE ÉTICA E PESQUISA .....</b>	<b>102</b>

## 1 APRESENTAÇÃO

O tema desta pesquisa está vinculado à minha trajetória profissional na enfermagem. Graduada em Biomedicina (1995) e Enfermagem (2005), as minhas atividades na enfermagem iniciaram no ano de 2006, quando migrei para o estado da Bahia e fui trabalhar no município de Barreiras como enfermeira assistencial no Hospital Oeste.

Em 2007, retornei para o estado de São Paulo, para trabalhar em um Hospital Escola do município de São Carlos. Nesta instituição, atuei em várias áreas e uma delas era a Emergência.

No início, o Hospital Escola realizava o atendimento com porta fechada, ou seja, o acesso não acontecia para toda a população do município, assim, os atendimentos eram referenciados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Corpo de Bombeiro e concessionária da rodovia. Contudo, os pacientes que chegavam de demanda espontânea não deixavam de ser atendidos ou então eram encaminhados para outro equipamento de saúde. Nessa época, a população do município estava sendo orientada sobre a rotina de funcionamento dos nossos serviços e, durante a prática do acolhimento com avaliação de risco, realizávamos todas as orientações ao usuário quanto ao protocolo de Manchester. Outra atividade que também desempenhávamos era a referência e contrarreferência do paciente, que ocorria de uma forma organizada, pois tínhamos contato com as equipes da atenção primária e, assim, conseguíamos contrarreferenciar o paciente para dar continuidade ao tratamento ou então para agendar a consulta em seu território específico. A visita domiciliar também era realizada por uma equipe multiprofissional do próprio hospital ao paciente que se encontrava de alta hospitalar e que tivesse necessidade de continuar o tratamento em casa.

Com o tempo e a mudança de gestão, não foi possível dar continuidade a esse trabalho. O serviço que, no início era porta fechada, passou a ser liberado para toda a população do município e, assim, deixamos de realizar a classificação de risco dos pacientes, referência e contrarreferência, e a visita domiciliar. Em face dessa mudança, vários foram os desafios a serem enfrentados, pois a assistência prestada aos pacientes não era somente aos pacientes graves, e sim a pacientes com atendimento considerado de baixa complexidade que, em sua maioria, eram com perfil de doença crônica, acamados com demências. Muitos dos

procedimentos que realizávamos consistiam em troca de sonda, curativo, lavagem intestinal, medicação como Benzetacil, retirada de pontos, entre outros.

A demanda de pessoas para o atendimento aumentava a cada dia e a equipe de trabalhadores da emergência não era suficiente para prestar uma assistência mais qualificada. Isso me incomodava, queria entender melhor o funcionamento dos serviços de saúde, foi então que busquei aprimorar meus conhecimentos, realizei duas especializações e uma delas foi a Gestão em Saúde.

A especialização “Gestão em Saúde” possibilitou-me adquirir novos conhecimentos para a vida profissional, porém, ainda não o bastante para uma melhor compreensão do funcionamento da rede do município.

Em 2014, ingressei no mestrado profissional e, em virtude de minha trajetória pela Emergência, considero que o serviço de “Urgência e Emergência” serve para realizar atendimento imediato ao paciente que chega com agravo à saúde, desta maneira o objeto deste estudo é a Rede de Urgência e Emergência (RUE) e suas interfaces.

## **2 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA**

### **2.1 Breve história da Reforma Sanitária no Brasil**

Antes de adentrar ao Sistema Único de Saúde (SUS), cabe descrever uma breve história da saúde no Brasil, a fim de melhor compreender a construção do SUS. Sendo assim, no período conhecido como a Primeira República (1889-1930), de domínio oligárquico constituído por uma elite de fazendeiros (coronelismo), com a expansão da autoridade estatal e políticas de saúde, a organização do modelo de saúde ocorria por meio das campanhas sanitárias, controle dos portos, endemias e saneamento (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005; MACHADO, 2012).

Nesse período, a mão de obra escrava era substituída pela assalariada de origem europeia. Os operários não tinham direitos trabalhistas e os imigrantes traziam consigo a história do movimento operário da Europa e dos direitos trabalhistas, isto instigou a classe operária no Brasil a se mobilizar na luta pelos seus direitos trabalhistas (MACHADO, 2012).

Em 1923, foi aprovada, pelo Congresso Nacional, a Lei Eloi Chaves, que instituiu as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), que consistiam em organizações de direito privado, criadas para grupos específicos de servidores e estruturadas segundo princípios de seguro social, ou seja, um modelo em que os benefícios dependiam das contribuições dos segurados (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Entre 1930-1945, as políticas de saúde tiveram alterações no campo político, com o redesenho dos poderes federativos e de seu papel na política nacional. Nessa época, ocorreu a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP) o qual passou por sucessivas reformulações. O MESP fazia a prestação de serviços para a população que não podia usufruir dos serviços oferecidos pelas caixas e pelos serviços previdenciários (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005; BRASIL, 2007b).

Nos anos de 1945-1964 a saúde teve uma estrutura centralizada com múltiplos programas e serviços verticalizados para implementarem campanhas e ações sanitárias. Nesse contexto foi criado o Ministério da Saúde (1953), época em que o país continuava a ser predominantemente rural, o combate as endemias e as

doenças transmissíveis eram a principal preocupação da saúde pública (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005).

O período militar perdurou de 1964 a 1974 e, nessa ocasião, o Sistema Nacional de Saúde caracterizou-se pelo predomínio financeiro das instituições previdenciárias que permitiram que o governo implantasse reformas institucionais, as quais afetaram profundamente a saúde pública e a medicina previdenciária (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Em 1967, a unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP) no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) cria um mercado para as ações que foram produzidas pelas empresas vendedoras de serviços médicos, fortalecendo, assim, o movimento de privatização do setor (MACHADO, 2012).

Em 1968, foi criada a medicina preventiva, tendo como proposta:

Organizar o movimento sanitário que buscava conciliar a produção do conhecimento e a prática política, ao mesmo tempo em que ampliava seu campo de ação, envolvendo-se com organizações da sociedade civil nas suas demandas pela democratização do país. (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005, p. 27).

Nessa época a saúde pública tornou-se uma máquina de ineficiência que levou à grave consequência para a saúde da população, pois se restringia a campanhas de baixa eficácia (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, BRASIL, 2007b).

A assistência médica, financiada pela Previdência Social nessa época, teve a maior expansão em número de leitos disponíveis, em cobertura e em volume de recursos arrecadados. Os serviços médicos prestados pelas empresas privadas aos previdenciários eram pagos por Unidade de Serviço (US) e essa forma de pagamento tornou-se uma fonte incontrolável de corrupção (BRASIL, 2007b).

Entre 1974 e 1979, com a posse de um novo governo, o movimento sanitário apresentou propostas para melhorar e democratizar o atendimento da população mais carente, entretanto, as propostas realizadas pelos sanitaristas eram rejeitadas, pois a política de saúde adotada pelos governos militares era de uma medicina individualista e assistencialista (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Em 1974, foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) considerado o principal órgão público da assistência

médica que foi transferido do domínio do Ministério da Previdência Social para o Ministério da Saúde (YUNES, 1999).

Em 1978, aconteceu a Conferência Internacional sobre a Atenção Primária à Saúde e foi definida “saúde para todos” pela declaração da Alma – Ata que foi considerada um ponto importante contra a elite da prática médica (BRASIL, 2007b).

Em 1979 o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) expande-se para todo o país e começa-se a discutir publicamente uma proposta de reorganização do sistema de saúde para contrapor-se ao modelo hospitalocêntrico, desta forma o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) tem um papel fundamental nesse processo e foi criado para articular as propostas contestatórias ao regime autoritário (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005; MACHADO, 2012)

Entre 1979 e 1985, esse período inicia-se com movimentos de contestação ao sistema de saúde e com propostas que caracterizam a democratização do sistema, com a participação popular, universalização dos serviços e a descentralização (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Em 1980, com base no PIASS, foi criado o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde - CONASS (MACHADO, 2012).

Em 1986, foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), considerada um marco histórico para a concepção dos princípios doutrinários do SUS.

Em 1987, foi implantado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) que tentou incorporar os princípios doutrinários do SUS como: a universalização, a equidade, a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação da comunidade (MACHADO, 2012; BRASIL, 2007b).

A implantação do SUDS foi uma iniciativa do próprio INAMPS, no intuito de universalizar a sua assistência que, até então, favorecia apenas os trabalhadores de carteira assinada e seus dependentes (SOUZA, 2002).

Em 1988, retrata o resultado do processo desenvolvido ao longo desses anos, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Constituição Federal de 1988 desfez o modelo do INAMPS. Este modelo era somente para os trabalhadores que tinham registro em carteira e seus dependentes, e a saúde não era direito de todos, ou seja, não era universal.

## 2.2 Sistema Único de Saúde (SUS)

O Sistema Único de Saúde (SUS) é formado por um conjunto de princípios, ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais. O SUS é um sistema de abrangência nacional, articulado a subsistemas em cada estado e município (BRASIL, 2000).

A Constituição Federal de 1988, em seu Artigo 196 (BRASIL, 1988, p. 73) estabelece:

Saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos e possibilita o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação.

Esse conceito modifica-se, na prática, com a instituição formal do SUS, quando no Artigo 198 da referida Constituição consta que as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada, hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 1988).

A lei assevera que todo cidadão tem direito a saúde incluindo todos os procedimentos como: consultas, informações, exames, internações e tratamento nos diversos níveis de atenção do sistema, garantindo, assim, ao usuário a assistência integral e gratuita.

Para Carvalho (1993), a Constituição de 1988 proporcionou inúmeras conquistas para o setor de saúde como alguns princípios gerais: a autonomia dos Estados e Municípios, a descentralização, a valorização da cidadania, e a participação da comunidade.

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 – Lei Orgânica da Saúde – dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes, estabelece os objetivos, competências e atribuições do SUS e as funções da União, dos Estados e dos Municípios (BRASIL, 1990a). A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, por sua vez, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde (BRASIL, 1990b). Essas leis concretizam o papel do município como principal

executor das ações de saúde, caracterizando ampliação do processo de descentralização.

De acordo com Lima et al. (2012), a descentralização redefine as responsabilidades entre os entes governamentais federados (União, Estado e Município), envolve a transferência do poder de decisão, da gestão de prestadores e de recursos financeiros, que antes era centralizada somente na esfera federal. As Leis nº 8.080 e nº 8.142 de 1990 consolidaram a descentralização entre esses governos. Com a descentralização, o fortalecimento do governo em cada esfera se justifica como forma de promover a democratização e melhorar a eficiência nas políticas públicas, respeitando o desenho federativo e atendendo aos interesses territoriais: Nacional, Estadual e Municipal.

O processo de descentralização do SUS implica a mudança do poder de resolução sobre a política de saúde do nível federal para o estadual e municipal, cabendo aos gestores de cada âmbito, desenvolver o papel com mais autonomia em seu espaço regional e, assim, contribuindo para a concretização dos princípios e diretrizes do SUS. Entre os princípios do SUS, consideramos a regionalização como uma forma de organizar os serviços de saúde.

Segundo Teixeira (2011), a regionalização dos serviços implica a delimitação de uma base territorial para o sistema de saúde, que leva em conta a divisão político-administrativa do país, e que também contempla os espaços territoriais para a organização dos serviços de saúde.

A regionalização se dá em uma área geográfica delimitada e com definição da população a ser atendida. A rede de serviço regionalizada permite o conhecimento dos problemas de saúde da população em uma área delimitada podendo, desta forma, prestar uma assistência ao usuário com maior resolubilidade (BRASIL, 2005).

O processo de regionalização é construído com o objetivo de oferecer, em um determinado território, serviços de saúde mais qualificados ao usuário, pois se aproxima das necessidades de saúde presentes no território, em todos os níveis de atenção. Nesse sentido, a regionalização contribuiu para melhorar a organização dos serviços de saúde com uma perspectiva de mudança por meio da construção de Redes de Atenção à Saúde.

### 2.3 Redes de Atenção à Saúde

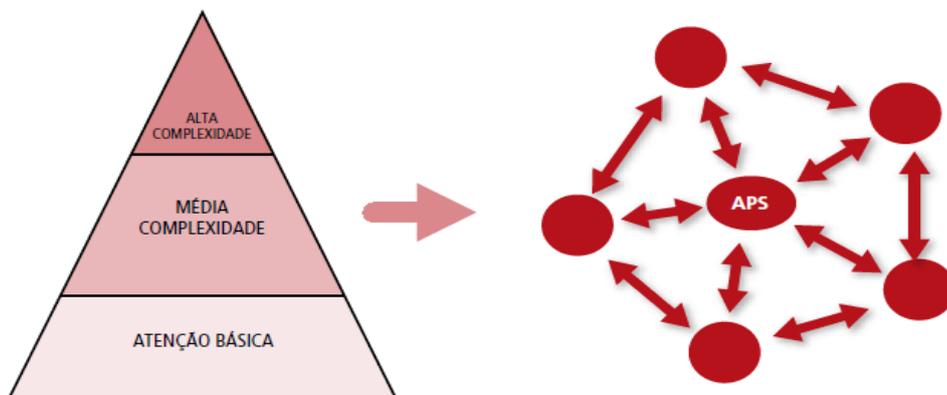
A origem da proposição das Redes de Atenção à Saúde (RAS) ocorreu na década de 1920, no Reino Unido, quando foi elaborado o relatório de Dawson como resultado de um amplo debate de mudanças no sistema de proteção social. A proposta contida nesse relatório visava organizar sistemas regionalizados de saúde que atendessem as necessidades da população de forma eficaz. A proposta mais recente sobre a RAS surgiu na metade dos anos 90, tendo sua origem nas experiências de sistemas integrados de saúde. Isso significa que foi gerada no ambiente de um sistema fracionado, com supremacia do setor privado (OLIVEIRA, 2015; MENDES, 2011).

Para a Organización Panamericana de La Salud (2010), a fragmentação é um desafio nos serviços de saúde na América em virtude da segmentação institucional do sistema de saúde; da descentralização dos serviços que fragmenta os níveis de atenção; dos programas predominantemente focados em doenças, riscos e populações específicos que não estão integrados ao sistema de saúde. A fragmentação é uma causa importante e que leva ao baixo nível de desempenho dos sistemas de saúde, podendo também causar financiamento insuficiente que impede a prestação de serviços integrais.

A fragmentação do sistema de atenção à saúde implica na falta de articulação entre os pontos de assistência, por consequência, não consegue prestar uma assistência contínua à população, provocando baixa responsabilização por parte da população adscrita, o que impossibilita uma gestão baseada no controle social e na participação da população. A atenção primária tem baixa comunicação com a atenção secundária e, assim, esses dois pontos de atenção também não conseguem se comunicar de maneira efetiva com a atenção terciária e outros sistemas de apoio, deste modo, a atenção primária não realiza seu papel de centro de comunicação, coordenando o cuidado (MENDES, 2010).

Os Sistemas fragmentados de atenção à saúde geralmente possuem estrutura hierárquica, definida por níveis de complexidades, atenção primária, atenção secundária ou média complexidade e terciária como alta complexidade, nesta estrutura a continuidade da atenção fica prejudicada (MENDES, 2010, 2011).

Figura 1 - A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as Redes de Atenção à Saúde



Fonte: Mendes (2011, p. 84).

Para Acirole (2013, p. 64)

[...] em seu desenho hierárquico, as pirâmides atribuíam para as unidades de saúde o papel de portas de entrada do sistema de saúde a que os cidadãos dos países ocorreriam em busca das práticas assistenciais, integrais, racionalizadas e funcionais.

A esse respeito, Mendes (2010, p. 2.297) considera que:

O sistema fragmentado é considerado um problema em todo o mundo considerando que a solução para esse problema consiste em refazer a coerência entre a situação de tripla carga de doenças manifestadas pelas doenças infecciosas, parasitárias e problemas de saúde reprodutiva, causa externa e crônica com uma resposta social estruturada em sistemas integrados de saúde, assim as mudanças permitem superar o sistema fragmentado e implantar as Redes de Atenção à Saúde.

Implantar a Rede de Atenção à Saúde no SUS, conforme Silva (2008a), requer um modelo de atenção que atenda algumas considerações como: definição de território, realização do diagnóstico situacional da região, construção de uma situação desejada para os serviços de atenção nos diversos níveis, criação de outros sistemas logísticos de suporte e de sistemas de regulação e governança para o funcionamento da rede.

Por esta razão, Mendes (2010, p. 2300) refere que:

As Redes de Atenção à Saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, interligados entre si, com uma única missão, 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. (MENDES, 2010, p. 2300).

Silva (2008c) complementa que as Redes de Atenção à Saúde representam uma malha que faz uma interconexão e integração dos estabelecimentos e serviços de saúde de determinado território, organizando-os para os diferentes níveis e densidade tecnológica de atenção e que estejam articulados e adequados para atender o usuário para promover a saúde.

A Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, do Ministério da Saúde, define a Rede de Atenção à Saúde “[...] como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, integradas por meio de sistema técnico, logístico e de gestão que procura buscar e garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010).

A integralidade implica que as unidades de atenção primária devem fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviço de atenção à saúde. Isto inclui os encaminhamentos para serviços secundários para consultas, serviços terciários para o manejo definitivo de problemas específicos e para serviços de suporte fundamentais [...] (STARFIELD, 2002, p. 62).

A articulação entre os diversos pontos de atenção à saúde é uma forma de organizar as RAS e garantir a integralidade do cuidado ao paciente.

A organização das RAS, para ser feita de forma efetiva, eficiente e com qualidade, precisa estruturar-se com base nos seguintes fundamentos: economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso, integração horizontal e vertical, processos de substituição, territórios sanitários e níveis de atenção (MENDES, 2011).

Conforme a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, para assegurar a resolutividade na Rede de Atenção à Saúde, alguns fundamentos precisam ser considerados, tais como: Economia de Escala, Qualidade, Suficiência, Acesso e Disponibilidade de Recursos (BRASIL, 2010).

**Economia de Escala** – ocorre quando os custos médios de longo prazo diminuem, à medida que aumenta o volume das atividades e os custos fixos se distribuem por um número dessas atividades, sendo o longo prazo, um

período de tempo suficiente para que todos os insumos sejam variáveis. Desta forma, a concentração de serviços em determinado local racionaliza custos e otimiza resultados, quando os insumos tecnológicos ou humanos relativos a estes serviços inviabilizem a sua instalação em cada município isoladamente.

**Qualidade** - um dos objetivos fundamentais do sistema de atenção à saúde e da RAS é a qualidade na prestação de serviços de saúde. A qualidade na atenção em saúde pode ser compreendida com o conceito de graus de excelência do cuidado que pressupõe avanços e retrocessos nas seis dimensões, a saber: segurança, efetividade; centralidade na pessoa (usuários devem ser respeitados nos seus valores e expectativas, e serem envolvidos e pró-ativos no cuidado à saúde); pontualidade; eficiência e equidade (características pessoais como locais de residência, escolaridade, poder aquisitivo, dentre outras, não devem resultar em desigualdades no cuidado à saúde).

**Suficiência** - significa o conjunto de ações e serviços disponíveis em quantidade e qualidade para atender às necessidades de saúde da população e inclui cuidados primários, secundários, terciários, reabilitação, preventivos e paliativos, realizados com qualidade.

**Acesso** - ausência de barreiras geográficas, financeiras, organizacionais, socioculturais, étnicas e de gênero ao cuidado. Deverão ser estabelecidas alternativas específicas na relação entre acesso, escala, escopo, qualidade e custo, para garantir o acesso, nas situações de populações dispersas de baixa densidade populacional, com baixíssima oferta de serviços. O acesso pode ser analisado através da disponibilidade, comodidade e aceitabilidade do serviço pelos usuários:

A disponibilidade diz respeito à obtenção da atenção necessária ao usuário e sua família, tanto nas situações de urgência/emergência quanto de eletividade.

