

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 às 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 à saúde assume o papel de centro de comunicação da rede e na rede de atenção às condições agudas este papel passa a ser desempenhado 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 à 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.

MÉTODO

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 referência 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=BAHIA>. 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.