



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

JULIANA MARIA CAVALCANTE TEIXEIRA

ANÁLISE DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS
URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NA REGIÃO METROPOLITANA DE
FORTALEZA AMPLIADA - CEARÁ

FORTALEZA

2014

JULIANA MARIA CAVALCANTE TEIXEIRA

**ANÁLISE DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO
ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NA REGIÃO METROPOLITANA DE
FORTALEZA AMPLIADA - CEARÁ**

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Saúde Pública da Faculdade
Medicina da Universidade Federal
do Ceará como requisito parcial para
obtenção do título de Mestre

Orientação de Dra. Maria Vaudelice
Mota.

FORTALEZA

2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

Teixeira, Juliana Maria Cavalcante Teixeira.
Análise do processo de implantação da Rede de Atenção às Urgências e
Emergências na Região Metropolitana de Fortaleza Ampliada - Ceará. / Juliana
Maria Cavalcante Teixeira. – 2014.

109 f.: il. color., enc. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Ciências
da Saúde, Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Comunitária,
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Mestrado em Saúde Pública,
Fortaleza, 2014.

Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Orientação: Profa. Dra. Maria Vaudelice Mota.

1. Redes de Atenção à Saúde. 2. Avaliação em Saúde. 3. Gestão em Saúde. I.
Título.

JULIANA MARIA CAVALCANTE TEIXEIRA

**ANÁLISE DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS
URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NA REGIÃO METROPOLITANA DE
FORTALEZA AMPLIADA - CEARÁ**

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-graduação em
Saúde pública da Faculdade
Medicina da Universidade Federal
do Ceará como requisito parcial para
obtenção do título de mestre

Aprovada em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Maria Vaudelice Mota (orientadora)
Universidade Federal do Ceará-UFC

Prof. Dr. Ricardo José Soares Pontes
Universidade Federal do Ceará-UFC

Profª Drª Maria do Socorro de Sousa
Centro de vivência ensino e pesquisa educativa - OfinArtes

Profª Drª Lucia Conde de Oliveira
Universidade Estadual do Ceará

A Deus, por todas as bênçãos em minha vida
Aos meus pais, amigos e irmãos de vida
Ao Pablo, amor e companheiro de todas as horas
À Profa. Vaudelice, por me ensinar a encarar a vida com leveza

RESUMO

Há um movimento universal de mudança do modelo de atenção fragmentado para uma construção em Redes de Atenção a Saúde, sustentado por evidências de que as redes de saúde constituem uma saída para a crise contemporânea dos sistemas de atenção a saúde. E ainda que insuficientes para atender às expectativas e necessidades da população, recentes portarias ministeriais que definem as diretrizes e ferramentas do reordenamento da atenção às urgências e emergências em formato de rede proporcionaram melhores condições de enfrentar o desafio de atender a essa demanda, estabelecendo um desenho compatível com a realidade atual. Nesse contexto essa pesquisa teve o objetivo de analisar o processo de implantação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências na Região Metropolitana de Fortaleza Ampliada, procurando identificar as práticas desenvolvidas, correlacionando-as com o Plano de Ação Estadual e delimitando os fatores que facilitaram ou comprometeram a implantação. Trata-se de uma pesquisa avaliativa de abordagem qualitativa a partir do levantamento da legislação e documentos pertinentes e de entrevistas com gestores municipais e coordenadores da rede em questão. A análise dos dados foi realizada utilizando Análise Documental e Análise Temática. Os resultados apontaram um cenário de pouca integração entre os componentes da rede de urgência e emergência. Os fatores relacionados a esse panorama foram: insuficiência da atenção primária em saúde e fragmentação gerencial, esta representada pela ausência de governança unificada na rede. Identificou-se também que o processo de construção do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Estado do Ceará não conseguiu aprofundar os debates quanto aos gargalos do atendimento aos pacientes e ao planejamento das ações para implantação da rede em todos os seus fundamentos. Conclui-se que, apesar do investimento político e financeiro para a implantação da RUE, essa estratégia não logrou contornar os graves problemas de integração entre as unidades de saúde. Além disso, ficaram evidentes a baixa prioridade da atenção primária em saúde, ordenadora do cuidado, o nó crítico do financiamento e a fragilidade na articulação entre as instâncias gestoras do sistema e entre as gerências dos serviços. Nesse contexto, observasse que a

ênfase nos serviços de pronto atendimento para a estruturação da RUE pouco contribuiu até o presente para o desenvolvimento de redes de atenção à saúde e reorientação do modelo assistencial no SUS.