A comodidade está relacionada ao tempo de espera para o atendimento, a conveniência de horários, a forma de agendamento, a facilidade de contato com os profissionais, o conforto dos ambientes para atendimento, entre outros.

A aceitabilidade está relacionada à satisfação dos usuários quanto à localização e à aparência do serviço, à aceitação dos usuários quanto ao tipo de atendimento prestado e, também, a aceitação dos usuários quanto aos profissionais responsáveis pelo atendimento.

**Disponibilidade de Recursos** - é outro fator importante para o desenvolvimento da RAS. Recursos escassos, sejam humanos ou físicos, devem ser concentrados, ao contrário dos menos escassos, que devem ser desconcentrados. (BRASIL, 2010, p. 6-7).

Para a Organización Panamericana de La Salud (2010, p. 30), as redes integradas de serviços de saúde requerem alguns atributos para seu funcionamento:

[...] “a população/território definida com amplo conhecimento de suas necessidades e preferências em serviços de saúde que devem determinar o perfil de oferta de atenção à saúde; a oferta extensa de estabelecimentos e que incluam serviços de saúde pública de promoção da saúde, de prevenção das doenças, de diagnóstico e tratamento oportunos, de reabilitação e de cuidados paliativo; nível de atenção primário que atua, de fato, como porta de entrada do sistema de atenção à saúde, que integra e coordena a atenção à saúde e que resolve a maioria das necessidades de saúde da população; a prestação de serviços especializados nos lugares apropriados, especialmente em ambientes extra-hospitalares; a existência de mecanismos de coordenação da atenção ao longo de todo o contínuo de cuidados; a atenção centrada nas pessoas, nas famílias e na comunidade; o

sistema de governança participativo e único para toda a rede de atenção à saúde; a gestão integrada dos sistemas administrativos e da clínica; os recursos humanos suficientes, competentes e comprometidos com as redes de atenção à saúde; o sistema de informação integrado e que vincula todos os componentes das redes integradas de serviços de saúde; o financiamento adequado e os incentivos financeiros alinhados com os objetivos das redes integradas de serviços de saúde; e a ação intersetorial ampla". (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2010, p. 30).

Alguns pontos mencionados anteriormente pelos autores são considerados relevantes na construção das Redes de Atenção à Saúde, entre os quais a definição do território e da população é fundamental para reconhecer as necessidades de cada região e, assim, organizar as RAS.

## **2.4 Rede de Atenção à Saúde no Estado de São Paulo**

A organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) exige a definição da região de saúde, que implica seus limites geográficos e sua população. A definição dos espaços geográficos dessas regiões é essencial para organizar as redes, devendo ser observada a pactuação entre o Estado e o Município para o processo de regionalização. Esses espaços territoriais devem ser explicitados por meio dos Planos Diretores de Regionalização, sob a coordenação das Secretarias Estaduais de Saúde (BRASIL, 2006a).

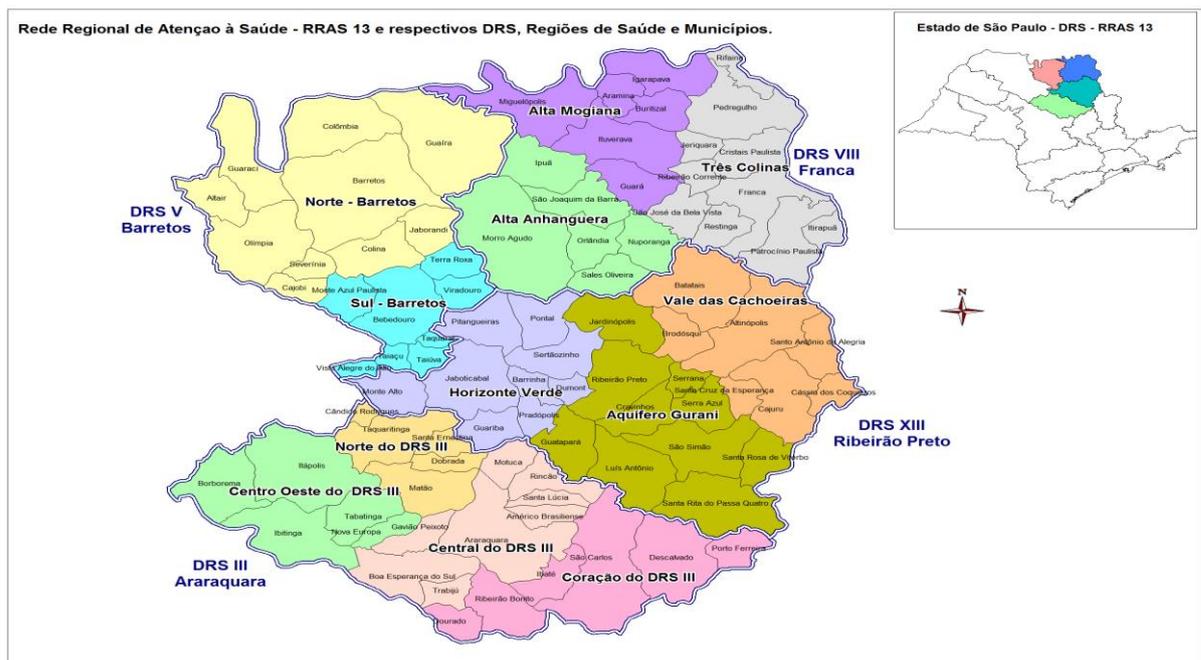
A gestão do Sistema Único de Saúde é formada por gestores que integram as Comissões Intergestores Regionais (CIR), Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT). Todas as Regiões de Saúde do estado de São Paulo contam com o Colegiado de Gestão Regional (CGR) que é uma instância deliberativa composta por todos os gestores municipais e por representantes do gestor estadual (BRASIL, 2016).

Para a constituição das Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) no estado de São Paulo devem ser utilizados critérios e diretrizes para realizar o seu desenho, assim como a definição de mecanismos de gestão regional e o cofinanciamento tripartite das redes, a fim de garantir a universalidade e a integralidade da assistência a toda a população no estado de São Paulo (CONSELHO DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2011b).

No estado de São Paulo, o processo de construção das Redes Regionais de Atenção à Saúde iniciou-se em 2011 e efetivou-se com a constituição

de 17 RRAS, entre as quais a RRAS 13, localizada na macrorregião nordeste do estado de São Paulo sendo composta pelos Departamentos Regionais de Saúde (DRS) de Araraquara, Barretos, Franca e Ribeirão Preto, com 90 municípios agregados em 12 diferentes Regiões de Saúde, abrangendo uma população total de 3.307.320 habitantes (ARARAQUARA, 2012).

Mapa 1 - Rede Regional de Atenção à Saúde – RRAS 13 e respectivas DRS. Regiões de Saúde e Municípios



Fonte: São Paulo (2012).

As redes de saúde regionalizadas e integradas oferecem condições mais adequadas para a efetivação da integralidade, promovendo ainda a redução os custos dos serviços por imprimirem racionalidade na utilização dos recursos (SILVA, 2011).

## 2.5 Rede de Atenção à Saúde na DRS III

Com a reformulação da Política Nacional de Atenção às Urgências, os Colegiados de Gestão Regional iniciaram, a partir dos municípios, o processo de organização da Rede de Urgência e Emergência da RRAS 13 e, por meio das discussões com os Grupos Condutores Municipais e os Colegiados Grupos Regionais (CGRS), realizaram o desenho da RUE e elaboraram o diagnóstico situacional por DRS, respeitando as especificidades de cada um (ARARAQUARA, 2012).

De acordo com as Redes Regionais de Atenção à Saúde, as ações e os serviços precisam ser desenvolvidos e organizados por Redes Temáticas de Saúde. As RRAS são compostas por várias Redes Temáticas, a saber: Rede Cegonha; Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência; Rede de Atenção Psicossocial; Rede de Doenças Crônicas; e Rede de Atenção à Urgência e Emergência. A Rede de Urgência inclui todos os serviços de diferentes níveis, possibilitando melhor avaliação da oferta em razão das necessidades de saúde existentes.

Para Lavras (2011b), as Redes Temáticas seriam um recorte longitudinal, no modelo hierarquizado, incluindo todos os serviços nos diferentes níveis de atenção à saúde (primário, secundário e terciário), voltados ao atendimento de um grupo populacional ou de um agravo específico.

A Estruturação da Rede de Atenção às Urgências do SUS foi elaborada pela SES/SP e COSEMS/SP, por meio do termo de referência aprovado pela Deliberação CIB-7, de 08/02/2012 que refere, em seu artigo 2º, que a organização de uma Rede de Urgência e Emergência se faz a partir do diagnóstico de saúde e da organização do fluxo assistencial percorrido pelo paciente desde a atenção primária até a alta complexidade hospitalar.

## **2.6 Rede de Urgência e Emergência**

Observamos que uma boa parte dos usuários tem procurado atendimento médico nos serviços de urgência e emergência, acarretando como consequência a superlotação, descasos e filas de longa espera. Entretanto, a maioria dos atendimentos nestes serviços tem sido classificada como de baixa complexidade e poderia ter uma resolubilidade maior na atenção primária por serem considerados atendimentos que não colocam em risco a saúde do paciente (MENDES, 2010).

Os Serviços de Urgência e Emergência foram criados para prestar atendimento imediato a pacientes com agravo à saúde e oferecer atenção de alta complexidade, garantir todas as manobras de sustentação da vida, com condições de dar continuidade à assistência no local ou em outros níveis de atenção (secundário ou terciário) conforme a gravidade do caso (NASCIMENTO et al., 2011).

Para um melhor entendimento sobre a definição de urgência e emergência, a Portaria nº 354, de 10 de março de 2014, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014), esclarece que emergência é a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem sofrimento intenso ou risco iminente de morte, exigindo, portanto, tratamento médico imediato; urgência é a ocorrência imprevista de agravo à saúde, com ou sem risco potencial a vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.

Em 13 de agosto de 2003, em face das contribuições apresentadas pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) aprovadas em Plenárias da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), foi instituída a Portaria GM nº 1.863, de 29 de setembro de 2003, da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), que seria implantada em todas as unidades federadas, respeitando as competências nas três esferas de gestão. Esta portaria instituiu que os sistemas de atenção às urgências estaduais, regionais e municipais, devem ser organizados de forma que permitam garantir a universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências, entretanto possuía os seguintes componentes: Componente Pré-hospitalar Fixo, Componente Pré-hospitalar Móvel (SAMU), Componente Hospitalar, Centrais de Regulação Médica das Urgências, Capacitação e educação continuada das equipes de saúde (BRASIL, 2006b).

Em 2011 foi reformulada a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) e instituída a Rede de Atenção às Urgências (RUE) no Sistema Único de Saúde (SUS) por intermédio da Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011 (BRASIL, 2011a). A organização da Rede de Atenção às Urgências (RUE) tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de Saúde (BRASIL, 2013b).

Conforme o Artigo 4º do capítulo I da Portaria nº 1.600 do MS (BRASIL, 2011a, p. 4), a RUE é composta pelos seguintes componentes:

- I Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde;
- II Atenção Básica em Saúde;
- III Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas centrais de Regulação Médica das Urgências;
- IV Sala de Estabilização;
- V Força Nacional de Saúde do SUS;

- VI Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24 h) e o conjunto de serviços de urgências 24 horas;
- VII Hospitalar;
- VIII Atenção domiciliar. (BRASIL, 2011a, p. 4).

Figura 2 - Componentes da RUE e suas interfaces



Fonte: BRASIL (2013a, p.14).

Entre os componentes da RUE, a “Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde tem por objetivo estimular e fomentar o desenvolvimento de ações de saúde e educação permanente [...]”, (BRASIL, 2011a, p. 4).

A Atenção Básica deve ampliar o acesso, fortalecer o vínculo e responsabilização e dar o primeiro cuidado às urgências e emergências em ambiente adequado etc. (BRASIL, 2011a).

O SAMU e suas Centrais de Regulação precisam chegar o mais rápido possível até a vítima e garantir o transporte adequado para o serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS (BRASIL, 2011a).

O Componente da Sala de Estabilização necessita ter ambiente para estabilizar os pacientes críticos e/ou graves e garantir assistência 24 horas (BRASIL, 2011a).

A Força Nacional de Saúde deve garantir a integralidade na assistência em situações de risco ou emergência para populações com vulnerabilidade (BRASIL, 2011a).

A UPA (24 horas) é o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária e deve prestar o atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados e quando necessário encaminhar a serviços hospitalares de maior complexidade (BRASIL, 2011a).

As Portas Hospitalares de Urgência são compostas pelas enfermarias de retaguarda, pelos leitos de cuidados intensivos, pelos serviços de diagnóstico por imagem e laboratório, além das linhas de cuidado prioritárias (BRASIL, 2011a).

A Internação Domiciliar compreende um conjunto de ações integradas e articuladas de promoção, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, que ocorrem no domicílio (BRASIL, 2011a).

O fortalecimento do acesso à atenção básica é extremamente importante para que o paciente possa receber atendimento em um ambiente adequado e, posteriormente, seja transferido para os demais níveis de atenção conforme a complexidade do caso.

Embora as Redes de Atenção à Saúde, em especial a Rede de Atenção às Urgências, venham sendo estruturadas, uma metodologia clara para sua implantação não é vislumbrada. Internacionalmente a literatura é escassa quanto à implantação das redes de atenção às urgências. Alguns países como a França, estruturaram a sua rede baseados nas necessidades identificadas pelas centrais de regulação do SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência); a Itália vem estruturando sua rede por meio da atenção às vítimas de trauma; e, no Brasil, os gestores vêm discutindo a atenção prestada às urgências e emergências sob variados pontos de vista, sendo um deles a gestão da superlotação das emergências hospitalares; outros se referem às chamadas portas de entrada das urgências em razão do fluxo anormal motivado pela insuficiência de resposta da atenção básica (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DA SAÚDE, 2012; O'DWYER; KONDER, 2015).

No DRS III de Araraquara, por sua vez, a Rede Temática vem sendo organizada pela necessidade de melhorar os indicadores de saúde e um dos objetivos da DRS III é desenvolver o acesso com acolhimento e resolubilidade no atendimento dos casos de urgência e emergência (ARARAQUARA, 2012).

Entre os componentes da RUE, o acolhimento com avaliação de risco tem relevância na organização do sistema de saúde, identificando e referenciando os casos graves para os demais níveis de atenção, quando não houver resolutividade onde foi realizado o primeiro atendimento.

### 3 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Vários são os problemas no serviço de urgência e emergência, entre os quais o mais perceptível é a superlotação na porta de entrada dos hospitais. Nesses serviços, a maioria dos atendimentos é classificada como baixo risco, o que não caracteriza uma emergência. Assim, muitos desses problemas que acometem as unidades de saúde ocorrem por falta de articulação e integração entre os equipamentos da rede.

O Ministério da Saúde vem instituindo portarias para consolidar os serviços em rede e uma de suas prioridades é a implantação da Rede de Urgência e Emergência, como forma de organizar os serviços nas unidades de saúde, entre os quais o componente hospitalar, para que os casos de urgência e emergência sejam atendidos de forma rápida, segura e garantam ao usuário a qualidade na prestação dos cuidados.

A rede de saúde é a forma de organizar as ações e os serviços de saúde nos diversos pontos de complexidade, de modo a permitir a articulação e a integração de todos os conhecimentos e saberes, tecnologias e outros recursos para que o usuário tenha o direito de acessá-los de forma que esses serviços possam atender as suas necessidades (SANTOS; ANDRADE, 2008).

No SUS, a rede de saúde se organiza de forma regionalizada, por isso a construção dessas redes deve ter a participação de vários atores que, envolvidos nesse processo, possam conhecer as necessidades de cada região de saúde.

O Departamento Regional de Saúde de Araraquara (DRS III) é a instância de representação da Secretaria Estadual de Saúde (SES-SP) responsável pela formulação das políticas de saúde e diretrizes, norteadas pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) de tal modo que seu papel é de apoiador para os municípios na realização dos processos de gestão e cuidado.

Na unidade hospitalar do município de São Carlos, na qual estava vinculada no início desta pesquisa, tinha como finalidade de concretizar e articular as ações de serviço em rede, dentre algumas propostas implantadas no início das atividades nessa instituição foi o acolhimento com avaliação de risco, visita domiciliar e a referência e contrarreferência do paciente que também foi instituída pelo Ministério da Saúde e considerada importante para a articulação dos serviços

de saúde. Nessa época, o trabalho era organizado e o fluxo de atendimento na porta de entrada hospitalar acontecia sem muitos problemas.

O trabalho realizado nesta instituição não perdurou por muito tempo com a mudança política do município e de gestores da própria instituição. A cada mudança de gestão se pensava novamente em como reorganizar os trabalhos desenvolvidos. Desta forma, o acolhimento passou a não mais existir, o fluxo de atendimento aumentava a cada dia e os problemas de porta de entrada começaram a aparecer em virtude da superlotação de pacientes para o atendimento.

Portanto, a justificativa deste estudo se torna pertinente uma vez que não existem muitos artigos científicos publicados sobre a Rede de Urgência e Emergência no estado de São Paulo. Localizamos alguns artigos que se aproximam dessa temática principalmente nos estados de Minas Gerais e Rio de Janeiro, por isso consideramos que o presente estudo pode contribuir com informações relevantes para os gestores de saúde sobre a Rede de Urgência e Emergência no estado de São Paulo.

Em face das considerações supramencionadas, propomos refletir sobre o seguinte questionamento: Como os gestores de saúde responsáveis pelos serviços de Urgência e Emergência relatam o processo de implementação da Rede de Urgência e Emergência na região Coração do estado de São Paulo com o intuito de melhorar o atendimento e integração na Rede de Atenção à Saúde?

#### **4 OBJETIVOS**

- Analisar as transformações da RUE a partir de sua implementação na região Coração;
- Identificar os desafios e conquistas da RUE na região Coração, à luz das diretrizes expressas nos documentos oficiais que orientam a sua instalação.

## 5 DESENHO METODOLÓGICO

### 5.1 Tipo de estudo

Realizamos um estudo de caso descritivo e exploratório que se alinha com os pressupostos da pesquisa qualitativa e que também nos permitiu identificar alguns elementos da análise da implantação da RUE que, segundo Champagne et al. (2011, p. 216) “consiste em estudar as relações entre uma intervenção e seu contexto durante sua implementação”.

“O estudo de caso é uma pesquisa que é submetida a uma análise profunda, visando obter-se um exame detalhado, seja de um ambiente seja de uma situação particular. Neste caso, elaboramos o estudo por meio de entrevistas e documentos” (GODOY, 1995 apud GUILHOTO, 2002, p. 151).

As pesquisas descritivas compreendem grande número de métodos de coleta de dados: entrevistas, questionários e observação. Este tipo de estudo permite descrever as características dos grupos, estimar a proporção de elementos que apresentem determinadas características ou comportamentos, dentro de uma população (MATTAR, 1999 apud FONTENELLE, 2008).

O estudo exploratório permite ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado, tendo como características principais a flexibilidade, a criatividade e a informalidade. Assim, por meio do estudo exploratório é possível obter o primeiro contato com a situação a ser pesquisada, sendo seu objetivo geral a descoberta (MATTAR, 1999 apud GUILHOTO, 2002).

#### A pesquisa qualitativa

São aquelas capazes de incorporar 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 quanto na sua transformação, como construções humanas significativas. (MINAYO, 2000, p. 10).

O método qualitativo se aplica ao estudo da história, das relações, representações, crenças, percepções e opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2006).

O trabalho qualitativo implica conhecer o significado do objeto estudado, pontos de vista, processos, percepções, abstrações, enfim, a perspectiva dos participantes da situação estudada (CHAROUX, 2004).

Para Canzonieri (2011), a pesquisa qualitativa busca entender o contexto no qual o fenômeno ocorre, delimita a quantidade de sujeitos pesquisados e intensifica o estudo sobre o mesmo, compreende tudo que se refere ao homem, enquanto indivíduo ou membro de um grupo ou de uma sociedade.

