



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB
DEPARTAMENTO DE SAÚDE – DS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

**A REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS NUMA MICRORREGIÃO DE
SAÚDE DO INTERIOR DA BAHIA**

KARLLA CHRISTINA DE ALBUQUERQUE BISPO

JEQUIÉ/BA
2013

KARLLA CHRISTINA DE ALBUQUERQUE BISPO

**A REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS NUMA MICRORREGIÃO DE
SAÚDE DO INTERIOR DA BAHIA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, área de concentração em Saúde Pública, para apreciação e julgamento da Banca Examinadora, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem e Saúde.

Linha de Pesquisa: Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde

Orientador: Prof. DSc. Cezar Augusto Casotti

**JEQUIÉ-BA
2013**

Autorizo a reprodução e divulgação total deste trabalho por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citado a fonte.

B531 Bispo, Karlla Christina de Albuquerque.
A rede de atenção às urgências numa microrregião de saúde do interior da Bahia/Karlla Christina de Albuquerque.- Jequié, 2013.
99 f: il.; 30cm. (Anexos)

Dissertação (Mestrado) Programa de pós-graduação em Enfermagem e Saúde) - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2013. Orientador: Prof. DSc. Cezar Augusto Casotti.

1. Socorro de urgência – Redes de Atenção à Saúde 2. Sistema Único de Saúde – Rede de atenção às urgência na microrregião de Jequié/Ba 3. Urgências – Políticas públicas de saúde 4. Socorro de urgência:- Gestão em saúde 5. Políticas públicas de saúde no Brasil Regionalização 6. Políticas públicas de saúde no Brasil – Integração de sistemas 7. SAMU – Atenção à saúde no município de Jequié/Ba I. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia II. Título.

CDD – 616.025

FOLHA DE APROVAÇÃO

BISPO, Karlla Cristina de Albuquerque. **A rede de atenção às urgências numa microrregião de saúde do interior da Bahia.** 2013. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, área de concentração em Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB. Jequié, Bahia.

BANCA EXAMINADORA

Prof^o DSc. Cezar Augusto Casotti

Doutorado em Odontologia Preventiva e Social pela Universidade Estadual Paulista
Professor Adjunto da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB).
(Orientador e Presidente da Banca)

Prof^a DSc. Ana Luiza Queiroz Vilasbôas

Doutorado em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA)
Professora Adjunta do ISC/UFBA

Prof^a DSc. Adriana Alves Nery

Doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP)
Professor Titular da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)

Jequié/BA, 25 de março de 2013

Ao Senhor que me capacita, para louvor da Sua glória, pois tudo o que tenho, tudo o que sou e o que vier a ser vem de Ti Senhor.

A minha família, pois com vocês aprendi valores e princípios que são a minha essência.

A Ezio, por me dar o seu carinho e incentivar o meu crescimento profissional.

A todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram com este trabalho.

AGRADECIMENTOS

Ao **meu Deus**, que me faz andar por lugares altos, que tem me presenteado a cada dia com o seu cuidado e que a cada manhã renova as suas misericórdias. A tua graça me basta, Senhor.

A minha mãe, **Lenice**, mulher virtuosa, com qualidades incontáveis, mas a maior delas foi ter me ensinado a amar Deus sobre todas as coisas. Foi o meu exemplo, e é o meu espelho. Desde muito cedo me ensinou o valor da educação e esta conquista é mais um dos frutos dos seus esforços e dos seus investimentos em relação a mim. Te amo, mãe.

Ao meu pai, **Valdeck**, e aos meus irmãos, **Sandro e Júnior**, companheiros nos momentos de alegria e de tristeza, meu porto seguro, onde encontro segurança e paz. **Banna**, você é a irmãzinha que eu sempre sonhei em ter e que papai do céu me deu. Os meus amores **Sarah, Marianna e Davi** são o mais puro sabor e aroma da alegria em nossa casa. Juntos, vocês são a fiel tradução do que seja viver em amor e em família.

A **Ezio**, meu amor e grande incentivador na vida acadêmica e profissional. Com você, a vida tem mais cor e o meu sorriso é mais largo.

Ao meu orientador professor **DSc. César Augusto Casotti**, por todo carinho, respeito, dedicação, paciência e solidariedade. À você, uma profunda gratidão pela gentileza de compartilhar comigo o seu saber e experiência nos caminhos da pesquisa.

À minha querida professora **DSc. Ana Luiza Queiroz Vilasbôas**, que mais uma vez faz parte da trajetória da minha formação e muito colaborou durante todas as fases deste estudo. Obrigada porque com uma generosidade que lhe é peculiar me abriu as portas e dispôs do seu tempo e do seu conhecimento para compartilhar comigo. Sem você não teria sido possível chegar até aqui.

A instituição UESB e ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde por contribuir significativamente com a minha formação desde a graduação. A todos funcionários que fazem e fizeram parte de minha história.

À professora **DSc. Guadalupe Medina**, presente na qualificação, com contribuições preponderantes para os primeiros escritos da dissertação.

À professora **DSc. Adriana Nery**, presente na minha formação desde a graduação e com contribuições valiosas durante este curso.

À professora **DSc. Alba Benemérita**, pelo carinho e pela generosidade, ensinando e cuidando de uma forma muito especial.

Ao **quadro docente do Mestrado**, pela dedicação, sem medir esforços e pensar horários, empenhados à realização do Programa.

Aos amigos, **James Melo, Luciene Bispo e Jair Magalhães**, suas contribuições foram valiosas para o resultado final deste projeto. Muito obrigada.

A amiga querida **Lucinéia** pelos momentos prazerosos vividos com muito bom humor.

A minha amiga **Danuza**, por me apoiar e compreender os momentos de ausência. Você tem sido uma bela descoberta que dá sentido ao provérbio bíblico: “Em todo o tempo ama o amigo e na angústia nasce o irmão”. Obrigada sempre.

As minhas queridas companheiras de jornada, **Carmelita, Mercurcia e Roseli**. A compreensão e palavras de apoio tornaram esta jornada mais leve.

Ao meu querido primo irmão, **Letinho** e sua família, o meu muito obrigado por ser o meu suporte e me dar tanto carinho.

A minha querida prima irmã, **Edilene** e sua família, que me acompanharam de perto nesta jornada e me acolheram com muito amor.

Aos colegas do Mestrado que caminharam comigo por esta estrada rumo ao conhecimento e que durante as aulas e demais momentos de interação contribuíram com a minha formação. A todos vocês, muito obrigado.

Ao Colegiado de Gestão Microrregional de Jequié por ter permitido a realização deste estudo junto aos gestores.

A querida **Neilma**, pela sua competência e presteza que no apoio as atividades administrativas do Programa de Pós Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES).

*Um galo sozinho não tece uma manhã:
ele precisará sempre de outros galos.
De um que apanhe esse grito que ele
e o lance a outro; de um outro galo
que apanhe o grito de um galo antes
e o lance a outro; e de outros galos
que com muitos outros galos se cruzem
os fios de sol de seus gritos de galo,
para que a manhã, desde uma teia tênue,
se vá tecendo, entre todos os galos.*

*E se encorpando em tela, entre todos,
se erguendo tenda, onde entrem todos,
se entretendendo para todos, no toldo
(a manhã) que plana livre de armação.
A manhã, toldo de um tecido tão aéreo
que, tecido, se eleva por si: luz balão.*

João Cabral de Melo Neto

BISPO, Karlla Christina de Albuquerque. **A rede de atenção às urgências numa microrregião de saúde do interior da Bahia**. 2013. 108p. Dissertação [Mestrado]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié-BA. 2013.

RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS) enfatiza a regionalização como princípio organizativo. Apesar dos avanços obtidos nos últimos anos com a sua implementação evidencia-se a necessidade de superar a fragmentação dos serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado. Neste sentido, se propõe a implantação de Redes de Atenção à Saúde em todo o país. O quadro sanitário brasileiro apresenta alta morbimortalidade relacionada às urgências e por este motivo o governo federal priorizou a organização da Rede de Atenção às Urgências. Este estudo tem por objetivo analisar o desenho dos pontos de atenção e os fluxos de acesso da rede de atenção às urgências da microrregião de Jequié/BA, no período de 2010 a 2012. Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa desenvolvida na microrregião de Jequié, junto ao Colegiado de Gestão Microrregional onde selecionamos 7 (sete) informantes-chaves do processo de regionalização do SAMU 192 no cenário estudado. A coleta de dados ocorreu mediante entrevista semiestruturada, análise documental e busca no banco de dados do DATASUS/MS. Utilizamos a triangulação de técnicas de pesquisa, onde para o processamento e a análise dos dados empíricos utilizamos a categorização da análise de conteúdo segundo Bardin. Os resultados deste estudo apontam para a relevância da governança regional para a conformação de redes integradas e revela alguns entraves enfrentados nesta construção coletiva identificando insuficiência do parâmetro tempo resposta, baixa capacidade resolutiva dos pontos de atenção e a necessidade de redimensionamento para adequar a oferta à demanda, bem como fortalecimento da capacidade instalada. No que concerne aos fluxos, identificou-se a ausência de adoção de ferramentas de gestão da clínica que orientem a classificação de risco e a definição do grau de resolutividade requerido para a totalidade dos pontos de atenção e por isto, sugere-se a reatuação de fluxos. Conclui-se ser este um processo complexo, dinâmico, que envolve diversos e diferentes atores e requer a utilização de ferramentas de planejamento regional. Trata-se de uma experiência pioneira, e que pode, a despeito das dificuldades enfrentadas, se constituir o embrião de uma rede de serviços dotada de suficiência e caracterizada pela integração, a partir de planejamento regional.

PALAVRAS-CHAVE: regionalização, políticas públicas de saúde, gestão em saúde, atenção à saúde, integração de sistemas, socorro de urgência.

BISPO, Karlla Christina de Albuquerque. **The emergency care network to a micro health interior of Bahia.** 2013. 108p. Dissertation [Master]. Post-Graduation Program in Nursing and Health, State University of Southwest of Bahia. Jequié-BA.

ABSTRACT

The Unified Health System (SUS) emphasizes regionalization as an organizational principle. Despite of the advances in recent years with its implementation highlights the need to overcome the fragmentation of health services and qualify care management. In this sense, it is proposed the implementation of Health Care Networks throughout the country. The Brazilian sanitary framework has high morbidity and mortality related to urgencies and for this reason the federal government prioritized the organization of the Emergency Care Network. This study aims to analyze in the network of the emergency assistance of a health micro region the conformation of the design of the assistance units and their flow access. This is a study with a qualitative approach developed in the micro region of Jequié, with the Micro regional Board of Management where it was selected seven (7) key informants of the regionalization process of SAMU 192 in the studied environment. The data was collected through semi-structured interviews, document analysis and searching in the database of DATASUS / MS. It was used triangulation of research techniques, where to process and analyze empirical data it was used categorization of content analysis according to Bardin. The results of this study point to the importance of regional governance for the conformation of integrated networks and reveals some barriers faced in this collective construction identifying failure response time, low resolving capacity of the care units and necessity to resize to match the supply and demand, as well as strengthening of the capacity installed. Regarding the flows, the evidence denote the adoption absence of management tools to guide clinical risk classification and definition of the degree of resoluteness required for all the points of attention and therefore suggests the renegotiation of flows. It was concluded that this is a complex, dynamic process that involves many different actors and requires the use of regional planning tools. This is a pioneering experience which can, despite the difficulties faced, constitute the embryo of a network of services provided with sufficiency and characterized by integration, from regional planning.

KEYWORDS: regionalization, public policies in health, management in health, health assistance, integration systems, urgency and emergency

LISTA DE SIGLAS

AIS	Ações Integradas de Saúde
CGMR	Colegiados de Gestão Microrregional
CGR	Colegiados de Gestão Regional
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Normas Operacionais de Assistência à Saúde
NOB's	Normas Operacionais Básicas
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde
PPI	Programação Pactuada Integrada
PREV SAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SUDS	Sistema Único Descentralizado de Saúde
SAMU	Serviços de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
USA	Unidade de Suporte Avançado
USB	Unidade de Suporte Básico
USF	Unidade de Saúde da Família
UPAs	Unidades de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	17
2.1	OBJETIVO GERAL	17
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
3	REVISÃO DE LITERATURA	18
3.1	REDES REGIONALIZADAS DE ATENÇÃO A SAÚDE	18
3.1.1	O Relatório Dawson e a implantação dos sistemas de saúde universais	18
3.1.2	A regionalização como diretriz organizativa do Sistema Único de Saúde	21
3.1.2.1	Desafios para implementação de uma lógica racionalizadora na construção das regiões de saúde	25
3.1.3	As Redes de Atenção a Saúde no Sistema Único de Saúde	28
3.1.3.1	Elementos constitutivos das redes integradas de atenção à saúde	30
3.1.4	A construção da rede de atenção às urgências no Sistema Único de Saúde	34
4	METODOLOGIA	40
4.1	TIPO DE ESTUDO	40
4.2	CAMPO DE ESTUDO	40
4.2.1	Características da microrregião estudada	41
4.3	SUJEITOS DO ESTUDO	42
4.4	COLETA DE DADOS	43
4.5	ANÁLISE DOS DADOS	44
4.6	ASPECTOS ÉTICOS	45
5	RESULTADOS	46
5.1	MANUSCRITO 1:	46
5.2	MANUSCRITO 2:	70

6	CONCLUSÃO	93
	REFERÊNCIAS	95
	APÊNDICES	100
	ANEXOS	106

1 INTRODUÇÃO

As discussões em torno da organização de sistemas de saúde convergem para a existência de evidências que indicam que eles, em todo o mundo, inclusive no Brasil, têm atravessado uma crise caracterizada pela baixa capacidade de responder adequadamente as necessidades de saúde da população. Esta crise se reflete na fragmentação do sistema, na existência de serviços isolados e que não se comunicam entre si dificultando a trajetória dos usuários neste sistema, limitando o acesso, a resolutividade e o cuidado integral (MENDES, 2010; KUSCHNIR; CHRONY, 2010; SILVA, 2011).

Segundo Mendes (2010) existe uma distância entre as necessidades de saúde da população e as respostas sociais produzidas pelos sistemas de saúde. Na tentativa de explicar sua argumentação o autor afirma que a transição epidemiológica bipolarizada caracterizada por uma tripla carga de doenças (doenças infectoparasitárias e carenciais, doenças crônico-degenerativas e morbimortalidade por causas externas) e o fenômeno de envelhecimento populacional, resguardando as peculiaridades e as especificidades de cada povo e ou grupo cultural, tem exigido mudanças profundas na forma de organização dos sistemas de saúde.

Para a Organização Mundial de Saúde - OMS (2003) as mudanças na organização dos sistemas de saúde deveriam se traduzir numa tentativa de responder ao fenômeno de transição observada na situação de saúde da população. Tais mudanças devem apontar em direção a transposição do modelo dominante de atenção às doenças agudas de característica episódica e fragmentada para um sistema de atenção a saúde que tenha a integração dos serviços, continuidade do cuidado e a integralidade da atenção como características fundamentais, visando dar conta de uma situação de saúde onde convivem as doenças infecciosas e parasitárias, condições crônicas e a morbimortalidade por causas externas (com acentuada predominância das condições crônicas).

As mudanças conjunturais inerentes ao sistema de saúde, necessárias para restabelecer a coerência entre as necessidades de saúde e as respostas sociais envolvem diversos aspectos que vão desde a estrutura e cultura organizacional, englobando a questão dos recursos, dos incentivos, do financiamento, estilo de liderança e gestão (MENDES, 2010).

Diante da baixa capacidade de produzir respostas sociais adequadas a necessidades de saúde da população, o Brasil, a partir da Constituição Federal de 1988, adotou um sistema nacional de saúde de acesso universal sob a inspiração dos ideais do Movimento Brasileiro de Reforma Sanitária. O texto Constitucional afirma no art. 198 que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada da atenção, constituindo um sistema único (BRASIL 1988).

A Lei Orgânica da Saúde – Lei 8.080/90 - foi editada para regulamentar o Sistema Único de Saúde (SUS). Nela estão explicitados princípios e diretrizes a serem observados para a sua construção, entre eles destacam-se: a universalidade, integralidade, equidade, regionalização e hierarquização das ações e serviços de saúde (BRASIL, 1990).

A regionalização, então é apontada no arcabouço legal do SUS enquanto diretriz organizativa, sendo considerada potencialmente capaz de orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e, na perspectiva da Organização Panamericana de Saúde – OPAS se desvela como elemento fundamental para fortalecer nos territórios ou regiões de saúde as condições necessárias para o funcionamento das redes integradas de atenção a saúde (OPAS, 2010).

As redes integradas de atenção surgem enquanto estratégias para alcançar a integralidade através de um *continuum* de cuidados articulados por tecnologias de gestão que promovam a integração entre os diversos serviços e a coordenação do cuidado ao indivíduo por todo o sistema de saúde (COSTA-E-SILVA et al., 2007).

De acordo com Silva (2011) a organização do SUS em rede está definida na Constituição brasileira e esteve presente na agenda da reforma sanitária, ainda que, por vezes, discretamente. Mendes (2007a) ao analisar estudos abordando as redes de atenção a saúde nos Estados Unidos, Canadá, Europa, América Latina e Brasil verificou que há evidências de que essas redes constituem uma saída para a crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde.

A proposição de construção de sistemas integrados de atenção à saúde surgiu inicialmente a partir da publicação do Relatório Dawson em 1920 e, reemergiu recentemente quando a OPAS aponta esta enquanto alternativa para solucionar os problemas advindos da fragmentação de serviços de saúde (MENDES, 2010; OPAS, 2010).

O conceito de redes de atenção à saúde adotado pela OPAS considera que estas podem ser formadas por serviços de saúde, próprios ou complementares, contratualizados a partir de arranjos organizacionais inovadores, estruturados sob uma lógica territorial, capazes de ofertar serviços preventivos e curativos para responder adequadamente as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade. A responsabilização da rede com a população adscrita envolve os resultados sanitários obtidos através da gestão da clínica no cuidado longitudinal e até os aspectos econômicos (MENDES, 2010; OPAS, 2010).

No Brasil, recentemente, o Ministério da Saúde (MS) iniciou de forma mais vigorosa a indução da organização e implantação das Redes de Atenção a Saúde (RAS) buscando um pacto cooperativo entre as instâncias de gestão e governança do sistema na tentativa de garantir os investimentos e recursos necessários à efetivação destas redes (BRASIL, 2010).

Como parte deste processo, e considerando que o atual quadro sanitário brasileiro vem apresentando uma alta morbimortalidade relacionada às violências, acidentes de trânsito e doenças do aparelho circulatório, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção às Urgências por meio da Portaria GM 1864/2003 e a reformulou ao editar Portaria GM 1.600/2011 quando instituiu a organização da Rede de Atenção à Urgência no SUS considerando a necessidade de priorizar e induzir a organização de uma rede capaz de atender aos principais problemas de saúde dos usuários em situação de urgência. Vale salientar que a proposta de construção de uma rede de atenção para as urgências já estava inscrita no arcabouço legal desde a primeira versão da Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2003a; BRASIL, 2011a).

Na proposta desta “rede”, a atenção aos usuários com quadros agudos deverá ser prestada por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS, possibilitando a resolutividade da demanda conforme o seu grau de complexidade, utilizando para isto um sistema de regulação das urgências. Nesta perspectiva, o desenho da rede de atenção deve possuir territórios delimitados e pontos de atenção distribuídos sob uma lógica racional que possibilite a estes serem elos para manutenção da vida em níveis crescentes de complexidade e responsabilidade (BRASIL, 2011a).

Considerando a complexidade que envolve a construção das redes, a incipiência das experiências de regionalização e de construção de redes integradas

no SUS, bem como as dificuldades encontradas para a sua real implementação, faz-se necessário à realização de investigações que preencham as lacunas no conhecimento e colaborem na organização do sistema de saúde no âmbito microrregional (PAIM, 2011; KUSCHNIR; CHRONY, 2010). Nesta perspectiva emergiram as seguintes questões norteadoras deste estudo: Como está configurado o desenho dos pontos de atenção da rede de urgências no âmbito microrregional? Qual a conformação do desenho dos fluxos e contrafluxos nessa rede?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o desenho dos pontos de atenção e os fluxos de acesso da rede de atenção às urgências da microrregião de Jequié/BA, no período de 2010 a 2012.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar o desenho dos pontos de atenção da rede regionalizada de atenção às urgências no âmbito microrregional.

Investigar o desenho dos fluxos de acesso da rede regionalizada de atenção às urgência no âmbito microrregional.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Esta revisão de literatura apresenta uma discussão inicial sobre as redes regionalizadas de atenção a saúde abordando o surgimento da proposta de regionalização para organização da atenção a saúde e a sua adoção em países que possuem sistemas de saúde de acesso universal. Em seguida, contextualizamos a regionalização enquanto diretriz organizativa no SUS e os desafios para utilização de uma lógica racionalizadora na construção de redes de atenção nas regiões de saúde, refletindo sobre seus conceitos e elementos constitutivos. Por fim, abordamos a trajetória histórica da construção da rede de atenção às urgências no SUS como uma tentativa de responder adequadamente a um cenário epidemiológico marcado pelo aumento da morbimortalidade por causas externas e das doenças cerebrovasculares, e que exige a consolidação de um sistema de saúde que tenha como característica principal a integração dos serviços de atenção às urgências em todo o território nacional.

3.1 REDES REGIONALIZADAS DE ATENÇÃO A SAÚDE

3.1.1 O Relatório Dawson e a implantação dos sistemas de saúde universais

As primeiras propostas de regionalização de serviços de saúde surgiram a partir do relatório Dawson em 1920 (OPAS, 1964), no qual o autor sintetiza um modo específico de pensar a provisão de serviços para a população de uma determinada região mediante a organização de sistemas de saúde de base territorial regionalizada e hierarquizada como meio de alcançar eficiência na prestação de serviços de saúde (KUSCHNIR; CHRONY, 2010).

Ainda Segundo Kuschnir e Chrony (2010) este relatório propunha atenção integral à população de uma dada região, tendo a atenção primária à saúde como primeiro nível de atenção, coordenadora do cuidado e responsável pela referencia aos demais níveis de atenção. A proposta considerava ainda a necessidade de sistemas de informação e transporte que atuariam como mecanismos de integração.

Este relatório ainda explicitava a ideia de que seus objetivos só poderiam ser alcançados caso a organização do sistema de saúde estivesse baseado na estreita coordenação entre medicina preventiva e curativa e ressaltava a necessidade de instituir o comando de uma única autoridade sanitária sobre o território.

A proposta original de regionalização elaborada por Dawson não foi implementada naquela ocasião, pois representaria o desaparecimento dos hospitais filantrópicos como sistema autônomo, desafiava o conceito de governo local e demandaria custos para estruturação e manutenção dos serviços. No entanto, com adaptações, o referido relatório foi adotado por todos os países do mundo que instituíram sistemas nacionais de saúde. Somente mais tarde, no contexto da Segunda Guerra Mundial o relatório voltou a ser discutido na Inglaterra como base da proposta de organização de um novo sistema de saúde universal e equitativo, o National Health Service, o primeiro sistema de saúde público e universal do Ocidente, criado em 1948 (KUSCHNIR; CHRONY, 2010).