Palavras-chave: Redes de Atenção à Saúde. Avaliação em Saúde. Gestão em Saúde.

ABSTRACT

In Brazil, the old fragmented model of public healthcare is being gradually replaced by a network model, based on evidence that networks represent a feasible solution to the current crisis in primary care. Albeit insufficient to meet the needs and expectations of the population, recently issued government directives determining the reordering of the current urgency and emergency healthcare system into network format have led to improvements by introducing a design compatible with the reality of the demand. The purpose of this study was to analyze the implementation of a network of urgency and emergency healthcare (RUE) in Greater Fortaleza (a state capital in Northeastern Brazil), correlating the observed practices with the Ceará State Action Plan and identifying factors favoring or hampering the process. Adopting a qualitative approach, we collected information through a review of pertinent legal literature and interviews with municipal authorities and RUE managers. The data were submitted to desk study and thematic analysis. Our findings revealed poor integration between the components of the RUE. The associated factors included insufficiency of primary care and management fragmentation evidenced by the absence of unified network governance. In addition, the drafting of the Ceará State Action Plan did not adequately anticipate the bottlenecks of public healthcare and of RUE implementation in all its aspects. In conclusion, despite considerable political and financial investment, implementation strategies have been unable to circumvent the lack of integration between health services. Furthermore, implementation has been compromised by the low priority given to primary care (on which urgency and emergency care depends), funding trammels and limitations in the communication between municipal authorities and RUE managers. In other words, the emphasis placed on urgency and emergency care has so far contributed little to the development of healthcare networks and the reordering of the Brazilian primary healthcare system.

Key words: Healthcare networks. Health evaluation. Health management.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 -	Abordagens avaliativas e seus tipos de pesquisa.....	26
Figura 02	Modelo da pirâmide hierárquica da atenção à saúde.....	33
Figura 03	A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde.....	36
Figura 04	Componentes da RUE e suas interfaces.....	40
Figura 05 -	Macrorregiões do Estado do Ceará.....	46
Figura 06 -	Mapa da Região Metropolitana de Fortaleza Ampliada.....	47
Figura 07	Proposta dos Polos do Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU).....	61
Figura 08	Estrutura Operacional das redes de Atenção à Saúde.....	74

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 - Evolução da cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família na Região Metropolitana de Fortaleza Ampliada.....	58
Quadro 02 - Proposta de Investimento Geral para a Sala de Estabilização no Estado do Ceará.....	62
Quadro 03 - Hospitais Aprovados como Porta de Entrada da Rede de Atenção às Urgências da Região Metropolitana de Fortaleza Ampliada.....	64

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica em Saúde
AD	Atenção Domiciliar
APS	Atenção Primária à Saúde
APVP	Anos potenciais de vida perdidos
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COSEMS	Conselho das Secretárias Municipais de Saúde
CRES	Coordenadoria Regional de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
ESF	Estratégia Saúde da Família
GM	Gabinete do Ministro
HCP	Hospitais Especializados em Cuidados Prolongados
HPP	Hospital de Pequeno Porte
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NUAEM	Núcleo de Atenção à Urgência e Emergência
PAR	Plano de Ação Regional
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PMAQ/AB	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PPSUS	Programa de Pesquisa para o SUS

PROVAB	Programa de Valorização da Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
QualifarSUS	Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RMF	Região Metropolitana de Fortaleza
RS	Região de Saúde
RT	Rede Temática
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SE	Sala de Estabilização
SESA	Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCP	Unidades de Intervenção em Cuidados Prolongados
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	OBJETIVOS.....	21
2.1	Objetivo Geral.....	21
2.2	Objetivos Específicos.....	21
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	22
3.1	Avaliação em Saúde.....	22
3.1.1	<i>Análise de Implantação.....</i>	<i>27</i>
3.2	Rede de Atenção à Saúde.....	29
3.2.1	<i>Origem e características do conceito de Rede.....</i>	<i>29</i>
3.2.2	<i>Noções de Rede no âmbito do SUS.....</i>	<i>32</i>
3.2.3	<i>A perspectiva de Rede na Atenção às Urgências e Emergências.....</i>	<i>37</i>
3.2.4	<i>Fases de implantação da Rede na Atenção às Urgências e Emergências.....</i>	<i>40</i>
4	METODOLOGIA.....	42
4.1	Desenho da pesquisa.....	42
4.2	Cenário do estudo.....	45
4.3	Construção do material empírico.....	48
4.5	Análise dos dados.....	50
4.6	Considerações éticas.....	52
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	54