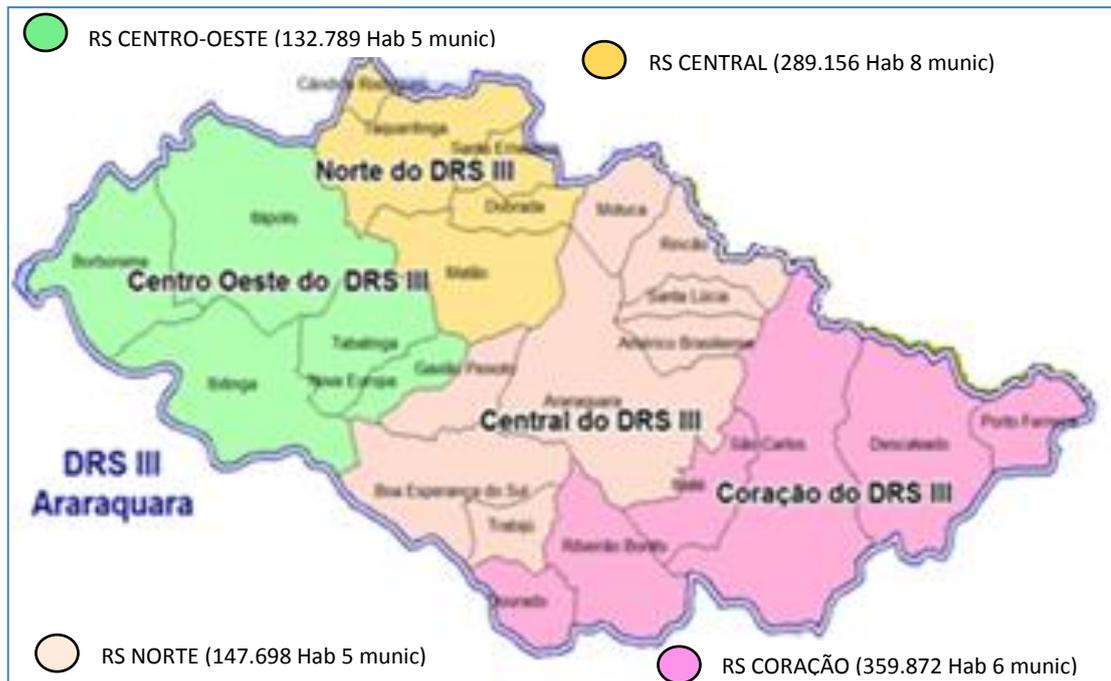
A pesquisa qualitativa examina a compreensão subjetiva das pessoas a respeito de sua vida diária. Os métodos mais utilizados na pesquisa qualitativa incluem as entrevistas, a observação direta, a análise de texto ou documentos e análise de discurso ou comportamento (MAYS; POPE, 2009).

## **5.2 Cenário de estudo**

Os Departamentos Regionais de Saúde (DRS) do estado de São Paulo foram constituídos por meio do Decreto DOE nº 51.433, de 28 de dezembro de 2006. Por meio deste Decreto, o Estado foi dividido em 17 Departamentos de Saúde que são responsáveis por coordenar as atividades das Secretarias de Estado da Saúde. Entre esses 17 departamentos de Saúde encontra-se a RRAS 13.

O DRS III – Araraquara, pertencente à RRAS 13, é composto por 24 municípios com uma população total de 929.515 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011) e formado, como ilustra o Mapa 2, 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, e Região de Saúde Norte com uma população total de 147.698 habitantes (ARARAQUARA, 2012).

Mapa 2 - DRS III - Araraquara e as quatro Regiões de Saúde



Fonte: São Paulo (2012).

A Região Coração, objeto deste estudo, possui seis municípios, a saber: Descalvado, Dourado, Ibaté, Porto Ferreira, Ribeirão Bonito e São Carlos. Nessa região residem 38% da população do DRSIII, totalizando 359.872 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011), considerada a região com maior densidade demográfica e maior taxa de urbanização, sendo assim, essa foi a região que escolhemos para analisar a Rede de Urgência e Emergência (ARARAQUARA, 2012).

### 5.3 Participantes/sujeitos da pesquisa

#### 5.3.1 Critérios de inclusão dos sujeitos

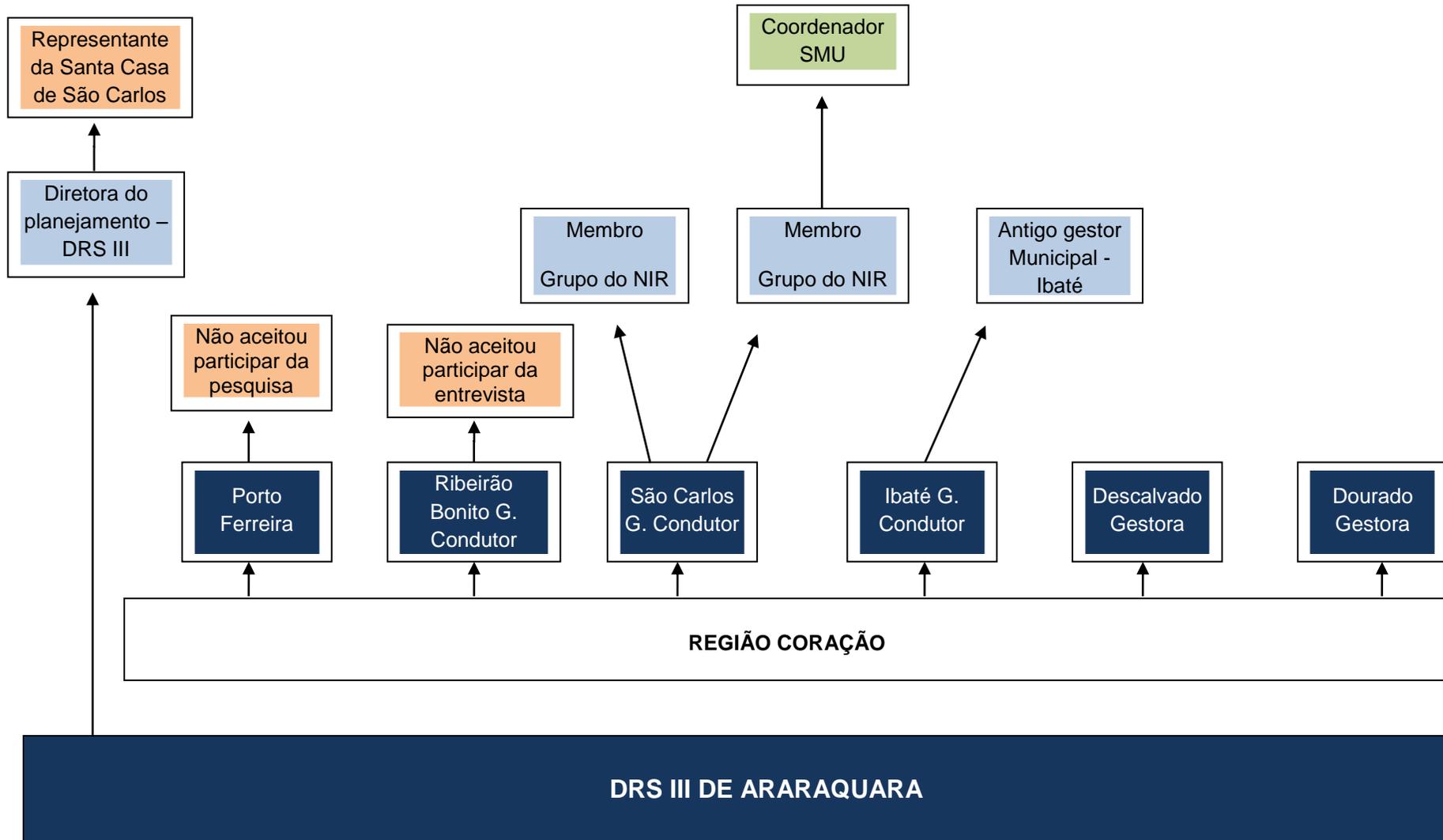
Procuramos contemplar todas as pessoas que foram identificadas como estratégicas por serem participantes da implantação e do desenvolvimento da RUE na região Coração. Incluímos na pesquisa membros dos grupos condutores da RUE de cada município, gestores, membros do Núcleo Interno de Regulação (NIR), Diretora do Planejamento da DRSIII de Araraquara e Coordenador do Serviço Médico de Urgência (SMU).

As amostras dos sujeitos foram apoiadas na técnica “Bola de Neve” (Snowball) que, para Vinuto (2014), consiste em uma forma de amostra não probabilística que utiliza cadeias de referências, ou seja, a partir de uma amostragem não é possível determinar a probabilidade da seleção de cada participante da pesquisa, mas torna-se útil para estudar determinados grupos difíceis de serem acessados.

A execução da amostragem em bola de neve se constrói da seguinte maneira: para o pontapé inicial, lança-se mão de documentos e ou informantes-chaves, nomeados como sementes, a fim de localizar algumas pessoas com o perfil necessário para a pesquisa, dentro da população geral. (VINUTO, 2014, p. 203).

Neste estudo, adotamos a técnica bola de neve da seguinte maneira: a primeira entrevista ocorreu com o membro do grupo condutor do município de São Carlos, que recomendou dois membros do grupo do Núcleo Interno de Regulação (NIR) para participarem da entrevista; assim, um dos membros do grupo do NIR indicou o coordenador do Serviço Médico de Urgência (SMU); o membro do grupo condutor de Ibaté orientou a procurar o antigo gestor municipal por sua experiência e participação na DRS III; e a diretora do planejamento da DRS III aconselhou a realização da entrevista com um representante da Santa Casa, que não foi possível contatar. Entre esses participantes, o membro do grupo condutor de Ribeirão Bonito não concordou em participar da entrevista e o município de Porto Ferreira também não aceitou, no primeiro contato, participar da pesquisa.

Fluxograma 1 - Rede dos Participantes



Fonte: Elaborado pela autora.

## 5.4 Coleta de dados

### 5.4.1 Etapa 1 - Documentos

Procedemos à averiguação inicial dos documentos de gestão municipal por meio da plataforma SARGSUS que é uma ferramenta eletrônica desenvolvida pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde em conjunto com o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), com o objetivo de apoiar os gestores municipais na elaboração e no envio do Relatório Anual de Gestão (RAG) ao Conselho de Saúde.

Os documentos analisados dos municípios da Região Coração foram referentes aos anos de 2011 a 2016, considerando que em alguns municípios foram incluídos os anos de 2010 e 2017, pois já constava no plano municipal de alguns municípios.

Quadro 1 - Documentos de gestão da Região Coração

<b>Municípios</b>	<b>Documentos</b>
<b>Descalvado</b>	Relatório de gestão 2011, 2013 e 2015. Plano municipal 2010-2013. Plano municipal 2014-2017
<b>Dourado</b>	Relatório de gestão 2012 a 2015. Programação anual de saúde 2014. Plano municipal 2010-2013. Plano municipal 2014-2017.
<b>Ibaté</b>	Relatório de gestão 2012 a 2015. Plano municipal referente aos anos de 2010 a 2013
<b>Ribeirão Bonito</b>	Relatório de gestão 2012 a 2015. Plano municipal de 2014-2017.
<b>São Carlos</b>	Relatório de gestão 2013 a 2014. Plano municipal 2010 a 2013. Programação anual de saúde 2014. Programa de metas 2013 a 2016.

Fonte: Elaborado pela autora.

O Plano Municipal de Saúde é um instrumento publicado pela Portaria GM/MS nº 3.332, de 28 de dezembro de 2006, e define a programação anual das ações e dos serviços de saúde dos municípios. Este plano deve apresentar as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas (BRASIL, 2007b).

A Programação Anual de Saúde definida pela Portaria GM/MS nº 3.332/2006 é um instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde e tem como propósito determinar o conjunto de ações voltadas a promoção, proteção e recuperação da saúde. A Programação Anual de Saúde precisa definir as ações que, no ano específico, irão: garantir o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde; estabelecer metas anuais relativas a cada uma das ações definidas e identificar os indicadores que serão utilizados para o monitoramento da programação; e definir recursos orçamentários necessários ao cumprimento da Programação (BRASIL, 2007b).

O Relatório Anual de Gestão é o instrumento definido pela Portaria supracitada que deve apresentar os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde, além de orientar eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários. O Relatório Anual de gestão deve conter o resultado da apuração dos indicadores; a análise da execução da Programação (física e orçamentária/financeira) e as recomendações necessárias, tais como a revisão de indicadores (BRASIL, 2007b).

#### 5.4.2 Etapa 2 - Entrevista com os participantes da pesquisa

Realizamos entrevista semiestruturada com os profissionais identificados como estratégicos na implementação da RUE, tais como os membros dos grupos condutores, ex-gestores municipais, gestores municipais e outros indicados no período de novembro de 2016 a janeiro de 2017.

Cabe salientarmos que a entrevista semiestruturada deve ser conduzida com base em uma estrutura flexível, consistindo em questões abertas que definem a área a ser explorada podendo prosseguir com uma ideia ou resposta em maiores detalhes (MAYS; POPE, 2009).

A entrevista pode ocorrer mediante uma conversa a dois ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador. Neste estudo, elaboramos a entrevista semiestruturada combinando perguntas fechadas e abertas, a fim de que o entrevistado pudesse discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada (MINAYO, 2013).

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

Os sujeitos participantes da pesquisa não tiveram a exposição da sua identidade, sua participação do sujeito foi voluntária, não remunerada e os registros foram gravados e transcritos pela própria pesquisadora. E ao final do trabalho destruimos o material de gravação, com o intuito de minimizar o risco de exposição pessoal e profissional dos entrevistados.

## **5.5 Instrumento de coleta dos dados**

O instrumento que utilizamos nesta pesquisa contemplou características dos participantes como: sexo, formação e área de atuação. O questionário elaborado foi semiestruturado cujas questões versaram sobre a história, o funcionamento, os desafios e as conquistas da Rede de Urgência e Emergência (Apêndice D).

## **5.6 Análise dos dados**

### **5.6.1 Etapa 1 - Análise dos documentos**

A análise documental consistiu em identificar, verificar e apreciar os documentos com uma finalidade específica. Constituiu-se de registros escritos cujas informações possibilitaram conhecer os fatos e seus antecedentes. A análise de documentos pode se caracterizar como instrumento complementar ou ser o principal meio de concretizar os estudos (OLIVEIRA, 2007; PIMENTEL, 2001).

Utilizamos como referenciais para análise dos documentos da região em estudo a Portaria nº 1600, de 7 de julho de 2011 (BRASIL, 2011a), que instituiu a Rede de Urgência e Emergência.

Organizamos os documentos por municípios e ano e, a partir da leitura, analisamos o que estava sendo proposto no plano municipal e no relatório de gestão sobre a Rede de Urgência e Emergência.

### **5.6.2 Etapa 2 - Análise das entrevistas**

Procedemos à análise das entrevistas mediante verificação do conteúdo referente a técnicas de pesquisa que permitiram tornar replicáveis e

válidas as inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos.

Cabe ressaltarmos que, segundo Minayo (2003), existem várias maneiras de analisar os conteúdos de materiais pesquisados. A autora assinala, ainda, que a análise de conteúdo habitua apresentar diferentes fases, a saber: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados.

A pré-análise consiste na fase da organização que é composta por: leitura flutuante do material; escolha dos documentos que possam fornecer informações sobre o problema levantado; e a formulação das hipóteses e dos objetivos. Essa fase corresponde a períodos de intuições, mas tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, de maneira a conduzir a um esquema do desenvolvimento das operações, num plano de análise. A exploração do material foi realizada mediante as seguintes etapas: recorte das unidades; contagem; classificação e agregação dos dados; escolha das categorias e do tema. A última fase envolve o tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação (BARDIM, 2008).

A partir da pré-análise, realizamos leituras exaustivas do material coletado, buscando nos fragmentos das falas as propostas que correspondessem aos objetivos desta pesquisa. Assim, agrupamos e classificamos os fragmentos das falas de acordo com a similaridade de pensamentos e procedemos à análise temática. Deste modo, apresentamos os dados obtidos de maneira descritiva, permitindo, dessa forma, a construção dos resultados do estudo.

A análise temática, para Minayo (2013), indica o tema que, por sua vez, comporta um feixe de relações e pode ser apresentado por meio de uma palavra, frase ou resumo.

Para Bardin (2008), o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo determinados critérios relativos à teoria, que serve de guia para a leitura. A categorização, a seu turno, é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação, seguida por reagrupamento segundo gênero, com critérios previamente definidos. A categorização tem como objetivo fornecer uma representação simplificada dos dados brutos contidos nos textos.

## **6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

Esta pesquisa encontra-se aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) conforme Resolução nº 466, 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 (BRASIL, 2012a). O projeto foi inserido na Plataforma Brasil, que encaminhou para a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos, obtendo aprovação por meio do Parecer nº 981.312, em 14 de abril de 2015 (Anexo A).

## 7 RESULTADOS

### 7.1 Resultados da Etapa 1 - Análise Documental

#### 7.1.1 Município de Descalvado

O município de Descalvado é um dos municípios da região Coração que possui uma população de 31.797 habitantes, conforme Fundação Sistema Estadual de Análises de Dados (FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS, 2015) distribuído em 28.999 habitantes na zona urbana e 2.798 habitantes na zona rural. As principais causas de óbito estão relacionadas a doenças do aparelho circulatório, respiratório e neoplasias, sendo que as doenças do aparelho circulatório estão associadas a má alimentação, consumo de álcool, tabagismo e sedentarismo (DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2011; DESCALVADO, 2015)

Esse município possui uma rede de atendimento em saúde voltada para a Atenção Básica, pois, ao fortalecer a atenção primária diminui a demanda nos demais níveis de atenção, sobretudo no pronto-atendimento médico. Entretanto, o município apresenta algumas dificuldades na demora do atendimento dos usuários que necessitam de outras especialidades, os quais são referenciados para outros municípios para o atendimento (DESCALVADO, 2014).

O município de Descalvado não possui Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. No plano municipal de 2014 estava prevista a implantação do SAMU com pretensão de diminuir os óbitos, o tempo de internação e as sequelas decorrentes da falta de socorro precoce, porém, até o ano de 2015 não foi implantado.

Observamos que, no Relatório de Gestão de 2011, o município passou por algumas dificuldades de arrecadação menor que a apresentada nos outros anos, o que refletiu na execução do planejamento, prejudicando algumas ações no município. Houve também mudanças de vários gestores em um curto período de tempo, os quais nos anos de 2013 e 2015 não constavam na programação para a Rede de Atenção à Urgência. Os documentos apresentaram apenas indicadores que demonstram a cobertura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e que também não foi concluída. O município implantou algumas linhas de cuidado,

porém nenhuma delas estava voltada para as linhas de cuidados cardiovasculares, cerebrovasculares e traumatológicas, as quais são linhas prioritárias para a RUE.

#### 7.1.2 Município de Dourado

O município de Dourado possui uma população atual de 8.540 habitantes (FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS, 2015) distribuídos em 7.819 habitantes na zona urbana e 721 habitantes na zona rural. Este município baseia-se em um modelo de gestão orientado para as necessidades da população, comprometendo-se com os princípios do SUS direcionados às necessidades de saúde para garantir à população o acesso a um serviço de saúde com qualidade, garantindo-lhe ações de atenção básica, ações de maior complexidade por meio do sistema de referência e contrarreferência, buscando a promoção à saúde, melhoria na qualidade de vida e saúde da população (DOURADO, 2015a).

Os Relatórios de gestão referentes aos anos de 2011 a 2015 apontam que as causas de óbitos foram por problemas circulatórios, acometendo uma faixa etária entre 30 e 79 anos; seguidos por causas externas; porém o maior número de óbitos ocorreu com pessoas por volta de 70 anos de idade.