Para Kuschnir e Chrony (2010) os sistemas nacionais tem como característica o ideal de saúde como um direito fundamental e podem se utilizar da proposta de organização de redes regionalizadas como instrumento para ampliar o acesso e diminuir as desigualdades. Neste sentido, é importante salientar que os sistemas nacionais de saúde surgiram numa conjuntura marcada pela crise de políticas públicas em países capitalistas e foram inspirados numa concepção de política pública para constituição do direito a saúde concretizada na ação do Estado, objetivando a proteção do setor saúde dos interesses do mercado (CAMPOS, 2007).

No Brasil, a adoção de um sistema de saúde universal significou a adoção de um projeto político contra-hegemônico, alicerçado na proposta de uma política pública de bem estar social, em posição contrária a um projeto liberal privatista marcado por forte interesse mercantilista, quando naquele momento o Estado era o financiador dos hospitais privados e filantrópicos na prestação da atenção médico hospitalar (CAMPOS, 2007).

No período que antecede a Constituição de 1988, prevaleciam no país dois modelos de atenção à saúde dicotomizados: o primeiro, denominado modelo hospitalar voltado para a recuperação da saúde de indivíduos doentes; o segundo, um conjunto de estratégias de controle de doenças e fatores de risco organizados em programas verticais e centralizados, que ficou conhecido como modelo sanitário (PAIM, 2008).

Neste contexto, o processo de implantação do SUS enquanto sistema de saúde universal implicava na integração entre as ações de Saúde Pública e as Assistenciais na busca da integralidade da atenção e da superação da dicotomia prevenção/clínica. Campos (2007) revela a sua preocupação em relação as pressões, interesses privados e corporativos que estiveram presentes ao longo do processo de construção do SUS, colocando em risco a concretização dos ideais de um sistema universal para garantia do direito a saúde.

Há que se destacar que apesar da vitória que representa a instituição de um projeto político de garantia do direito a saúde em termos jurídicos, a sua real implantação se deu num ambiente capitalista neoliberal desfavorável e como resultado podem ser identificados avanços no sentido da ampliação do acesso ocorrido nos últimos anos, por exemplo, mas também outros tantos revezes enfrentados no seu processo de construção do SUS (SÓTER, 2009).

A concepção dawsoniana de sistemas públicos de saúde, na Inglaterra deu origem a um sistema organizado sob a forma redes de atenção à saúde. Essa concepção, nos Estados Unidos, na década de 90, assume forma contemporânea, a partir de uma experiência, denominada genericamente de sistemas integrados de saúde, o qual foi implantado em um sistema segmentado, com hegemonia do setor privado, baseado em seguro voluntário de empresas, e dois grandes programas públicos: medicare e medicaid (KUSCHNIR; CHRONY, 2010; MENDES, 2007a).

É importante destacar que a racionalidade que orienta a proposta americana diverge daquela que predomina nos países que possuem sistemas de saúde de acesso universal. Estes últimos enfatizam universalização do acesso, equidade e integração como princípios, e regionalização e hierarquização como estratégia para alcance de seus objetivos. Na proposta americana as motivações têm relação com a necessidade de dar respostas a um sistema caracterizado por ser altamente competitivo, fragmentado e de custos elevados, e para isto adotou a estratégia de regionalização com fortes mecanismos de controle do acesso aos serviços, associado à transferência de riscos financeiros (SILVA, 2011).

Em decorrência das diferenças acentuadas entre o sistema de saúde americano e os sistemas universais a proposta americana sofreu adaptações na tentativa de se tornar proposta adequada às especificidades de sistemas de saúde públicos e privados de outros países cabendo por isto contextualizar o debate para

analisar a situação brasileira no campo do cuidado integrado (KUSCHNIR; CHRONY, 2010).

3.1.2 A regionalização como diretriz organizativa do Sistema Único de Saúde

Os sistemas universais de atenção à saúde tem como premissas básicas a redução das desigualdades sociais e estão fundamentados em princípios de universalidade, integralidade e equidade utilizando para isto a regionalização da atenção a saúde e a hierarquização enquanto estratégias de construção de sistemas integrados de saúde. Desta forma regionalização e hierarquização representam uma racionalidade na organização de um sistema de saúde potencialmente capaz de otimizar os recursos e redução de custos (KUSCHNIR et al., 2009; BRASIL, 2008a).

Existem relatos na literatura que em diversos momentos da história das políticas de saúde no Brasil, especificamente em período anteriores ao SUS, de experiências que utilizaram a regionalização como estratégia organizacional a exemplo do Programa de Interiorização das Ações de Saúde – PIASS em 1976, o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde – PREV SAÚDE em 1980, as Ações Integradas de Saúde – AIS no período entre 1982 e 1986 e o Sistema Único Descentralizado de Saúde – SUDS em 1987 (KUSCHNIR et al., 2009).

O Brasil, devido à sua dimensão continental, contempla uma diversidade de contextos regionais marcados por diferentes situações sociais e econômicas onde cada região apresenta necessidades de saúde com peculiaridades inerentes a produção social do processo saúde-doença em cada grupo populacional. Por isto, acredita-se ser importante assinalar estas discrepâncias no processo de planejamento regional para constituição de redes de atenção integral a saúde, visto que possibilita identificar adequadamente as vantagens e as desvantagens que algumas localidades apresentam, ou seja, os vazios assistenciais e seus recursos disponíveis (KUSCHNIR et al., 2009).

Diversos autores consideram a regionalização da atenção a saúde como uma estratégia para a (re)organização de sistemas de saúde, distribuindo em um território adscrito ações e serviços de saúde de diversos níveis de complexidade conforme as necessidades de saúde da população. Estes novos arranjos deverão favorecer as

relações dinâmicas e harmoniosas entre os serviços de saúde para que operem de forma articulada e com um padrão de eficiência, eficácia e efetividade na busca da integralidade da atenção (MENDES, 2011; SILVA, 2011).

Para tanto, há que se considerar o território regional como *locus* de planejamento e de gestão compartilhada responsável pela condução dos processos de avaliação de resultados sanitários e de gestão, sendo para isto imprescindível legitimar e definir o papel dos fóruns de negociação entre os gestores (OPAS, 2011).

Observa-se, porém que desde que a regionalização surgiu no marco legal de criação do SUS enquanto diretriz organizativa ocupou inicialmente posição bastante tímida em seu processo de construção, pois ao longo da década de 1990 a ênfase era dada para a municipalização (VIANA et al., 2010). O *modus operandi* de construção do Sistema Único de Saúde era dado a partir da edição das Normas Operacionais Básicas (NOB's), fruto de consensos obtidos nas Comissões Intergestores Tripartite (CIT).

Para este atraso no processo de regionalização são atribuídas as seguintes hipóteses explicativas: a primeira está relacionada a implementação do SUS num momento político de redemocratização e por este motivo a ênfase na descentralização e no fortalecimento municipal; a segunda hipótese corresponde a uma lógica territorial na formulação de políticas públicas frágil o que compromete o planejamento regional de acordo com as necessidades locais para redução das iniquidades; uma terceira hipótese é que a despeito do desenho federativo brasileiro, privilegiou-se os municípios sem a face do planejamento regional e desconsiderando o papel das esferas estaduais de governo (VIANA et al., 2010).

Segundo Viana et al. (2010) ao tentar organizar os sistemas municipais de saúde com suficiência na oferta de ações e serviços sob os moldes das NOB's, construíram-se sistemas isolados e que, na sua maioria, apresentavam baixa capacidade resolutiva e, que pouco favoreciam a integralidade da atenção e a articulação entre municípios de uma dada região, salvo algumas experiências municipais consideradas exitosas (VIANA et al., 2010).

Esta municipalização com característica "autônoma" privilegiou a relação direta entre municípios e a união, favoreceu uma baixa articulação entre os entes federado e trouxe perdas com relação a economia de escala na oferta de serviços de maior complexidade, provocando a iniquidade no acesso aos serviços de saúde (SÓTER, 2009; MENDES, 2001).

A Norma Operacional de Assistência a Saúde (NOAS) editada pelo Ministério da Saúde em 2001 com reedição em 2002 retoma a questão da regionalização ressaltando o seu papel relevante para organização do SUS, buscando mecanismos de fortalecimento da integração de municípios em uma dada região de saúde, induzindo a formação de redes integradas de atenção a saúde. No entanto, ela teve baixa adesão por parte dos estados e municípios, sofreu críticas quanto ao seu caráter normativo e, alguns autores a questionam quanto ao cumprimento do seu papel no que diz respeito ao fortalecimento do processo de regionalização do SUS pela sua omissão na proposição de formas de governança regional fomentadora de uma articulação e de uma interdependência entre os municípios e destes com o governo estadual (MENDES, 2011; SÓTER, 2009; VIANA et al., 2010; OPAS 2011; GUIMARÃES, 2005, BRASIL, 2001; BRASIL, 2002).

Cabe ressaltar que o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e a Programação Pactuada Integrada (PPI) foram instrumentos propostos pela NOAS visando melhorar a capacidade de planejamento regional (OPAS, 2011).

Mais recentemente, o documento Pacto pela Saúde 2006, fruto de discussões e consenso na CIT, retoma a regionalização como eixo estruturante do processo de construção do SUS, considerando a dimensão territorial e a diversidade da nação brasileira. Aponta o fortalecimento da pactuação política entre os entes federados e ênfase nas necessidades de saúde como novas diretrizes para a regionalização do sistema de saúde (OLIVEIRA, 2009; VIANA et al., 2010; BRASIL, 2006).

A expressão “regionalização cooperativa” aparece no Pacto pela Saúde trazendo o sentido de uma harmonia necessária entre os entes federados para o compartilhamento de responsabilidades sanitárias para construção de uma rede integrada baseada no conceito de saúde como um direito humano fundamental e um dever atribuído ao Estado (OPAS, 2011).

O Pacto pela Saúde introduz a concepção de região de saúde e de planejamento do espaço regional num processo de negociação compartilhada entre os gestores. Uma das principais inovações trazidas pelo Pacto é a criação dos Colegiados de Gestão Regional (CGR) intraestaduais como instâncias de gestão compartilhada das regiões de saúde (governança) na tentativa de superação daquilo que chamam de “vazio” na governança regional (BRASIL, 2006; VIANA et al., 2010).

Os CGR são colegiados de caráter permanente, constituídos pelo gestor estadual e o pelo conjunto de gestores municipais que conformam uma dada região

de saúde. Estes surgem com o objetivo de identificar problemas ou necessidades regionais, definir as prioridades e as propostas de enfrentamento destes problemas para organização da rede de atenção a saúde, e ainda, desenhar novos modelos de relacionamento entre prestadores de serviços públicos e privados (BRASIL, 2006; VIANA et al., 2010).

A constituição dos CGR no território brasileiro tem se dado de forma gradual, variando de intensidade em todo o país. Tais variações podem estar diretamente relacionadas às diversidades de ordem histórica, social e política-institucional das regiões brasileiras, o que implica em destacar a complexidade que envolve a questão da governança regional, pois compreende mudanças na distribuição de poder e a interrelação entre diferentes sujeitos sociais no território (VIANA et al., 2010).

As dificuldades apontadas para constituição destes espaços de co-gestão são: configuração de espaços regionais que por vezes não correspondem aos fluxos naturais dos usuários, bem como a interferência do poder político eleitoral em determinadas localidades, ou ainda, concentração/ centralização de recursos e tecnologias em algumas regiões e a existência dos chamados “vazios assistenciais” em outras (VIANA et al., 2010).

São ainda incipientes as experiências de constituição destes espaços regionais de gestão compartilhada, e apresentam como desafios a adoção de novos instrumentos de planejamento numa lógica regional, capazes de promover integração horizontal e vertical da rede de ações e serviços de saúde, bem como novas formas de gestão, regulação e financiamento (VIANA et al., 2010).

Confirmando a tendência do Pacto pela Saúde quanto ao fortalecimento da implementação do processo de regionalização para organização do SUS, mais recentemente, foi publicado o decreto presidencial 7.508, de 28 de junho de 2011, buscando regulamentar a Lei 8080/90 no que se refere organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. (BRASIL, 2011b).

O referido decreto regulamenta a estrutura organizativa do SUS e explicita conceitos, diretrizes e princípios para que o agir administrativo possa ser conduzido por idéias-forças mantendo, assim, a unicidade conceitual do SUS, onde reafirma a regionalização e hierarquização, define as regiões de saúde e propõe a gestão solidária. A regulamentação da Lei 8080/90 passados 21 anos de sua criação

confirma a retomada da regionalização como diretriz organizativa do SUS (BRASIL, 2011b).

Consideramos que representa uma tentativa de aprimoramento da organização do SUS, em especial, do seu processo de regionalização, ressaltando a articulação entre os entes federados no território regional, definindo responsabilidades na definição dos territórios geográficos das regiões de saúde, população usuária das ações e serviços, rol de ações e serviços que serão ofertados, critérios de acessibilidade e escala para conformação dos serviços. Tais regiões devem ofertar de forma ações e serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, vigilância em saúde (BRASIL, 2011b).

Ele ainda dá ênfase ao planejamento regional por intermédio da identificação das necessidades dos municípios e institui a utilização de mapas da saúde regional, que vem a ser um retrato da distribuição geográfica de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema (BRASIL, 2011b).

Uma inovação proposta é o contrato organizativo da ação pública em saúde, materialização dos consensos firmados entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução (BRASIL, 2011b).

3.1.2.1 Desafios para implementação de uma lógica racionalizadora na construção das regiões de saúde

Entre os desafios a serem enfrentados no processo de implementação da regionalização enquanto diretriz organizativa do SUS está a constituição de espaços territoriais auto-suficientes na prestação do cuidado integral. Nesta perspectiva consideramos a complexidade inserida na lógica engenhosa de alinhar acesso, escala, escopo, qualidade, custo e efetividade no âmbito de um sistema público que

deve ser universal, integral e equânime (BRASIL, 2010; MENDES, 2011; SILVA, 2011).

Economia de escala, qualidade, suficiência, acesso e disponibilidade de recursos são fundamentos essenciais a serem incorporados na organização das redes de atenção a saúde. Da mesma forma a integração horizontal e vertical, os processos de substituição, os territórios sanitários e os níveis de atenção constituem-se elementos considerados essenciais para organização das redes de atenção a saúde (BRASIL, 2010; SILVA, 2011; MENDES, 2011).

Os conceitos de economia de escala e de escopo são utilizados na perspectiva de otimizar recursos e favorecer a eficiência numa rede de atenção a saúde. Economia de escala pode ser entendida como concentração de serviços em determinada unidade de produção objetivando aumentar a produção com manutenção dos custos fixos (BRASIL, 2010; MENDES, 2011; SILVA, 2011).

A concentração/desconcentração de serviços deve ser planejada de acordo com o grau de escassez dos recursos num dado território, pois se considera que recursos escassos devam ser concentrados, desde que o fator distância não interfira na acessibilidade dos usuários (MENDES, 2002; BRASIL, 2010; SILVA, 2011).

As regiões de saúde precisam ser estruturadas de tal forma a garantir a disponibilidade de recursos em quantidade e qualidade suficientes para atenção às necessidades de saúde da população incluindo cuidados primários, secundários, terciários, reabilitação, preventivos e paliativos (MENDES, 2002; BRASIL, 2010; SILVA, 2011).

A categorização em níveis de atenção pode favorecer a organização do território tendo em vista a lógica de concentração e dispersão de serviços, dispondo no território local autossuficiência para a atenção primária, no território microrregional autossuficiência para a atenção secundária e no território macrorregional autossuficiência para serviços de atenção terciária (MENDES, 2007b).

Outro aspecto relevante no processo de regionalização da atenção a saúde é o acesso, que é entendido como ausência de barreiras, seja ela de caráter geográfico, financeiro, organizacional, sociocultural, étnica e de gênero ao cuidado (BRASIL, 2010; MENDES, 2011; SILVA, 2011).

Mendes (2011) em estudo de revisão de literatura concluiu que a distância configura uma barreira geográfica para o acesso da população tanto para a atenção

primária a saúde quanto para os serviços de urgência e emergência. Por outro lado, o estudo evidencia que a distancia não interfere na acessibilidade de usuários a serviços de radioterapia e hospitalares agudos. Diante disto, o autor sugere que ao desenhar as regiões de saúde deve-se considerar o critério do acesso como eixo central, considerando a relação de equilíbrio na relação entre economia de escala e qualidade dos serviços para favorecer a acessibilidade.

A qualidade da atenção a saúde prestada é também uma das características fundamentais inerentes à organização de redes regionalizadas de atenção integrada. O processo de trabalho nas redes deve perseguir um padrão de excelência na prestação do cuidado, com o objetivo de atender as necessidades de saúde da população em tempo oportuno e ofertar segurança tanto para profissionais de saúde quanto para os usuários. Para tanto, os pontos de atenção necessitam ser submetidos a processo contínuos de avaliação de qualidade considerando sua estrutura, processos e os resultados alcançados na rede (BRASIL, 2010; MENDES, 2010).

O desenho destes arranjos organizativos deve propiciar integração horizontal e vertical das diversas estruturas assistenciais para promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, adotando a atenção primária a saúde como porta de entrada “preferencial” do sistema visando à garantia da longitudinalidade do cuidado e resolutividade (BRASIL, 2010; MENDES, 2010).

A ideia de integração adotada pelo MS tem raízes na teoria econômica e está relacionada a ideia de cadeia de produção e compreende integração horizontal como uma junção de unidades e serviços de saúde com a mesma especialidade ou natureza para obtenção de ganhos de escala e de escopo, ou ainda a constituição de pactuações estratégicas entre serviços de saúde. Já a integração vertical é compreendida como articulação de diversas unidades de produção com naturezas distintas que se complementam para agregar resolutividade e qualidade (BRASIL, 2010; MENDES, 2010; MENDES, 2011).

3.1.3 As Redes de Atenção a Saúde no Sistema Único de Saúde

A experiência brasileira denota a preferência da população por serviços de urgência como porta de entrada do sistema motivada muitas vezes, pela dificuldade de acesso e pela baixa capacidade de resolução de seus problemas no nível de atenção primária ou ainda pela herança histórica e cultural de utilização desnecessária de hospital como local privilegiado do cuidado (MACHADO et al., 2011).

A fragmentação do sistema de saúde brasileiro decorre da ausência de um centro ordenador dos diversos níveis e pontos de atenção, existência de duplicidade de serviços com a mesma finalidade num dado território ou ainda da pulverização de serviços entre os municípios, serviços com capacidade instalada ociosa e prevalência de ações de saúde prestadas em pontos de atenção inapropriados, onde se prioriza a atenção hospitalocêntrica (OPAS, 2010; BRASIL, 2010).

Para a OPAS (2010) existe uma relação direta entre a fragmentação e o desempenho dos serviços de saúde. Como produto da relação fragmentação/desempenho dos serviços tem-se um sistema de atenção a saúde com baixa capacidade resolutiva, caracterizado por possuir uma atenção primária frágil, dificuldade de acesso, baixa qualidade técnica, uso ineficiente dos recursos, incremento dos custos de produção, baixa satisfação dos usuários, descontinuidade do cuidado e produção de respostas incoerentes com as necessidades de saúde da população. Aliado a isto, a escassez de recursos para o financiamento adequado do sistema de saúde e uma gestão deficiente da autoridade sanitária contribuem também para este baixo desempenho dos sistemas (OPAS, 2010; BRASIL, 2010).

O MS pretende caminhar em direção da integração dos serviços de saúde no país adotando a proposta de conformação de redes de atenção a saúde como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde. A decisão brasileira alinha-se a proposição da OPAS, que entende as redes integradas de atenção a saúde como uma possibilidade de prestação de serviços de saúde mais acessíveis, equitativos, eficientes, de melhor qualidade técnica e que satisfaçam adequadamente as necessidades da população (BRASIL, 2010; OPAS, 2010).

Nesta perspectiva, estudos produzidos por Kuschnir e Chrony (2010), Mendes (2010) e Silva (2011) apontam que as redes de atenção a saúde poderiam promover a integração do sistema de saúde pelo seu enfoque nas necessidades de saúde da população, favorecendo uma correspondência destas com a capacidade de oferta de serviços.

Cabe-nos ressaltar que os termos “rede” e “sistema” apesar de serem conceitos que guardam certa proximidade entre si, quando aplicados no campo da saúde possuem significados diversos, pois um sistema de saúde pode ou não estar organizado sob a forma de rede. A palavra sistema origina-se do termo grego *synístanai* e corresponde a reunião de partes diferentes que juntas formam um todo (OPAS, 2011).

Para Paim (2011) “sistema” é um conjunto de instituições de saúde submetidas a leis e normas que regulam o financiamento, a gestão e a provisão dos serviços, enquanto “redes” compreende um conjunto de estabelecimentos voltados à prestação de serviços comuns ou interligados mediante sistema de referência e contra-referência, como rede ambulatorial, hospitalar e laboratorial.

Neste esforço para integração dos serviços de saúde o MS define redes de atenção a saúde como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010).

Este conceito parece coadunar com o adotado pela OPAS, o qual por sua vez deriva do conceito elaborado em estudo seminal produzido por Shortell et al. (1993), nos Estados Unidos,

uma rede de organizações que presta, ou faz arranjos para prestar, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve (OPAS, 2010).

Ainda nesta perspectiva, Mendes (2010) afirma que as redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, que mantém entre si missão e objetivos comuns, bem como, uma relação de interdependência, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde.

Neste sentido, Silva (2011) considera que as redes são construídas a partir de um trabalho planejado coletivamente mediado pelo reconhecimento de uma relação de interdependência entre os atores num determinado espaço regional visando a integração de estruturas que produzem ações e serviços de saúde.

Os conceitos dos diversos autores supracitados apresentam semelhanças e aspectos complementares que colaboram para o entendimento das redes de atenção a saúde neste estudo. Tais conceitos compreendem estas como ações e serviços de saúde de diferentes configurações tecnológicas, organizados em um território por um projeto coletivo com o objetivo de promover o cuidado integral, baseado nas necessidades de saúde da população. A atenção primária a saúde coordena o cuidado e articula-se com outros pontos de atenção, sendo constituída por equipes multiprofissionais que atuam no território pulsante, onde vivem as pessoas.

3.1.3.1 Elementos constitutivos das redes integradas de atenção à saúde

Segundo Mendes (2010), as redes de atenção a saúde constituem-se de três elementos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção.

3.1.3.1.1 A população nas redes integradas de atenção à saúde

Mendes (2010) e Silva (2011) afirmam que os espaços territoriais e suas respectivas populações com suas peculiaridades características, necessidades e demandas por ações e serviços de saúde são a razão da existência das redes. Os territórios sanitários são espaços singulares e dinâmicos onde vivem as pessoas, instituições, relações sociais e os cenários da vida comunitária. Nas redes de atenção a saúde baseadas na atenção primária os territórios estão sob a responsabilidade deste primeiro nível de atenção, o qual norteia suas ações pela análise situacional e pela estratificação de risco à saúde em cada localidade adscrita.