5.1	A Construção da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Estado do Ceará e da Região Metropolitana de Fortaleza Ampliada.....	54
5.2	Facilidades e Dificuldades para implantação da RUE na Região Metropolitana de Fortaleza Ampliada.....	68
5.2.1	<i>RAS e a Atenção Primária à Saúde.....</i>	68
5.2.2	<i>Governança da RUE.....</i>	74
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	87
	REFERÊNCIAS.....	92
	APÊNDICE A – CRONOGRAMA.....	98
	APÊNDICE B – ORÇAMENTO.....	99
	APÊNDICE C - ROTEIRO DAS ENTREVISTAS.....	100
	APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	101
	APÊNDICE E - DESENHO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS DA 1ª E 22ª, 2ª E 3ª REGIÕES DE SAÚDE.....	103
	APÊNDICE F - INSTRUMENTOS PARA CONSTRUÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS.....	106

1. INTRODUÇÃO

O Brasil vem passando por profundas transformações demográficas, com reflexos importantes na estrutura e dinâmica populacionais. Os componentes responsáveis por estas mudanças foram o declínio da fecundidade, natalidade e mortalidade e o aumento da expectativa de vida. O efeito combinado dessas alterações resultou na transformação da estratificação etária e de proporção por sexo, evidenciada na pirâmide etária da população, onde apresenta em seu formato características de uma população em processo de envelhecimento. (PONTES *et al.*, 2009).

O perfil epidemiológico brasileiro passa por transformações de caráter diferenciado, pois não se adequa ao modelo de substituição das doenças infecciosas e parasitárias por doenças crônico-degenerativas, acidentes e violências. A análise do contexto no país mostra que a transição epidemiológica não segue o mesmo processo verificado na maioria dos países industrializados. Observa-se não existir uma transição dos contextos epidemiológicos, mas sim uma superposição deles. (PONTES *et al.*, 2009).

As mudanças demográficas, as alterações nos padrões de consumo e nos estilos de vida, a urbanização acelerada e as estratégias mercadológicas são determinantes da crescente importância das condições crônicas no quadro epidemiológico do Brasil, requisitando adequações das intervenções de saúde pública. (MENDES, 2011).

Devemos estar atentos para o conceito de condições crônicas, pois vai muito além do conceito de doenças crônicas. (MENDES, 2011).

Muitas condições agudas podem evoluir para condições crônicas. É o caso de certos traumas que deixam sequelas de longa duração, determinando algum tipo de incapacidade que exigirá cuidados, mais ou menos permanentes, do sistema de atenção à saúde. De outra forma, as condições crônicas podem apresentar períodos de agudização e, nesses momentos tópicos de transformação em eventos agudos, devem ser enfrentadas pelo sistema de atenção à saúde, na mesma lógica episódica e reativa das condições agudas. (MENDES, 2011, p. 26-7).

Consoante com Mendes, Paim *et al.* (2011) nos diz que as transformações nas características demográficas e epidemiológicas da população brasileira geram a necessidade de uma transição, de um modelo de

atenção centrado nas doenças agudas para um modelo baseado na promoção intersetorial da saúde e na integração dos serviços de saúde.

Há um movimento universal de mudança do modelo de atenção fragmentado para uma construção em Rede de Atenção a Saúde (RAS), sustentado por evidências de que as redes de saúde constituem uma saída para a crise contemporânea dos sistemas de atenção a saúde, pois melhoram seus resultados sanitários e econômicos. (MENDES, 2011).