Os documentos também demonstraram que o município de Dourado não tem Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), e nos períodos de 2010 a 2012 as internações dos pacientes ocorreram fora do município por necessidade de adequar a estrutura física do hospital para seu funcionamento, observamos, também, que houve mudanças de gestores em um curto período de tempo.

#### 7.1.3 Município de Ibaté

O município de Ibaté possui 32.816 habitantes (FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS, 2015) distribuídos em 31.616 habitantes na zona urbana e 1.200 habitantes na zona rural. O modelo de gestão do município de Ibaté visa ao atendimento na área preventiva e epidemiológica, possui uma Rede de Atenção à Saúde que oferece atendimento a toda população (IBATÉ, 2015a).

As principais causas de óbitos nesse município estão relacionadas às doenças do aparelho circulatório, neoplasias, seguida pelas doenças do aparelho

respiratório. A classificação do atendimento nos serviços de saúde é considerada de baixa e média complexidade, porém os serviços de média e alta complexidade não realizados nesta instituição são encaminhados para outros serviços de referência por intermédio da Central de Regulação de Vagas. O serviço de Urgência e Emergência do município ocorre no Hospital Geral e o transporte de pacientes em atendimento de urgência e emergência é feito pelas ambulâncias do próprio município, o que mostra não dispor do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) (IBATÉ, 2015a).

#### 7.1.4 Município de Ribeirão Bonito

O município de Ribeirão Bonito possui uma população de 12.542 distribuídos em 11.754 habitantes da área urbana e 788 habitantes da zona rural. A principal causa de morte no município são as doenças do aparelho circulatório, respiratório, seguidas das neoplasias (FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS, 2015; RIBEIRÃO BONITO, 2015).

Este município possui um pronto socorro no Hospital Geral onde é realizado o atendimento das urgências e emergências, não possui SAMU e as transferências dos pacientes são realizadas pela ambulância do município.

#### 7.1.5 Município de São Carlos

O município de São Carlos possui uma população de 233.249 habitantes distribuídos em 223.907 habitantes na área urbana e 9.342 na área rural. As principais causas de óbitos são as doenças do aparelho circulatório, seguidas de neoplasias, doenças externas e doenças respiratórias (FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS, 2015; SÃO CARLOS, 2015).

O município presta assistência de alta complexidade aos pacientes nas diversas especialidades e um dos objetivos é implementar a Rede de Urgência e Emergência buscando estratégias para a articulação do SAMU com a concessionária da rodovia. Tem cobertura de atendimento à população 100% realizada pelo SAMU e pretende melhorar a Atenção Básica no cuidado aos pacientes hipertensos, diabéticos e com dislipidemias, a fim de diminuir a proporção

de óbitos nas internações por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). Nos Relatórios de Gestão analisados, observamos uma mudança de gestores em um curto período de tempo, o que mostra que algumas metas programadas foram parcialmente atingidas e reprogramadas para o ano seguinte (SÃO CARLOS, 2009).

O Quadro 2 e o Fluxograma 2, a seguir, demonstram um panorama da situação encontrada com relação à implementação da RUE na região Coração, nos documentos oficiais.

Quadro 2 - Equipamentos de Saúde da região Coração

Municípios	Unidades Básicas (UBS) #PSF#	Vigilância à Saúde	Pronto Atendimento	Hospitais	SAMU/ **Central de Regulação
Descalvado	11	01	01	01	** Não tem SAMU
Dourado	# 02	01	01	01	** Não tem SAMU
Ibaté	09	01	01 (Locado no Hospital)	01	** Não tem SAMU
Ribeirão Bonito	05	01	01 (Locado no Hospital)	01	** Não tem SAMU
São Carlos	30	01	02	02	** Tem SAMU

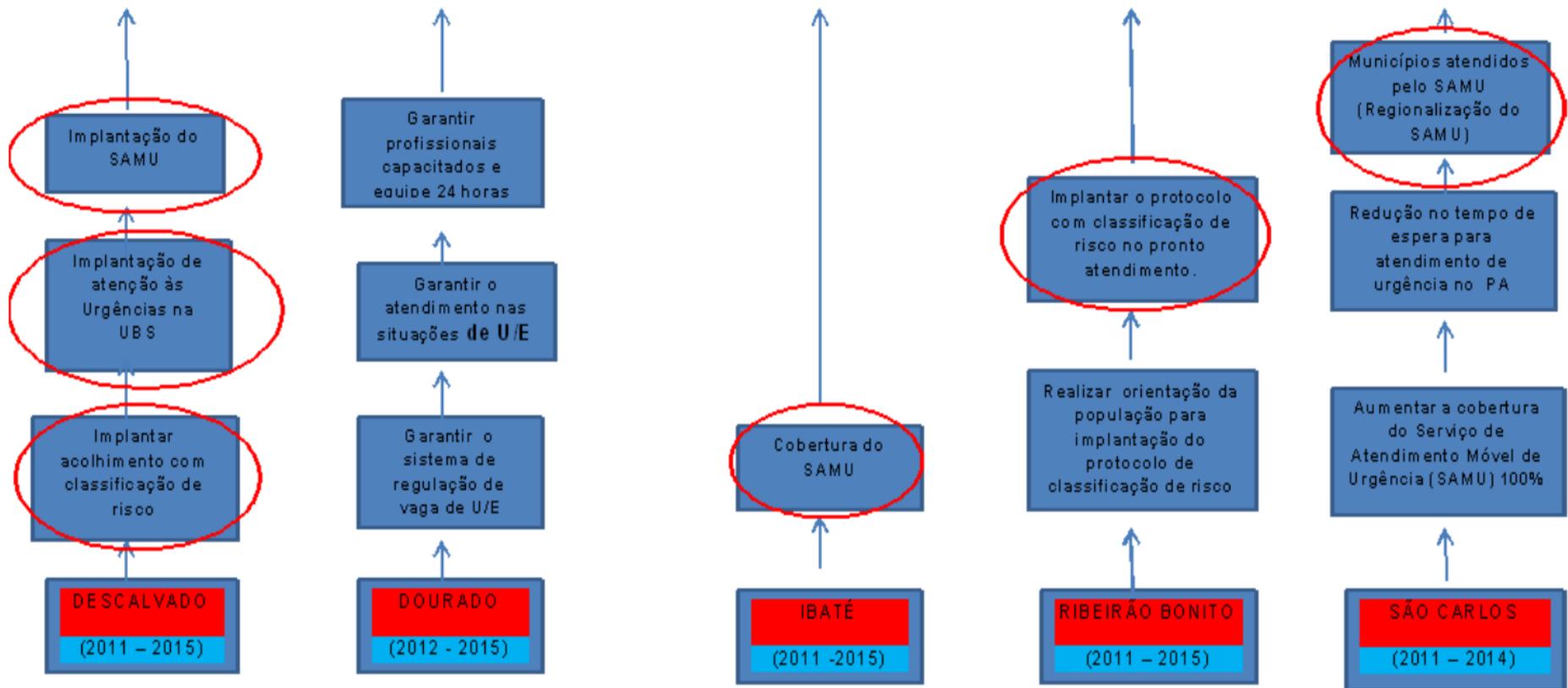
Fonte: Elaborado pela autora.

## Fluxograma 2 - Resultado da análise documental

### Resultados:

#### Etapa 1. Análise Documental

**Diretriz:** Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção.



Fonte: Elaborado pela autora.

Os documentos analisados, de um modo geral, apresentam várias propostas desde 2011 para implementação da Rede de Urgência e Emergência na região Coração. Entre as propostas mais relevantes destacamos a implantação do SAMU local, o acolhimento com classificação de risco, a adequação e expansão das Unidades de Pronto Atendimento, articulação da Central de Regulação com as demais redes e outros. Deste modo considerando que no ano de 2011 o Ministério da Saúde instituiu a Portaria nº 1.600 da Rede de Urgência e Emergência com a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde visando ampliar e qualificar o acesso humanizado, regionalizar o atendimento às urgências nos diversos pontos das redes de atenção e ampliar o acolhimento contemplando a classificação de risco, desta forma podemos perceber que essas propostas citadas, principalmente nos municípios de menor porte ainda não foram executadas.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) ressalta que, para assegurar a resolutividade na Rede de Atenção à Saúde, é necessário considerar a economia de escala, qualidade, suficiência, acesso e recursos, além de atentar para a suficiência como um conjunto de ações e serviços disponíveis em quantidade e qualidade para atender as necessidades do usuário e outros. Assim, analisando o que está documentado nos relatórios de gestão e nos planos municipais, percebemos que há necessidade de uma estruturação dos projetos municipais, em especial na questão da implantação do SAMU local e regional para consolidar a Rede de Urgência e Emergência. Por esta razão, apresentamos algumas propostas dos municípios quanto à implementação da Rede de Urgência e Emergência nesses municípios e que não foram totalmente alcançadas conforme preconiza o Ministério da Saúde.

## **7.2 Resultados da Etapa 2 - Entrevistas**

### **7.2.1 Caracterização dos participantes**

Os participantes da pesquisa possuem formação com predomínio em curso superior em Enfermagem e Administração, sete são do sexo feminino e três do sexo masculino, alguns possuem experiência na área de gestão e outros na área assistencial, atuando diretamente na atenção primária e atenção hospitalar. Entre esses participantes, um membro do grupo condutor não aceitou participar da entrevista.

Dos relatos dos nove participantes da pesquisa, vários foram os apontamentos que abrangeram desafios, conquistas, gestão, recursos financeiros, ferramentas de gestão e outros aspectos relacionados à implementação da Rede de Urgência e Emergência. Sendo assim, identificamos categorias que foram definidas pelos temas descritos no Quadro 3.

Vale ressaltarmos que a identificação dos participantes das entrevistas ocorreu da seguinte maneira: S= Sujeito e M= Município.

Quadro 3 - Apresentação dos temas e categorias das entrevistas

<b>Tema 1: A história da RUE na região Coração</b>
Categoria 1: O Mapa da Saúde e Diagnóstico Situacional.
Categoria 2: Diversidades entre os gestores quanto ao funcionamento da RUE na região Coração.
Categoria 3: Projetos políticos e as mudanças na gestão dos municípios.
<b>Tema 2: Relação entre Ministério da Saúde, DRS e municípios na construção da RUE</b>
Categoria 1: Desafios na regionalização.
Categoria 2: O subfinanciamento como limitante para a implementação da RUE.
<b>Tema 3: Variáveis que contribuem para implementação da Rede de Urgência e Emergência</b>
Categoria 1: Ferramentas de gestão do cuidado: Kanban, NAQH, NIR, Acolhimento com Classificação de Risco e UTI.
Categoria 2: CROSS – Central de Regulação como elemento promotor do acesso ao cuidado
<b>Tema 4: A cogestão como um dispositivo que contribui para o fortalecimento da RUE</b>
Categoria 1: Fórum de regulação como espaço de discussão entre os gestores fortalece o processo de construção da RUE.
<b>Tema 5: Resistência às mudanças nas organizações dificultam no processo de implantação da RUE.</b>
Categoria 1: Modelo médico centrado e resistência à mudança dificultam o processo de implantação da RUE.

Fonte: Elaborado pela autora.

### **Tema 1: A história da RUE na região Coração.**

Neste tema foram identificadas três categorias: O Mapa da Saúde e Diagnóstico Situacional, Diversidades entre os gestores quanto ao funcionamento da RUE na região Coração e Projetos políticos e as mudanças na gestão dos municípios.

**Categoria:** O Mapa da Saúde e diagnóstico situacional na implantação da RUE.

A construção do Mapa da Saúde é a parte complementar do processo do planejamento, conforme Decreto nº 7.508/2011. O Mapa da Saúde deve conter a descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, auxilia na identificação das necessidades de saúde da população, avalia o desempenho por meio dos indicadores. Assim sendo, ele também fornece informações para a definição de diretrizes a serem implementadas pelos gestores, tomadas de decisões quanto à implementação e adequações das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2016).

O gestor municipal menciona a sua participação na construção do Mapa da Saúde:

*“[...] eu, participei do Mapa da Saúde, quando foi feito o mapa da saúde do estado de São Paulo, foi dividido em redes, rede da oncologia, rede crônica e foi feita a rede de urgência e emergência que era a RUE, e eu era o comitê da RUE de implantação, na verdade essa demanda foi levada para os gestores” (S2M3).*

O processo de construção das Redes Regionais de Atenção à Saúde no estado de São Paulo iniciou em 2011 e efetivou-se com a constituição de 17 RRAS, entre elas a RRAS 13. Na RRAS 13, encontra a DRS III de Araraquara, que tem o papel fundamental no reconhecimento das necessidades de cada região.

Segue a fala de uma gestora da DRS de Araraquara mencionando como foi o início da construção da rede na região.

*“[...] Ela foi aprovada pela deliberação CIB de 2012, foi aprovada junto com a rede cegonha [...] Veio a portaria, né? Assim como as demais redes temáticas, né? O Ministério determina as portarias, os critérios para a sua implementação e aí a gente discutiu como a gente vai viabilizar dentro do nosso território, aqui na nossa regional, a gente tem o hábito sempre ter representante de todo o município na hora da construção” (S1M6).*

A Rede Temática da qual a gestora refere inclui várias redes de atenção à saúde, tais como: Rede Cegonha, Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Doenças Crônicas e Rede de Atenção à Urgência e Emergência. Dessa forma, a rede temática é uma maneira de organizar o serviço de saúde em cada espaço e ou região.

A Região de Saúde, conforme Decreto nº 7.508/2011, é um espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado com base em identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de

comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2016).

A Região de Saúde deve oferecer o mínimo de ações e serviços na atenção primária, atenção especializada e hospitalar, atenção psicossocial, urgência e emergência e vigilância sanitária, entre outros, a fim de garantir a integralidade do acesso ao usuário.

A fala da gestora da DRS alerta para a necessidade de identificar as necessidades da região para implantar a RUE na Região Coração:

*“Acho que na época que a gente foi montar a rede, a gente chamou representante de cada um dos municípios [...] o plano de ação da RUE já estava desenhado dentro da RAS e aí o Ministério viu essa necessidade e aí inseriu mais uma porta de entrada dentro da DRS que foi em São Carlos” (S1M6).*

*[...] a gente traz todo o pessoal pra que a portaria determina e quais as necessidades da nossa região, né? E foi assim que a gente conseguiu desenhar, identificando os principais pontos que conforme a portaria determina, identificando o que aquele serviço tem potencialidades ou não tem o que precisa contemplar e aí a gente fez esse diagnóstico e foi só contando aquilo que a portaria determinava lá e que tinha recurso financeiro para poder estar custeando (S1M6).*

Retomando Silva (2008c), a realização do diagnóstico situacional da região contribui na identificação das necessidades de serviços, até mesmo na organização do funcionamento da rede, assim, ela deve ser realizada de forma compartilhada.

Conforme a Organización Panamericana de la Salud (2010) a definição da população e território permite definir a oferta de serviços de saúde que devem determinar o perfil de oferta de atenção à saúde pública para atender as necessidades da população.

O diagnóstico situacional foi realizado com o objetivo de reconhecer as necessidades da região, portanto, a participação dos atores envolvidos na construção do Mapa da Saúde permitiu analisar e identificar a região para implantar a Rede de Urgência e Emergência.

**Categoria:** Diversidades entre os gestores quanto ao funcionamento da Rede de Urgência e Emergência na região Coração.

Considerando a Portaria nº 1.600/2011 da RUE e algumas propostas para implementar a Rede de Urgência e Emergência nos documentos analisados da região Coração, várias foram as nossas indagações quanto ao seu funcionamento. Uma rede para funcionar de forma efetiva, precisa estar articulada com todos os equipamentos de saúde, de tal modo que possa garantir ações e serviços ao usuário em todos os níveis de atenção à saúde.

A esse respeito, destacamos o comentário de um membro do grupo condutor do município de referência:

*“Do que começou em 2010 a RUE, e pra o que estamos hoje, caminhou não da forma que esperávamos, mas caminhou muito [...]” (S1M5).*

Os documentos analisados demonstraram que os municípios de menor porte tiveram como diretriz implantar o acolhimento com avaliação de risco em alguns pontos de atenção, implantar o SAMU, entre outros. Sendo assim, uma das falas dos participantes confirma que em seu município ainda não foi implantado o acolhimento com avaliação de risco, conforme exige a portaria, lembrando que o acolhimento com avaliação de risco é realizado no município de referência, como citamos anteriormente.

Relato de um membro do grupo condutor de um município pequeno:

*[...] mas, aqui não temos a classificação [...] não conseguimos implantar, aqui fazemos a triagem e não acolhimento [...] (S1M3).*

Com a reformulação da Portaria nº 1.600/2011 (BRASIL, 2011a), a Rede de Urgência e Emergência, no art. 2º, referente às diretrizes da RUE, determina que todos os pontos de atenção à saúde devem ampliar o acesso de atendimento aos usuários e realizar o acolhimento com classificação de risco, e que a regionalização do atendimento às urgências deverá ocorrer com articulação das diversas redes de atenção e a regulação deverá ser articulada entre todos os componentes da Rede de atenção às urgências e outros.

Para alguns gestores da região Coração, a Rede de Urgência e Emergência “ora funciona”, “ora está parada”, “ora acho que funciona”, assim segue a transcrição das falas:

*“Nós não temos rede de urgência e emergência efetivamente no município [...]; está parada [...]; não tem, absolutamente parado em [...] nessa questão de urgência e emergência [...]” (S1M1).*

*“Funciona, nós podemos considerar uma rede, porque uma rede teria que interlaçar (SIC) com todos os municípios e com São Carlos, bem explicado, uma rede é uma rede, então o município corta o fio, né? Então assim funciona, mas tem muitas pendências” (S2M3).*

A palavra rede é bem antiga e vem do latim *retis*, significando entrelaçamento de fios com aberturas regulares que formam uma espécie de tecido. A partir da noção de entrelaçamento, malha e estrutura reticulada, a palavra rede foi ganhando novos significados ao longo dos tempos, passando a ser empregada em diferentes situações. (RITS apud MACHIN; CHAGAS, 2008, p. 19).

A concepção de rede possui vários sentidos como o de conexão, entrelaçamento e comunicação. Assim, uma rede de ações e serviços de saúde também necessita estar interligada, no entanto, quando um serviço de saúde está integrado a uma rede, devemos compreender que ela não está desamparada e não conseguirá resolver todas as demandas que chegam ao seu serviço. Dependerá, então, de outros serviços de saúde para dar suporte, seja no nível de menor complexidade seja no de maior. Portanto, uma rede de atenção à saúde compõe-se de um conjunto de equipamentos de saúde, com serviços diferentes que operam de forma articulada e ordenada no território das ações desenvolvidas. E os diversos equipamentos e serviços de saúde funcionam como pontos de atenção ou lugares onde o cuidado à saúde é oferecido (KUSCHNIR; LIMA; BAPTISTA, 2009).

Destacamos o comentário de uma gestora de um município pequeno:

*“Considero, existe, porque não seja tão ampla como do município grande, mas, o básico a gente consegue atender aqui, a gente estabiliza o paciente e encaminha para São Carlos [...]” (S1M2).*

*“Eu acho que funciona, com toda a fragilidade, com todo o negócio que a gente tenta corrigir no decorrer do processo [...]; mas eu acho que dentro da proposta que estava apontada pelo ministério, eu acho que a RUE funciona” (S1M6).*

Buscando a fala do gestor já citado anteriormente e referindo alguns componentes da RUE exigidos pela portaria para o funcionamento da Rede de Urgência e Emergência, ainda existem vários entraves para consolidar o funcionamento da rede RUE.