A noção de território-processo extrapola a compreensão geográfica e interpreta a dinamicidade do espaço onde vivem pessoas considerando os fatores culturais, sociais e políticos na produção de saúde/doença na arena sanitária (MENDES, 2007b).

Neste sentido, o processo de territorialização vai além da simples delimitação do mapa político da região, inclui os estudos da identidade cultural, seus aspectos econômicos e sociais além dos fluxos assistenciais, fluxos viários o dimensionamento da escala populacional por nível de atenção ou seja, parâmetros assistenciais e ainda o dimensionamento da capacidade instalada dos equipamentos de saúde existentes no território (MENDES, 2007b).

A provisão de serviços a população em um determinado território pode favorecer o estabelecimento de vínculo, a responsabilização sanitária e governança regional baseada na cooperação solidária entre os atores envolvidos. Estas características são próprias de sistemas de saúde organizados sob a forma de redes, incluindo a articulação com políticas intersetoriais que busquem o enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença (SILVA, 2011; MENDES, 2007b).

3.1.3.1.2 A estrutura operacional das redes integradas de atenção à saúde

As RAS possuem uma estrutura que opera por meio de diversos pontos de atenção com diferentes níveis de complexidade (atenção primária a saúde, entendida enquanto centro de comunicação entre os pontos de atenção secundária e terciária) (MENDES, 2010).

Para dar suporte a estes pontos de atenção são necessários os sistemas de apoio (diagnóstico e terapêutico, assistência farmacêutica e sistemas de informação em saúde), os sistemas logísticos (regulação do acesso, transporte, identificação dos usuários e prontuário clínico) e por fim, os sistemas de governança da rede responsável pela gestão de todos os outros componentes (MENDES, 2010).

Os pontos de atenção primária, secundária e terciária e os sistemas de apoio diagnóstico são considerados as bases de sustentação das redes e, os sistemas de apoio logístico são ligações que permitem as comunicações entre estas bases,

sendo responsabilidade da atenção primária reger os fluxos e os contrafluxos do sistema de atenção à saúde. Nas redes de atenção às condições agudas o centro coordenador da rede passa a ser o sistema de regulação de urgências, responsável pela coordenação do cuidado e pelos fluxos e contrafluxos de acesso (MENDES, 2010).

O sistema de governança é um componente da estrutura operacional que tem como objetivo coordenar um projeto coletivo e solidário visando fortalecer a interdependência entre as organizações para garantia do cuidado integral, compreendendo a adoção de novas estratégias de gestão, de financiamento e informação (MENDES, 2010; BRASIL, 2006; HOFFMAN et al., 2012).

Na atual configuração da política de saúde no Brasil a governança se faz por meio de colegiados de decisão onde se fortalecem os mecanismos de cooperação entre os entes, respeitando-se as especificidades locais e regionais e se materializa no plano nacional por meio da comissão intergestora tripartite, as comissões bipartites a nível estadual e no nível regional na figura dos colegiados de gestão microrregional (CGMR) (MENDES, 2010; BRASIL, 2006).

O sistema de governança deve ser único para toda a rede de atenção em saúde, e tem como desafio promover a articulação entre os pontos de atenção primários, secundários e terciários, sistemas de apoio e sistema logístico. A governança deve ter ainda a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gestores e da organização (MENDES, 2010; OPAS, 2010; HOFFMANN; 2012).

Segundo a OPAS (2010), para alcançar o maior grau de integração da rede o sistema de governança precisa ter visão sistêmica da rede para tomar decisões estratégicas, responsabilizar-se pela população adscrita e exercer a coordenação da rede de atenção a saúde no sentido de fomentar entre os diferentes atores da rede a consolidação da visão, objetivos e estratégias desta rede.

3.1.3.1.3 O modelo de atenção nas redes integradas de atenção à saúde

Um dos elementos constitutivos das RAS são os modelos de atenção a saúde, os quais podem ser concebidos como aquele que define a lógica racionalizadora que organiza o seu funcionamento (MENDES, 2010).

Segundo Paim (2002) modelos de atenção a saúde podem ser entendidos como,

formas de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários) mediadas por tecnologias (materiais e não materiais) utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir sobre problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde historicamente definidas.

A construção das redes de atenção a saúde e a montagem de sistemas integrados supõem um modelo de atenção orientado para a produção de intervenções a partir das necessidades de saúde, ou seja, voltadas para o enfrentamento dos fatores determinantes/condicionantes do processo saúde/doença e da estratificação do risco de adoecer/morrer em um território sanitário (PAIM, 2011).

Recentemente, o MS publicou a Portaria GM 4279/2010 definindo ferramentas de microgestão a serem adotadas na construção de redes de atenção a saúde, no qual indica as Linhas de Cuidado como uma forma de articulação de recursos e práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas (BRASIL, 2010).

O MS espera que a implantação das linhas de cuidado fomente a construção de diretrizes clínicas que viabilizem a comunicação entre as equipes e serviços, programação de ações e padronização de determinados recursos definindo assim o desenho da RAS. Outras ferramentas poderão ser inseridas a exemplo da gestão da condição de saúde, gestão de casos, auditoria clínica e as listas de espera (BRASIL, 2010).

A implantação das linhas de cuidado corresponde a tentativa construção de um modelo de atenção alternativo para orientar a lógica de construção das RAS no Brasil. No entanto, por ser uma experiência incipiente no país ainda não se dispõe de uma avaliação sistemática sobre o tema (PAIM, 2011).

Segundo Paim (2011), o desafio que está posto neste momento não é o da definição de um modelo de atenção único para todo o país, mas sim, pensar quais combinações tecnológicas e abordagens são as mais adequadas para o enfrentamento de problemas advindos de quadros sanitários distintos e singulares nas diversas regiões de um país com dimensões continentais. Neste sentido, corroboramos com a ideia do autor na qual acredita-se que é possível encontrar não apenas uma, mas diversas combinações organizativas desenhadas a partir das

realidades regionais para o atendimento integral de necessidades de saúde, individuais e coletivas, nos distintos territórios do país.

A definição de um modelo de atenção para uma RAS é importante para orientar o processo de sua construção (MENDES, 2007b). No caso brasileiro destaca-se a situação da transição demográfica e epidemiológica que sugere pensar num modelo voltado tanto para a atenção a situações agudas como para situações crônicas (MENDES, 2007b).

A oferta de ações e serviços de caráter individual e coletivo no território deve favorecer a composição de uma rede com serviços com diferentes densidades tecnológica para promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, gestão de casos, reabilitação e cuidados paliativos orientados para enfrentamento das doenças prevalentes, dos riscos sanitários e para atenção a grupos populacionais específicos (BRASIL, 2010; OPAS, 2010; SILVA, 2011; MENDES, 2010).

Para viabilizar a gestão do cuidado sugere-se operar a partir de protocolos e diretrizes clínicas baseadas em evidências, instrumentos que pretendem facilitar a coordenação assistencial ao longo tempo nos serviços de saúde, pois normalizam o processo assistencial e facilitam a comunicação entre os profissionais de saúde (BRASIL, 2010; OPAS, 2010; MENDES, 2011).

3.1.4 A construção da rede de atenção às urgências no Sistema Único de Saúde

O Brasil vem experimentando uma mudança no seu perfil epidemiológico, principalmente devido ao incremento da morbimortalidade por violências e acidentes de trânsito e das doenças do aparelho circulatório. Este quadro fez aumentar a demanda por uma resposta mais eficiente do sistema de saúde no que diz respeito às urgências e emergências (VIEIRA, 2008; BRASIL, 2011a; CABRAL, 2008; AVELAR, 2010).

Alguns estudos discutem a fragilidade e a baixa capacidade de estruturação dos serviços de urgência no país e trazem como suas principais causas a baixa resolutividade da atenção primária, a desarticulação entre os níveis de atenção e

ainda, a própria insuficiência estrutural, gerencial e funcional destes serviços (VIEIRA, 2008; GUSMÃO-FILHO et al., 2010; AVELAR, 2010).

Para fins deste estudo adotamos o conceito de urgência definido pelo Conselho Federal de Medicina (1995) que considera urgência como “a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata”.

Com o objetivo de organizar a atenção integral às urgências no Brasil, no ano de 2002 sob a vigência da NOAS 01/2002, foi aprovado o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência (Portaria GM 2048/2002), o qual pretendia aperfeiçoar as normas já existentes para os serviços de urgência, bem como, ampliar o seu escopo para definição de uma ampla política nacional para esta área, fomentando a organização de sistemas regionalizados, com referências previamente pactuadas e efetivadas sob regulação médica, com hierarquia resolutive e responsabilização sanitária, universalidade de acesso, integralidade na atenção e equidade na alocação de recursos e ações do Sistema (BRASIL, 2002; VIEIRA, 2008; AVELAR, 2010).

Dando continuidade a este processo, em 2003 o MS instituiu a Política Nacional de Atenção às Urgências (Portaria GM 1.863/2003) estabelecendo a organização de redes loco regionais de atenção integral às urgências, enquanto elos da cadeia de manutenção da vida. A legislação definia a tecitura desta rede por meio dos componentes Pré-Hospitalar Fixo, Pré-Hospitalar Móvel, Hospitalar e Pós-Hospitalar (BRASIL, 2003a; CABRAL, 2008; VIEIRA, 2008).

Desta forma, a atenção básica, os serviços de urgência e emergência, unidades de pronto atendimento, ambulatórios especializados, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), entre outros, são contemplados no arcabouço legal da política na perspectiva de constituir uma rede de serviços especializados e de complexidade intermediários capazes de garantir uma cadeia de reanimação e estabilização para os pacientes graves e uma cadeia de cuidados imediatos e resolutivos para os pacientes agudos não-graves (BRASIL, 2003a; AVELAR, 2010).

A implementação da Política Nacional de Atenção às Urgências iniciou-se ainda em 2003 com a edição da Portaria GM 1.864 que instituiu o Componente Pré Hospitalar Móvel por intermédio da implantação do SAMU 192, suas Centrais de

Regulação e seus Núcleos de Educação em Urgência (BRASIL, 2003b; CABRAL, 2008).

A escolha estratégica do componente pré-hospitalar móvel para dar início à implantação dessa política pode ter se dado pela capacidade potencial de organização dos fluxos da atenção às urgências no Sistema Único de Saúde, tanto pela possibilidade de ampliação do acesso através do acionamento gratuito dos serviços pela chamada telefônica ao número 192 para demandas de agravos urgentes à saúde, como também pela possibilidade de regulação médica das urgências visando dar eficiência ao sistema de saúde, entendendo a Central de Regulação como observatório privilegiado e ferramenta relevante para o planejamento e gestão dos serviços (CICONET, 2008).

A Política Nacional de Atenção às Urgências significou um importante avanço em direção à organização da atenção às urgências e possibilitou a expansão do SAMU para diversos municípios do território brasileiro, tendo como consequência a ampliação de acesso ao componente pré hospitalar móvel para mais de 100 milhões de habitantes em 2009 através da chamada Rede Nacional SAMU 192 com 135 serviços habilitados até então (SEMENSATO et al., 2011)

Em 2008, a Portaria GM 2.922 inicia a indução federal ao processo de organização de redes loco regionais de atenção integral às urgências da Política Nacional de Atenção às Urgências. No desenho da rede estabelecido nesta portaria e complementado pela Portaria 2970/2008, que fomenta a regionalização do SAMU 192, as Salas de Estabilização, as Unidades de Pronto Atendimento e as portas hospitalares de urgência são considerados pontos de atenção desta rede e objetivam dar retaguarda adequadamente estruturada, qualificada e pactuada ao atendimento pré-hospitalar móvel. A integração desta rede se daria por sistemas de informação e comunicação favorecendo o processo de trabalho, inclusive o exercício da Telesaúde (BRASIL, 2008a; BRASIL, 2008b).

As referidas portarias nasceram sob a influência do Pacto pela Saúde, e significaram uma proposta de extensão de cobertura, capilarização do acesso e fortalecimento da regionalização enquanto diretriz organizacional do SUS na área de atenção às urgências, já que a primeira tratava da organização da rede locorregional de atenção às urgências e a segunda tratava de induzir a regionalização do SAMU 192 em todo o território nacional estabelecendo diretrizes e parâmetros técnicos para a habilitação de novos serviços da Rede SAMU 192 de caráter regional ou

adequação de serviços de abrangência municipal para abrangência regional (BRASIL, 2008b).

Segundo a portaria 2.970/2008, no planejamento do processo de regionalização devem ser considerados na alocação de ambulâncias de suporte básico e suporte avançado de vida os parâmetros quantitativos populacionais, parâmetros de tempo-resposta, parâmetros de acesso aos pontos de atenção da rede (Salas de Estabilização, as Unidades de Pronto Atendimento e as portas hospitalares de urgência), interligados ao SAMU por meio de efetivos sistemas de comunicação e exercício da Telesaúde (BRASIL, 2008b).

A referida portaria define a contrapartida do financiamento federal para o SAMU 192 e suas Centrais de Regulação Médica, mantendo o custeio das equipes das Unidades de Suporte Básico (USB) e Suporte Avançado (USA), aumentando o valor de custeio referente as Centrais de Regulação Médica, instituindo incentivo financeiro para adaptação e construção de instalações físicas, bem como para aquisição de materiais, mobiliários e equipamentos de informática (BRASIL, 2008b).

Outra questão importante diz respeito ao estabelecimento de parâmetros para quantitativo de pessoal da Central de Regulação (médicos reguladores, telefonistas e rádio operadores) de acordo com o tamanho da população a ser coberta (BRASIL, 2008b).

Ainda por meio da Portaria GM 2.970/2008 são estabelecidos os critérios para a elaboração de projetos de regionalização da Rede SAMU 192 a ser submetidos à apreciação do CGR, quando houver, e aprovados e priorizados nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) de cada Estado. Os critérios de priorização dos projetos são os seguintes: I - de regionalização do SAMU-192 com proposta de agrupamento de centrais municipais já existentes, a fim de configurar centrais regionais; II - de centrais municipais ou regionais já existentes, com proposta de incorporação de novos Municípios; e III - novos, de caráter regional, otimizando em todas as situações a utilização de recursos e ampliando a cobertura e o acesso (BRASIL, 2008b).

As orientações contidas para pleitear os recursos federais previsto preveem como pré-requisitos para os projetos de regionalização da Rede SAMU 192 a serem apresentados ter abrangência populacional mínima de 100.000 habitantes, sendo que o município-sede da Central de Regulação deverá ter pelo menos 50.000 habitantes, caso contrário, esses Municípios deverão agregar-se a outros SAMU já

existentes na macrorregião; o segundo pré-requisito é estar em processo de adesão ao Pacto pela Saúde e de estruturação do CGR; e por fim, elaborar projeto de regionalização da Rede SAMU 192 (BRASIL, 2008b).

O referido projeto deve conter: 1. designação de Coordenação para a Rede de Urgência implantada; 2. criação e implantação dos Comitês Gestores de Urgências nos âmbitos estadual, regional e municipal; 3. ações contidas nos Planos de Atenção Integral às Urgências, em conformidade com PDR, prevendo a inserção dos novos municípios a ser incluídos no projeto; 4. desenho do fluxo entre as Unidades Básicas de Saúde, as Unidades de Saúde da Família (USF), Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e as Unidades Hospitalares, seja para as solicitações de apoio às Centrais de Regulação Médica, seja para a recepção de pacientes transferidos pela regulação médica pelo SAMU 192; e 5. mecanismos de compromisso de expansão da cobertura da Estratégia de Saúde da Família atingindo no mínimo 50% nos Municípios da área de abrangência do SAMU 192, até o ano 2010 (BRASIL, 2008b).

Na tentativa de avançar no aprimoramento da gestão e da atenção as urgências no país, o MS aprovou a Portaria GM 1600/2011 que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências. Esta rede é constituída pelos seguintes componentes: 1. promoção, prevenção e vigilância à Saúde Atenção Básica em Saúde; 2. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; 3. Sala de Estabilização; 4. Força Nacional de Saúde do SUS; 5. Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; 6. Hospitalar e 7. Atenção Domiciliar (BRASIL, 2011).

Este documento afirma que a organização da Rede de Atenção às Urgências tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, tendo como objetivo ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna. Nesta rede, o acolhimento com classificação do risco, a qualidade e a resolutividade na atenção constituem a base do processo e dos fluxos assistenciais de toda Rede de Atenção às Urgências e devem ser requisitos de todos os pontos de atenção. (BRASIL, 2011).

É neste contexto que o país busca atenuar a fragmentação dos serviços de saúde, especificamente os serviços de urgência, apostando na proposta de redes

integradas de atenção a saúde, consolidando paulatinamente um arcabouço legal que norteie a construção de regiões de saúde e de redes de atenção a saúde nestes territórios, permitindo a experimentação nos mais diferentes contextos regionais e o aprendizado institucional com vistas ao alcance da integração dos serviços, resolutividade e integralidade da atenção.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Dada a realidade do fenômeno, as características do objeto de estudo e a tentativa de responder aos objetivos propostos na investigação, optamos pela realização de uma pesquisa qualitativa do tipo descritiva e exploratória, capaz de incorporar questões do significado, dos atos, das relações e das estruturas sociais, na busca do entendimento particular de uma realidade (MINAYO, 2010).

O estudo descritivo pode ser compreendido como aquele que descreve um fenômeno ou situação diante do estudo realizado em um determinado tempo e espaço (MARCONI; LAKATOS, 2007). Já o estudo exploratório, considerando a classificação de Gil (2008), possibilita um maior conhecimento a respeito do problema, tornando-o mais claro e flexível, além de aprimorar ideias e auxiliar na formulação de hipóteses.

4.2 CAMPO DE ESTUDO

Para Minayo (2010) o campo de pesquisa é concebido enquanto recorte em tempo e espaço feito pelo pesquisador para representar uma realidade empírica a ser estudada a partir de concepções teóricas que fundamentam o objeto da investigação.

O nosso campo de estudo é a microrregião de saúde de Jequié, instituída pelo PDR/Bahia 2008, a qual compõe juntamente com outras três microrregiões a macrorregião Sul.

Esta microrregião é composta por 25 municípios totalizando uma população de 491.593 habitantes, o que representa 37,31% dos municípios e 30,61% da população da macrorregião Sul. Do ponto de vista da organização administrativa do governo estadual estes municípios estão sob a área de abrangência da 13ª Diretoria Regional de Saúde. Ainda segundo o PDR 2008 Jequié é o município pólo desta microrregião.

Segundo o Pacto pela Saúde as regiões de saúde são espaços territoriais complexos, organizados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados do território (BRASIL, 2006).

Tabela 01: Distribuição da população da microrregião de Jequié por município, 2010

MICRORREGIÃO	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO
JEQUIÉ	Aiquara	4.602
	Apuarema	7.459
	Barra do Rocha	6.3138
	Boa Nova	15.411
	Brejões	14.282
	Cravolândia	5.041
	Dário Meira	12.836
	Ibirataia	18.943
	Ipiaú	44.390
	Irajuba	7.002
	Iramaia	11.990
	Itagi	13.051
	Itagibá	15.193
	Itamari	7.903
	Itaquara	7.678
	Itiruçu	12.693
	Jaguaquara	51.011
	Jequié	151.895
	Jitaúna	14.115
	Lafaiete Coutinho	3.901
Lajedo do Tabocal	8.305	
Manoel Vitorino	14.387	
Maracás	24.613	
Planaltino	8.822	
Santa Inês	10.363	
		492.199

Fonte: DATASUS, 2010.

A escolha por esta microrregião se justifica no fato de ter sido esta a primeira na macrorregião Sul do Estado da Bahia a promover uma experiência de construção de rede de atenção às urgências a partir da regionalização do SAMU 192.

4.2.1 Características da microrregião estudada

A pirâmide etária da microrregião de Jequié acompanha as características da Bahia, com maior concentração (34,33%) na faixa entre os 30 a 59 anos, seguida pelos jovens (15 a 29 anos) com 27,73%. As crianças de 0 a 14 anos representam

25,83% da população, enquanto a população idosa responde por 12,11% do contingente populacional, com tendência a crescimento (DATASUS, 2010).

A microrregião de Jequié possui uma área territorial de 18.137,34 km² e uma densidade demográfica de 27,10hab/km², em função da extensão territorial que possui. Do total de residentes 49,66% são do sexo masculino (244.404) e 50,34% do sexo feminino (247.795). A microrregião possui uma taxa de urbanização de 74,80%. O Índice de Gini mede o grau de desigualdade existente na distribuição de indivíduos segundo a renda domiciliar per capita. Na microrregião estudada, no ano de 2010 o valor médio do Índice de Gini foi 0,53, variando entre 0,46 para o município que possui pior índice e 0,69 para o de melhor índice (DATASUS, 2010).

As principais vias de acesso terrestre aos municípios da microrregião são as rodovias: BR 116, BR 330 e BR 101. O município sede da microrregião limita-se ao Norte pelos municípios de Maracás, Manoel Vitorino, Boa Nova, ao Sul por Jitaúna, Ipiaú, a Leste por Jaguaquara, Itiruçu, Lafaiete Coutinho e a Oeste por Itagi, Aiquara.

4.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Gil (2002) afirma que a seleção dos sujeitos do estudo é tarefa de fundamental importância, visto que, a pesquisa tem por objetivo generalizar os resultados obtidos para a população das quais os sujeitos pesquisados constituem uma amostra.

Como sujeitos da pesquisa, optamos por trabalhar com a coordenação regional de atenção as urgências e com gestores dos municípios, os quais são membros da governança regional denominada Colegiado de Gestão Microrregional (CGMR)

Foram sujeitos deste estudo sete (7) informantes-chave, sendo eles: coordenador do SAMU 192 Regional, gestores dos dois (2) municípios da microrregião que são referência para a unidade móvel de suporte avançado (USA) e quatro (4) gestores de municípios que possuem base descentralizada com unidade móvel de Suporte Básico de Vida (USB). Para estes últimos utilizou-se como critérios de inclusão a distância entre os municípios que possuem USB e os municípios de referência para USA, sendo selecionados dois (2) para cada

município de referência para USA, sendo estes o mais próximo e o mais distante em quilometragem.

Dentre os informantes 71,42% eram do sexo feminino, com faixa etária entre 28 a 57 anos, e tempo de atuação na função variando entre um (1) a cinco (5) anos, 57,14% possuem grau de escolaridade com nível superior e apenas 42,85% possuem formação na área da saúde.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados permite ao pesquisador a aproximação ao objeto de estudo e o levantamento de dados que possam testar suas hipóteses. O somatório do material coletado, aproveitável e adequado pode variar em função da habilidade do investigador, de sua experiência e da sua capacidade em descobrir indícios ou subsídios importantes para o seu estudo (LAKATOS; MARCONI, 2007).