A estratégia de redes de atenção à saúde é a forma de organizar as ações e os serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, em todos os níveis de atenção, para que o cidadão possa acessá-los, de acordo com suas necessidades de saúde, de forma racional, harmônica, sistêmica, regulada e conforme uma lógica técnico-sanitária. (CARVALHO *et al.*, 2011).

Nesse intuito, o Ministério da Saúde, na Portaria Nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010, apresenta o conceito de Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS e estabelece as diretrizes para sua organização na tentativa de reestabelecer a coerência entre a situação de saúde e a atenção prestada. (BRASIL, 2010).

A Rede de Atenção à Saúde é definida 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. O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica (BRASIL, 2010, p. 07).

Reforçando a importância da Atenção a Saúde organizada em Redes, o Ministério da Saúde publica o Decreto Nº 7.508 de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei Orgânica do SUS (BRASIL, 1990), dispendo sobre sua organização, planejamento, assistência à saúde e articulação interfederativa. (BRASIL, 2011a).

Esse decreto formaliza a necessidade de adequações organizativas no SUS, para tanto, são publicadas diversas portarias ministeriais que tratam da operacionalização das Redes de Atenção à Saúde. No intuito de promover condições de melhor planejar e articular os pontos de atenção existentes e os

que estão sendo implantados, as redes de atenção à saúde foram organizadas por redes temáticas. (BRASIL, 2011a).

Uma das redes prioritária é a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE). Esta foi proposta com a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde de forma ágil e oportuna. (BRASIL, 2010).

A prevenção e organização das demandas procedentes das urgências e emergências são um dos mais significativos desafios em saúde pública no Brasil, tendo demandado importantes iniciativas por parte das três esferas de governo visando a atenção à saúde baseada nos princípios da universalidade, equidade, qualidade, eficácia e humanização.

O estado do Ceará a anos vem desenvolvendo ações no intuito de organizar a assistência à saúde nessa área, que se revelaram ainda insuficientes para atender às expectativas e necessidades da população. No entanto, as recentes portarias ministeriais que definem as diretrizes e ferramentas do reordenamento da atenção às urgências e emergências em formato de rede proporcionaram condições de melhor enfrentar o desafio de atender a essa demanda, estabelecendo um desenho compatível com a realidade atual.

É com esta compreensão que a política de redes de atenção à saúde em urgência e emergência esta sendo discutida no estado do Ceará desde 2011. Sua implantação é um processo dinâmico e inacabado, daí a importância de analisar como as estruturas; sejam elas físicas, organizacionais e simbólicas; são mobilizadas e utilizadas pelos atores para produzir os bens e serviços requeridos para alcançar as finalidades dessa intervenção. (CHAMPAGNE *et al.*, 2011a).

Nesta perspectiva essa pesquisa teve o foco na implantação de uma política que visa adequar as intervenções à situação de saúde apresentada, utilizando-se para tanto, um novo modelo de atenção. A escolha desse tema se justifica em distintos níveis: social, institucional e científico (CAMPOS, 2004).

Ressaltamos que, no campo das políticas de saúde, a avaliação vem ganhando destaque, principalmente devido às mudanças nos procedimentos legais e administrativos na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), como o processo de descentralização das responsabilidades, ações, serviços e recursos; a maior complexidade do perfil epidemiológico do país com distintos problemas e necessidades requerendo novas abordagens e incorporando novas tecnologias; e a exigência cada vez maior do controle de gastos. (FIGUEIRÓ; THULER; DIAS, 2008 *apud* FIGUEIRÓ; FRIAS; NAVARRO, 2010).

Constata-se, portanto, a clara coerência entre o esforço empreendido nesta pesquisa e uma das prioridades assumidas oficialmente na agenda de pesquisas para o SUS, justificando-a plenamente como objeto que contribui para a qualificação da assistência.

No que tange à importância desta pesquisa para as instituições envolvidas direta ou indiretamente no estudo, constatamos que seus resultados subsidiem o processo de gestão, uma vez que a pesquisa voltada para processos avaliativos constitui:

fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção [...], com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos [...], estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações (CHAMPAGNE *et al.*, 2011a, p. 44).