*“Nós tínhamos que estruturar uma rede que numa eventual necessidade nós tivéssemos condições de atender [...] UPA, as portas de urgência e emergência, leito de UTI e SAMU [...] daí o governo libera a sala de estabilização e isso é só no papel, não aconteceu [...]” (S1M5).*

Retomando novamente a Portaria nº 1.600/2011 (BRASIL, 2011a), os componentes que contemplam a RUE são: Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde, Atenção Básica em Saúde; SAMU e suas Centrais de Regulação Médica, Sala de estabilização, Força Nacional de Saúde, UPA (24 horas); Atenção Hospitalar e Atenção domiciliar que, quando articulados entre si, formam uma rede.

Nesse sentido, transcrevemos o relato de um membro do grupo do Núcleo Interno de Regulação (NIR) do município de referência:

*“Se perguntar se a rede RUE funciona, ela funciona, funciona e tem ótimas pessoas envolvidas” (S3M5).*

O envolvimento das pessoas é de grande relevância na construção do processo de trabalho para manter as ações práticas na rede de atenção à saúde.

**Categoria:** Os projetos políticos e as mudanças na gestão dos municípios.

Na fala de uma gestora de um município pequeno da região Coração são assinaladas as mudanças na gestão:

*“[...] 2012 houve a troca de prefeito, [...] em 2013 [...] então houve uma nova eleição [...]; e 2014, chegou um novo prefeito [...]; Isso, foram diversas mudanças de gestão, por isso que não conseguiu concretizar [...]” (S1M1).*

Uma das dificuldades dos gestores em consolidar a RUE é a mudança de gestão (municipal), o que não contribui para dar continuidade aos projetos planejados. As mudanças de gestores municipais revelaram, por meio dos relatórios anuais de gestão analisados dos municípios da região Coração, que ocorreram em um breve período de tempo.

Alguns estudos mostram os problemas de consolidar um governo regional em virtude de uma insuficiência no financiamento e fragilidades políticas de gestão do trabalho. Assim, a definição das regiões de saúde pelo Decreto nº 7.508/2011 favoreceu a composição das comissões intergestores regionais que têm o papel de articular com os gestores municipais. Essas comissões são inovadoras, pois

constituem instâncias de cogestão, no espaço regional para negociação e de decisão entre os municípios e o estado (SANTOS; GIOVANELLA, 2014).

Uma gestora da DRS aponta as dificuldades da implantação do SAMU:

*“[...] Ainda o SAMU é municipal mesmo com a proposta, né? O ano passado a gente, o que nós discutimos de SAMU para a proposta de implementação do sistema regional, foi inúmeras reuniões, foi inúmeras, desde... de 2015 e 2016 inúmeras, mais isto requer investimento do município [...] seria uma outra dificuldade, né? Não é técnica, é política mesmo [...] pessoas que não quer se desmanchar, então tá, mas não conseguimos avançar para um SAMU regional”. (S1M6).*

A atuação política e técnica do gestor do SUS expressa no relacionamento constante com diversos personagens, em diferentes espaços de negociação e decisão e, conforme a fala da entrevistada acima, percebemos a necessidade de interação com os participantes, órgãos governamentais para consolidar uma gestão mais efetiva (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2009).

Um gestor do grupo condutor de um município de referência explicou o seguinte:

*“Em 2013, era mudança de gestão e aí começou mudar os personagens [...]; e aí foi mudando as pessoas mesmo [...]; com as trocas de prefeito e de secretário, eles não estavam dentro da mesma lógica que estava sendo construída e aí houve totalmente umas distorções de citações que a gente não consegue concluir. A troca de gestão é a troca de entendimento que estava sendo construído e o que era interessante pra um, não estava sendo para outro” (S1M5).*

A dificuldade de consolidar os projetos sanitários na região Coração ultrapassa as bandeiras político-partidárias locais, dessa forma a proposta de implantar a Rede de Urgência e Emergência fica prejudicada pela descontinuidade desses projetos. Portanto, o que é instituído pela Portaria nº 1.600/2011 da RUE não é concretizado, sobretudo nos municípios de pequeno porte, em razão de várias dificuldades, sendo uma delas o investimento para implantar o SAMU.

## **Tema 2: Relação entre Ministério da Saúde, DRS e Município na construção da RUE.**

Neste tema foram identificadas duas categorias: “Desafios da regionalização” e “O subfinanciamento como limitante para a implantação da RUE”.

**Categoria:** Desafios da Regionalização.

O planejamento do SUS é de responsabilidade das três esferas (União, Estados e Municípios), as quais devem desenvolver suas funções para que o sistema de Estado seja articulado nacionalmente. A articulação de tarefa nessas esferas deve ocorrer de forma organizada, baseada em uma distribuição de responsabilidade. O Ministério da Saúde, o CONASS e o CONASEMS junto com o Conselho Nacional de Saúde (CNS) são responsáveis pela definição das diretrizes, estabelecendo prioridades em todas as esferas de gestão, assim, os municípios, com base em suas necessidades locais, elaboram, implementam conforme estabelecido pelos conselhos municipais de saúde as prioridades estaduais e nacionais. Os Estados, conforme as necessidades de saúde estadual estabelecidas pelos conselhos estaduais de saúde em parceria com os COSEMS, coordenam o ciclo de elaboração, implementação e avaliação do planejamento em seus territórios e o Distrito Federal, pelas suas particularidades assumem as responsabilidades das secretarias do Estado e município, em busca da equidade regional, deste modo o Estado e os municípios definem as prioridades regionais e estabelecem as responsabilidades em cada Região de Saúde (BRASIL, 2016).

As diretrizes e metas apresentadas pelos municípios quanto à implementação da Rede de Urgência e Emergência constam nos relatórios de gestão de cada município da região Coração. Desta maneira, o município tem papel fundamental para reconhecer as necessidades e estabelecer as prioridades de sua região, como verificamos a fala de uma gestora da DRS:

*“[...] a gente fez muito movimento interno enquanto DRS e depois houve a construção enquanto RAS, então tinha todo esse ponto mais amplo, né? Além da região Coração a gente tinha que discutir enquanto RAS [...] o Ministério liberou que fosse colocada apenas uma porta de urgência para cada DRS e aí nós ficamos limitados com Araraquara [...] o pessoal da região Coração não vem pra cá [...] então a gente sempre insistiu que lá tivesse sua porta de entrada e aí, com muita flexibilidade, o Ministério conseguiu que permitisse e aí foi um ganho muito grande para a região Coração [...]” (S1M6).*

Em acordo com o Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde, o Departamento Regional de Saúde III (DRS) tem alcançado os objetivos e resultados importantes ao fazer gestão regional juntamente com os trabalhadores municipais, sendo assim, uma de suas atribuições é oferecer apoio técnico junto aos municípios para que as políticas sejam efetivadas em nível local e regional (GOZZI et al., 2014).

As decisões nas três esferas de governo são constituídas pelas Comissões Intergestores Tripartite (CIT), no âmbito da União, vinculada ao Ministério da Saúde, Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no âmbito do Estado e vinculada à Secretaria Estadual e Comissão Intergestores Regional (CIR) vinculada à Secretaria Estadual e às Secretarias Municipais de Saúde (SMS). A gestão compartilhada nas três esferas define as intervenções com base nas diretrizes, objetivos e metas para organizar as ações nos serviços de saúde de cada região de saúde (BRASIL, 2016).

A proposta das redes regionalizadas e hierarquizadas (verticalizadas) não acontece somente no Brasil, trata-se de uma estratégia utilizada por outros países que implantaram sistemas de saúde com base nos princípios do SUS. Deste modo, elas assumem papel estratégico na política nacional, tendo como objetivo garantir o acesso da população às ações de serviços de saúde de forma integral (KUSCHNIR; LIMA; BAPTISTA, 2009).

Um membro do grupo condutor do município de referência mostra o porquê da dificuldade de regionalizar o SAMU:

*“[...] a nossa região não é regionalizada com o SAMU, só o município de São Carlos tem o SAMU e os outros municípios não têm [...]; primeiro, nós tínhamos que fazer a regionalização do SAMU e isso não ocorreu até hoje [...]; porque que a região não aceitou o SAMU [...] porque toda a cidade de menor complexidade [...] ela atende o que o vereador pede, o prefeito pede e ela faz o transporte social [...] o SAMU não vai ficar transportando ninguém que não esteja na urgência e emergência” (S1M5).*

No Brasil, o processo da regionalização enfraqueceu a resolubilidade dos sistemas locais de saúde, ampliando as disputas por recursos entre os municípios. Assim, a ausência de um planejamento regional para as estratégias de descentralização estimulou a desigualdade, comprometendo as esferas de gestão estadual resultando em sistemas locais isolados, sem a capacidade dos gestores viabilizarem a integralidade. A regionalização ocorre para organizar o sistema, ampliar o acesso, diminuir as desigualdades e fortalecer os princípios de universalidade e equidade (SANTOS; GIOVANELLA, 2014).

Nos documentos analisados, sobretudo nos municípios de pequeno porte, a implantação do SAMU ainda não foi concretizada em razão do subfinanciamento.

**Categoria:** O subfinanciamento como limitante para a implementação da RUE.

O SAMU foi instituído em 2003, por meio da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), que propôs a adequação do sistema de atenção às urgências estaduais, regionais e municipais, norteadas pelos princípios do SUS.

Conforme a Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003, em seu artigo 2º, a PNAU deve ser composta pelos sistemas de atenção às urgências estaduais, regionais e municipais, sendo organizada de forma que permita consolidar as diretrizes de regionalização da atenção às urgências (BRASIL, 2003).

Nessa linha de pensamento, segue a fala de uma gestora municipal de um município pequeno:

*“Em 2012, começou-se os estudos pra efetivar um consórcio de SAMU regional, então esse SAMU ainda não prosperou [...] o custo benefício é muito grande, fica alto esse custo benefício, considerando que a gente não tem demanda, nossa demanda é muito pequena [...] então ficou assim, com medo e nós com a responsabilidade, porque vai ficar em torno de 40.000 reais por mês [...]” (S1M1).*

A estratégia para o SAMU previu um arranjo para o financiamento e gestão. Incentivos federais foram adotados para investimento e custeio com propostas de cofinanciamento pelas outras esferas de governos. A responsabilidade pela gestão das centrais pode ser de municípios ou estados e sua abrangência pode ser regional ou municipal (O'DWYER; MACHADO; SALVADOR, 2011).

A seguir, a gestora municipal de um município de pequeno porte expressa a dificuldade em implantar o SAMU no município:

*“[...] como o município é pequeno não teria vantagem em ter o SAMU [...]; porque para implantar o SAMU, pelo que a gente viu nas reuniões, [...] acho que teria um gasto muito grande pra pouca emergência”. (S1M2).*

*“Na verdade fizemos uma proposta de SAMU regional que São Carlos assumiria os casos nossos, deixar uma ambulância aqui e o avançado sairia de São Carlos [...]” (S1M3).*

A proposta da implementação do SAMU está descrita em todos os documentos analisados dos municípios da região Coração, porém, a baixa demanda de pacientes nos municípios de pequeno porte e recursos financeiros insuficiente é uma das principais causas para não efetivar o SAMU regional, como podemos notar na fala de um gestor municipal:

*“[...] então o prefeito falava como eu vou investir 30.000 por mês mais, se eu já estou arrecadando menos de [...]; eu não tenho como investir 30.000 no SAMU [...]” (S2M3).*

O SAMU é um dos componentes da rede de urgência e emergência que tem como finalidade chegar à vítima precocemente e fazer o transporte para um serviço hierarquizado e integrado, conforme citado anteriormente. São Carlos é o município de referência para os demais municípios da região Coração, ele possui a Central do SAMU, as Unidades de Suporte Básico (USB) e as Unidades de Suporte Avançado (USA).

A discussão sobre a implantação do SAMU é assim mostrada pela gestora do DRS:

*“Nossa, a gente já discutimos muito com relação a isso, discutimos muito, mas na hora que você fala que tem que tirar o dinheiro pra bancar isso, a gente sabe que não tem [...] a partir do momento que eu implantar o SAMU a gente prevendo no desenho uma unidade de suporte básico e uma unidade de suporte avançado pra lá, só que isso ia custar no mínimo [...] 70.000 mensal que o Porto vai começar a desembolsar, então nenhum prefeito agora consegue tirar esse recurso e implantar, então, sendo SAMU regional também prejudica a questão da assistência da implementação da rede de urgência e emergência [...]” (S1M6).*

A Portaria nº 1.828, de 2 de setembro de 2004 (BRASIL, 2004b), em seu artigo 1º, propõe que seja estabelecido o incentivo financeiro para adequar a área física das Centrais de Regulação Médica de Urgência em Estados, municípios e regiões em todo o território nacional, esse recurso financeiro será repassado aos Estados, Distrito Federal e municípios em uma única parcela de acordo com o porte populacional da área de cobertura.

Ainda em relação à Portaria nº 1.828/2004 e considerando as dificuldades dos municípios de menor porte em implementar o SAMU, propomos buscar melhor esclarecimento quanto ao custo desses serviços. Deste modo, encontramos os seguintes valores: o município ou região com uma população de até 250.000 habitantes, o valor estimado para a aquisição das Centrais de Regulação Médica de Urgência é de 50.000,00 (Cinquenta mil reais); o município ou região entre 250.000 e 500.000 habitantes o valor é de 100.000,00 (Cem mil reais); e para o município ou região acima de 500.000 habitantes o valor estimado é de 150.000,00 (Cento e cinquenta mil reais); entretanto, para manter uma Equipe de Suporte Básico o valor mensal é de 12.500,00 (doze mil e quinhentos reais); o

Suporte Avançado custa 27.500,00 (Vinte sete mil e quinhentos); e à Central SAMU-192 corresponde o valor de 19.000,00 (dezenove mil reais por mês). Estes índices demonstram as dificuldades relatadas pelos gestores municipais.

A preocupação em implantar o SAMU regional gera certo desconforto para os gestores dos municípios de pequeno porte, porque a arrecadação do município é inviável para manter esse tipo de serviço. Desse modo, o atendimento de urgência e emergência nesses municípios é realizado no pronto-atendimento, onde são prestados os primeiros cuidados e, posteriormente, os pacientes são transferidos com ambulância do próprio município após a liberação da vaga pela Central de Regulação para o município de referência.

### **Tema 3: Variáveis que contribuem para implantação da Rede de Urgência e Emergência.**

Neste tema foram identificadas duas categorias, a saber: Ferramentas de gestão do cuidado (Kanban, NAQH, NIR, Acolhimento com Classificação de Risco e UTI) e CROSS – Central de Regulação como elemento promotor do acesso ao cuidado.

**Categoria:** Ferramentas de gestão do cuidado: Kanban, NAQH, NIR, Acolhimento com Classificação de Risco e UTI utilizado na gestão do cuidado do paciente.

Quando se fala em serviço de urgência e emergência, sempre vem em mente cenas marcantes, demonstrando ambientes onde pessoas ficam alocadas em macas nos corredores dos hospitais por várias horas, filas de longa espera para o atendimento e leitos ocupados.

A superlotação nos serviços de emergência vem assinalando necessidades para os gestores de saúde em buscar estratégias para melhorar as ações dos serviços nesses locais e garantir uma qualidade no cuidado prestado ao paciente. Nesse contexto, algumas ferramentas estão sendo implantadas com a finalidade de gerenciar o cuidado e contribuir com a organização desses serviços.

A gestão do cuidado tem um foco tanto em uma unidade como na trajetória do paciente. Portanto, para realizarmos esses cuidados precisamos planejar os recursos físicos, materiais e a força de trabalho, bem como adquirir

equipamentos e ferramentas para posteriormente avaliar a qualidade das ações adotadas e corrigir as insuficiências com novos planos e propostas de trabalho (GRABOIS, 2009).

As ferramentas de gestão estão sendo implantadas no município de referência da região Coração conforme a exigência do Ministério da Saúde. A Portaria nº 1.663, de 6 de agosto de 2012 (BRASIL, 2012b) instituiu o Programa SOS Emergência, que dispõe de uma ação estratégica para a implementação do componente hospitalar da Rede de Urgência e Emergência, no intuito de qualificar a gestão de atendimento aos usuários. Deste modo, esta portaria está sendo implantada em hospitais de referência para a região, considerando que o município de referência para as “Portas de Entrada Hospitalares” é São Carlos.

Nessa perspectiva, destacamos a fala do membro do grupo condutor do município de referência:

*“O Ministério exige também preencher ao Kanban que é uma nova tecnologia da RUE que vai classificar o paciente no período de internação. Ele tem um período classificado por cores e quando ele chega no vermelho, é que ele ultrapassou o período de internação segundo o quadro de diagnóstico [...] com isso fizemos uma rotatividade das UTIs, embora a gente tem a taxa de ocupação alta, a gente está tendo rotatividade e a gente consegue com isso fazer a eficácia do trabalho [...]” (S1M5).*

Os membros do grupo NIR do município de referência também discorrem a esse respeito:

*“[...] nós temos o Kanban e vai usar realmente isso como instrumento, o Kanban vai identificar pra você quais as pendências que vai ficar tomando tempo do paciente [...]” (S3M5).*

*“Nós temos o Kanban funcionando numa tela, o enfermeiro consegue visualizar isso em tempo real [...] o Kanban na verdade é uma ferramenta japonesa e que foi adaptada para utilizações dos hospitais [...]” (S4M5).*

No dicionário básico japonês-português (MASSAO, 1989, p. 304) a palavra Kanban significa “cartaz, letreiro, anúncio, tabuleta”.

A ferramenta Kanban tem origem no Japão e está sendo aplicada no Brasil nas unidades de porta de entrada hospitalar como uma ferramenta para gerenciar a qualidade do cuidado. Assim, por meio desse sistema, podemos identificar e localizar o paciente, a equipe responsável e também é possível avaliarmos diariamente o tempo de permanência do paciente por intermédio de um

cartaz contendo a classificação por cores: verde, amarela e vermelha (HEISLER, 2012; MASSARO, 2017). Conforme a classificação das cores desses pacientes, a equipe multiprofissional deverá analisar os fatos e propor soluções o mais rápido possível. Deste modo, essa ferramenta proporciona uma monitoração da ocupação e permanência dos leitos hospitalares, como também a rotatividade dos leitos após a resolubilidade dos casos.

Cabe retomarmos a Portaria GM/MS nº 1.600/2011 (BRASIL, 2011a), que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências (RUE) no SUS e a Portaria nº 2.395/2011 (BRASIL, 2011b), cujo objetivo consiste em organizar o componente hospitalar da RUE, por meio da ampliação e qualificação das “Portas de Entrada Hospitalares de Urgência” e outros serviços e para garantir a qualidade e o monitoramento dessas portas de entrada e outros componentes, as instituições hospitalares criaram o Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH) que é formado por membros indicados para acompanhar e viabilizar as ações do SOS Emergência mediante monitoramento e aperfeiçoamento da proposta do método Kanban. Assim sendo, compete ao NAQH garantir o uso dinâmico dos leitos hospitalares, promovendo a interface com as centrais de regulação de Urgência e Internação.

Nessa perspectiva, seguem as falas dos participantes do município de referência:

*“[...] hoje o Ministério está acompanhando nossas reuniões e eles exigem a implantação do NIR e do NAQH que são programas relacionados à rede de urgência e emergência” (S1M5).*

*“[...] então é assim, nós temos o núcleo interno de regulação da Santa Casa [...] nós fazemos todos os levantamentos estatísticos hospitalares junto com a qualidade hospitalar dentro do sistema informatizado [...]” (S3M5).*

A gestora da DRS, também discorre sobre as ferramentas de gestão que estão sendo implantadas no município de referência:

*“Existe um espaço também, né? Pra discutir isso tudo que é uma reunião do NAQH que é uma exigência da portaria que declarou a RUE [...]; quando você entrou pra RUE iniciaram algumas exigências, você ter meta horizontal, você implantar NIR, você implantar NAQH [...]” (S1M6).*

O Núcleo Interno de Regulação (NIR) é uma das ferramentas implantadas no município de São Carlos como forma de reorganizar e qualificar os serviços hospitalares.

A Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013 (BRASIL, 2013b, p. 3) estabelece:

Núcleo Interno de Regulação (NIR): constitui a interface com as Centrais de Regulação para delinear o perfil de complexidade da assistência que sua instituição representa no âmbito do SUS e disponibilizar consultas ambulatoriais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, além dos leitos de internação, segundo critérios pré-estabelecidos [sic] para o atendimento, além de buscar vagas de internação e apoio diagnóstico e terapêutico fora do hospital para os pacientes internados, quando necessário;

A organização dos leitos nesse município está sendo realizada por meio do gerenciamento dos leitos utilizando-se a prática da ferramenta NIR no processo de internação e alta dos pacientes, juntamente com as outras ferramentas citadas anteriormente.

Além das ferramentas, ainda existe um esforço por parte dos gestores em implementarem o Acolhimento com Classificação de Risco nos municípios de menor porte da região Coração, porém, atualmente este protocolo está sendo utilizado no município de São Carlos, pois este município é considerado referência como “Porta de Entrada Hospitalar”, conforme exigência do Ministério da Saúde.

Seguem as falas de um membro do grupo NIR de um município de referência e de uma gestora da DRS de Araraquara.

*“[...] então um exemplo seria a classificação de risco que é pré-requisito pra que você tenha a rede RUE [...] a gente fala que o Manchester é uma classificação de risco muito boa, muito efetiva [...]” (S4M5).*

*“[...] o Ministério da portaria determinava algumas exigências [...] acolhimento com classificação de risco [...] foi implantado em abril do ano passado, não tinha, mas era até as 4 horas da tarde, não era sistematizado, aí depois eles implantaram em abril do ano passado 24 horas, de risco” (S1M6).*

O acolhimento é a maneira de operar o processo de trabalho nas instituições de saúde de forma a atender todo usuário que chega às unidades de saúde, ouvir seus pedidos e pactuar as respostas mais adequadas para os usuários (BRASIL, 2004a).

A tecnologia de avaliação com classificação de risco pressupõe a organização do atendimento dos usuários conforme a necessidade e o grau de risco

e não por ordem de chegada. Os serviços de urgência e emergência têm utilizado essa ferramenta para classificar os riscos dos pacientes que demandam cuidados (BRASIL, 2004a; GRABOIS, 2009).

O acolhimento deveria acontecer em todo o serviço de saúde conforme preconiza o SUS. Nesse contexto, atendimento e escuta qualificada por parte dos profissionais de saúde contribuem para uma melhor resolubilidade dos problemas dos usuários. Nos documentos analisados, identificamos a proposta de implementar o protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco, porém, isso ainda não ocorreu nos municípios de porte menor da região Coração, por falta de recursos financeiros.

Essas ferramentas de gestão utilizadas no cuidado ao paciente fornecem também uma organização na rotatividade dos leitos de UTI, assim sendo, o município de São Carlos vem organizando o trabalho dessas unidades em virtude de uma alta taxa de ocupação de leitos.

Segue a fala de um membro do grupo condutor de um município de referência.

*“Todos os componentes da rede de urgência e emergência que vinha desde a sala de estabilização, a UPA, leitos de retaguarda de UTI, pois às vezes nós temos leitos de UTI esgotados, mas se a gente tivesse um leito intermediário que é aquele paciente que não dá para ficar numa clínica e também que você esgotou toda a unidade de UTI, então você poderia colocar em um leito de retaguarda e teria uma equipe para cuidar dele e que não fosse a equipe da UTI conforme a portaria exige, a gente estaria trazendo uma maior rotatividade no leito da UTI para gente usar [...]” (S1M5).*

Os leitos de retaguarda, conforme exigido pela Portaria nº 1.600/2011 (BRASIL, 2011a), não foram viabilizados na região Coração. Entretanto, as ferramentas utilizadas na gestão do cuidado tornam-se potencializadas para a rotatividade dos leitos de UTI do município de São Carlos.

**Categoria:** CROSS - Central de Regulação como elemento promotor do acesso ao cuidado.

A Central de Regulação de Serviços de Saúde, conforme o Decreto nº 56.061, de 2 de agosto de 2010 (SÃO PAULO, 2010), tem por finalidade a regulação da oferta assistencial para os cidadãos, visando, assim, promover a

equidade do acesso ao usuário e garantir a integralidade. A CROSS é um serviço do Sistema Único do estado de São Paulo que possui em sua área de abrangência as centrais de regulação que poderão ser de abrangência municipal ou regional.

A Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) assegura que todo o cidadão tem direito ao acesso universal e integral ao cuidado, sendo assim, a regulação das ações e serviços de saúde é um direito de todos os usuários.

Segue os depoimentos dos participantes do município de referência sobre o CROSS:

*“[...] a gente tem primordial é a CROSS [...]; toda urgência e emergência está regulada por um sistema do governo de estado, isso é o CROSS” (S1M5).*

*“a gente conta com um sistema que é o CROSS que é o sistema de regulação de saúde do estado de São Paulo, não é nacional, ele é do estado” (S2M5).*

*“[...] a regulação de urgência e emergência, então aí tem as regiões que encaminham pra nós via a CROSS que é a regulação do estado” (S3M5)*

*“A regulação de urgência e emergência, ela é feita via CROSS [...]; é uma central disponibilizada pelo Estado de São Paulo, bancada com recurso do estado [...]” (S1M6).*

O estado de São Paulo é responsável pela regulação dos serviços de saúde, assim sendo, descreveremos os três níveis de regulação de saúde estabelecidos pela Portaria nº 1.559, de 01 de agosto de 2008, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008) A **Regulação dos Sistemas de Saúde** é exercida pelos sistemas municipal, estadual e nacional com seus respectivos gestores, tendo como foco a produção de bens e serviços de saúde como regulamentação, controle e avaliação dos sistemas. A **Regulação da Atenção à Saúde**, desempenhada pelas secretarias estaduais e municipais de saúde, tem o papel de executar a contratação de prestadores, além de avaliar e controlar a qualidade de serviços por meio de indicadores. A **Regulação do Acesso à Assistência** tem como foco a regulação médica pré-hospitalar e hospitalar, regulação de leitos, regulação de agenda de consultas e outras ações e serviços de saúde.

A organização dos serviços de regulação deverá ser realizada em toda a esfera de gestão por meio dos complexos reguladores formados pelas unidades operacionais denominadas centrais de regulação.

O Complexo Regulador é um mecanismo que opera as ações de regulação do acesso juntamente com as Centrais de Regulação que podem ser organizadas em Central de Regulação de Consultas e Exames, Central de Regulação de Internações Hospitalares, Central de Regulação de Urgência (BARBOSA; BARBOSA; NAJBERG, 2016).

A região Coração possui uma Central de Regulação em todos os municípios, conforme demonstrou a análise de documentos. Sendo assim o município de referência – São Carlos – recebe a maior parte da demanda de transferências dos pacientes desses municípios.

De acordo com Silva (2008a), nas regiões de saúde, os municípios deverão operar o complexo regulador dos serviços presentes no seu território, realizando a cogestão, com os estados e com outros municípios. Existe, nesse perspectiva, uma necessidade de compartilhar as responsabilidades entre esses governos e garantir o funcionamento da rede.

A Organização Pan Americana ressalta que os serviços de saúde devem ser ofertados aos usuários em todos os níveis de atenção, desde a prevenção na atenção primária até os cuidados em ambientes extra-hospitalares, desse modo, a central de regulação deve estar articulada com todos os serviços do sistema de saúde para ofertar ao usuário um atendimento integral.

A central de regulação exerce um papel fundamental na prestação de serviços ao usuário, e quando interligada os demais serviços, ordena os fluxos de atendimento e direciona o usuário nos diversos pontos de atenção para atender suas necessidades. Desse modo, a central de regulação é um serviço relevante e essencial na Implementação da Rede de Urgência e Emergência.

#### **Tema 4: A cogestão como um dispositivo que contribui para o fortalecimento da RUE.**

Nesse tema surgiu a seguinte categoria: Fórum de regulação como espaço de discussão entre os gestores fortalece o processo de construção da RUE.

**Categoria:** Fórum de regulação como espaço de discussão entre os gestores fortalece o processo de construção da RUE.

O Fórum de regulação da região Coração é um espaço que reúne os prestadores de serviços e os gestores de toda a região para discutir a regulação e o acesso dos pacientes, geralmente ocorre no município de referência que já possui o grupo do Núcleo Interno de Regulação (NIR) e na DRS.

Seguem as falas de um membro do grupo condutor de um município de referência e de uma gestora da DRS de Araraquara.

*“Outro fator que a gente achou importante, montamos um fórum de regulação municipal [...] e aí sabemos o que foi encaminhado [...] então nós temos um perfil agora de como está sendo os encaminhamentos” (S1M5).*

*“[...] temos o fórum da regulação que é mensal, que não é só a região Coração, mas é o DRS junto que também discute urgência, então isso é um ganho com a implantação da rede [...]” (S1M6).*

Os espaços coletivos são:

*“[...] Os espaços coletivos são estratégias de democratizar as relações de poder, de superação e decisões, assim, a cogestão, significa o compartilhamento de poder, constituição de uma rede em que os diferentes espaços convertem-se em instâncias de poder relativo [...]” (CAMPOS apud GUIZARDI; CAVALCANTI, 2010, p. 1250).*

Segue abaixo a fala de uma gestora da DRS de Araraquara.

*“[...] mas a gente insiste nos espaços que a gente vai, existe esse fórum de regulação onde a gente discute isso e a gente insistentemente relembra as referências [...] nós temos reuniões mensais pra discutir, bimestrais, aonde discute a regulação de urgência e emergência microrregional que lá a gente fala dentro da região coração e a gente discute todas essas dificuldades de acesso onde tem os prestadores menores [...]” (S1M6).*

O Fórum de regulação é apresentado nas falas somente dos participantes do município de referência e da gestora do DRS, portanto, esses espaços para discutir a regulação do paciente estão sendo fortalecidos com as demandas apresentadas pelos gestores de todos os municípios da região Coração, tornando-se, deste modo, um recurso que promove maior clareza e acessibilidade na aceitação dos casos regulados para o município de referência.

## **Tema 5: Resistência às mudanças nas organizações dificultam no processo de implantação da RUE.**

Neste tema surgiu a categoria Modelo médico centrado e resistência à mudança dificultam o processo de implantação da RUE.

**Categoria:** Modelo médico centrado e resistência à mudança dificultam o processo de implantação da RUE.

As mudanças nas organizações geralmente causam diferentes tipos de reações nos atores envolvidos, as quais variam conforme as propostas de mudanças, assim como uma resistência completa por parte do envolvido a qualquer tipo de mudança. Os determinantes dessas reações são vários, entre eles o fato da mudança alterar o poder e a hierarquia organizacional (BRESSAN, 2004).

Fala de um membro do NIR de um município de referência:

*“A maior dificuldade que a gente enfrenta é o medo da mudança, a partir do momento que a pessoa entende que ela vai ser cobrada de uma forma diferente, ela tem uma resistência, eu não quero fazer parte. Ah! Isso não vai funcionar, olha não consigo fazer esse tipo de regulação [...] e a resistência é a maior dificuldade que nós tivemos, essas dificuldades não é só das pessoas da ponta técnica, enfermeiros, **é médico de não aceitar, eu não quero fazer, participar, não é assim que funciona, eu sou médico, eu decido o que eu faço** e não é assim, a rede eu entendo que ela tem que estar integrada hoje, esse negócio de **médico centrado** acabou e não existe mais isso e essa resistência à mudança eu acho que mais é o que pega na hora da gente fazer implementação [...]” (S2M5).*

As propostas de mudanças nas organizações geram inseguranças e enfrentamentos das dificuldades, como a resistência dos profissionais, em especial dos médicos, de não aceitarem as mudanças por questão de poder.

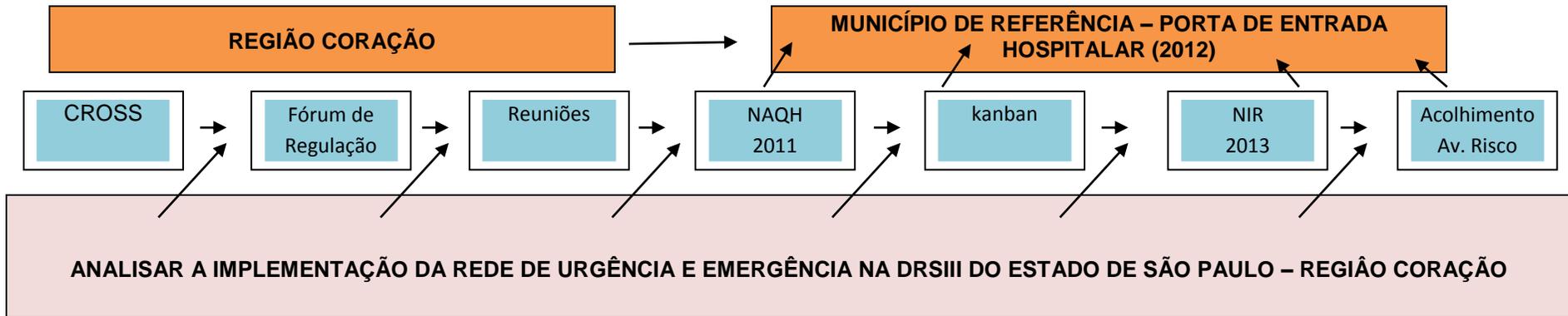
A questão do poder médico, para Carapinheiro (1991), corresponde ao exercício de diferentes tipos de autoridade, sendo um deles o poder técnico-científico considerado como acúmulo de saberes e competências.

Vale ressaltarmos que essa resistência a mudanças por parte dos profissionais pode dificultar o processo de trabalho nas organizações, uma vez que essas mudanças podem oferecer adequações para a resolubilidade dos problemas. As instituições, ao realizarem os processos de mudanças precisam compartilhar com

os demais profissionais e/ou então fazer uma gestão mais participativa de tal forma que possa ajudar a vencer o medo da mudança.

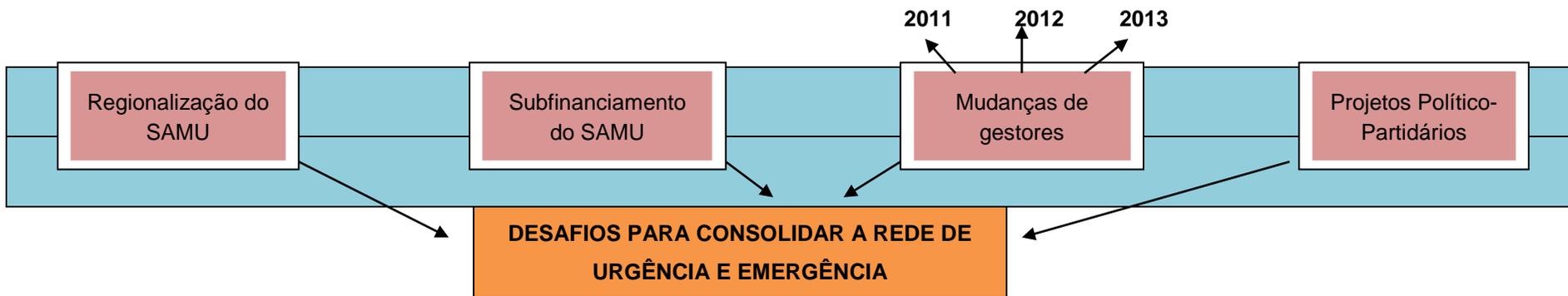
Na Figura 3, a seguir, procuramos evidenciar as conquistas da RUE da região Coração, desde quando foi reformulada a Portaria nº 1.600/2011 da Rede de Urgência e Emergência, assim sinalizamos as conquistas dos municípios e os desafios da rede em toda a região.

Figura 3 - Análise da implementação da Rede de Urgência e Emergência na Região Coração do estado de São Paulo



Reformulação da RUE (Portaria nº 1.600, 2011)

(Ano, 2017)



(Início, 2011)

(Ano, 2017)

Fonte: Elaborado pela autora.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção da Rede de Urgência e Emergência pelos gestores aconteceu por recomendação do Ministério da Saúde, por meio da deliberação CIB, em 2012. Desse modo, a RUE foi construída com base na necessidade de cada Região de Saúde, que pudesse atender as propostas da Portaria nº 1.600, reformulada em 2011.

Em face da proposta do Ministério da Saúde, a RUE na região Coração vem sendo fortalecida no município de referência por ser considerada porta de entrada para as emergências do município e região.

Ferramentas de gestão como Kanban, NAQH, NIR e acolhimento com classificação de risco são considerados como elementos facilitadores e têm sido implantados no município de São Carlos, na forma de qualificar e organizar o fluxo de atendimento e, desse modo, garantir a rotatividade dos leitos, sobretudo os de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) por apresentarem uma alta taxa de ocupação. Essas ferramentas implantadas foram então determinadas pelo Ministério da Saúde com a instituição de novas portarias, o que demonstra mais uma vez que esse processo de implantação vem acontecendo nos equipamentos considerados “Porta de Entrada Hospitalar”. Nos municípios pequenos, por sua vez, existe a dificuldade de se implantar essas ferramentas, em razão da falta de recursos financeiros, sendo que na análise documental verificamos que uma das propostas dos municípios é implantar o acolhimento com classificação de risco, porém ainda não foi contemplada.

Na análise dos documentos identificamos propostas sobre a implementação da Rede de Urgência e Emergência, sendo o acolhimento com avaliação de risco e a implantação do SAMU considerados como componentes da RUE. Desta forma, torna-se um componente capaz de integrar com os demais serviços da Rede de Atenção à Saúde.

Ao analisarmos as propostas pelo Ministério da Saúde, no que diz respeito ao funcionamento da Rede de Urgência e Emergência, várias foram as diversidades apontadas pelos gestores, o que caracteriza que existem ambiguidades em relação ao funcionamento da RUE nessa região. Assim, os resultados desta pesquisa evidenciam que a ação indutora do Ministério da Saúde por vezes é reconhecida como potencializadora e por outras como dificultadora da implantação.

No campo dos desafios, os municípios menores da região Coração apontaram as dificuldades do subfinanciamento para implantar o SAMU local. Dessa maneira, a regionalização do SAMU encontra-se distante de atingir os projetos recomendados pela portaria do Ministério da Saúde. Outra dificuldade apontada é a resistência e medo às mudanças e a hegemonia do modelo médico-centrado.

Sobre os elementos que movem a RUE, destacamos a importância de encontros sistemáticos entre os representantes dos seus equipamentos constituintes e entre os municípios da regional, a criação de um fórum regional semanal para avaliação dos fluxos e encaminhamentos, assim como o desenvolvimento de mecanismos de comunicação que ajudem a resolver em tempo real as demandas e a regulação pelo sistema CROSS.

Desse modo, este estudo possibilitou-nos analisar a implementação da Rede de Urgência e Emergência na Região Coração e nos permitiu compreender que uma rede acontece quando todos os equipamentos de saúde estão articulados entre si, “isso é uma rede”. Entretanto, a Rede de Urgência e Emergência nessa região demonstra alguns entraves em face do proposto pelo Ministério da Saúde e que na atual prática não acontece em todos os municípios. Implantar a Rede de Urgência e Emergência nessa região requer investimentos financeiros em toda área, porém, percebemos que os investimentos estão acontecendo no município de São Carlos e que um projeto sanitário em prol do fortalecimento do SUS e cuidado das pessoas seja perseguido em detrimento dos projetos político-partidários locais.

Consideramos, que o presente estudo permitiu identificar as potencialidades e os desafios dos gestores para implementar a Rede de Urgência e Emergência na região Coração. Alertamos, contudo, para a necessidade de se recompor o grupo condutor para retomar as discussões sobre a Rede de Urgência e Emergência e salientamos que investimentos financeiros são necessários para que os gestores de saúde possam dar continuidade aos projetos propostos e instituídos pela portaria do Ministério da Saúde.