A coleta de dados se constitui uma tarefa que na maioria das vezes, demanda mais tempo do que se espera. Isto exige do pesquisador paciência, perseverança e esforço pessoal, bem como o registro cuidadoso dos dados, previamente planejado (MARCONE; LAKATOS, 2007).

Neste estudo, a coleta de dados aconteceu nos meses de outubro e novembro de 2012. Foi um momento bastante difícil na construção do trabalho, pela dificuldade em encontrar espaço nas agendas dos informantes para realizar as entrevistas. Mesmo com agendamento prévio alguns profissionais se encontravam atarefados e em alguns casos foi necessária a realização de mais de uma visita para realizar as entrevistas.

Por ser uma pesquisa qualitativa optou-se por usar como instrumento de coleta de dados a entrevista semiestruturada. Consideramos que este instrumento pode conduzir o pesquisador ao desenvolvimento de suas percepções, sendo cada entrevista singular, pois envolve um sujeito diferente em cada situação (CANZONIERI, 2010).

Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos informantes, as entrevistas aconteceram da maneira reservada, em uma sala onde se encontravam no ambiente apenas o entrevistador e o entrevistado

diminuindo a possibilidade de interferência externa. Estas foram gravadas com o auxílio de um gravador digital, que posteriormente foram transcritas.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Minayo (2009) esclarece que, uma pesquisa passa, necessariamente, por três fases. A primeira fase é a exploratória, na qual se amadurece o objeto de estudo e se delimita o problema de investigação; a segunda é a coleta dos dados em que se recolhem informações capazes de responder ao problema; e terceira a análise dos dados, na qual se faz o tratamento dos dados coletados, por inferências e interpretações.

Em nosso estudo, para analisar as informações coletadas, utilizamos como método de tratamento dos dados a análise de conteúdo categorial que além de ser um dos caminhos de ordenação da realidade é capaz de possibilitar interpretações e compreensões do significado das informações.

Bardin (2008, p. 33) comenta que,

a análise de conteúdo é um *conjunto de técnicas de análise das comunicações*. Não se trata de um instrumento, mas de um leque de apetrechos; ou, com maior rigor, será um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações.

Segundo Bardin (2008), análise de conteúdo categorial é alcançada por operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias, segundo agrupamentos analógicos, e caracteriza-se por um processo estruturalista que classifica os elementos, segundo a investigação sobre o que cada um deles tem em comum. Nesse sentido, a autora considera que categorização pode ser compreendida como a passagem dos dados brutos para os dados organizados e tem como primeiro objetivo fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados brutos.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Durante o desenvolvimento de trabalho foram respeitadas todas as prerrogativas éticas e legais, estando em conformidade com Resolução nº. 196 do Conselho Nacional de Saúde, de 10 de outubro de 1996, que dispõe sobre a pesquisa científica envolvendo seres humanos.

Para a coleta de dados foi elaborado um Termo de Compromisso Livre e Esclarecido – TCLE, informando aos entrevistados sobre a possibilidade de desistir da participação da pesquisa em qualquer fase e do anonimato das informações fornecidas. O TCLE foi assinado em duas vias, no momento da entrevista.

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UESB (CEP/UESB), sob protocolo de nº 075/2012.

5 RESULTADOS

5.1 MANUSCRITO 1

DESENHO DOS PONTOS DE ATENÇÃO NA CONFORMAÇÃO DE UMA REDE MICRORREGIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

Elaborado conforme as instruções para autores que constam no site da **Revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Saúde Coletiva**. Acesso em (janeiro) 2012.

DESENHO DOS PONTOS DE ATENÇÃO NA CONFORMAÇÃO DE UMA REDE MICRORREGIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

DRAWING ATTENTION TO THE POINT OF FORMING A NETWORK OF ATTENTION TO EMERGENCY MICROREGIONAL

Karlla Cristina de Albuquerque Bispo¹
Cezar Augusto Casotti²

RESUMO

O presente estudo objetivou identificar a conformação dos pontos de atenção da rede regionalizada de atenção às urgências no âmbito microrregional, haja vista a proposta de reorganização da atenção às urgências sob a forma de rede. Trata-se de um estudo qualitativo em uma dada microrregião da Bahia, tendo 7 sujeitos informantes-chaves do processo de regionalização do SAMU 192. Os dados foram analisados através do método categorial da análise de conteúdo. Os resultados apontam a regionalização da atenção às urgências como fruto de um projeto coletivo. Observou-se os entraves enfrentados para construção coletiva da rede de atenção às urgências, bem como insuficiência do parâmetro tempo resposta, baixa capacidade resolutive da atenção básica e hospitais de pequeno porte, insuficiência de estrutura para funcionamento da Unidade de Pronto Atendimento, necessidade de redimensionamento da rede hospitalar de retaguarda. O presente estudo ressalta a relevância das estruturas de governança regional no processo de organização de redes de atenção a saúde e a necessidade de adoção de instrumentos de planejamento observando a análise de demanda e da oferta dos serviços de saúde, visando o alcance da integralidade da atenção e dos fundamentos essenciais das redes integradas.

Palavras-chave: regionalização, políticas públicas de saúde, gestão em saúde, atenção à saúde, integração de sistemas, socorro de urgência.

ABSTRACT

This present study aimed to identify the conformation of the assistance units of the regionalized assistance network to urgencies in the micro regional environment, considering the proposal of reorganization of the assistance to the urgencies in the network format. It is a qualitative study in a specific micro region in Bahia, having 7 informers-key subjects in the process of regionalization of SAMU 192. The data was analyzed through the categorical method of content analysis. The results show the regionalization of assistance as the aftermath of a collective project. It was observed the issues faced in order to have a collective construction of the urgent assistance network as well as the insufficient time- response parameter, the low resolution

¹ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Campus de Jequié. karllaalbuquerque@yahoo.com.br

² Professor Adjunto do Curso de Odontologia e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. casottica@hotmail.com

capacity of the basic assistance and small hospitals, insufficient working structure of the Unidade de Pronto Atendimento, necessity to increase the rearguard hospital network. The present study highlight the relevance of the regional government structures in the organization process of the health assistance network and the necessity to adopt planning instruments observing the health service demand and supply analysis, aiming the integrality of assistance and the essential fundamentals of the integrated networks.

Keywords: regionalization, public policies in health, management in health, health assistance, integration systems, urgency and emergency

INTRODUÇÃO

No Brasil, o modelo de atenção a saúde vigente é caracterizado pela fragmentação dos serviços existentes e pela baixa capacidade de responder adequadamente as necessidades de saúde da população. A superlotação dos serviços de urgência e emergência e a insatisfação da população são a maior evidência da inadequação deste modelo e revelam a deficiência do setor^{1,2,3}.

Visando dar melhor resposta às necessidades de saúde de uma população a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) sugere a conformação de redes integradas de atenção à saúde como proposta para superação da fragmentação dos sistemas de saúde pela possibilidade de promover a integração, racionalizar gastos, otimizar recursos e produzir resultados sanitários positivos num determinado território^{4,5,6,7}.

Em saúde, as redes de atenção são “uma rede de organizações que presta, ou faz arranjos para prestar, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve”⁶.

São três os elementos constitutivos das redes de atenção a saúde (RAS): o território e sua população, a estrutura operacional e o modelo de atenção. A população e o território são a razão de ser das RAS, onde e para quem acontecem as intervenções sanitárias. A estrutura operacional é composta pelos pontos de atenção primários, secundários e terciários (considerados os nós da rede), os sistemas de apoio e os sistemas logísticos (meios de comunicação entre os nós) e a governança (que comanda as relações entre os demais componentes). O modelo de atenção organiza o funcionamento da rede⁸.

Os pontos de atenção são *locus* de produção do cuidado caracterizados pela oferta de serviços com densidade tecnológica diversificada e distribuídas estrategicamente ao longo do território. Para construir um desenho dos pontos de atenção com garantia de eficiência e qualidade no funcionamento das RAS é necessário considerar os seguintes fundamentos: economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso, integração horizontal e vertical, processos de substituição, territórios sanitários e níveis de atenção⁸.

No Brasil, a atenção às urgências tem se configurado ao longo dos anos uma área crítica no Sistema Único de Saúde (SUS). Para reorganizá-la, no ano de 2003 o governo federal instituiu a Política Nacional de Atenção às Urgências, a qual foi reeditada em 2011, onde propõem a organização do sistema de saúde sob a forma de redes integradas e regionalizadas de atenção à saúde^{1,9,10}, por entender que estas podem contribuir para melhoria do cuidado as condições agudas e das agudizações das condições crônicas, desde que haja uma distribuição adequada dos usuários pelos pontos de atenção à saúde desta rede, segundo critérios de classificação de risco^{8,10}.

Nas redes de atenção às urgências, os serviços de atenção primária, secundária e terciária são considerados pontos de atenção, e são coordenados por um sistema de acesso regulado que opera fluxos na rede e é responsável pela integração dos seus diversos elementos constitutivos. É importante destacar que nas redes de atenção às condições crônicas, a atenção primária a saúde assume o papel de centro de comunicação da rede e na rede de atenção às condições agudas este papel passa a ser desempenhados pelo complexo regulador de urgência, assim, a atenção primária passa a atuar como ponto de atenção às urgências⁸.

Segundo o Ministério da Saúde, na rede de atenção às urgências as unidades de produção de cuidado devem ser estruturadas em quatro componentes, a saber: o **pré-hospitalar fixo** (serviços de atenção primária s saúde, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapia, e unidades não hospitalares de atendimento às urgências e emergências, as UPA's e as salas de estabilização), o **pré-hospitalar móvel** (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192), o **hospitalar** (portas hospitalares de atenção às urgências incluindo os leitos gerais e especializados de retaguarda, de longa permanência e os de terapia semi-intensiva e intensiva) e, o **pós-hospitalar** (modalidades de atenção domiciliar, hospitais-dia e

projetos de reabilitação integral com componente de reabilitação de base comunitária)^{1,10}.

O regulamento Técnico da Atenção às urgências orienta que a reorganização da atenção às urgência deve ser realizado a partir do diagnóstico das necessidades de saúde das populações em seus territórios com análise detalhada dos recursos existentes, levando-se em consideração sua quantidade, localização, acesso, complexidade, capacidade operacional e técnica. Assim, serão percebidas as deficiências do sistema, orientando o planejamento para conformação de uma rede de atenção integral e resolutive¹¹.

Compete a estrutura de governança regional, os colegiados de gestão, a responsabilidade de identificar as demandas regionais, definir as prioridades e as propostas para organização da rede de atenção a saúde^{12,13}.

Motivados pelas demandas regionais relacionadas a morbimortalidade relativa as urgências e a insuficiência dos serviços de urgência existentes, os gestores de uma microrregião de Saúde do Estado da Bahia através do Colegiado de Gestão Microrregional discutiram e construíram uma proposta de reorganização da atenção as urgências sob a forma de rede a partir da Regionalização do componente pré-hospitalar, SAMU 192 e sua Central de Regulação, neste território. No processo, construiu-se o desenho da rede atenção as urgências com distribuição dos pontos de atenção ao longo do território microrregional.

Este estudo objetivou identificar a conformação dos pontos de atenção da rede regionalizada de atenção as urgências no âmbito microrregional.

MÉTOD

Utilizou-se como método a abordagem qualitativa por abordar o estudo das relações, representações, crenças, percepções e opiniões, “produtos das interpretações que os homens fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam”¹⁴.

A pesquisa qualitativa oferece maior possibilidade em descrever a complexidade do fenômeno a ser estudado, facilitando a aproximação da realidade com a prática, obtendo como resultado a reflexão no desenvolvimento e na dinâmica

social, voltada para o enfrentamento dos problemas e a busca de propostas viáveis de aplicação.

O estudo é de caráter exploratório e permite a caracterização do objeto, isto é, identificar a conformação do desenho da rede de atenção às urgências, considerando os pontos de atenção em uma microrregião. Trata-se de um estudo de caso, pois ao identificar a conformação do desenho da rede de atenção às urgências, objetiva-se compreender o impacto de determinadas políticas numa realidade concreta, além de avaliar processos e resultados de propostas administrativas¹⁴.

O presente estudo foi desenvolvido em uma microrregião de saúde da Bahia, constituída por vinte e cinco (25) municípios, onde na ocasião da regionalização do SAMU 192 residiam 517.253 habitantes¹⁵.

Segundo o Plano Diretor de Regionalização da Bahia (PDR) esta microrregião esta localizada na Macrorregião Sul e conta com uma estrutura de governança regional denominada Colegiado de Gestão Microrregional formada pelos gestores municipais de saúde dos municípios que a compõe e um (1) representante da gestão estadual¹⁶.

Foram sujeitos deste estudo sete (7) informantes-chaves, sendo eles: coordenador do SAMU 192 Regional, gestores dos dois (2) municípios da microrregião que são referência para a Unidade móvel de Suporte Avançado (USA) e quatro (4) gestores de municípios que possuem base descentralizada com Unidade móvel de Suporte Básico de Vida (USB). Para estes últimos utilizou-se como critérios de inclusão a distância entre os municípios que possuem USB e os municípios de referencia para USA, sendo selecionados dois para cada município de referência para USA, sendo estes o mais próximo e o mais distante em quilometragem.

Utilizou-se para a obtenção dos dados a triangulação de técnicas, onde é possível adotar diferentes fontes de dados e utilizar mais de uma técnica para coleta dos mesmos¹⁴. Para identificar a conformação do desenho dos pontos de atenção da rede utilizou-se entrevista semiestruturada, análise descritiva do documento técnico elaborado pelo Colegiado de Gestão Microrregional relacionado à Regionalização do SAMU 192, atas das reuniões do Colegiado de Gestão Microrregional, sendo estas confrontadas com as portarias federais que a instituíram.

As entrevistas obtidas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra e classificadas conforme o plano de análise adotado para este estudo. Os documentos técnicos e atas do CGMR foram obtidos junto ao seu coordenador, e também foram lidos na íntegra, sendo selecionados os pontos onde havia referência a conformação do desenho dos pontos de atenção na rede regionalizada de atenção às urgências. As portarias foram obtidas diretamente no site do MS.

Para fins deste estudo utilizamos a classificação do porte hospitalar a partir do número de leitos oferecidos, ou seja, pequeno porte (até 50 leitos), de médio porte (51 a 150 leitos), de grande porte (151 a 500 leitos) e de porte especial (acima de 500 leitos)¹⁷.

Foram calculados os parâmetros de necessidade de leitos hospitalares conforme preconiza a Portaria GM 1.101/2002, a qual estabelece parâmetros assistências para o SUS¹⁸. Para tanto, utilizou-se a estimativa da população dependente do SUS que é de 75,5% da população geral¹⁹.

Os dados referentes à cobertura populacional da estratégia de saúde da família e as informações referente ao cadastro dos estabelecimentos de saúde existentes na microrregião foram obtidos, respectivamente no site do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e no site do Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

Desta forma, neste estudo, optamos por trabalhar com análise de conteúdo, por ser esta definida como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”²⁰. Durante a etapa de exploração do material, aplicamos as regras de recorte, de codificação e de categorização sobre o conjunto das entrevistas agregadas por questões, buscando identificar os núcleos de sentido inerentes às mesmas. Na análise documental buscamos a representação condensada da informação para a manipulação de mensagens (conteúdo expresso desse conteúdo) para evidenciar os indicadores que permitam inferir sobre uma realidade que não a da mensagem.

Este estudo recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da UESB (CEP/UESB), sob protocolo nº 075/2012.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos dados obtidos ao examinar os documentos oficiais produzidos pelo Colegiado de Gestão Microrregional e as entrevistas de seus membros analisadas sob a luz de portarias e leis publicadas pelo Ministério da Saúde acerca da regionalização do componente pré-hospitalar SAMU 192, foi possível identificar a conformação do desenho dos pontos de atenção da rede na microrregião analisada.

A governança regional e o desenho da rede

Em conformidade com o que prevê as Portarias GM 2.048/2002, 1.864/2003 e 2.970/2008 alguns membros do Colegiado de Gestão Microrregional foram designados para elaborar o Projeto de Regionalização da Atenção às urgências na microrregião de Jequié-BA, os quais obtiveram apoio técnico da coordenação de atenção às urgências da Secretaria Estadual de Saúde do Estado da Bahia.

Durante a fase de elaboração as propostas foram apresentadas, discutidas e aprovadas nos respectivos Conselhos Municipais de Saúde e em seguida, o projeto foi discutido e aprovado pelos membros do colegiado. Então, o projeto foi encaminhado a Coordenação Estadual de Atenção as Urgências para análise técnica e posteriormente seguiu para aprovação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

A legislação supracitada prevê a implantação de Comitês Gestor de Urgência de caráter regional/municipal para atuar enquanto órgãos consultivos dos gestores para proposição e pactuação sobre políticas de organização e operação do Sistema Integral de Atenção as Urgências³.

Consta como parte integrante do Projeto de Regionalização do SAMU 192 uma cópia do Decreto Municipal 6.768/2003 que instituiu o Comitê Gestor de Urgências do município sede da microrregião, o qual foi implantado no período de criação do SAMU 192 municipal, em atendimento a Portaria GM 1864/2003. Não encontramos referencias na análise documental que indiquem que no momento da elaboração do projeto de regionalização do SAMU 192 tenha havido reestruturação

deste comitê municipal para um comitê regional. A análise documental demonstra ainda ausência de participação do Comitê Gestor de Urgência no processo de elaboração do Projeto de regionalização do SAMU 192, ou seja, este comitê está inativo, conforme reforçado nas falas abaixo.

[...] eu não sinto muita consistência na implantação do comitê de urgência regional, [...] ele existe no nível municipal, ele não foi regionalizado [...] quando você coloca municipal você não envolve nenhum outro município, nem uma outra base [...] agente não vê a efetivação desse comitê regional (Inf. 06).

Não existe o comitê de urgência regional. Na verdade, está se organizando agora [...] pra futuramente implantarmos (Inf. 02).

Existe implantado mas no momento não tá havendo reuniões. mas ele não tem caráter regional, só municipal e ainda não se reuniu depois da regionalização (Inf. 03).

Segundo a Portaria GM 1.864/2003 os Comitês Gestores do Sistema de Atenção às Urgências se constituem o espaço formal de discussão e implementação das propostas necessárias a permanente adequação do sistema de atenção integral às urgências, permitindo que os atores envolvidos possam discutir, avaliar e pactuar as diretrizes e ações prioritárias, subordinadas às estruturas de pactuação do SUS nos seus vários níveis.

Experiências de criação de órgãos consultivos atuando com câmaras técnicas no sistema de governança são destacadas como importantes para o planejamento das redes de atenção a saúde, acompanhamento, monitoramento, e especialmente na integração dos serviços a nível regional por mediar interesses de vários municípios^{21,3}.

Conhecendo as necessidades de saúde do território: o perfil epidemiológico da microrregião

Para conhecer as necessidades regionais o Projeto de Regionalização identificou no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) os principais grupos causas de mortalidade (CID 10) da população no ano 2008 apontando as doenças do aparelho circulatório (30,6%) como a primeira causa, as causas externas de morbimortalidade (14,8%) e as neoplasias (11,6%) como segunda e terceira respectivamente. Ainda conforme o projeto as mortes por doenças do aparelho

circulatório tiveram predominância no grupo etário acima dos 50 anos e as causas externas no grupo etário entre 10 e 49 anos. Dentre as causas externas os homicídios e os acidentes de transporte ocuparam a primeira e segunda posição respectivamente.

Ainda no projeto de regionalização ao analisar os óbitos ocorridos no período compreendido entre 1999 a 2008 observou-se que dentre as causas de óbitos por doenças do aparelho circulatório houve um incremento de 129,78% referente aos óbitos por Infarto Agudo do Miocárdio e 43,16% dos óbitos por doenças cerebrovasculares. De modo semelhante, no mesmo período, nos óbitos por causas externas houve um incremento de 396,77% das mortes por agressões e de 190% por acidente de transporte.

Estudo sobre mortalidade por causas externas no município sede da microrregião de Jequié corroboram com os achados do Plano de Regionalização do SAMU 192, o qual indica que os homicídios e os acidentes de transporte representam as principais causas dentre os óbitos por causas externas²².

Os elevados índices de morbimortalidade por causas externas²² e por doenças do aparelho circulatório⁸ justificam a necessidade de reorganização dos serviços de urgência para superação das deficiências estruturais relacionadas a dificuldade de acesso em vários níveis de atenção, insuficiência de leitos especializados, incipiência de mecanismos de referencia e inadequação na formação de profissionais, de modo a dar respostas adequadas as condições agudas e a agudização das condições crônicas⁸.

O componente pré hospitalar móvel no desenho da rede de atenção às urgências

O projeto elaborado pelo CGMR previa um total de 07 ambulâncias de suporte básico, 03 de suporte avançado e 01 motolância. O projeto cita que a proposta foi elaborada considerando o critério de adequação de cobertura de ambulância da portaria GM 1864/2003 que é de “um veículo de suporte básico para cada 34.466 habitantes e/ou cobertura territorial de uma área de 1.160 Km²” e para os veículos de suporte avançado de vida “um veículo para cada 129.250 habitantes e /ou cobertura territorial de uma área de 4.349 Km²”.

No entanto, verificamos incoerência entre os parâmetros utilizados no projeto e o proposto pela Portaria GM 1.864/2003, visto que esta estabelece a proporção de um veículo de suporte básico de vida para cada grupo de 100.000 a 150.000 habitantes e de um veículo de suporte avançado à vida para cada 400.000 a 450.000 habitantes^{23,24}.

Após aprovação do projeto pelo Colegiado de Gestão Microrregional, a equipe técnica da área de Urgência da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia propôs alteração na configuração encaminhada pelo colegiado considerando que a Portaria GM 2.970/2008 não foi observada na sua elaboração e que para fornecer uma assistência adequada a população deveria ser empregado o “parâmetros de tempo resposta” e não apenas os parâmetros de quantitativos populacionais mínimos para alocação de ambulâncias de suporte básico e suporte avançado de vida.

Desta forma, o desenho efetivo do componente pré hospitalar móvel - SAMU 192 na microrregião esta assim configurado conforme descrito na tabela 1.

Tabela 1. Configuração do componente pré hospitalar móvel – SAMU 192 – na microrregião de Jequié-BA.

Central Regulação	USA	USB	Motolância
01 no município sede da microrregião	01 para 19 municípios da região norte da microrregião	03 no município sede da microrregião	01 no município sede da microrregião
	01 para 06 municípios da região sul da micro	13 para 13 bases descentralizadas da microrregião	

Fonte: Projeto de regionalização do SAMU 192 na microrregião de Jequié-BA, 2013.

Os demais municípios da região que não foram contemplados com bases descentralizadas serão cobertos pela base descentralizada mais próxima sob regulação médica ao acionar o telefone gratuito 192, conforme fala de um entrevistado e trecho da ata da reunião do Colegiado de Gestão Microrregional evidenciado abaixo.