Destacamos ainda os desafios implicados na gestão de redes no âmbito do SUS, sendo um deles as pactuações entre diferentes entes federativos. Nestes os serviços se interconectem para compor uma rede de atenção à saúde que seja capaz de garantir a integralidade da assistência. Dessa forma é imprescindível que haja gestão compartilhada entre entes políticos, com planejamento integrado e financiamento tripartite. (SANTOS; ANDRADE, 2011).

Analisar o processo de implantação ajuda a compreender as variações ou o nível de integralidade na implantação de uma intervenção (YEATON; SEACHEST, 1985; ROSSI, 1978 *apud* CHAMPAGNE *et al.*, 2011b),

gerando condições de aproximar os aspectos institucionais ao conceitual, e assim, evitando o insucesso da intervenção.

No plano da produção do conhecimento, este trabalho representou mais um espaço de reflexão sobre a implantação de um novo modelo de atenção à saúde no SUS, onde identificamos os fatores que facilitam ou comprometem.

Por fim, cabe assinalar as lacunas existentes na literatura sobre pesquisa avaliativa com abordagem qualitativa, principalmente quando consideramos uma assistência à saúde em rede de atenção. Examinando com os descritores *avaliação em saúde, pesquisa qualitativa e serviços de saúde*, de maneira isolada, percebemos que há centenas de artigos nas bases de dados LILACS, MEDLINE, PUBMED e SCIELO por nós consultadas na fase exploratória deste estudo. Entretanto, ao cruzarmos os descritores, verificamos que há poucos artigos, principalmente quando utilizamos os descritores *pesquisa qualitativa e avaliação em saúde*.

Esse dado nos confirma a hegemonia da avaliação de serviços e programas de saúde que utilizam métodos quantitativos. Isso realçou a importância desta pesquisa por abordar um modelo avaliativo não hegemônico e por aprofundar um olhar diferenciado de avaliação.

Deste modo a pesquisa em questão contribuiu com o avanço do conhecimento sobre modelos de avaliação à medida que analisou a interferência do contexto local e os serviços produzidos.

Diante deste panorama e com base em um modelo de pesquisa orientada pelo enfoque da pesquisa avaliativa qualitativa, envolvendo predominantemente secretários de saúde e os coordenadores da política de redes de atenção às urgências. A questão que norteou a investigação foi assim sumarizada: **Como foi o processo de implantação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências na Região Metropolitana de Fortaleza Ampliada?**

Para respondermos a esta pergunta foi necessário estabelecer um quadro teórico e metodológico compatível com a execução da pesquisa. Construimos então uma problematização cujos contornos se desdobram nos

tópicos que compõem o referencial teórico. Inicialmente descrevemos algumas transformações na compreensão e no emprego da Avaliação em Saúde. Em seguida aprofundamos o conceito de Análise de Implantação. Por último contextualizamos como surgiram o conceito de Redes de Atenção à Saúde até chegarmos a perspectiva de Rede na Atenção às Urgências e Emergências.

Após a apresentação de nosso marco teórico, o capítulo seguinte apresenta a metodologia utilizada para o desenvolvimento da pesquisa, explicando o percurso realizado: escolha do local, documentos e profissionais para a investigação, modo de produção e processamento das informações e síntese dos resultados.

O capítulo subsequente “Resultados e Discussão” apresenta as informações da pesquisa, apresentando inicialmente as práticas desenvolvidas para a implantação da Rede de Atenção às Urgências, comparando-as com as estipuladas no Plano de Ação Estadual e, por último, delimitando os fatores que facilitaram e comprometeram essa implantação, aprofundado em duas categorias: Redes de Atenção à Saúde e sua interseção com a Atenção Primária à Saúde e Governança da RUE. Esse capítulo foi produto da síntese dos dados documentais, entrevistas, literatura e nossa perspectiva singular enquanto pesquisadores implicados na produção de conhecimento.

Por fim, o último capítulo apresenta as considerações finais estabelecendo também as limitações, superações, potencialidades e sugestões da pesquisa.

2. OBJETIVOS

Objetivo Geral

Analisar o processo de implantação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências da Região Metropolitana de Fortaleza Ampliada nos anos de 2012 a 2014.