## REFERÊNCIAS

ACIOLE, G. G. **Depois da reforma**: contribuição para a crítica da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 2013.

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

AYRES, J. R. C. M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde e sociedade**, São Paulo v. 18, supl.2, p. 11-23, 2009.

BARBOSA, D. V.S.; BARBOSA, N. B.; NAJBERG, E. Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. **Caderno Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 49-54, 2016.

BARDIN, L. **Análise do conteúdo**. Lisboa: Ed. 70, 2008.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, DF, 2012a. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)>. Acesso em: 25 mar. 2015.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação estruturante do SUS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília, DF, 2007a. (Coleção Progestores: para entender a gestão do SUS, v. 12).

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde /Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007b. (Coleção Progestores: para entender a gestão do SUS, v. 1).

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. Brasília: CONASS, 2006a.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil** [recurso eletrônico]: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas constitucionais nºs 1/1992 a 88/2015, pelo Decreto legislativo nº 186 /2008 e pelas Emendas constitucionais de revisão nºs 1 a 6/1994. 46. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2015. (Série textos básicos; n. 109).

\_\_\_\_\_. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 out. 1988. Seção II, p. 34.

\_\_\_\_\_. Gabinete do Ministro. Portaria GM n.º 1.600, de 07 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 jul. 2011a. Seção 1, p. 1-9.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Seção 1, p. 18055-18059.

\_\_\_\_\_. Lei n. 8142, de 28 de setembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1, p. 25694-25695.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Planejamento Regional Integrado, ciclo e etapas para de elaboração. In: \_\_\_\_\_. **Manual de planejamento no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. p. 87-99. (Série Articulação Interfederativa; v. 4).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/anexos/anexos\\_prt4279\\_30\\_12\\_2010.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/anexos/anexos_prt4279_30_12_2010.pdf)>. Acesso em: 2 fev. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. 3. ed. ampliada. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.559, de 1 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de regulação do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2008. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/1559-%5B2870-120110-SES-MT%5D.pdf>>. Acesso em: 3 fev. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.663, de 6 de agosto de 2012. Dispõe sobre o Programa SOS Emergências no âmbito da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE). Brasília, 2012b. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1663\\_06\\_08\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1663_06_08_2012.html)>. Acesso: 5 jan. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011. Organiza o Componente hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2011b. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2395\\_11\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2395_11_10_2011.html)>. Acesso: 5 jan. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 354, de 10 de março de 2014. Publica a proposta de Projeto de Resolução “Boas Práticas para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência”. Brasília, 2014. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0354\\_10\\_03\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0354_10_03_2014.html)>. Acesso em: 6 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da sala de estabilização**: componente da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_instrutivo\\_rede\\_atencao\\_urgencias.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf)>. Acesso em: 3 fev. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **SUS**: redes de produção de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série B: Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. 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, 2004a. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf>>. Acesso em: 7 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS)**: princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério Público Federal. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. **Manual de Atuação do Ministério Público Federal em Defesa do Direito à Saúde**. Brasília, DF, 2005. Disponível em: <[http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude/manual\\_atuacao.pdf](http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude/manual_atuacao.pdf)>. Acesso em: 5 ago. 2017.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 1.828, de 2 de setembro de 2004. Institui incentivo financeiro para adequação da área física das Centrais de Regulação Médica de Urgência em estados, municípios e regiões de todo o território nacional. Brasília, 2004b. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1828\\_02\\_09\\_2004.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1828_02_09_2004.html)>. Acesso em: 2 fev. 2017.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília, 2013b. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390\\_30\\_12\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html)>. Acesso: 3 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília, 2003. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863\\_26\\_09\\_2003.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html)>. Acesso: 25 set. 2017.

BRESSAN, C. L. Mudança Organizacional: uma visão gerencial. In: SEMINÁRIO DE GESTÃO DE NEGÓCIOS, 1., 2004, Curitiba. **Anais...** Curitiba: FAE, 2004. v. 1. Disponível em: <[http://www.fae.edu/publicacoes/pdf/art\\_cie/art\\_25.pdf](http://www.fae.edu/publicacoes/pdf/art_cie/art_25.pdf)>. Acesso em: 21 mar. 2017.

CANZONIERI, A. M. **Metodologia da pesquisa qualitativa na saúde**. Petrópolis: Vozes, 2011.

CARAPINHEIRO, G. O poder médico e poder administrativo no cotidiano hospitalar. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, n. 33, p. 83-91, out. 1991.

CARVALHO, G. C. M. O momento atual do SUS... a ousadia de cumprir e fazer cumprir a Lei. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 9-24, 1993.

CHAMPAGNE, F. et.al. A análise da Implantação. In: BROUSSELE, A. et al. (Orgs.). **Avaliação: Conceitos e métodos**. Tradução de Michel Colin. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 217-238.

CHAROUX, O. M. G. Tipos de pesquisa, técnicas de coleta de dados, análise e interpretação. In: \_\_\_\_\_. **Metodologia: Processo de produção, registro e alto do conhecimento**. São Paulo: DVS, 2004. p. 38-44.

CONSELHO DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. Secretaria Estadual de Saúde. **Termo de referência para a estruturação da rede de atenção as urgências do SUS**. São Paulo: SES, 2011a.

\_\_\_\_\_. Secretaria Estadual de Saúde. **Termo de referência para a estruturação de redes regionais de atenção à saúde no Estado de São Paulo**. São Paulo: Secretaria Estadual de Saúde; COSEMS, 2011b.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DA SAÚDE. **Metodologia de implementação das redes de atenção de urgência e emergência no estado de Minas Gerais**. Brasília, DF: Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, 2012.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - DATASUS. **Indicadores demográficos**. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/sistemas-de-gestao>>. Acesso em: 3 abr. 2015.

DESCALVADO. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde: 2014-2017**. Descalvado, SP, 2014. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/sistemas-de-gestao/sargsus>>. Acesso em: 3 abr. 2015.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão – período de janeiro a dezembro de 2011, 2013 e 2015**. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/sistemas-de-gestao/sargsus>>. Acesso em: 3 abr. 2015.

DOURADO. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde do município de Dourado, SP: 2010 a 2013; 2014 a 2017.** Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/sistemas-de-gestao/sargsus>>. Acesso em: 3 abr. 2015a.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão** – período de janeiro a dezembro de 2011-2015. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/sistemas-de-gestao/sargsus>>. Acesso em: 3 abr. 2015b.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. As Origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T. et al. (Orgs.) **Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 59-81.

FONTENELLE, M. E. A. **Percepções sobre a utilização e efetividade da pesquisa qualitativa no Marketing eleitoral.** 2008. 133 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Faculdade de Ciências Empresariais, Universidade FUMEC, Belo Horizonte, 2008.

FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS - SEADE. Disponível em: <[www.seade.gov.br](http://www.seade.gov.br)>. Acesso em: 18 mar. 2015.

GOZZI, A. et al. Entre o real e o possível: tecendo a RAPS que desejamos a partir da Saúde Mental que temos. In: PINHEIRO, R. et al. (Orgs.). **Experienci (Ações) e práticas de apoio no SUS: Integralidade, áreas programáticas e democracia institucional.** Rio de Janeiro: CEPESC/ABRASCO, 2014. p. 175-188.

GRABOIS, V. Gestão do Cuidado. In: OLIVEIRA, R. G. de; GRABOIS, V.; MENDES JÚNIOR, W. V. (Orgs.). **Qualificação de gestores dos SUS.** Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2009. p. 159-197.

GRUPO TÉCNICO DA COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE. **Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS.** Brasília, DF, dez. 2010. (Proposta de documento - Versão final para análise).

GUILHOTO, L. F. M. **O uso da internet como ferramenta para a oferta diferenciada de serviços a clientes corporativos: Um estudo exploratório no setor de telecomunicações.** 2002. 271 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/12/12139/tde-31012006-204249/en.php>>. Acesso em: 31 mar. 2017.

GUIZARDI, F. L.; CAVALCANTI, F. O. L. O conceito de cogestão em saúde: reflexões sobre a produção de democracia institucional. **Revista Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1245-1265, 2010.

HEISLER, P. A. **Aplicação da metodologia KAN BAN como ferramenta adaptada para gestão de “leitos” na emergência**. 2012. 25 f. Projeto (Especialização em Informação Científica e Tecnológica em Saúde) – Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Porto Alegre, 2012. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/6505/1/TCC%20Paulo%5B1%5D.pdf>>. Acesso em: 7 mar. 2017.

IBATÉ. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde do município de Ibaté, SP**: 2010 a 2013. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/sistemas-de-gestao/sargsus>>. Acesso em: 3 abr. 2015a.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão** – período de janeiro a dezembro de 2011- 2015. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/sistemas-de-gestao/sargsus>>. Acesso em: 3 abr. 2015b.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo Demográfico**. 2011. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 3 set. 2016.

KUSCHNIR, R. et al. Configuração da rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde no âmbito do SUS. In: OLIVEIRA, R. G. de; GRABOIS, V.; MENDES JÚNIOR, W. V. (Orgs.). **Qualificação de gestores dos SUS**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2009. p. 125-157.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4. p. 867-874, 2011a.

\_\_\_\_\_. Descentralização e estruturação de redes regionais de atenção à saúde no SUS. In: IBÁÑEZ, N.; ELIAS, P. E. M.; SEIXAS, P. H. D. (Orgs.). **Política e gestão pública em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2011b. p. 317-331.

LIMA, L. D. et al. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do pacto pela saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1903-1904, 2012.

LIMA, N. T.; FONSECA, C. M. O.; HOCHMAN, G. A Saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em Perspectiva Histórica. In: LIMA, N. T. et al. (Orgs.). **Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 27-58.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. de; BAPTISTA, T. W. de F. Princípios organizativos e instâncias de gestão do SUS. In: OLIVEIRA, R. G. de; GRABOIS, V.; MENDES JÚNIOR, W. V. (Orgs.). **Qualificação de gestores dos SUS**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2009. p. 49-74.

MACHADO, R. R. Políticas de Saúde no Brasil: Um pouco da história. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, Florianópolis, v. 5, n. 3, p. 95-104, dez. 2012.

MACHIN, D. G.; CHAGAS, L. Aspectos Conceituais. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Gestão de Redes na OPAS/OMS Brasil: Conceitos, Práticas e Lições Aprendidas**. Brasília: OPAS/OMS, 2008. p. 19-39.

MASSAO, O. **Dicionário básico japonês-português**. Tokyo: Aliança Cultural Brasil - Japão, 1989. (The Japan Foundation, Tokyo, Japan).

MASSARO, I. A. C.; MASSARO, A. O uso do Kanban na gestão do cuidado: Superando Limites. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 17, n. 66, jan. – mar. 2017. Disponível em: <<http://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/14/28>>. Acesso em: 7 mar. 2017.

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

\_\_\_\_\_. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MINAYO, M. C. S. Análise e Interpretação de Dados de Pesquisa Qualitativa. In: MINAYO, M. C. S.; GOMES, S. F. D. R. (Orgs.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 33. ed. Petrópolis: Vozes, 2013. p. 79-108.

\_\_\_\_\_. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S.; GOMES, S. F. D. R. (Orgs.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 27. ed. Petrópolis: Vozes, 2008a. p. 9-29.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

\_\_\_\_\_. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: MINAYO, M. C. S.; GOMES, S. F. D. R. (Orgs.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 27. ed. Petrópolis: Vozes, 2008b. p. 64-66.

NASCIMENTO, E. R. P. et al. Classificação de Risco na Emergência: Avaliação da Equipe de Enfermagem. **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 84-88, jan./mar. 2011.

O'DWYER, G.; KONDER, M. T. As Unidades de Pronto- Atendimento na Política Nacional de Atenção às Urgências. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 525-545, 2015.

O'DWYER, G.; MACHADO, C. V.; SALVADOR, F. G. F. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 519-528, 2011.

OLIVEIRA, A. A. P. **Análise documental do processo de capacitação dos multiplicadores do projeto “Nossas crianças: Janelas de oportunidades” no município de São Paulo à luz da Promoção da Saúde**. 2007. 210 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Coletiva) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

OLIVEIRA, N. R. de C. (Org.). **Redes de atenção à saúde: a atenção à saúde organizada em redes**. São Luís, MA: UFMA, 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/USer/Downloads/UNIDADE\_1%20(1).pdf>. Acesso em: 23 out. 2016.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. **Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y de ruta para su implementación en Iás Américas**. Washington, D.C.: OPS, 2010. (Série: La Renovación de La Atención Primária em Iás Américas, n. 4).

PIMENTEL, A. O método da análise documental: seu uso na pesquisa historiográfica. **Cadernos de Pesquisa**, Londrina, n. 114, p. 179-195, 2001.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Tradução de Ananyr Porto Fajardo. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

RIBEIRÃO BONITO. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde do município de Ribeirão Bonito, SP: 2014-2017**. Ribeirão Bonito, SP, abr. 2014. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/sistemas-de-gestao/sargsus>>. Acesso em: 3 abr. 2015.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão – período de janeiro a dezembro de 2011-2015**. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/sistemas-de-gestao/sargsus>>. Acesso em: 3 abr. 2015.

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 622-631, 2014.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. Rede interfederativa de saúde. In: SILVA, S. F. et al. **Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde**. Campinas: IDISA, 2008, p. 35-65.

SÃO CARLOS. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde: 2010-2013**. São Carlos, SP, 2009. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/sistemas-de-gestao/sargsus>>. Acesso em: 3 abr. 2015.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão – período de janeiro a dezembro de 2011, 2013, 2014**. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/sistemas-de-gestao/sargsus>>. Acesso em: 3 abr. 2015.

SÃO PAULO (Estado). Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo. Decreto nº 56.061, de 2 de agosto de 2010. Cria, na Coordenadoria de Serviços de Saúde, da Secretaria da Saúde, a Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde - CROSS e dá providências correlatas. São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://dobuscadireta.imprensaoficial.com.br/default.aspx?DataPublicacao=20100803&Caderno=DOE-I&NumeroPagina=1>>. Acesso em: 3 fev. 2017.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Rede Regional de Atenção à Saúde – RRAS 13 e respectivos DRS, Regiões de Saúde e Municípios. São Paulo, 2012. Disponível em:

<[http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/mapa-de-saude/mapas-tematicos/condicoes-geograficas-demograficas-e-socio-economicas/divisao-politico-administrativa-da-rras/rras\\_rs\\_mun\\_13.jpg](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/mapa-de-saude/mapas-tematicos/condicoes-geograficas-demograficas-e-socio-economicas/divisao-politico-administrativa-da-rras/rras_rs_mun_13.jpg)>. Acesso em: 25 ago. 2017.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, E. M. R.; TRONCHIN, D. M. R. Acolhimento de usuários em um pronto-socorro infantil na perspectiva dos enfermeiros. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 6, p. 799-803, 2011.

SILVA, F. H. et al. A Trama não se tece sozinha: costuras coletivas em um território do estado de São Paulo. In: PINHEIRO, R. et al. (Orgs.). **Experienci(Ações) e práticas de apoio no SUS: Integralidade, áreas programáticas e democracia institucional**. Rio de Janeiro: CEPESC/ABRASCO, 2014. p. 189-201.

SILVA, S. F. Aperfeiçoando as Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde e implantando o pacto: Diretrizes operacionais. In: SILVA, S. F. et al. **Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde**. Campinas: IDISA; CONASEMS, 2008a. p. 151-197.

\_\_\_\_\_. Desafios para o aperfeiçoamento das redes de atenção à saúde no SUS no contexto da implementação do Pacto pela Saúde. In: SILVA, S. F. et al. **Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde**. Campinas: IDISA; CONASEMS, 2008b. p. 118-133.

\_\_\_\_\_. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, jun. 2011.

\_\_\_\_\_. Redes de atenção a saúde: conceito, modelo e diretrizes. In: SILVA, S. F. et al. **Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde**. Campinas: IDISA; CONASEMS, 2008c. p. 69-99.

SILVA, S. F.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Redes de atenção à saúde: importância e conceitos. In: SILVA, S. F. et al. **Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde**. Campinas: IDISA; CONASEMS, 2008. p. 69-85.

SOUZA, G. C. A.; COSTA, I. C. C. O SUS nos seus 20 anos: Reflexões num contexto de mudanças. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 509-517, 2010.

SOUZA, R. R. **Construindo o SUS: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo**. 2002. 102 f. Dissertação (Mestrado em Administração em Saúde) – Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/monografia\\_construindo\\_sus.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/monografia_construindo_sus.pdf)>. Acesso em: 28 fev. 2017.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. In: \_\_\_\_\_. **Uma estrutura para a medição da atenção primária**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002. p. 43-70.

TEIXEIRA, C. F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência no SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 153-162, 2002.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: Um debate aberto. **Temáticas**, Campinas, v. 22, n. 44, p. 203-220, ago./dez. 2014.

YUNES, J. O SUS na lógica da descentralização. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 13, n. 35, p. 65-70, 1999.

## APÊNDICE A - ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

### Planilha de Análise dos Dados

#### Objetivos:

- Analisar as transformações da RUE a partir de sua implementação na região Coração;
- Identificar os desafios e conquistas da RUE na região Coração, à luz das diretrizes expressas nos documentos oficiais que orientam a sua instalação.