[...] os municípios que não tem base descentralizada podem estar acionando o SAMU 192 Regional que a Central de Regulação vai ter esse controle. (Doc. Ata 2)

[...] assim as bases descentralizadas ficaram em locais onde poderiam tá atendendo outros municípios vizinhos de forma mais rápida (Inf. 01).

No que diz respeito ao parâmetro tempo resposta, mesmo havendo alteração na proposta inicial do quantitativo de unidades móveis aprovada pelo CGMR, um

dos gestores municipais critica o parâmetro tempo resposta na rede de atenção às urgências da microrregião conforme evidenciado na fala abaixo.

[...] se deslocar de um município pra outro, demora cerca de quinze minutos o mais próximo, vinte ou meia hora no mínimo o mais distante, então pra proposta inicial do SAMU tempo resposta pra esses casos são inviáveis. [...] já teve paciente de uma cidade próxima que estava num distritozinho e esse paciente veio por meios próprios ao encontro da ambulância, com a finalidade de minimizar esse tempo resposta e otimizar o atendimento. (Inf. 03).

É prejudica o serviço até por conta do tempo, quanto mais em serviço de urgência/emergência quanto menor o tempo melhor (Inf. 02).

O componente pré hospitalar móvel tem como missão atender precocemente aos usuários em situação de urgência^{18,24,10}. Minayo²³ considera que o tempo decorrido até o tratamento definitivo de vítimas de trauma interfere no prognóstico e cita que o Committee on Trauma of American College dos Estados Unidos, considera que vinte minutos é o intervalo máximo ideal para primeiro atendimento em casos graves.

Estudo produzido por Takeda²⁵ considera que a quantidade e a localização dos veículos para atendimento pré-hospitalar móvel são alguns dos fatores que influenciam o tempo resposta, ou seja, tempo decorrido entre o instante da solicitação pelo serviço e o início do atendimento.

Neste sentido, o dimensionamento de veículos e a localização das bases no território são elementos importantes no processo de planejamento da regionalização, interiorização e ampliação do acesso da população ao SAMU 192, conforme os discursos abaixo.

[...] é uma micro grande, diga-se de passagem é uma das maiores da (Inf. 07).

[...] o Vale do Jequiriçá não tem essa cobertura tão próximo assim como meu municio tem que é Ipiáú dessa avançada, quando surge a necessidade tem que sair a avançada de Jequié pra atender essa regional essa região (Inf. 01)

Eu questiono inclusive a resolutividade mesmo da emergência quando ela ocorre, justamente pelo grande primeiro desafio, uma micro imensa em extensão territorial para regular uma ambulância a mais de 100 km daqui (Inf. 04).

Poucas ambulâncias, às vezes criam filas de atendimento. Então você não entende muito isso e é difícil entender isso, fila pra atendimento em emergência? (Inf. 03).

Marques² elaborou um estudo que relata a experiência de implantação da rede de atenção às urgências numa macrorregião e identificou que a extensão territorial, a situação de conservação de estradas e a proximidade de entroncamentos rodoviários com atividade em alta intensidade produzem uma complexidade logística importante e desafiadora na organização da atenção às urgências para alcançar tempo resposta satisfatório. Mendes⁸ em estudo de revisão de literatura concluiu que a distância configura uma barreira geográfica para o acesso da população tanto para a atenção primária a saúde quanto para os serviços de urgência e emergência.

Sobre o dimensionamento dos veículos do componente pré-hospitalar móvel, na análise do projeto e das atas de reuniões do Colegiado de Gestão Microrregional consta no desenho da rede 03 (três) veículos de suporte avançado de vida. No entanto, há apenas em funcionamento duas, sendo uma na cidade sede da microrregião e a outra em uma base descentralizada, localizado ao Sul da microrregião.

A terceira unidade móvel de suporte avançado estaria destinada ao município sede da microrregião. Ao analisar as atas das reuniões do CGMR identificamos que houve um consenso entre os gestores para que esta USA fosse deslocada para um município com base descentralizada situado num ponto de proximidade a BR116, estratégico para melhoria da cobertura territorial e do tempo-resposta do SAMU 192 na região. Porém, no momento da implantação este município manifestou desinteresse nesta unidade móvel alegando que exigiria alto custo para manutenção dos serviços, conforme destacamos a evidência abaixo.

[...] com relação a terceira USA ela faz falta sim, deixou um buraco na micro quanto a resolutividade do tempo resposta. (Inf. 03).

Não se tem a terceira USA por conta disso, pela dificuldade de se manter um serviço com equipe avançada (Inf. 05).

[...] na época o secretário colocou inclusive posto em ata da reunião do colegiado de que ele não tinha interesse em ter a USA (Inf. 07).

Tinha mais uma USA [...] que depois não teve mais [...] não foi feito criticamente uma análise com o colegiado (Inf. 06).

As evidências trazem destaque para uma discussão acerca do compromisso dos gestores municipais na pactuação das redes de atenção a saúde utilizando as estruturas de co gestão no espaço regional na perspectiva da regionalização

solidária e cooperativa. A organização da rede de ações e serviços de saúde, definição da sua abrangência e de parâmetros para obtenção de ganho de escala e garantia da suficiência da rede devem ser objeto de negociação entre os gestores^{26,27}.

Esta problemática pode ser evidenciada na fala abaixo.

[...] os gestores não tem uma visão de gestão compartilhada solidaria pensamos muito ainda dentro dos nossos municípios e mesmo com os colegiados instituídos e mesmo provocando discussões no colegiados são muitos tímidos a presença e a persistência das políticas né, (Inf. 06).

Outra questão relevante neste aspecto é a necessidade de adoção de formas inovadoras de financiamento e gestão para que seja possível superar os “vazios assistenciais” através da tecitura de redes de atenção à saúde que apresentem a suficiência na oferta de serviços e a resolutividade como algumas de suas características fundamentais¹³.

O componente pré hospitalar fixo no desenho da rede de atenção às urgências

Segundo o Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES)²⁸, nos municípios que compõem a microrregião há rede pública assistencial 26 Postos e Centros de Saúde e ainda 131 Unidades de Saúde da Família, os quais segundo a Política Nacional de Atenção as Urgências poderiam compor o componente pré-hospitalar fixo para retaguarda do Serviço Móvel de Atenção as Urgências^{23,10}. No entanto, nos documentos produzidos pelo CGMR não foi possível precisar exatamente quais e quantas serviços de atenção primária existentes nos municípios da microrregião aderiram a esta rede.

Com relação a atenção primária a saúde o Ministério da Saúde estabelece como critério para aprovação do projeto de regionalização que os gestores assumissem o compromisso de expansão da cobertura da estratégia de saúde da família atingindo no mínimo 50% nos municípios da área de abrangência do SAMU 192. Durante a implantação da rede na microrregião estudada a cobertura populacional da estratégia de saúde da família era de aproximadamente 80%²⁹. Vale destacar que entre os 25 municípios da rede, o município que apresenta menor

cobertura é o município sede da microrregião, onde a cobertura é de 61,33%, portanto acima do recomendado pela portaria 2.970/2008.

Com relação a importância da atenção primária a saúde no processo de conformação da rede de atenção as urgências destacamos as seguintes falas dos entrevistados:

[...] se conseguirmos fazer a interface da atenção básica com a rede de urgência eu garanto a você nós vamos dar um banho, nós vamos tirar um monte de problema que vai parar na urgência/emergência que não tem necessidade [...] se essa unidade acolher esse paciente e acompanhar ele, ele não vai ser paciente mais do SAMU é isso que falta (Inf. 07).

[...] a gente viu que muito era na atenção básica na nossa região que não estava sendo feito que virava urgência ou emergência, então agente tem que se preocupar com o fortalecimento dessa rede de urgência, para que ela seja uma rede mesmo, que ela comece na atenção básica e que ela vá caminhando, então a maior preocupação nossa hoje (Inf. 02).

O SAMU nesse momento de construção abriu uma janela pra agente enxergar o sistema de saúde como tava, porque agente começou a ver falha na atenção básica (Inf. 07).

A gente pensar na nossa atenção básica inclusive com as pequenas urgências que não é pra ir pra o pronto atendimento, não é pra ir pra hospital, não é pra chamar o SAMU é pra resolver lá no PFS lá na atenção básica (Inf. 03).

Para que as redes de atenção às urgências se concretizem é necessário que haja uma efetiva integração da atenção básica por meio da responsabilização pela atenção as urgências de menor complexidade nos territórios em que estão inseridas. Sendo assim, ressalta-se a necessidade de reestruturação do espaço físico, repactuação dos processos de trabalho, com a adoção de acolhimento de casos agudos com capacidade de resolutiva para as pequenas urgências e ainda, construção de novos fluxos que sejam capazes de promover a integração com os demais componentes da rede para referenciamento daqueles casos que extrapolarem o seu grau de resolutividade, bem como investimento para qualificação de pessoal na atenção primária na atenção as urgência².

Em sistemas de saúde onde a atenção primária adota postura refratária às urgências menores provoca uma procura dos usuários aos serviços de urgência (hospitalar ou não hospitalar) porque estes tem a impressão de estes serviços estão mais disponíveis para o atendimento das suas demandas¹.

A questão é que esta situação produz congestionamento e piora na qualidade dos serviços de urgência hospitalar e não hospitalar^{30,2}.

O componente pré-hospitalar fixo da microrregião, no município sede conta com uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

[...] então, esse paciente ou ele vai para a UPA, quando lá tem médico, ou ele vai para o hospital de referencia da microrregião (Inf. 06).

As UPAS são estruturas previstas na Portaria 2.048/2002 e são consideradas unidades de complexidade intermediária entre as unidades da atenção primária a saúde e as portas hospitalares de urgência, capazes de dar resposta às urgências de média complexidade, descentralizando a atenção às urgências e descongestionando as portas hospitalares^{18,27}. As UPAS são importantes dispositivos para garantir a retaguarda da rede de urgência e para isto é necessário ter a sua estrutura (instalações físicas, recursos humanos, equipamentos, insumos e pessoal) montada de acordo com o perfil esperado para esta unidade de produção do cuidado, e as suas competências precisam estar bem definidas e pactuadas para garantir uma conexão harmoniosa com o componente hospitalar e evitar competição com a rede básica.

O componente hospitalar no desenho da rede de atenção às urgências

Na microrregião estudada o componente hospitalar é composto por 23 hospitais de pequeno porte e 03 de médio com entrada de urgência e 01 hospital de grande porte com entrada de urgência e Unidade de Terapia Intensiva (UTI)²⁸. Este último caracteriza-se por ser a unidade hospitalar de referência para as urgências de maior complexidade na microrregião. Apenas 04 municípios da microrregião não possuem hospitais instalados no seu território, necessitando, portanto do equipamento hospitalar dos municípios vizinhos para suprir as demandas dos seus munícipes por internação hospitalar.

O componente hospitalar funciona como retaguarda para os outros pontos de atenção às urgências de menor complexidade e deve oferecer procedimentos diagnósticos e leitos clínicos, cirúrgicos, de longa permanência (crônicos) e de terapia intensiva para a rede de atenção às urgências em articulação com os demais pontos de atenção.

Utilizando parâmetros para cálculo da necessidade de leitos hospitalares constantes na Portaria GM 1.101/2002, considerando a população dependente do SUS que é de 75,5% da população geral¹⁹. Identificou-se que o território microrregional demanda um quantitativo de 1.171 leitos hospitalares. Na microrregião segundo dados do SCNES existem disponíveis para o SUS 1.236 leitos, o que totaliza um excedente de 64 leitos²⁸.

Quando se calcula a necessidade de leitos hospitalares por especialidade encontramos 268 leitos clínicos excedentes e 109 em pediatria. No entanto, quando avaliamos a necessidade leitos de cuidados prolongados (crônicos), terapia intensiva adulto e terapia intensiva pediátrica encontramos um déficit de 66, 51 e 11 leitos respectivamente²⁸. Desta forma concluímos que se por um lado há leitos excedentes no componente hospitalar, por outro há escassez em determinadas especialidades, o que interfere na suficiência e na resolutividade da rede.

Considerando a rede hospitalar da microrregião evidenciou-se nas falas

[...] a gente tem uma fragilidade na rede, baixa resolutividade dos hospitais de pequeno porte da micro, pois não se tem equipamentos, densidade tecnológica. [...] você tem muitos leitos mas não tem resolutividade. O medico regulador é refém do sistema desorganizado, porque se tivesse um sistema eficiente, organizado, que garantisse essa retaguarda ele tem um sistema dentro [...] que só tem um hospital de retaguarda (Inf. 06).

[...] você tem um hospital com boa estrutura, mas não lhe dá suporte necessário para folgar a demanda do hospital de referência microrregional. Então, você meio que nada e morre na praia. [...] a gente depara com uma micro grande com poucas opções de atendimento de continuidade do pré-hospitalar. Ele atua até determinado limite. Entregar um paciente no hospital e não tem muitos hospitais. A tendência que na verdade é só termos o Hospital de referência, e mais ao Sul, o Hospital de médio porte. Primeiro é questões de logística mesmo, espaço, condições, é equipamentos para receber este paciente e quanto a equipe profissional, muitos estão desfalcados em equipe e não tem profissional médico em emergência 24 horas ou não tem um profissional enfermeiro, ou não ter uma sala equipada pelo menos para a estabilização do paciente, não tem. E tudo isso vem a sobrecarregar o hospital referência da micro com entrada de emergência e terapia intensiva. Nem o Hospital médio porte com entrada de urgência que cobre a parte Sul do território, que assim, espera-se que fosse equiparado em resolutividade, mas não tem (Inf. 03).

Desta forma identificamos que na microrregião, se por um lado há leitos excedentes no componente hospitalar, por outro há escassez em determinadas especialidades de leitos hospitalares, o que interfere na suficiência e na resolutividade da rede.

A estruturação de redes integradas de atenção a saúde pressupõe a adoção de um modelo de atenção orientado para a produção de intervenções a partir das

necessidades de saúde da população adscrita, considerando as suas características demográficas e epidemiológicas e a utilização parâmetros assistenciais e de dimensionamento da capacidade instalada visando organizar serviços com diferentes densidades tecnológicas para alcance da resolutividade e integralidade de cuidado^{31,7,5,4}.

Da mesma forma, economia de escala e de escopo são conceitos importantes a serem observados na conformação destas redes para favorecer o acesso e otimizar recursos, ou seja, recursos de baixa densidade tecnológica devem ser desconcentrados e os recursos escassos devem ser concentrados desde que a distancia não interfira na acessibilidade^{2,7,5}.

No que se refere a baixa capacidade resolutiva dos hospitais de pequeno porte da microrregião ressaltamos a experiência de organização de uma rede de atenção às urgências relatada por Marques² onde se propôs a classificação dos hospitais com menos de cinquenta leitos como de urgência básica, tendo sido definido que para o cumprimento do seu papel na rede estes hospitais teriam obrigatoriamente manter equipe médica e de enfermagem em período integral e estrutura para suporte básico de vida, intervalo de observação máxima do paciente de 72 horas e financiamento com recursos orçamentários fixos em substituição a cobrança por produção de serviços, com compromisso de investimento em adequação, custeio, qualificação e educação continuada.

O componente pós hospitalar no desenho da rede de atenção às urgências

O componente pós hospitalar na microrregião conta com 02 (duas) equipes do Programa de Atenção Domiciliar do hospital de referencia da microrregião. Este serviço é uma estratégia de qualificação da assistência à saúde, considerado uma modalidade de atenção à saúde complementar ou substitutiva locacional, ou seja, favorece a continuidade aos cuidados iniciados no ambiente hospitalar, objetivando reduzir a demanda por internações hospitalares, abreviação do período de permanência dos internamentos, redução do risco de infecções e de custos^{4,32,33}.

As equipes de atenção domiciliar, segundo a Portaria 2.029/2011 tem composição multidisciplinar e devem estar vinculadas as Unidades Básicas de

Saúde, referência hospitalar específica ou outros pontos de atenção da rede de atenção à saúde^{32,33}.

É importante salientar que durante as investigações deste estudo não foram encontradas referências sobre a inclusão das equipes de atenção domiciliar no desenho da rede, tanto na análise dos documentos que orientaram a regionalização do SAMU 192 quanto nas falas dos entrevistados.

A estratégia de substituição do espaço hospitalar por outros espaços alternativos para o cuidado em saúde representa a tentativa de construção de novos modelos de atenção com foco na desospitalização e valorização de novos espaços e novas formas de organização das tecnologias. Neste sentido, é necessário entender que há obstáculos a serem enfrentados para que esta mudança aconteça. Dentre esses, destaca-se a dificuldade de adesão da proposta pelos gestores e demais pontos de atenção devido ao desconhecimento da proposta, dificuldades relacionadas a articulação com os mecanismos de referência e contra referência e ainda, dificuldades na relação dos profissionais da equipe de saúde com usuários, familiares e cuidadores^{34,35}.

No que tange a organização das regiões de saúde sob a forma de redes integradas, entende-se que o território local deve ter uma autossuficiência para a atenção primária, o território microrregional autossuficiência para a atenção secundária e o território macrorregional autossuficiência para serviços de atenção terciária. Assim, concordamos com Brasil³¹, Silva⁵ e Mendes⁸, quando afirmam que a lógica de distribuição dos pontos de atenção no território sanitário necessita adotar, no caso dos serviços que operam sob a forma de rede integrada, uma racionalidade que incorpore economia de escala, suficiência, acesso aos recursos, integração vertical e horizontal e qualidade como alguns dos seus fundamentos essenciais.

CONSIDERAÇÕES

A construção da rede de atenção às urgências na microrregião foi fruto de projeto coletivo gestado no interior do Colegiado de Gestão Microrregional e sugere as potencialidades das estruturas de governança no processo de organização de redes de atenção a saúde no espaço microrregional.

No entanto, os resultados demonstram que as estruturas de governança regional necessitam caminhar em direção a apropriação de instrumentos de planejamento que permitam a identificação das necessidades de saúde da população e dimensionamento da capacidade instalada destas redes.

Outro desafio posto a governança é superar a condição de subfinanciamento do setor por meio do desenvolvimento de estratégias de gestão e financiamento inovadoras na governança regional a fim de superar as lacunas assistenciais e fragmentação dos serviços.

Identificou-se ainda que os diversos atores sociais nestes espaços de cogestão devem compartilhar um sentimento de responsabilidade sanitária e de solidariedade regional para construção de uma rede integrada baseada no conceito de saúde como um direito a fim de compor redes com certo grau de suficiência, capazes de favorecer a atenção integral.

O Comitê Gestor Regional de Urgência pode ser um elemento estratégico de assessoria técnica à governança regional para o planejamento, organização, avaliação e monitoramento da rede de atenção às urgências.

No que se refere ao desenho desta rede, o parâmetro tempo resposta é um critério importante para reflexão de atenção, visto que os resultados indicam um tempo resposta insatisfatório em decorrência da extensão territorial, as condições de pavimentação das estradas de acesso entre os municípios, o que sugere a necessidade de redimensionamento das unidades móveis ou novos pontos de atenção.

O estudo apontou ainda a baixa capacidade da Atenção Básica em cumprir o seu papel, dada sua fragilidade no acolhimento de usuários em situações agudas ou em agudização de doenças crônicas. A baixa resolutividade, mesmo em situações de urgência de baixa complexidade está associada ao processo de trabalho das equipes centrado nos procedimentos eletivos e a insuficiência de investimentos da gestão para adequação da estrutura necessária para dar respostas satisfatórias na atenção as urgências (recursos humanos, equipamentos e material de consumo, entre outros).

Quanto as UPA 24 horas verificou-se que estas apresentam dificuldade em cumprir o seu papel na atenção as urgência de média complexidade, devido à insuficiência de estrutura para seu funcionamento, o que aliado à baixa capacidade

resolutiva da atenção básica, sobrecarrega as portas de entrada hospitalares, que passam a ser a grande “porta de entrada” do usuário ao sistema de saúde.

Outra questão relevante apontada no estudo está relacionada a baixa capacidade resolutiva dos hospitais de pequeno porte, com insuficiência de recursos humanos e de equipamentos.

Ainda com relação a rede hospitalar identificou excesso de leitos hospitalares clínicos e pediátricos contrastando com uma oferta insuficiente de leitos especializados de terapia intensiva (pediátrica e adulto) e de longa permanência. Isto indica a necessidade de reorganização da rede hospitalar com redimensionamento de leitos disponíveis conforme os parâmetros assistenciais a fim responder a necessidades da população.

Entendemos que ao organizar a rede a partir dos componentes pré hospitalar fixo, pré hospitalar móvel, hospitalar e pós hospitalar corresponde ao início do processo de sua organização com vistas ao alcance da integralidade.

Considerando que a conformação de uma rede de atenção a saúde é um processo contínuo e dinâmico sujeito a remodelagens a medida em que se avança na sua implementação e que são identificados os pontos frágeis neste desenho, faz-se necessário a realização de uma avaliação por parte da estrutura de governança, bem como o permanente monitoramento e sobretudo, incorporar o planejamento estratégico como ferramenta de gestão, para assim disponibilizar aos seus usuários redes autossuficientes.

Neste sentido faz-se necessário realizar um diagnóstico integral dos pontos de atenção da rede com estimativa da demanda, análise da oferta e da capacidade instalada dos serviços, dimensionamento dos pontos de atenção conforme parâmetros assistenciais e identificação de vazios de atenção e proposição de alternativas para alcançar os atributos essenciais das redes integradas de atenção a saúde.

Sugere-se que para planejar uma rede, toda a diversidade de atores, sejam eles gestores e técnicos, devem participar das discussões sobre o desenho da rede, da definição dos pontos de atenção, fluxos e normas.

REFERÊNCIAS

1. Machado CV, Salvador FGF, O'Dwyer G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. Rev Saúde Pública, 2011; 45(3):519-28.
2. Marques AJ. Rede de Atenção à Urgência e Emergência: Estudo de Caso na Macrorregião Norte de Minas Gerais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
3. O'Dwyer, G. A gestão da atenção às urgências e o protagonismo federal. Ciência & Saúde Coletiva, 2010; 15(5): 2395-2404.
4. Mendes. EV. As redes de atenção à saúde. Ciênc. Saúde Coletiva, 2010; 15(5): 2297-2305.
5. Silva SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). Ciência & Saúde Coletiva 2011; 16 (6): 2753-2762.
6. Organização Pan Americana de Saúde. Redes integradas de servicios de salud basadas en la atención primaria de salud. Washington: OPAS; 2009.
7. Organização Pan Americana de Saúde. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington: OPS; 2010. (La renovación de la atención primaria de salud en las Américas nº 4).
8. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan Americana da Saúde; 2011.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.863 de 29 de Setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília, 2003.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.600, de 7 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. Brasília; 2011.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.048 de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília; 2002.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília; 2006.
13. Viana ALd'Á, Lima LD, Ferreira MP. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. Ciênc. saúde coletiva, 2010, 15(5): 2317-2326.
14. Minayo, MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2010.

15. IBGE - Instituto Brasileiro Geográfico e Estatístico. 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 30 jan. 2013.
16. Bahia. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Plano Diretor de Regionalização 2008. Resolução CIB nº 57 de 27 de março de 2008.
17. Brasil, Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Estado da Saúde. Terminologia Básica para atividades de auditoria e controle. São Paulo: SUS; 1998.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM 1.101 de 12 de junho de 2002. Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde SUS. Brasília, 2002.
19. Agência Nacional de Saúde. ANS TabNet Informação em Saúde Suplementar. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/anstabnet/anstabnet/deftohtm.exe?anstabnet/dados/TABNET_02.DEF>. Acesso em: 15 fev. 2013.
20. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa – Portugal: Edições 70, 2009.
21. Souza SF. A rede de urgência e emergência da macrorregião norte de Minas Gerais: um estudo de caso [manuscrito]. Belo Horizonte, 2012.
22. Silva JM, Bispo KCA, Andrade NMA, Ribeiro RMC, Nery AA, Casotti CA. Mortalidade por causas externas em uma cidade do interior da Bahia. Revista Baiana de Saúde Pública, 2012; 36(2): p.343-357.
23. Minayo MCS, Deslande SF. Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras. Cad. Saúde Pública, 2008; 24(8): 1877-1886.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM 1.864 de 29 de setembro de 2003. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU-192. Brasília, 2003.
25. Takeda RA, Widmer, JA, Morabito R. Aplicação do modelo hipercubo de filas para avaliar a descentralização de ambulâncias em um sistema urbano de atendimento médico de urgência. Pesqui. Oper. 2004; 24(1): pp. 39-71.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM 2.922 de 02 de dezembro de 2008. Estabelece diretrizes para o fortalecimento e implementação do componente de “Organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências” da Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília, 2008a.

27. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM 2.970 de 08 de dezembro de 2008. Institui diretrizes técnicas e financeiras de fomento à regionalização da Rede Nacional SAMU 192. Brasília, 2008b.
28. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Tot_Es_Municipio.asp?Estado=29&NomeEstado=B AHIA>. Acessado em: 16 de fevereiro de 2013.
29. Departamento de Informática do SUS. Cobertura da ESF. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/equipeba.def>>. Acessado em: 17 de fevereiro de 2013.
30. Garlet ER, Lima MADS, Santos JLG, Marques GQ. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. Texto Contexto Enferm, 2009; 18(2): 266-72.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece as diretrizes para a organização da rede de atenção do SUS. Brasília, 2010.
32. Brasil, Portaria MS/GM N° 2.029, de 24 de agosto de 2011. Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011 b.
33. Brasil, Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011c.
34. Silva KL, Sena R, Leite JCA, Seixas CT, Gonçalves AM. Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. Rev. Saúde Pública 2005; 39(3): 391-397.
35. Martins AA, Franco TB, Merhy EE, Feuerwerker LCM. A produção do cuidado no Programa de Atenção Domiciliar de uma Cooperativa Médica. Physis 2009; 19(2): pp. 457-474.

Agradecimentos:

À KCA Bispo e a CA Casotti trabalharam na concepção, delineamento, análise, interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada.

5.2 MANUSCRITO 2

REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS: O DESENHO DO FLUXO DE ACESSO NUMA MICRORREGIÃO DE SAÚDE

Elaborado conforme as instruções para autores que constam no site da **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Acesso em (janeiro) 2012.

REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS: O DESENHO DO FLUXO DE ACESSO NUMA MICRORREGIÃO DE SAÚDE

ATTENTION TO EMERGENCY NETWORK: THE DESIGN FLOW IN ACCESS HEALTH MICROREGION

Karlla Cristina de Albuquerque Bispo¹
Cezar Augusto Casotti²

RESUMO

O presente estudo buscou investigar o desenho dos fluxos de acesso da rede de atenção às urgências de uma microrregião de saúde, pois os serviços de atenção as urgência no país tem se caracterizado pela fragmentação e pela dificuldade de responder adequadamente as necessidades de saúde da população. Para o Ministério da Saúde a conformação de uma rede de atenção às urgências surge como alternativa para superar a fragmentação do sistema na busca do cuidado integral. Trata-se de um estudo qualitativo em uma dada microrregião da Bahia, tendo como sujeitos 7 informantes-chaves no processo de regionalização do SAMU 192. A coleta de dados ocorreu mediante entrevista semiestruturada, análise documental e busca no banco de dados do DATASUS/MS. As informações coletadas foram analisadas através da categorização da análise de conteúdo. Os resultados deste estudo apontam para necessidade de repactuação de fluxos na rede com a adoção de uma linguagem única para classificação de risco e definição das responsabilidades relativas a resolutividade na totalidade dos pontos de atenção desta rede. Este estudo representa o esforço de alguns pesquisadores em compreender uma experiência de organização do sistema de saúde sob a forma de redes regionalizadas de atenção em urgência e contribuir para a implementação da integralidade do cuidado no SUS.

Palavras-chave: regionalização, políticas públicas de saúde, gestão em saúde, atenção à saúde, integração de sistemas, socorro de urgência.

ABSTRACT

This present study aimed to investigate the flow graphics of access to the assistance network to urgencies of the Health micro region, once the assistance service to urgencies in the country has been characterized by the fragmentation and by difficulty in responding suitably to the population's health need. To the Ministry of Health the conformation of an assistance network to urgencies comes out as an alternative to overcome the fragmentation of the system in the pursuit of integral care. It is a qualitative study in a specific micro region in Bahia, having 7 informers-

¹ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Campus de Jequié. karllaalbuquerque@yahoo.com.br

² Professor Adjunto do curso de Odontologia e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. casottica@hotmail.com

key subjects in the process of regionalization of SAMU 192. The data collection was through semi structured interview, documental analysis and research in the database of DATASUS/MS. The data collected was analyzed through categorization of the content analysis. The results of this study show the necessity of a new pact of the flows in the network with the adoption of one language to classify the risks and definition of the responsibilities related the resolution capacity at all the assistance units of this network. This study represents the effort of some researchers to understand the experience of organization of the health system into the format of regionalized networks of assistance to urgencies and contribute to the implementation of the integrality of care at SUS.

Keywords: regionalization, public policies in health, management in health, health assistance, integration systems, urgency and emergency

INTRODUÇÃO

O cenário epidemiológico brasileiro tem apontado para o aumento da morbimortalidade relacionada às urgências, principalmente devido às causas externas (violências e acidentes) e as doenças do aparelho circulatório. Esta situação tem exigido mudanças profundas na organização do sistema de saúde brasileiro com vistas a qualificar a gestão do cuidado e promover a integração dos serviços de atenção às urgências (MACHADO et al., 2011; O'DWYER, 2010).

No país, os serviços de atenção as urgência são a expressão mais evidente de um sistema de atenção à saúde fragmentado e que tem dificuldade de responder adequadamente as necessidades de saúde da população. (MACHADO et al., 2011; O'DWYER, 2010). Como alternativa para superar esta fragmentação foi proposta a conformação de redes de atenção à saúde (MENDES, 2010; KUSCHNIR & CHORNY, 2010), visto que a principal característica de um sistema que opera em redes é a busca por instrumentos e mecanismos de integração do cuidado (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

Os elementos que compõem uma rede integrada de atenção a saúde são a população, a estrutura organizacional e o modelo de atenção a saúde, sendo este último considerado o elemento que organiza o funcionamento das redes (MENDES, 2010).

No caso da atenção as condições agudas a forma de organização mais adequada para dar respostas satisfatórias às necessidades da população em situação de urgências deve estar baseada em diretrizes clínicas com algum tipo de

classificação de risco, já que o tempo resposta é uma variável importante na atenção às condições agudas. Isto implica na adoção de uma linguagem única de triagem de urgências que permeie todo o sistema para que seja possível distribuir os usuários entre os pontos de atenção a saúde, conforme a sua necessidade e a capacidade resolutive de cada serviço (MENDES, 2010, 2011).

Existem diversos modelos de triagem de urgências pensados numa concepção sistêmica, entre eles o modelo australiano e o canadense que utilizam tempo de espera segundo a gravidade, sendo que o segundo tem um grau de complexidade maior. Há ainda o modelo americano que trabalha com um algoritmo e focado na necessidade de recursos para o atendimento e o de Manchester, utilizado em vários países do mundo, inclusive em alguns estados brasileiros, o qual adota algoritmos e determinantes associados a tempo de espera classificados em cinco cores que permitem identificar a prioridade clínica, facilitando a gestão da clínica e a gestão do serviço (MENDES, 2010, 2011).

Outro atributo relacionado às redes integradas de atenção a saúde é a existência de uma coordenação única com a ideia de cooperação entre provedores dos serviços responsáveis pela prestação de cuidados, assegurando a continuidade e a globalidade dos serviços requeridos para atender as necessidades dos usuários (HARTZ; CONTANDRIOPOLULOS, 2004).

No Brasil, estrategicamente, o Ministério da Saúde optou por iniciar a implantação da Política Nacional de Atenção as Urgências a partir do componente pré-hospitalar móvel, o SAMU 192, por acreditar que este poderia desempenhar um papel relevante no processo de organização do desenho da rede e dos seus fluxos, atuando como uma das portas de entrada da rede de urgência, centro de comunicação e coordenação de fluxos e contrafluxos, ou seja, espaço privilegiado de identificação das necessidades do sistema de saúde, através das Centrais de Regulação Médica (MACHADO et al., 2011; SILVA et al., 2009; O'DWYER, 2010).

Nas redes de atenção às urgências a Central de Regulação Médica de Urgência se ocupa da coordenação dos fluxos e dos contrafluxos dos usuários nos pontos de atenção a partir da classificação de risco e da determinação do lugar mais adequado para a atenção, favorecendo o descongestionamento das portas hospitalares de urgência. Neste sentido, classificação de risco se configura uma importante ferramenta de comunicação, compartilhamento de responsabilidades e regulação na rede (MENDES, 2011).

Para Mendes (2011) e Machado et al. (2011) a integração dos serviços de urgência e emergência em rede perpassa pela pactuação conjunta de fluxos entre estes pontos de atenção tendo estes suas atribuições na rede definidas e sua classificação quanto ao nível de atenção a que está inserido a partir da sua capacidade instalada, ou seja, conforme o seu grau de resolutividade.

O presente estudo pretende investigar o desenho dos fluxos de acesso da rede de atenção às urgências de uma microrregião de saúde do interior da Bahia, implantada a partir do processo de regionalização do SAMU 192 proposto pelo Colegiado de Gestão Microrregional.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa por trabalhar com o estudo das relações, representações, crenças, percepções e opiniões, “produtos das interpretações que os homens fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam” (MINAYO, 2010).

A pesquisa qualitativa oferece maior possibilidade em descrever a complexidade do fenômeno a ser estudado, facilitando a aproximação da realidade com a prática, obtendo como resultado a reflexão no desenvolvimento e na dinâmica social, voltada para o enfrentamento dos problemas e a busca de propostas viáveis de aplicação.

O estudo é de caráter exploratório e permite a caracterização do objeto, isto é, investigar o desenho do fluxo de acesso da rede de atenção às urgências numa microrregião.

O presente estudo foi desenvolvido em uma microrregião de saúde da Bahia constituída por vinte e cinco (25) municípios, onde na ocasião da regionalização do SAMU 192 residiam 517.253 habitantes (IBGE, 2009). Segundo o Plano Diretor de Regionalização da Bahia (PDR) esta microrregião esta localizada na Macrorregião Sul e conta com uma estrutura de governança regional denominada Colegiado de Gestão Microrregional formada pelos gestores de saúde dos municípios que a compõe e um (1) representante da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.

Foram sujeitos deste estudo sete (7) informantes-chaves do processo de regionalização do SAMU 192 do cenário estudado, sendo eles: coordenador do SAMU 192 Regional, gestores dos dois (2) municípios da microrregião que são referência para a unidade móvel de suporte avançado (USA) e quatro (4) gestores de municípios que possuem base descentralizada com unidade móvel de Suporte Básico de Vida (USB). Para estes últimos utilizou-se como critérios de inclusão a distância entre os municípios que possuem USB e os municípios de referência para USA, sendo selecionados dois (2) para cada município de referência para USA, sendo estes o mais próximo e o mais distante em quilometragem.

Utilizou-se a triangulação de técnicas de pesquisa para obtenção dos dados, visto que segundo Minayo (2010) é possível adotar várias fontes de dados e utilizar diferentes técnicas para coleta dos mesmos. Neste sentido, para investigar o desenho do fluxo de acesso da rede de atenção às urgências na microrregião utilizou-se entrevista semiestruturada, análise descritiva do documento técnico elaborado pelo Colegiado de Gestão Microrregional relacionado à Regionalização do SAMU 192, atas das reuniões do Colegiado de Gestão Microrregional, sendo estas confrontadas com as portarias federais que a instituíram.

O estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da UESB (CEP/UESB), que emitiu parecer favorável a sua realização, conforme protocolo nº 075/2012.

Utilizamos o método da análise de conteúdo, onde aplicamos a regra da exaustividade, não deixando de fora qualquer um dos elementos, por qualquer motivo, a regra da representatividade, onde a amostragem aponta se a amostra é uma parte representativa do universo estudado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O fluxo da rede de atenção às urgências na microrregião foi pactuado no Plano de Atenção às urgências, o qual foi elaborado e aprovado pelo Colegiado de Gestão Microrregional. Ele é parte integrante do Projeto de Regionalização do SAMU 192, conforme prevê a Portaria GM 2970/2008 (BRASIL, 2008).

Segundo este documento o fluxo de atenção às urgências foi pactuado a partir dos seguintes princípios:

- Acolhimento do usuário em quaisquer pontos do sistema
- Direcionamento imediato do usuário ao equipamento com grau de resolutividade adequado a situação
- Responsabilização pelo usuário no sistema.

A seguir estes princípios serão apresentados e discutidos com base na legislação vigente relativa à Política Nacional de Atenção às urgências e na revisão de literatura sobre Redes de Atenção à Saúde.

ACOLHIMENTO DO USUÁRIO EM QUAISQUER PONTOS DO SISTEMA

Na pactuação do fluxo de acesso na rede microrregional de atenção a urgência ficou estabelecido no documento que orienta a regionalização desta microrregião que o acolhimento do usuário se daria nas unidades de saúde da família, SAMU 192 e sua Central de Regulação e no hospital de referência microrregional, conforme apresentamos na tabela 1.

Tabela 1. Acolhimento do usuário em situação de urgência nos pontos de atenção da rede microrregional de atenção às urgências.

Ponto de atenção	Responsabilidades relativas ao Acolhimento
Unidades de Saúde da Família	<p>Acolher demandas urgentes proveniente de demanda espontânea, mesmo que não forem da sua área de abrangência.</p> <p>Realizar anamnese, exame físico e coleta de dados vitais. Acionar o SAMU 192 em caso de Suspeita ou constatação de situação de urgência.</p> <p>Na ausência do médico a equipe de enfermagem deve estar preparada para dar suporte básico de vida até a chegada do SAMU.</p>
SAMU 192 e sua Central de Regulação das Urgências	<p>Os casos de urgência serão recebidos via telefone gratuito 192. O médico regulador avaliará a gravidade do caso, orientando o solicitante como proceder até a chegada do socorro.</p> <p>Caberá ao solicitante dar as informações corretas sobre o caso, para tanto, se fará necessário campanha de educação pública quanto as características do Plano de Atenção às urgência, em especial quanto aos serviços prestados pelo SAMU.</p>

Hospital de referencia microrregional	<p>Será compromisso entre os componentes do sistema encaminhar ao nível hospitalar somente os casos de complexidade que extrapolem dos do nível de resolutividade da atenção básica (unidade de saúde da família) e SAMU.</p> <p>Acolher os pacientes utilizando o critério de “vaga zero”, quando houver franca indicação.</p> <p>Caberá ao SAMU informar a chegada e repassar adequadamente ao hospital de referencia microrregional as informações concernentes aos casos encaminhados, as quais deverão estar registradas no prontuário clínico entregue pelo SAMU.</p> <p>Informar ao SAMU as dificuldades estruturais e transitórias para que possa reordenar os encaminhamentos, adequando temporariamente a grade de referencia e contra referência.</p> <p>A Central de Regulação de Urgências auxiliará o hospital regional de pequeno porte trasladando pacientes de menor gravidade para níveis inferiores do sistema.</p> <p>O hospital de referencia regional deverá se instrumentalizar com sistema de comunicação compatível com o do SAMU a fim de permitir contatos ágeis entre o SAMU e o pronto socorro do hospital, garantindo assim a chegada da informação antes do paciente.</p>
---------------------------------------	--

Fonte: Plano de Regionalização do Serviço de Atendimento Móvel as Urgências/SAMU 192 microrregional de Jequié.

Como descrito na tabela 1 as responsabilidades relativas ao acolhimento de usuários nos pontos de atenção pactuados pelos municípios que compõem a micro região de saúde foram especificados para as Unidades de Saúde da Família, o SAMU 192 e para a unidade hospitalar de referência microrregional.

No plano pactuado, os demais pontos de atenção às urgências existentes na microrregião (unidades de saúde da família, UPA 24 horas, hospitais de pequeno e médio porte com porta de entrada de urgência e atenção domiciliar) não obtiveram suas responsabilidades relacionadas ao acolhimento de urgências especificadas.

Neste sentido, corroboramos com Mendes (2011) que afirma a necessidade de adoção de regras claras a fim de que os diferentes atores partilhem de uma mesma visão para obtenção de êxito na gestão de redes integradas. Assim, entendemos que a definição de responsabilidades relativas ao acolhimento de usuários deva contemplar a totalidade dos pontos de atenção da rede.

Outra questão relevante identificada na microrregião estudada é que a proposta de acolhimento de usuários em situação de urgência não contempla critérios de classificação de risco, ou seja, não há uma linguagem única definida entre os pontos de atenção para avaliação do paciente e determinação da prioridade do atendimento segundo a gravidade clínica.

Há evidência nas entrevistas que confirmam a ausência de uma linguagem única na rede para classificação de risco no acolhimento a usuários em situação de urgência na totalidade dos pontos de atenção.

[...] Até o momento nós não utilizamos nenhum tipo de protocolo, eu desconheço [...] fica a critério de cada médico abordar de acordo com a sua experiência, seu critério clínico, né? Consequentemente, o encaminhamento que ele vai dar a este atendimento vai depender do critério dele, do critério único dele, porque não tem um protocolo estabelecido que unifique o atendimento do médico regulador, entende? (Inf. 02).

[...] O hospital de referência da microrregião usa Manchester, mas como eu não to dentro da realidade de lá [...] Não, eles (Central de Regulação de Urgências). Nós (unidade hospitalar de pequeno porte) não temos protocolo, não temos. (Inf. 06).

Para Paim (2011), modelo de atenção diz respeito a forma de organização da intervenção sobre os problemas e necessidades de saúde a partir da escolha de meios técnico-científicos disponíveis. Um dos elementos que constituem as redes de atenção a saúde é o modelo de atenção, o qual organiza o seu funcionamento (MENDES, 2010).

Para o Ministério da Saúde as Redes de Atenção à Saúde devem organizar-se a partir de um processo de gestão da clínica com a aplicação de tecnologias de microgestão baseado em diretrizes clínicas (BRASIL, 2010). No caso da Rede de Atenção às urgências o modelo de atenção escolhido pelo Ministério da Saúde está baseado na gestão de linhas de cuidado. Os fluxos assistenciais entre os pontos de atenção devem ser orientados a partir do acolhimento com classificação do risco, qualidade e a resolutividade na atenção (BRASIL, 2011a).

Este conceito de gestão da clínica para alguns estudiosos deve ser aplicado com certa cautela no sistema de saúde brasileiro, pois deriva do modelo de atenção gerenciada do sistema de saúde privado americano, cabendo aprofundamento dos estudos sobre a sua aplicação em sistemas de saúde de acesso universal como é o caso brasileiro (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

O acolhimento com classificação de risco está inserido na legislação que orienta a atenção as urgências desde o ano 2002, com a publicação do Regulamento Técnico das Urgências (Portaria GM2048/02) enquanto estratégia de reorganização do processo de trabalho para organização do fluxo de atendimento (BRASIL, 2002).

A utilização de protocolos e diretrizes clínicas baseadas em evidências propiciam a integração vertical dos pontos de atenção e favorecem a gestão do cuidado, pois padronizam o processo assistencial e facilitam a comunicação entre os profissionais de saúde (BRASIL, 2010; OPAS, 2010; MENDES, 2011). O desconhecimento e a não utilização de tecnologias de microgestão tem sido apontado como a causa das dificuldades de implantação de referencia e contra referencia em sistemas integrados de atenção a saúde (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

A grande demanda da população pelos serviços de urgência impõe a adoção de estratégias racionalizadoras da oferta para organização da rede. Isto implica na adoção de diretrizes clínicas para classificação de risco e identificação dos recursos assistenciais necessários para atendimento. Nesta lógica, os casos de menor prioridade clínica seriam referenciados para serviços de menor densidade tecnológica e os casos de maior para os serviços com maior densidade tecnológica, favorecendo organização do fluxo de acesso nos serviços de urgência, o qual deve ser previamente pactuado com a definição das responsabilidades e classificação dos serviços conforme seu perfil e densidade tecnológica (MENDES, 2011; MARQUES, 2011).

Estudos sobre o funcionamento da rede de atenção as urgências da macrorregião norte de Minas com resultados considerados exitosos relata a opção por acolhimento com classificação de risco com linguagem integrada entre todos os pontos de atenção em urgência existentes no território, por meio da adoção com adaptações do Protocolo de Manchester (MARQUES, 2011; SOUSA, 2012).

DIRECIONAMENTO DO USUÁRIO O SEGUNDO GRAU DE RESOLUTIVIDADE ADEQUADO

O outro princípio adotado para pactuação dos fluxos na rede está relacionado ao direcionamento imediato do usuário ao equipamento com grau de resolutividade adequado a situação. Neste sentido, foram encontradas evidências no documento norteador da regionalização do SAMU 192 na microrregião que explicitam o grau de resolutividade dos pontos de atenção para as Unidades de Saúde da Família, o SAMU 192 e a unidade hospitalar de referência microrregional localizada no município pólo da microrregião.

Assinalamos que a exemplo do que aconteceu com o princípio do acolhimento na construção do fluxo de acesso, os demais pontos de atenção às urgências existentes na microrregião (unidades básicas de saúde, UPA 24 horas, hospitais de pequeno e médio porte com porta de entrada de urgência e atenção domiciliar), mesmo participando da composição da rede não tiveram o grau de resolutividade definidos, reforçando o argumento de imprecisão nas regras relativas às competências dos pontos de atenção na rede, o que pode implicar em prejuízos relativos ao compartilhamento de objetivos comuns para o alcance da integração.