Tema	Categoria	Contexto das falas	Fragmentos das entrevistas
<p><b>A história da RUE na região Coração.</b></p>	<p><b>O Mapa da Saúde e Diagnóstico situacional</b></p>	<p>Gestor municipal de um município pequeno refere ter participado da construção do mapa da saúde que foi dividido em redes.</p> <p>Fala de uma gestora da DRS de Araraquara.</p>	<p>[...] eu participei do mapa da saúde, quando foi feito o mapa da saúde do Estado de São Paulo, foi dividido em redes, rede da oncologia, rede crônica e foi feita a rede de urgência e emergência que era a RUE, e eu era a comitê da RUE de implantação, na verdade essa demanda foi levada para os gestores” (S2M3).</p> <p>“[...] Ela foi aprovada pela deliberação CIB de 2012, foi aprovada junto com a rede cegonha [...] Veio a portaria, né? Assim como as demais redes temáticas, né? O Ministério determina as portarias, os critérios para a sua implementação e aí a gente discutiu como a gente vai viabilizar dentro do nosso território, aqui na nossa regional, a gente tem o hábito sempre ter representante de todo o município na hora da construção” (S1M6).</p>

	<p><b>Diversidades entre os gestores quanto ao funcionamento da RUE na região Coração.</b></p>	<p>Fala da gestora da DRS de Araraquara.</p> <p>Fala de uma gestora da DRS de Araraquara.</p> <p>Fala de um membro do grupo condutor de um município de referência.</p> <p>Fala de um membro do grupo condutor de um município pequeno.</p>	<p>“Acho que na época que a gente foi montar a rede, a gente chamou representante de cada um dos municípios [...] o plano de ação da RUE já estava desenhado dentro da RAS e aí o Ministério viu essa necessidade e aí inseriu mais uma porta de entrada dentro da DRS que foi em São Carlos” (S1M6).</p> <p>[...] a gente traz todo o pessoal pra que a portaria determina e quais as necessidades da nossa região, né? E foi assim que a gente conseguiu desenhar, identificando os principais pontos que conforme a portaria determina, identificando o que aquele serviço tem potencialidades ou não tem o que precisa contemplar e aí a gente fez esse diagnóstico e foi só contando aquilo que a portaria determinava lá e que tinha recurso financeiro para poder estar custeando (S1M6).</p> <p>“Do que começou em 2010 a RUE e pra o que estamos hoje, caminhou não da forma que esperávamos, mas caminhou muito [...]” (S1M5).</p> <p>[...] mas, aqui não temos a classificação [...] não conseguimos implantar, aqui fazemos a triagem e não acolhimento [...] (S1M3).</p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p><b>Projetos políticos e as mudanças na gestão dos municípios.</b></p>	<p>Fala de uma gestora de um município pequeno.</p> <p>Fala de um gestor de um município pequeno.</p> <p>Fala do membro do grupo condutor da RUE do município pequeno.</p> <p>Fala de uma gestora da DRS de Araraquara.</p> <p>Fala de um membro do grupo condutor de um município de referência.</p>	<p>“Nós não temos rede de urgência e emergência efetivamente no município [...];está parada [...]; não tem, absolutamente parado em [...] nessa questão de urgência e emergência [...]” (S1M1).</p> <p>“Funciona, nós podemos considerar uma rede, porque uma rede teria que interlaçar (SIC) com todos os municípios e com São Carlos, bem explicado, uma rede é uma rede, então o município corta o fio, né? Então assim funciona, mas tem muitas pendências” (S2M3).</p> <p>“Considero, existe, porque não seja tão ampla como do município grande, mas, o básico a gente consegue atender aqui, a gente estabiliza o paciente e encaminha para São Carlos [...]” (S1M2).</p> <p>“Eu acho que funciona, com toda a fragilidade, com todo o negócio que a gente tenta corrigir no decorrer do processo [...]; mas eu acho que dentro da proposta que estava apontada pelo ministério, eu acho que a RUE funciona” (S1M6).</p> <p>“Nós tínhamos que estruturar uma rede que numa eventual necessidade nós tivéssemos condições de atender [...] UPA, as portas de urgência e emergência, leito de UTI e SAMU [...] daí o governo libera a sala de estabilização e isso é só no papel, não aconteceu [...] (S1M5)”.</p>
--	--------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>A fala de um membro do grupo do Núcleo Interno de Regulação (NIR) do município de referência.</p> <p>Fala de uma gestora de um município pequeno.</p> <p>Fala da gestora da DRS.</p> <p>Fala de um gestor do grupo condutor de um município de referência.</p>	<p>“Se perguntar se a rede RUE funciona, ela funciona, funciona e tem ótimas pessoas envolvidas” (S3M5).</p> <p>“[...] 2012 houve a troca de prefeito, [...] em 2013 [...] então houve uma nova eleição [...]; e 2014, chegou um novo prefeito [...]; Isso, foram diversas mudanças de gestão, por isso que não conseguiu concretizar [...]“(S1M1).</p> <p>“[...] Ainda o SAMU é municipal mesmo com a proposta, né? O ano passado a gente, o que nós discutimos de SAMU para a proposta de implementação do sistema regional, foi inúmeras reuniões, desde 2015 e 2016 inúmeras, mais isto requer investimento do município [...] seria uma outra dificuldade, né? Não é técnica, é política mesmo [...] pessoas que não quer se desmanchar, então tá, mas não conseguimos avançar para um SAMU regional. (S1M6).</p> <p>“Em 2013, era mudança de gestão e aí começou mudar os personagens [...]; e aí foi mudando as pessoas mesmo [...]; com as trocas de prefeito e de secretário, eles não estavam dentro da mesma lógica que estava sendo construída e aí houve totalmente umas distorções de citações que a gente não consegue concluir. A troca de gestão é a troca de entendimento que estava sendo construído e o que era interessante pra um, não estava sendo para outro“(S1M5).</p>
--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



	<p><b>O Subfinanciamento como limitante para a implantação da RUE.</b></p>	<p>Fala de uma gestora de um município pequeno.</p> <p>Fala de uma gestora de um município de pequeno porte apontando a dificuldade para implantar o SAMU.</p> <p>Fala de um membro do grupo condutor de um município de pequeno porte.</p> <p>Fala de um gestor de um município de pequeno porte.</p> <p>Fala da gestora da DRS.</p>	<p>“Em 2012, começou-se os estudos pra efetivar um consórcio de SAMU regional, então esse SAMU ainda não prosperou [...] o custo benefício é muito grande, fica alto esse custo benefício, considerando que a gente não tem demanda, nossa demanda é muito pequena [...] então ficou assim, com medo e nós com a responsabilidade, porque vai ficar em torno de 40.000 reais por mês [...] (S1M1).</p> <p>[...] como o município é pequeno não teria vantagem em ter o SAMU [...]; porque para implantar o SAMU pelo que a gente viu nas reuniões [...] acho que teria um gasto muito grande pra pouca emergência. (S1M2).</p> <p>“Na verdade fizemos uma proposta de SAMU regional que São Carlos assumiria os casos nossos, deixar uma ambulância aqui e o avançado sairia de São Carlos [...] “ (S1M3).</p> <p>[...] então o prefeito falava como eu vou investir 30.000 por mês mais, se eu já estou arrecadando menos de [...]; eu não tenho como investir 30.000 no SAMU [...] (S2M3).</p> <p>“Nossa, a gente já discutimos muito com relação a isso, discutimos muito, mas na hora que você fala que tem que tirar o dinheiro pra bancar isso, a gente sabe que não tem [...] a partir do</p>
--	----------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

			<p>momento que eu implantar o SAMU a gente prevendo no desenho uma unidade de suporte básico e uma unidade de suporte avançado pra lá, só que isso ia custar no mínimo [...] 70.000 mensal que o Porto vai começar a desembolsar, então nenhum prefeito agora consegue tirar esse recurso e implantar, então sendo SAMU regional também prejudica a questão da assistência da implementação da rede de urgência e emergência [...] (S1M6).</p>
<b>Tema</b>	<b>Categoria</b>	<b>Contexto das falas</b>	<b>Fragments das entrevistas</b>
<b>Variáveis que contribuem para implantação da Rede de Urgência e Emergência</b>	<b>Ferramentas de gestão do cuidado: Kanban, NAQH, NIR, Acolhimento com Classificação de Risco e UTI.</b>	<p>Fala de um membro do grupo condutor.</p> <p>Fala da gestora do NIR (Núcleo Interno de Regulação) de um município de referência.</p>	<p>O Ministério exige também preencher ao Kanban que é uma nova tecnologia da RUE que vai classificar o paciente no período de internação. Ele tem um período classificado por cores e quando ele chega no vermelho é que ele ultrapassou o período de internação segundo o quadro de diagnóstico [...] (S1M5).</p> <p>[...] Nós temos o Kanban e vai usar realmente isso como instrumento, o Kanban vai identificar pra você quais as pendências que vai ficar tomando tempo do paciente [...] (S3M5).</p>

		<p>Fala do gestor de um município de referência.</p> <p>Gestor do grupo condutor de um município de referência menciona sobre as ferramentas de gestão exigidas pela portaria.</p> <p>Gestor do NIR de um município referência.</p> <p>Gestora da DRS referindo sobre as ferramentas de gestão exigidas pela portaria.</p> <p>Fala de um gestor de um município de referência que expressa a classificação de risco como pré-requisito para a RUE.</p>	<p>Nós temos o Kanban funcionando numa tela, o enfermeiro consegue visualizar isso em tempo real [...] o Kanban na verdade é uma ferramenta japonesa e que foi adaptada para utilizações dos hospitais [...] (S4M5).</p> <p>[...] hoje o Ministério está acompanhando nossas reuniões e eles exigem a implantação do NIR e do NAQH que são programas relacionados a rede de urgência e emergência (S1M5).</p> <p>[...] então é assim, nós temos o núcleo interno de regulação da santa casa [...] nós fazemos todos os levantamentos estatísticos hospitalares junto com a qualidade hospitalar dentro do sistema informatizado [...] (S3M5).</p> <p>Existe um espaço também né pra discutir isso tudo que é uma reunião do NAQH que é uma exigência da portaria que declarou a RUE [...]; quando você entrou pra RUE iniciaram algumas exigências, você ter meta horizontal, você implantar NIR, você implantar NAQH [...] (S1M6).</p> <p>[...] então um exemplo seria a classificação de risco que é pré-requisito pra que você tenha a rede RUE [...] a gente fala que o Manchester é uma classificação de risco muito boa, muito efetiva [...] (S4M5).</p>
--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p><b>CROSS – Central de Regulação como elemento promotor do acesso ao cuidado.</b></p>	<p>Fala de uma gestora da DRS.</p> <p>Fala do membro do grupo condutor do município de referência menciona que se tivessem os leitos de retaguarda, haveria uma maior rotatividade dos leitos de UTI, e outra dificuldade apontada está voltada para os recursos financeiros.</p> <p>Fala de um membro do grupo condutor de um município de referência.</p>	<p>[...] o Ministério da portaria determinava algumas exigências [...] acolhimento com classificação de risco [...] foi implantado em abril do ano passado, não tinha, mas era até as 4 horas da tarde, não era sistematizado, aí depois eles implantaram em abril do ano passado 24 horas, de risco. (S1M6).</p> <p>Todos os componentes da rede de urgência e emergência que vinha desde a sala de estabilização, a UPA, leitos de retaguarda de UTI, pois, às vezes, nós temos leitos de UTI esgotados, mas se a gente tivesse um leito intermediário que é aquele paciente que não dá para ficar numa clínica e também que você esgotou toda a unidade de UTI, então você poderia colocar em um leito de retaguarda e teria uma equipe para cuidar dele e que não fosse a equipe da UTI conforme a portaria exige, a gente estaria trazendo uma maior rotatividade no leito da UTI para gente usar [...] (S1M5).</p> <p>“[...] a gente tem primordial é a CROSS [...]; toda urgência e emergência está regulado por um sistema do governo de estado, isso é o CROSS (S1M5)”.</p>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>Gestora do NIR (Núcleo Interno de Regulação) do município de referência.</p> <p>Gestor do NIR (Núcleo Interno de Regulação) do município de referência.</p> <p>Fala de uma gestora da DRS de Araraquara.</p>	<p>“A gente conta com um sistema que é o CROSS que é o sistema de regulação de saúde do Estado de São Paulo, não é nacional, ele é do estado” (S2M5).</p> <p>“[...] a regulação de urgência e emergência, então aí tem as regiões que encaminham pra nós via a CROSS que é a regulação do estado” (S3M5).</p> <p>“A regulação de urgência e emergência, ela é feita via CROSS [...]; é uma central disponibilizada pelo Estado de São Paulo, bancada com recurso do estado [...]” (S1M6).</p>
<b>Tema</b>	<b>Categoria</b>	<b>Contexto das falas</b>	<b>Fragments das entrevistas</b>
<b>A cogestão como dispositivo que contribui para o fortalecimento da RUE.</b>	<b>Fórum de regulação como espaço de discussão entre os gestores fortalece o processo de construção da RUE.</b>	<p>Fala de um membro do grupo condutor de um município de referência.</p> <p>Fala de um membro do grupo NIR de um município de referência.</p>	<p>“Outro fator que a gente achou importante, montamos um fórum de regulação municipal [...] e aí sabemos o que foi encaminhado [...] então nós temos um perfil agora de como está sendo os encaminhamentos” (S1M5).</p> <p>“[...] temos o fórum da regulação que é mensal, que não é só a região Coração, mas é o DRS junto que também discute urgência, então isso é um ganho com a implantação da rede [...]” (S1M6)</p>

		Fala de uma gestora da DRS de Araraquara.	“[...] mas a gente insiste nos espaços que a gente vai, existe esse fórum de regulação onde a gente discute isso e a gente insistentemente relembra as referências [...] nós temos reuniões mensais pra discutir, bimestrais, aonde discute a regulação de urgência e emergência microrregional que lá a gente fala dentro da região coração e a gente discute todas essas dificuldades de acesso onde tem os prestadores menores [...]” (S1M6).
<b>Tema</b>	<b>Categoria</b>	<b>Contexto das falas</b>	<b>Fragmentos das entrevistas</b>
<b>Resistência as mudanças nas organizações dificultam no processo de implantação da RUE.</b>	Modelo médico centrado e resistência à mudança dificultam o processo de implantação da RUE.	Gestora do NIR de um município de referência aponta que o medo de mudança dificulta o processo de implantação.	A maior dificuldade que a gente enfrenta é o medo da mudança, a partir do momento que a pessoa entende que ela vai ser cobrada de uma forma diferente, ela tem uma resistência, eu não quero fazer parte. Ah! Isso não vai funcionar, olha não consigo fazer esse tipo de regulação [...] é a resistência é a maior dificuldade que nós tivemos, essas dificuldades não é só das pessoas da ponta técnica, enfermeiros, é médico de não aceitar, eu não quero fazer, participar, não é assim que funciona, eu sou médico, eu decido o que eu faço e não é assim, a rede eu entendo que ela tem que estar integrada hoje, esse negócio de médico centrado acabou e não existe mais isso e essa resistência à mudança eu acho que mais é o que pega na hora da gente fazer implementação [...] (S2M5).

## APÊNDICE B - DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DO EQUIPAMENTO DE SAÚDE

(MODELO PARA ELABORAÇÃO EM PAPEL TIMBRADO)

### AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, Secretário(a) Municipal de Saúde do Município \_\_\_\_\_, autorizo a realização da pesquisa intitulada “Rede de Urgência e Emergência: Um estudo de caso na Região Coração do Estado de São Paulo”, que tem como objetivo geral analisar a implantação da Rede de Atenção à Urgência e Emergência do Departamento Regional de Saúde – DRS III do Estado de São Paulo – Região Coração, segundo o olhar dos gestores.

Declaro que estou ciente de que a pesquisa será desenvolvida por uma pesquisadora vinculada ao Programa de Pós Graduação em Gestão da Clínica da Universidade Federal de São Carlos e envolve a análise de documentos e entrevistas com participantes do Grupo condutor da Rede de Urgência e Emergência e gestores representantes municipais podendo a pesquisa contribuir no processo de implantação da Rede de Urgência e Emergência. A pesquisa está sendo realizada sob orientação da Prof<sup>a</sup>. Dra. Adriana Barbieri Feliciano, docente do PPGGC da UFSCar, cujo contato pode ser feito pelo e-mail: adrianabf@ufscar.br no telefone 16 – 3351-8334.

### DECLARAÇÃO

Eu, Sr. (a)-----, chefe ou diretor do, -----  
-----, declaro estar ciente da realização da pesquisa intitulada “**Rede de Urgência e Emergência: Um estudo de caso na Região Coração do Estado de São Paulo**”. (em anexo).

São Carlos, de \_\_\_\_\_ de 2014.

---

Nome:

Função:

## **APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE**

O(A) Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “**Rede de Urgência e Emergência: Um estudo de caso na região Coração do estado de São Paulo**”. O objetivo deste estudo é analisar a implantação da Rede de Atenção à Urgência e Emergência do Departamento Regional de Saúde (DRSIII) do Estado de São Paulo – Região Coração, segundo o olhar dos gestores. Sua participação consistirá em responder a um questionário semiestruturado. As entrevistas serão gravadas e posteriormente transcritas. 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/ou deixar de participar do estudo sem que isso traga qualquer prejuízo ou penalização. Aproveito para esclarecer sobre os riscos de sua participação na pesquisa: 1. Ficar desconfortável e /ou sentir-se cansado no decorrer da entrevista; 2. Represália pela decisão em não participar; 3. Divulgação de suas informações; 4. Sentir-se obrigado a participar; 5. Custos com a Pesquisa. Em relação aos riscos da pesquisa ao se sentir-se cansado pode solicitar que a entrevista seja interrompida e retomada posteriormente, se for o caso. Você não terá nenhum custo ao participar desta pesquisa. Todos os custos serão assumidos pelos pesquisadores responsáveis pela mesma. A participação nesta pesquisa não trará implicações legais e as informações obtidas serão estritamente confidenciais e asseguramos o sigilo sobre elas. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos adotados nesta pesquisa oferece riscos à sua dignidade. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Pesquisadores responsáveis: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Adriana Barbieri Feliciano e Ana Paula Fernandes Pereira.

Caso você tenha alguma dúvida, o telefone do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade que analisou e aprovou o projeto é e-mail – [cephumanos@ufscar.br](mailto:cephumanos@ufscar.br). Eu também estarei à disposição para esclarecimentos pelo telefone (16) 99962-4156 e pelo e-mail: [anpoulpfp@gmail.com](mailto:anpoulpfp@gmail.com)

---

Ana Paula Fernandes Pereira  
Mestranda Programa Gestão da Clínica - PPGGC  
Universidade Federal de São Carlos

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km 235 – Caixa Postal 676, CEP 13.565-905 – São Carlos – SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: [cephumanos@power.ufscar.br](mailto:cephumanos@power.ufscar.br)

São Carlos, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Assinatura do participante

## APÊNDICE D - ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTA

Data e local da entrevista:

Nome:

Formação:

Área de atuação:

As perguntas a serem realizadas com o grupo condutor e com os gestores da Rede de Urgência e Emergência encontram-se descritas a seguir:

- 1) Conte-me o que você sabe sobre a implementação da RUE na região Coração e no seu município?
- 2) Que elementos ou fatores vocês consideraram importante na constituição da RUE?
- 3) Como está funcionando a RUE hoje? Quais as potencialidades e fragilidades?

**APÊNDICE E - ROTEIRO DA ANÁLISE DE DOCUMENTOS**

**Roteiro preliminar para análise documental sobre a implantação da Rede de Urgência e Emergência na Região Coração do Estado de São Paulo.**

<b>Local</b>	<b>Documentos</b>
<b>Região Coração: Descalvado, Dourado, Ibaté, Porto Ferreira, Ribeirão Bonito e São Carlos.</b>	<b>Plano Municipal de Saúde, Programação Anual e Relatório de Gestão referente aos anos de 2010 a 2017.</b>

## ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO DE ÉTICA E PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SÃO CARLOS/UFSCAR



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Rede de Urgência e Emergência: Um estudo de caso na Região Coração do Estado de São Paulo.

**Pesquisador:** Ana Paula Fernandes Pereira

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 42621815.0.0000.5504

**Instituição Proponente:** Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 981.312

**Data da Relatoria:** 14/04/2015

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de pesquisa que visa analisar a rede de urgência e emergência na região coração do estado de São Paulo.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:**

Analisar a implantação da Rede de Atenção à Urgência e Emergência do Departamento Regional de Saúde (DRSIII) do Estado de São Paulo – Região Coração, segundo o olhar dos gestores.

**Objetivo Secundário:**

Identificar os princípios que norteiam os gestores na organização das redes. Analisar nos documentos oficiais como está prevista a implantação da Rede de Urgência e Emergência.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

**Riscos:**

Considerando que o estudo envolve seres humanos, o projeto ao qual se vincula será analisado e aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme Resolução 466/2012. Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados como: 1. Ficar desconfortável e /ou sentir-se cansado no decorrer da entrevista; 2. Represália pela decisão em não participar; 3. Divulgação de suas informações; 4. Sentir-se obrigado a participar; 5. Custos

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**Telefone:** (16)3351-9683

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SÃO CARLOS/UFSCAR



Continuação do Parecer: 981.312

com a Pesquisa. Em relação aos riscos da pesquisa ao se sentir-se cansado pode solicitar que a entrevista seja interrompida e retomada posteriormente, se for o caso. Você não terá nenhum custo ao participar desta pesquisa. Todos os custos serão assumidos pelos pesquisadores responsáveis pela mesma. A participação nesta pesquisa não trará implicações legais e as informações obtidas serão estritamente confidenciais e asseguramos o sigilo sobre elas. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

**Benefícios:**

A participação nesta pesquisa não trará implicações legais e as informações obtidas serão estritamente confidenciais e asseguramos o sigilo sobre elas.

Os riscos estão adequadamente descritos no protocolo e no TCLE.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa é relevante, os riscos foram adequadamente descritos.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O TCLE contém as informações necessárias aos participantes da pesquisa.

O Termo de autorização da instituição está adequado.

**Recomendações:**

Recomenda-se elaborar e inserir no TCLE os benefícios diretos (se houver) aos participantes da pesquisa.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há lista de pendências ou inadequações.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**Telefone:** (16)3351-9683

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SÃO CARLOS/UFSCAR



Continuação do Parecer: 981.312

SAO CARLOS, 11 de Março de 2015

---

**Assinado por:**  
Ricardo Carneiro Borra  
(Coordenador)