Segundo Silva (2011) os pontos de atenção devem ter funções e objetivos claramente definidos para favorecer a logística que orienta e controla o acesso e o fluxo dos usuários. Este autor ressalta ainda que os pontos de atenção numa rede estabelecem entre si um elevado grau de interdependência e produzem uma diversidade de fluxos visando atender as necessidades dos usuários. Para ele, as ferramentas de gestão da clínica podem orientar o caminho a ser percorrido pelo usuário nesta rede, contribuindo para a utilização racional da oferta assistencial disponível segundo a necessidade do usuário.

Estudos de Marques (2011) e Sousa (2012) revelam que na rede de atenção às urgências que avaliaram, além da adoção de um modelo de acolhimento com classificação de risco houve concomitantemente o desenho do fluxo de acesso. Este processo foi baseado na responsabilização coletiva dos atores de todos os níveis de atenção, pois cada ponto de atenção teve as suas competências ou responsabilidades descritas e formalmente pactuadas tendo a classificação de risco como base para definição do grau de complexidade/resolutividade nos pontos de atenção.

Na microrregião onde realizou-se este estudo, ao analisarmos o projeto de regionalização verificou-se que coube a estratégia de saúde da família a responsabilidade de ser resolutiva no que diz respeito às pequenas urgências e, em casos que ultrapassem o grau de resolutividade a ela conferido, fazer acolhimento das demandas com avaliação de riscos e vulnerabilidades, dando o suporte necessário até que houvesse o encaminhamento a outros pontos de atenção de complexidade adequada, mediante o suporte da Central de Regulação de Urgências. As falas dos entrevistados abaixo reforçam a inclusão da atenção básica no fluxo da rede de atenção às urgências, como responsável pela resolutividade nas urgências menores.

Não é por ser PSF constar na rede de unidade Básica que não vai dar essa intervenção de urgência/emergência porque tem por obrigação né? Depois, ou melhor, até no momento entra em contato aqui com o SAMU pra ver a ambulância pra trazer esse paciente pra unidade de tratamento definitivo, mas o primeiro atendimento, por exemplo, é melhor com exemplo, uma crise hipertensiva chega o paciente no PSF com crise hipertensiva, emergência hipertensiva níveis pressóricos elevados e toda sintomatologia lá ele é medicado e fica em observação, após esse período o paciente evolui pra piora ou não tem resposta aos medicamentos, então a equipe ela entra em contato com o SAMU e pede o suporte, então o SAMU vai até lá vê pega o caso o atendimento e desloca esse paciente, transporta esse paciente até um hospital (Inf. 03).

[...] é uma rede só, se agente conseguir fazer a interface principalmente da atenção básica [...] ai eu garanto a você nós vamos dar um banho, nós vamos tirar um monte de problema que vai parar na urgência/emergência que não tem necessidade, paciente foi com pico de hipertensão? SAMU precisa ser chamado, claro! tá com pico de hipertensão ele tem que ser socorrido naquela hora, né?, que ele pode ter AVC, um infarto, sei lá, alguma coisa assim... mas, se esse paciente que foi atendido pelo SAMU ele tiver um retorno pra unidade básica dele e essa unidade acolher esse paciente e acompanhar ele, ele não vai ser paciente mais do SAMU é isso que falta (Inf. 05).

No entanto, não encontramos na investigação critérios bem definidos que orientem a gestão da clínica conforme vemos no trecho do Plano Regional de Atenção Integral as urgências que trata do grau de resolutividade da atenção primária nesta rede, conforme evidenciado abaixo.

Nos casos clínicos em geral e quando da existência de um médico na unidade, não deverá ser acionado o SAMU até que tenham sido utilizados os recursos disponíveis na USF e observado o paciente por tempo suficiente para avaliar a eficácia terapêutica adotada. Em não havendo recursos mínimos necessários, o bom-senso deverá imperar, sendo o SAMU acionado de imediato (Doc.1).

As responsabilidades referentes ao grau de resolutividade são compatíveis com as características do processo de trabalho da atenção básica estabelecidos na Política Nacional da Atenção Básica (Portaria GM 2488/2011), porém evidenciamos a ausência de especificidade e critérios que orientem a gestão da clínica e que ajudem na determinação do grau de resolutividade da atenção primária (BRASIL, 2011b).

Na rede de atenção as condições agudas a atenção primária exerce um papel relevante como ponto de atenção tanto pela sua capilaridade junto à população quanto pela capacidade de dar respostas as demandas que exigem uma baixa densidade tecnológica e ainda, pela ênfase nas ações de promoção e prevenção, sem exercer neste caso a responsabilidade pela coordenação do cuidado e dos fluxos (MENDES, 2010, 2011; SILVA, 2011).

Apresentamos abaixo trechos das falas dos entrevistados que se referem a unidades de produção do cuidado que possuem um mesmo perfil (atenção primária) apresentando graus de resolutividade discrepantes, evidenciando a ausência de critérios que definam as competências relacionadas a resolutividade neste nível de atenção.

[...] com o SAMU a gente conseguiu mostrar pra unidade que aquela urgenciazinha e emergência de pequena intensidade podiam resolver lá e aquilo que estava além da sua resolutividade deveriam chamar o SAMU (Inf. 04).

[...] mas assim, essa articulação, se eu tenho um paciente com dispnéia, chama o SAMU para uma condição que poderia ter sido resolvida dentro da unidade. Se eu tenho um paciente com pico hipertensivo, chama o SAMU para uma condição que poderia ter sido resolvida dentro da unidade (Inf. 06).

Para Marques (2011), a postura refratária da atenção básica em relação às urgências menores pode causar congestionamento nos demais pontos de atenção às urgências. A importância da atenção primária para o adequado funcionamento das redes de atenção a saúde tem sido evidenciado em diversos estudos (SILVA, 2010; STARFIELD, 2002; MENDES, 2011; OPAS, 2010).

Causou-nos estranhamento o fato de que ao analisar os documentos encaminhados a CIB verificou-se que não foi possível identificar o quantitativo de equipes de saúde de família que assinaram o termo de adesão ao Plano de Atenção as Urgências e Emergências na microrregião. Este argumento é reforçado pelo

trecho da ata de reunião do CGMR onde foi aprovado o projeto de Regionalização que posteriormente foi encaminhado a CIB.

Estamos encaminhando documentação referente ao Projeto SAMU Regional que teve algumas ressalvas referentes ao Termo de Adesão e atas que alguns municípios não entregaram. (Doc Ata. 1)

Para Contandriopoulos e Hartz (2004) a integração pressupõe negociação e construção de pactos entre todos os atores envolvidos. Para Marques (2011) a construção de fluxos requer a pactuação entre as instituições e internamente com seus respectivos trabalhadores com vistas a alcançar a responsabilização coletiva com descrição e aceitação dos papéis propostos.

A coordenação do fluxo de acesso aos serviços de urgência é feita pela Central de Regulação de Urgências, centro de comunicação entre os pontos de atenção desta rede. O objetivo é a distribuição equitativa dos usuários entre os pontos de atenção da rede, reduzindo a superlotação dos hospitais de urgência retirando destes as urgências menores que podem ser resolvidas em outros pontos de atenção da rede, principalmente na rede de atenção primária à saúde (MENDES, 2011). Com relação resolutividade do SAMU 192 e sua Central de Regulação a análise do documento que institui o fluxo de acesso na rede estudada traz o seguinte texto:

[...] o SAMU deverá ter conhecimento de toda a disponibilidade e estrutura dos serviços do sistema, garantindo que todos os pacientes sejam encaminhados segundo a lógica pactuada protocolo. (Doc.1)

O discurso acima guarda coerência com as Portarias GM 1.864/2003 e 2.970/2008 as quais estabelecem que o projeto de regionalização deve explicitar o compromisso de cada uma das unidades e serviços que comporão a rede de atenção e o sistema de referência e contra referência, além da política denominada “vaga zero”. A grade de referência e contra referência deve discriminar todos os serviços do sistema segundo especialidade ou área de atuação de cada uma delas. (BRASIL, 2003; BRASIL, 2008). No entanto, as evidências acima nos remete a discussão de duas questões essenciais no que diz respeito ao fluxo da rede: a primeira delas está relacionada ao mapeamento dos recursos assistenciais disponíveis e a segunda ao direcionamento adequado do usuário conforme protocolo pactuado.

Sobre o mapeamento dos recursos assistenciais disponíveis na rede, identificamos que para constituir a rede de atenção às urgências as unidades e serviços de saúde assinaram um Termo de Adesão. Segundo este termo, estas unidades assumiram junto aos gestores municipais o compromisso de acolher os pacientes referenciados pela central médica de regulação do SAMU. Assim, os usuários seriam encaminhados aos pontos de atenção de acordo com a grade de referência e contra referência da rede. No entanto, por insuficiência de informações nos documentos oficiais não foi possível identificar exatamente quantos e quais são os estabelecimentos de saúde que aderiram a rede de atenção às urgências, conforme discutimos anteriormente. Evidenciou-se ainda a existência de uma grade de referência e contra referência, porém nela constam apenas as referências primárias, secundárias e terciárias localizadas no município sede da microrregião. A referida grade de referência e contra referência não contempla a totalidade dos pontos de atenção que constituem a rede.

A grade de referência da rede regionalizada de atenção às urgências aponta as referências secundárias localizadas no município sede da microrregião para as seguintes especialidades médicas: bucomaxilo, clínica médica, ortopedia, cirurgia ortopédica, politrauma adulto, trauma pediátrico, cirurgia vascular, diálise peritoneal, endoscopia, gestação de baixo risco, ginecologia, doenças infecciosas, neuroclínica, neurocirurgia, oftalmologia, otorrinolaringologia, pediatria e Unidade de Terapia Intensiva adulto. Os recursos assistenciais dos demais municípios do território não foram mapeados nesta grade o que é ratificado pela fala evidenciada abaixo:

[...] mas na prática não teve não, porque no momento de implantação do início mesmo prático do SAMU regional de começar a funcionar não foi repassado e não constou entre os documentos básicos pra funcionamento, então o que não se resolve dessa forma no município em questão encaminha-se para referência mais próxima, mas não houve comprometimento formal com essas unidades não. (Inf.03).

A sede da macrorregião de saúde e a capital do Estado são citadas na grade como as referências terciárias da rede de atenção às urgências para esta microrregião. Esta lógica adotada coincide com a proposta de Mendes (2007) que entende que na organização das regiões de saúde, o território local deve ter uma autossuficiência para a atenção primária, o nível microrregional para a atenção secundária e o território macrorregional para serviços de atenção terciária.

Para Machado et al. (2011) e Minayo (2008) o mapeamento dos recursos assistenciais disponíveis se faz necessário para que o sistema de acesso regulado tenha a possibilidade de após acolhimento da demanda e classificação do risco definir a opção assistencial mais adequada para o caso e, em tempo oportuno.

Ter o conhecimento dos recursos assistenciais disponíveis no território permite ainda identificar as deficiências da rede ou “vazios assistenciais” e assim, definir as prioridades para investimentos utilizando uma lógica racionalizadora que imprima a esta rede as características fundamentais das redes integradas providas de um certo grau de suficiência para assim alcançar a integralidade da atenção (BRASIL, 2002).

Com relação ao direcionamento adequado do usuário aos pontos de atenção conforme protocolo, na rede estudada, apesar do documento que institui o fluxo referir que o encaminhamento de usuários se daria segundo a lógica do protocolo pactuado, identificamos a ausência da utilização de ferramentas de microgestão para classificação de risco, conforme já foi discutido anteriormente, como também a inexistência de um instrumento de mapeamento contendo a totalidade dos recursos assistenciais disponíveis, bem como classificação de cada destes serviços segundo capacidade instalada e grau de resolutividade.

A utilização de protocolos para classificação de risco pode orientar a utilização da opção assistencial com grau de resolutividade mais adequada para cada caso com o objetivo de promover a utilização racional dos recursos disponíveis, contribuindo para a coordenação dos fluxos e contrafluxos nesta rede. Portanto, significa uma tentativa de descongestionamento dos pontos de atenção com maior densidade tecnológica, evitando que as urgências graves tenham dificuldade de acesso devido a superlotação da porta hospitalar de urgência, utilizada equivocadamente pela população como porta de entrada preferencial ou por falta de opção no sistema de saúde (MACHADO et al., 2011).

Na ausência do protocolo para classificação de risco e definição do grau de resolutividade necessário para cada caso, o julgamento pelo critério de resolutividade fica sujeito a subjetividade dos sujeitos devido a inexistência de critérios de classificação de risco e de uma grade de referência construída a partir destes, e que contemple todos os pontos de atenção disponíveis na rede.

[...] Quando o local da ocorrência for uma unidade de PSF, o médico intervencionista do SAMU deverá prestar apoio ao médico da unidade, discutir o caso e reconsiderar a necessidade de encaminhamento [...] (Doc. 1).

Então [...] o dia tem o perfil do médico regulador e não só necessariamente o perfil de sua demanda (Inf.06).

A insuficiência de informações sobre os recursos assistenciais disponíveis tem relação direta com o fluxo de regulação das urgências na microrregião estudada, pois na ausência de um instrumento formal que seja capaz de orientar objetivamente as opções assistenciais mais adequadas para cada caso através da descrição da totalidade dos pontos de atenção e o perfil destes, o médico regulador utiliza da sua subjetividade na tomada de decisão.

Os achados divergem das orientações da Portaria GM nº 2048/2002 que recomenda que para organização de redes de atenção as urgências é importante conhecer os recursos disponíveis no território, observando a quantidade, a localização, o acesso, a complexidade e a capacidade operacional e técnica. Ressalta ainda que o médico regulador deve ter a sua disponibilidade os meios necessários para o desempenho das suas atividades, incluindo a pactuação com atribuição formal de responsabilidades dos pontos de atenção (BRASIL, 2002; SILVA, 2011; MINAYO, 2008).

O projeto de regionalização define que a unidade hospitalar de referência microrregional localizada no município pólo da microrregião deve acolher os casos de urgência em que a complexidade ultrapasse o nível de resolutividade da atenção básica, adotar o critério de vaga zero quando houver indicação, redirecionar pacientes de menor gravidade para os níveis inferiores do sistema. Quanto a resolutividade esta unidade receberá os casos que necessitem de internação ou avaliação por médico especialista e aqueles que necessitem de conduta cirúrgica e arsenal terapêutico não disponível nos demais níveis da rede.

É interessante notar que apesar do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) apresentar 23 Hospitais de Pequeno Porte e 03 Hospitais de Médio Porte com entrada de urgência e 01 Hospital de Grande Porte com entrada de urgência e Unidade de Terapia Intensiva (UTI), apenas este último foi incluído no desenho do fluxo da rede microrregional de atenção às urgências. E neste fluxo, a sua responsabilidade é de dar resolutividade a todas as demandas que extrapolem o grau de resolutividade da atenção básica.

No entanto o Regulamento Técnico de Atenção as Urgências (Portaria 2048/2002) define que cabe aos hospitais de pequeno porte prestar assistência às urgências correspondentes ao primeiro e segundo nível de atenção de média complexidade. Há ainda as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) consideradas serviço de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a rede hospitalar, responsáveis por dar respostas as urgências de média complexidade, com o intuito de descongestionar as portas de entrada hospitalares de urgência. Ainda segundo a referida portaria os hospitais de referencia se responsabilizam por prestar assistência no terceiro nível de média complexidade e alta complexidade, de acordo com sua capacidade instalada, especificidade e perfil assistencial (BRASIL, 2002; BRASIL, 2008; BRASIL, 2011).

Neste sentido, há uma lacuna no fluxo da rede por não incluir os demais pontos de atenção as urgências da microrregião (UPA, 23 hospitais de pequeno porte e os 03 hospitais de médio porte), vez que este desconsidera outros pontos de atenção com grau de resolutividade intermediária entre a atenção primária e atenção hospitalar, os quais se utilizados e regulados adequadamente podem favorecer o uso racional da unidade hospitalar de referencia regional. A fala evidenciada abaixo aborda as implicações desta lacuna no fluxo da rede.

[...] sobrecarrega o hospital de media e alta complexidade de grande porte que nó temos na região e assim sobrecarrega com pacientes que não são críticos são pacientes clínicos então isso dificulta, [...] cada vez mais superlotando os serviços hospitalares sem uma gestão da clinica, agente entra as vezes no colapso que não seria necessário se o fluxo fosse melhor conformado, dialogado. (Inf.04)

[...] esse projeto não garante pra agente retaguarda, onde eu vou deixar esse paciente é, quais são as referências né, pra deixar esse paciente. (Inf.03)

[...] porque na verdade o medico regulador do SAMU, que está alocado no SAMU regulando leitos ele não tem a visualização do leito nos hospitais e o único hospital que ele tem, ele não tem de nenhum hospital e o único hospital que ele referencia é o hospital de media e alta complexidade de grande porte. (Inf.06)

Corroboramos com Mendes (2011) que afirma que para esta rede funcionar de forma efetiva, eficiente há que se construir fluxos de acesso que permitam distribuir os usuários em situação de urgência equitativamente em seus diversos pontos de atenção à saúde, conforme classificação de risco e tipologia de cada serviços, para que seja possível retirar dos hospitais de referencia o grande número

de pessoas portadoras de urgências menores capazes de serem resolvidas nos demais pontos de atenção (MENDES, 2011).

A organização de fluxos na rede de atenção às urgências deve que englobar todos os pontos de atenção visando resolução integral da demanda num determinado ponto de atenção ou referencia a um serviço de maior complexidade, dentro de um sistema hierarquizado em níveis crescentes de complexidade e responsabilidade, mediante regulação (BRASIL, 2011).

RESPONSABILIZAÇÃO PELO USUÁRIO NO SISTEMA

O terceiro princípio adotado por esta rede na construção do fluxo de acesso está relacionada a responsabilização pelo usuário no sistema. A responsabilidade sanitária sobre a população adscrita é uma característica inerente às redes integradas de atenção a saúde. Com relação a responsabilização pelo usuário destacamos a seguinte fala:

[...] se eu não tenho nem onde garantir retaguarda, eu não tenho um componente de urgência que garanta a retaguarda eu vou deixar esse paciente onde? (Inf.06)

[...] Então, não teve essa análise crítica na perspectiva de rede, implantação da rede, perfil, com retaguarda, com regulação que defina que depois desse paciente deixado nesse componente hospitalar ele não finaliza pra onde é que ele vai? qual vai ser o transporte? nada disso foi analisado com consistência, nem criticidade, não. (Inf.02)

O trecho acima evidencia que as lacunas existentes na construção do fluxo de acesso da rede criam barreiras de acesso que interfere na integração do cuidado mostrando as dificuldades da rede em responsabilizar-se pelo cuidado integral aos seus usuários. A responsabilização pelo usuário numa rede de atenção a saúde pressupõe a busca pela integralidade da atenção com existência de pontos de atenção de diferentes densidades tecnológicas e resolutivos, com definição clara das responsabilidades de cada um destes serviços para garantir a continuidade e a globalidade dos cuidados necessários, eliminando barreiras de acesso entre os diversos níveis de atenção (MENDES, 2011; SILVA, 2011; HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

A organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde pressupõe a busca pelo conhecimento das necessidades dos usuários na perspectiva do cuidado integral e assim, criar as condições mais adequadas para favorecer um contínuo de atenção aos usuários para dar respostas adequadas a estas necessidades, sendo esta rede responsável pela trajetória dos usuários em seus diversos pontos de atenção conforme o grau de complexidade dos serviços requeridos em cada situação (SILVA, 2011).

CONCLUSÃO

Na micro analisada o Plano de Atenção as Urgências define o desenho dos fluxos, sendo ele norteado pelos princípios do acolhimento do usuário em quaisquer pontos do sistema, direcionamento imediato do usuário ao equipamento com grau de resolutividade adequado a situação e responsabilização pelo usuário no sistema.

O fluxo de acesso aos pontos de atenção desta rede não contemplam a totalidade dos serviços de urgência existentes no território, englobando apenas as unidades de saúde da família, o SAMU 192 e sua central de regulação e ainda o hospital de referencia.

Não foram incluídos no desenho do fluxo de acesso a rede as opções assistenciais para os casos agudos de complexidade intermediária gerando assim uma sobrecarga do hospital de referencia microrregional.

O acolhimento dos usuários não contempla a utilização de ferramentas de gestão da clínica para classificação de risco.

Quanto ao direcionamento do usuário ao ponto de atenção com grau de resolutividade adequado, há imprecisão relativa as regras quanto a classificação do grau de resolutividade esperado para as unidades de saúde da família, SAMU 192 e sua Central de regulação e unidade hospitalar de referencia regional, ao passo que para os demais pontos de atenção da rede estas regras são inexistentes

No fluxo pactuado coube a estratégia de saúde da família ser resolutiva no caso de pequenas urgências, porém há evidências que existem unidades de saúde da família com postura acolhedora e resolutiva as pequenas urgências e outras com postura refratária.

Coube a Central de Regulação de Urgências a coordenação dos fluxos e direcionamento do usuário aos pontos de atenção, porém por não existir um instrumento forma que contemple os recursos assistenciais disponíveis no território, acarretando dificuldade em favorecer o acesso regulado dos usuários aos pontos de atenção com níveis crescentes de complexidade.

A não definição de uma ferramenta de gestão da clínica para orientar a classificação de risco leva ao médico regulador utilizar de sua subjetividade para julgar e definir o ponto de atenção com resolutividade necessária para atender as demandas dos usuários, acarretando barreiras de acesso aos diversos níveis de atenção, e, conseqüentemente, dificuldades da rede em responsabilizar-se pelo seu cuidado integral.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM 2.048 de 5 de novembro de 2002.** Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM 2.048 de 5 de novembro de 2002.** Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM 2.970 de 08 de dezembro de 2008.** Institui diretrizes técnicas e financeiras de fomento à regionalização da Rede Nacional SAMU 192. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM 4.279 de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece as diretrizes para a organização da rede de atenção do SUS. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.600, de 7 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. Brasília, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM 2.488 de 21 de outubro de 2011.** Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a estratégia saúde da família (ESF) e o programa de agentes comunitários de saúde (PACS). Brasília, 2011b.

CNES - **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde.** Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Tot_Es_Municipio.asp?Estado=29&NomeEstado=BAHIA>. Acesso em: 16 fev. 2013.

HARTZ, Zulmira M. de Araújo; CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". **Cad. Saúde Pública**, 2004, v.20, suppl.2, pp. S331-S336.

IBGE - **Instituto Brasileiro Geográfico e Estatístico**. 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 30 jan. 2013.

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

MACHADO, C. V., SALVADOR, F. G. F.; O'DWYER, G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. **Rev Saúde Pública**, v.45, n.3, p.519-28, 2011.

MARQUES, A. J. de. **Rede de Atenção à Urgência e Emergência**: Estudo de Caso na Macrorregião Norte de Minas Gerais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. **As modelagens das Redes de Atenção a Saúde**. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007.

_____. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.15, n.5, p. 2297-2305, 2010.

_____. **As redes de atenção à saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 549 p, 2011.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M. C. de S.; DESLANDE, S. F. Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.8, p.1877-1886, ago, 2008.

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

Organização Pan Americana de Saúde. **Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas**. Washington: OPS; 2010. (La renovación de la atención primaria de salud en las Américas nº 4).

PAIM, J. S. Modelos de Atenção a Saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. de. **Epidemiologia & Saúde**. 7 ed. Rio de Janeiro: MEDSI/ Guanabara Koogan. 2011. No prelo.

SILVA, J. G.; VIEIRA, L. J. E. de S.; PORDEUS, A. M. J.; SOUZA, E. R. de; GONÇALVES, M. L. C. Atendimento pré-hospitalar móvel em Fortaleza, Ceará: a visão dos profissionais envolvidos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.12, n.4, p.591-603, 2009.

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

SOUZA, S. F. **A rede de urgência e emergência da macrorregião norte de Minas Gerais**: um estudo de caso (manuscrito). Belo Horizonte, 2012.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

6 CONCLUSÃO

A rede de atenção às urgências na microrregião estudada foi pensada e construída num processo coletivo gestado no interior do Colegiado de Gestão Microrregional e indica que a governança regional pode fomentar a organização de redes de atenção a saúde nos territórios adscritos. Daí que urge a necessidade deste colegiado apropriar-se de instrumentos de planejamento que favoreçam o estudo das demandas e da capacidade instalada dos pontos de atenção.

A realização deste estudo apontou que um dos desafios a serem enfrentados pela governança regional na conformação das redes está relacionado ao subfinanciamento do setor saúde e o exercício da solidariedade regional. Além disso, identificamos que parâmetro tempo resposta é insuficiente, o que sugere a necessidade de redimensionamento das unidades móveis ou novos pontos de atenção.

A Atenção Básica e a UPA 24h apresentam baixa resolutividade e dificuldades em desempenhar adequadamente a atenção aos usuários em situação de pequenas urgências e média complexidade, respectivamente. Já a rede hospitalar apresenta grande número de hospitais de pequeno porte com baixa resolutividade em decorrência da insuficiência de recursos humanos e de equipamentos, o que sobrecarrega o hospital de referência regional. Estes resultados evidenciam a necessidade de investimentos em recursos humanos, equipamentos e material para favorecer mudanças no processo de trabalho das equipes.

Verificou-se ainda com relação a rede hospitalar de retaguarda excesso de leitos hospitalares clínicos e pediátricos contrastando com uma oferta insuficiente de leitos especializados de terapia intensiva (pediátrica e adulto) e de longa permanência. Assim, aponta para o redimensionamento da oferta de leitos disponíveis em consonância com os parâmetros assistenciais.

A organização da rede a partir dos componentes pré-hospitalar fixo, pré hospitalar móvel, hospitalar e pós hospitalar favorece a disposição dos pontos de atenção por níveis crescentes de complexidade podendo contribuir para o alcance da integralidade. Para tanto, é importante considerar que a conformação de redes

integradas de atenção um processo contínuo e dinâmico, portanto sujeito a remodelagens a medida em que são identificados as fragilidades do desenho.

No que concerne ao desenho dos fluxos de acesso nesta rede, observou-se que a necessidade de inclusão de todos os serviços de urgência existentes no território, bem como a definição de acolhimento com a utilização de ferramentas de gestão da clínica para classificação de risco e explicitação de regras quanto a classificação do grau de resolutividade esperado nos pontos de atenção.

Nesta rede a coordenação dos fluxos e direcionamento do usuário aos pontos de atenção é uma responsabilidade da Central de Regulação das urgências, porém a inexistência de um instrumento formal de mapeamento dos serviços e de seus recursos assistenciais provoca dificuldades no que diz respeito a regulação do acesso.

Diante dos resultados que emergiram neste estudo, sugerimos o fortalecimento das estruturas da governança regional para que sejam capazes de construir redes nos territórios regionais, dotadas dos atributos essenciais; a elaboração de um planejamento estratégico participativo em que os gestores possam priorizar as demandas da população; a remodelagem dos pontos de atenção e repactuação dos fluxos de acesso, com o objetivo de superar os vazios assistenciais e contribuir para a integralidade da atenção.

REFERÊNCIAS

AVELAR, V. L. L. M.; PAIVA, K. C. M. Configuração identitária de enfermeiros de um serviço de atendimento móvel de urgência. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.63, n.6, Nov/Dez, p. 1010-8, 2010.

BAHIA. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização (PDR-2008)**. Disponível em: http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/. Acesso em: 15 dez. 2012.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Edição revisada e atualizada. Lisboa: Edições 70, 2008.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Sessão II da Saúde, Brasília, Senado Federal, 1988.

_____. **Lei, nº. 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Diário Oficial da União, Brasília, 20 de setembro de 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 95, de 26 de janeiro de 2001**. Norma Operacional da Assistência à Saúde. NOAS-SUS 01/2001. Brasília – DF, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional de Assistência a Saúde - NOAS**. Brasília- DF, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM 2.048 de 05 de novembro de 2002**. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM 1.863 de 29 de Setembro de 2003**. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências 2003a

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM 1.864 de 29 de setembro de 2003**. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU - 192. 2003b

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, Ministério da Saúde, 2006. 76p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM 2.922 de 02 de dezembro de 2008**. Estabelece diretrizes para o fortalecimento e implementação do componente de “Organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências” da Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília, 2008a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM 2.970 de 08 de dezembro de 2008.** Institui diretrizes técnicas e financeiras de fomento à regionalização da Rede Nacional SAMU 192. Brasília, 2008b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM 4.279 de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece as diretrizes para a organização da rede de atenção do SUS. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 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. Brasília, 2011a.

_____. **Decreto Federal 7.508/2011 de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a lei 8080/90 para dispor sobre a organização do SUS. Brasília, 2011b.

CABRAL, A. P. S.; SOUZA, W. V. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): análise da demanda e sua distribuição espacial em uma cidade do Nordeste brasileiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.11, n.4, p. 530-40, 2008.

CAMPOS, G. W. S. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12(Sup), p.1865-1874, 2007.

CANZONIERI, A. M. **Metodologia da pesquisa qualitativa em saúde.** Petrópolis: Vozes, 2010.

CICONET, R. M.; MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. Educação em serviço para profissionais de saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): relato da experiência de Porto Alegre - RS. **Interface: comunicação, saúde, educação**. v.12, n.26, Jul./Set, p.659-66, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução 1.451 de 10 de março de 1995.** Define os conceitos de urgência e emergência e equipe médica e equipamentos para os pronto-socorros. Diário Oficial da União 1995. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1995/1451_1995.htm>. Acesso em: 18 out. 2012.

COSTA-E-SILVA, V.; RIVERA, F. J. U.; HORTALE, V. A. Projeto Integrar: avaliação da implantação de serviços integrados de saúde no Município de Vitória, Espírito Santo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.6, Jun, p. 1405-1414, 2007.

DATASUS. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popba.def>>. Acesso em: 18 out. 2012.

DAWSON, B. Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines 1920. **Publicación Científica**, Washington, n. 93, 1964. Disponível em: <http://www.fundacionaequus.com.ar/biblioteca/infodawson-parte1.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2012.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo. Atlas, 2002.

_____. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GUIMARÃES, R. B.; Regiões de saúde e escalas geográficas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.4, Jul/ago, p.1017-1025, 2005.

GUSMÃO-FILHO, F. A. R. et. al. Avaliação do grau de implantação do Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência (Qualisus). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, Supl. 1, p. 1227-1238, 2010.

HOFFMANN, E. J.; LIMA, E. W. B.; BARBOSA, F. T. R. G. et al. O funcionamento do sistema de governança das redes de atenção à saúde em Montes Claros, Minas Gerais – Brasil. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v.03, n.02, p. 788-799, 2012.

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

KUSHNIR, R. et al. Configuração da rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde no âmbito do SUS. In: **Qualificação de gestores em Saúde Gestão da atenção à saúde**. Unidade de Aprendizagem II, FIOCRUZ, 2009.

MACHADO, C. V.; SALVADOR, F. G. F.; O'DWYER, G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. **Revista de Saúde Pública**, v.45, n.3, p. 519-28, 2011.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados**. 6. ed. são Paulo: Atlas, 2007.

_____. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Saúde, 2001.

_____. **Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas**. Escola de Saúde Pública do Ceará, Fortaleza, 2002.

_____. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Subsecretaria de Políticas e Ações em Saúde. Superintendência de Atenção a Saúde. **Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte, 2007a. Disponível em: http://www.saude.es.gov.br/download/REVISAO_BIBLIOGRAFICA_SOBRE_AS_REDES_DE_ATENCAO_A_SAUDE.pdf. Acesso em: 22 out. 2012.

_____. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Subsecretaria de Políticas e Ações em Saúde. Superintendência de Atenção a Saúde **As modelagens das Redes de Atenção a Saúde**. Belo Horizonte, 2007b.

_____. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.5, p. 2297-2305, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000500005&script=sci_arttext. Acesso em: 12 dez. 2012.

_____. **As redes de atenção à saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2011. 549p.

MINAYO, M. C. S. (Org.) **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 28. ed. Petrópolis-RJ/ Vozes, 2009.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo-Rio de Janeiro. HUCITEC-ABRASCO, 2010.

OLIVEIRA, S. R. A. **Desenvolvimento de um instrumento para avaliar o grau de implantação da política de regionalização**. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) Salvador, UFBA, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: Relatório Mundial**. Brasília, 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE. **Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas**. Washington; 2010.

_____. **Redes e regionalização em saúde no Brasil e na Itália: lições aprendidas e contribuições para o debate**. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília-DF, 126p. (NAVEGADORSUS, 4), 2011.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA L. (org). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; p. 547-573, 2008.

_____. **Modelos de Atenção a Saúde no Brasil**. Salvador, 2011 (no prelo).

SEMENSATO, G.; ZIMERMAN, L.; ROHDE, L. E. Avaliação Inicial do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência na Cidade de Porto Alegre. **Arq Bras Cardiol**, v.96, n. 3, p.196-204, 2011.

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

SÓTER, A. P. M. **O papel da esfera estadual na gestão descentralizada do Sistema Único de Saúde: o estudo de caso Pernambuco**. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública). Recife-PE: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2009.

VIANA, A. L. D'; LIMA, L. D.; FERREIRA, M. P.. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.5, ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000500007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 dez. 2011.

VIEIRA, C. M. S.; MUSSI, F. C. A implantação do Projeto de Atendimento Móvel de Urgência em Salvador/BA: panorama e desafios. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v.42, n.4, p 793-7, 2008. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/. Acesso em: 17 dez. 2011.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e método**. 3. ed. Porto Alegre-RS: Bookmann, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE – CAMPUS JEQUIÉ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Conforme a Resolução 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde. O presente termo em atendimento à Resolução 196/96, destina-se a esclarecer ao responsável legal e ao participante da pesquisa intitulada “AVALIAÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO DO COMPONENTE PRÉ HOSPITALAR MÓVEL DA REDE REGIONALIZADA DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS” os seguintes aspectos:

OBJETIVOS:**➤ Geral:**

Estimar o grau de implantação do componente pré hospitalar móvel da rede regionalizada de atenção às urgências da microrregião de Jequié Bahia no período de 2009 a 2012.

Específicos:

Caracterizar o contexto da implantação da rede regionalizada da urgência e emergência da microrregião de Jequié Bahia.

Identificar os elementos que compõem o processo de implantação dessa rede, analisando o processo de territorialização, os instrumentos de gestão e planejamento, as posições dos atores sociais e as relações de poder entre os mesmos;

Analisar possíveis fatores facilitadores e restritivos para a implantação dessa rede

PARTICIPAÇÃO: Toda a participação é voluntária, não há penalidades para alguém que decida não participar desse estudo em qualquer época, podendo dessa forma retirar-se da participação da pesquisa, sem correr riscos e sem prejuízo pessoal. O participante não terá nenhuma despesa pela sua participação nem receberá pagamento ou gratificação.

RISCOS: Os riscos aos quais o informante pode vir a ser exposto serão mínimos e em caso do participante da pesquisa se sentir desconfortável em responder a alguma questão, terá liberdade para não responder a questão que lhe causou tal incômodo ou até deixar de participar da pesquisa.

BENEFÍCIOS: A participação nessa pesquisa poderá fornecer informações para uma avaliação do grau de implantação do componente pré hospitalar móvel da rede de atenção às urgências no âmbito microrregional fornecendo subsídios para refletir sobre a organização do sistema de saúde no âmbito microrregional, o que poderá proporcionar melhoria na atenção a saúde das populações, maior resolutividade e a integralidade do cuidado.

CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO: Eu concordo em participar do estudo descrito acima. Fui devidamente esclarecido quanto aos objetivos da pesquisa, aos procedimentos aos quais serei submetido devido a minha participação. Tenho o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que minha desistência implique em qualquer prejuízo à minha pessoa ou a minha família. A minha participação é voluntária, e não implicará em custos ou prejuízos, sejam esses custos ou prejuízos de caráter econômico, social, psicológico ou moral, sendo garantido o anonimato e o sigilo dos dados referentes à minha identificação. Concedo autorização para que sejam utilizados os resultados do estudo para publicação de artigos em revistas e outros meio de comunicação, e divulgação em eventos técnico-científicos nacionais e internacionais.

EU _____, aceito livremente participar do estudo intitulado **“AVALIAÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO DO COMPONENTE PRÉ HOSPITALAR MÓVEL DA REDE REGIONALIZADA DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS”** desenvolvido pela mestranda Karlla Christina de Albuquerque Bispo do Programa de Pós graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB).

Assinatura do participante: _____

COMPROMISSO DOS PESQUISADORES

Eu discuti as questões acima apresentadas com cada participante do estudo. É minha opinião que cada indivíduo entenda os riscos, benefícios e obrigações relacionadas a esta pesquisa.

_____ Jequié, / / .
Pesquisador responsável

_____ Jequié, / / .
Pesquisador colaborador

Para maiores informações, pode entrar em contato com:

Prof. DSc. Cezar Augusto Casotti
Fone: (73) 3526-1306/ 3528-9738; e-mail: cezar.casotti@hotmail.com

Mestranda Karlla Christina de Albuquerque Bispo
Fone: (73) 8809-1319; email: karllaalbuquerque@yahoo.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa /UESB
Fone: (73)3528-9600 / (73) 3528 9727; e-mail: cepuesb.jq@gmail.com
Av. José Moreira Sobrinho, S/N – Jequiezinho – Jequié/BA

APÊNDICE B: INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE – CAMPUS JEQUIÉ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Na sua opinião, o que motivou a implantação do componente pré- hospitalar móvel da rede de atenção as urgências na microrregião?
2. Na sua opinião, quais são os objetivos para a implantação do componente pré- hospitalar móvel da rede de atenção às urgências na microrregião? (ATENÇÃO: ESSA PERGUNTA PODE TER SIDO RESPONDIDA PELO ENTREVISTADO NA PERGUNTA ANTERIOR, SO FAZÊ-LA CASO O MESMO NÃO TENHA SE REFERIDO A ESSE ASPECTO)
3. Existe implantado no seu município o Comitê Gestor de Urgências? Caso afirmativo explique quais as suas atribuições e como ele funciona. (APENAS PARA OS ENTREVISTADOS DOS MUNICÍPIOS)
4. Existe implantado na microrregião o Comitê Gestor de Urgências? Caso afirmativo explique quais as suas atribuições e como ele funciona.
5. Quais são as atividades realizadas para a implantação do componente pré- hospitalar móvel da rede de atenção as urgências na microrregião? Quais são as que você realiza ou realizou?
6. Como aconteceu o processo de definição do território e população da microrregião para a implantação do componente pré- hospitalar móvel da rede de atenção as urgências na microrregião?
- 6.1 Foi realizada uma análise da situação de saúde relacionado às urgências na microrregião? Como? Quais os principais problemas identificados?
7. Existe um Projeto de Regionalização do componente pré-hospitalar móvel da rede de atenção às urgências? Como ele foi construído?
8. Houve um processo de contratualização dos pontos de atenção? De que forma aconteceu? Foram estabelecidos metas e incentivos?
9. Como se dá o fluxo entre a rede de atenção primária e os demais pontos de atenção as urgências em seu município?
10. De que forma se dá o fluxo entre os pontos de atenção as urgências localizadas no território municipal e os demais pontos de atenção as urgências da microrregião?
11. Quais os componentes da Rede SAMU 192 localizados em seu município?
 - Central de Regulação de Urgência?
 - Base descentralizada?
 - Unidades móveis?
 - Unidade de Suporte Avançado? Quantas?
 - Unidade de Suporte Básico? Quantas?
 - Motolância? Quantas?

12. Quais os elementos dos sistemas de apoio da rede de atenção às urgências estão disponíveis para o SAMU 192 da microrregião de Jequié?

Serviços de apoio diagnóstico e terapêutico

Assistência farmacêutica

Sistemas de informação e comunicação

13. Quais os elementos dos sistemas logísticos da rede de atenção às urgências disponíveis para o SAMU 192?

Sistemas de regulação do acesso

Sistema de transporte sanitário

Identificação dos usuários e prontuário clínico

14. Existem mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado (Linha de Cuidados, protocolos clínicos) e integração assistencial pensado para o componente pré-hospitalar móvel da rede de atenção às urgências na microrregião? quais?

15. Como se dá o processo de contratação e educação permanente em saúde do pessoal para atuação no componente pré-hospitalar móvel da rede de atenção às urgências da microrregião?

16. Houve um processo de qualificação do componente pré hospitalar móvel da rede de atenção as urgências? Como aconteceu?

17. Houve um processo de certificação do componente pré hospitalar móvel da rede de atenção as urgências? Como aconteceu?

18 De que forma é realizado o processo de avaliação do componente pré-hospitalar móvel da rede de atenção as urgências? Há algum instrumento formal de acompanhamento dos objetivos quantitativos e qualitativos previamente definidos?

19 Na sua opinião, quais são os resultados alcançados a partir da implantação do componente pré- hospitalar móvel da rede de atenção as urgências na microrregião? Exemplifique

20. Na sua opinião, quais os fatores facilitadores para a implantação do componente pré-hospitalar móvel dessa rede?

21. Na sua opinião, quais os fatores restritivos para a implantação do componente pré-hospitalar móvel dessa rede?

Nome:

Endereço:

Nome da Instituição que trabalha:

Cargo que ocupa na Instituição:

Telefone para contato

Endereço eletrônico pessoal:

Endereço eletrônico institucional:

ANEXOS

ANEXO A: OFÍCIO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB
Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP / UESB

Jequié, 09 de abril de 2012

Of. CEP/UESB 075/2012

Ilma. Sra.

Karlla Christina de Albuquerque Bispo
Mestrado em Enfermagem e Saúde - UESB

Prezada Senhora,

Comunicamos a V. S^a que o Projeto de Pesquisa abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/UESB, estando os pesquisadores liberados para o início da coleta de dados.

Protocolo nº: **219/2011**

CAAE: **0196.0.454.000-11**

Projeto: **AVALIAÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO DA REDE REGIONALIZADA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO ÂMBITO MICRORREGIONAL**

Pesquisadores: **Karlla Christina de Albuquerque Bispo (mestranda)**
Prof. César Augusto Casotti (orientador)

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa (ver modelo no CEP), para acompanhamento pelo Comitê.

Atenciosamente,

Prof^a. Ana Angélica Leal Barbosa
Presidente do CEP/UESB

ANEXO B: PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
 Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98
 Comitê de Ética em Pesquisa – CEP / UESB

PARECER CONSUBSTANCIADO

Protocolo Nº 219/2011
CAAE: 0196.0.454.000-11

I – Identificação:

Projeto de Pesquisa: AVALIAÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO DA REDE REGIONALIZADA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA O ÂMBITO MICRORREGIONAL

Pesquisador Responsável: Karlla Christina Albuquerque Bispo.

Pesquisadores Colaboradores: Cezar Augusto Casotti.

Instituição onde se realizará: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB.

Área de Conhecimento: 4.00 – Ciências da Saúde 4.06 – Saúde Coletiva.

II - Objetivos:

Geral: Estimar o grau de implantação da rede regionalizada da urgência da microrregião de Jequié Bahia no período de 2010 a 2012.

Específicos:

- Caracterizar o contexto da implantação da rede regionalizada da urgência da microrregião de Jequié BA
- Identificar os elementos que compõem o processo de implantação dessa rede, analisando o processo de territorialização, os instrumentos de gestão e planejamento, as posições dos atores sociais e as relações de poder entre os mesmos
- Analisar possíveis fatores facilitadores e restritivos para a implantação dessa rede.

III – Sumário do projeto:

O Brasil adotou a partir da Constituição de 1988 o Sistema Único de Saúde (SUS) que enfatiza a regionalização como princípio organizativo. Apesar dos avanços obtidos nos últimos anos com a implementação do SUS evidencia-se a necessidade de superar a fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado. Neste sentido, os documentos oficiais propõem a organização das Redes de Atenção a Saúde no país. Segundo dados do Ministério da Saúde (MS), o quadro sanitário brasileiro apresenta uma alta morbimortalidade relacionada às violências, acidentes de trânsito e doenças do aparelho circulatório. Considerando estes dados o MS, priorizou a organização de uma rede que atenda aos principais problemas de saúde dos usuários na área de urgência, considerando o perfil epidemiológico da população. Este estudo tem por objetivo estimar o grau de implantação da rede regionalizada de urgência da microrregião de Jequié/Bahia no período de 2010 a 2012. Trata-se de uma pesquisa avaliativa sob a forma de estudo de caso de caráter exploratório. Optou-se por realizar parte do componente um da análise de implantação que corresponde à estimativa do grau de implantação da intervenção. A imagem-objetivo para a avaliação se constituirá a partir do desenvolvimento do modelo teórico-lógico a ser validado por especialistas pela técnica Conferência de Consenso. Será desenvolvido na microrregião de Jequié, junto ao Colegiado de Gestão onde selecionaremos 17 (dezesete) informantes-chaves. A coleta de dados se dará por intermédio de entrevista semi-estruturada, análise documental e observação direta. Utilizaremos a triangulação de técnicas de pesquisa. Para a análise dos dados trabalharemos com métodos qualitativos e quantitativos. O processamento e análise dos dados empíricos desta investigação serão sustentados por um plano de análise. Os aspectos éticos da pesquisa serão respeitados de acordo aos preceitos da Resolução nº. 196. Este estudo possibilitará entender a organização do sistema de saúde sob a forma de redes regionalizadas de atenção em urgência e identificar os efeitos da intervenção na melhoria da qualidade e resolutividade da atenção prestada.

IV – Comentários do relator:

O projeto de pesquisa apresenta toda a documentação necessária à sua apreciação pelo CEP/UESB. Além disso, a pesquisa é relevante até pela escassez de estudos nesta área.



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP / UESB

V - Adequação do TCLE e forma de obtê-lo:

O TCLE encontra-se de acordo com a Resolução 196/96.

VI – Parecer do relator:

Somos de parecer favorável à aprovação do projeto.

Situação do projeto: Aprovado

Jequié, 09 de abril de 2012


Profª. Ana Angélica Leal Barbosa
Presidente do CEP/UESB