Objetivos Específicos

- Identificar as práticas desenvolvidas para implantação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências
- Correlacionar as práticas desenvolvidas com o Plano de Ação Estadual da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Ceará
- Delimitar os fatores que facilitaram ou comprometeram sua implantação

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. Avaliação em Saúde

A palavra avaliação possui conceito multifacetário e não pode ser definida de maneira universal. Deve ser conceituada no contexto em que surge, levando em consideração as perguntas que se quer responder. (TANAKA; MELO, 2004).

Silva (2005) compara essa diversidade de conceitos da avaliação a faixas ou pontos de um espectro onde teria em uma de suas extremidades representada pelas avaliações presentes na vida cotidiana e no outro extremo as investigações avaliativas.

A avaliação das práticas cotidianas corresponderia a um julgamento que se faz a partir do recurso a noções oriundas do “senso comum”, a técnicas não sistemáticas de observação e à análise e formulação de juízos de valor dicotômicos e simplificados. [...]. Já a pesquisa avaliativa corresponderia ao julgamento que é feito sobre as práticas sociais a partir da formulação de uma pergunta não respondida ainda na literatura especializada, sobre as características dessas práticas, em geral, ou em um contexto particular, através do recurso a metodologias científicas. (SILVA, 2005, p. 17).

Dubois, Champagne e Bilodeau (2011, p. 19) afirmam que para compreender o campo da avaliação é fundamental relatar a sua história, pois “a avaliação contemporânea é o resultado de um processo contínuo de construção e reconstrução dos meios de produção do conhecimento sobre as intervenções”. Esses autores distinguem quatro gerações de avaliação.

Destacamos que as gerações da avaliação envolvem diferentes perspectivas com aportes epistemológicos distintos, entendendo que, a despeito das rupturas, tais vertentes coexistem na atualidade. (TANAKA; MELO, 2004).

A Avaliação de 1ª geração foi marcada pelo período da Revolução Industrial que gerou uma urbanização acelerada, surgimento de uma nova classe social mais politizada e uma industrialização das forças de produção. Nesse contexto surge a necessidade de melhoria nas condições de vida e conseqüente esforço, pelos governantes, para elaborar e institucionalizar um conjunto de políticas de caráter social. (DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011). Assim as avaliações influenciadas por esse período “resultam da

necessidade de saber em que medida as transformações fundamentais em curso melhoram as condições de vida das sociedades e dos indivíduos”. (DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011, p. 21).

A consolidação da avaliação de 1ª geração proporcionou uma ênfase na eficiência e do uso da testagem como forma de aprimoramento dos instrumentos de medida. Essa fase caracterizou-se por ser fundamentalmente normativa e limitada a um conjunto de atividades de medida, coleta sistemática de dados e análises quantitativas. Aliás, nessa fase, os termos medida e avaliação eram sempre intercambiáveis. (DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011).

A avaliação de 2ª geração é tida como uma ampliação da primeira onde passou a preocupar-se em descrever como os programas atingiam os resultados (TANAKA; MELO, 2004). Essa abordagem marca o início da avaliação formativa, que deve determinar em que medida um programa atinge seus objetivos e posteriormente fornecer informações necessárias ao aprimoramento desse programa. A medida e a avaliação aqui se tornam dois conceitos distintos, estando a primeira a serviço da segunda. (DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011).

Quanto à avaliação de 3ª geração surge em um momento de crescimento dos países industrializados e conseqüente necessidade de ampliação dos programas sociais. Nesse contexto, “a avaliação tem o papel de conceber os programas, racionalizar o planejamento e a atribuição dos recursos públicos e assegurar a imputabilidade dos programas”. (DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011, p. 31).

Considera-se, a partir de então, que a avaliação deve permitir emitir um julgamento sobre a intervenção. Ao avaliador é atribuído o papel de juiz e, para fundamentar seu julgamento, ele continua a utilizar a informação descrita e a medida, mas estas não constituem mais uma finalidade para ele. (DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011, p. 32).

Já a avaliação de 4ª geração iniciou-se no período da revolução do campo das comunicações, mundialização das trocas e necessidade de dar respostas globais. As demandas sociais aumentam de maneira exponencial e exigem respostas cada vez mais complexas e onerosas, ao passo que

limitações importantes subsistem em termos de recurso. (DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011).

Nesse contexto desenvolve-se uma avaliação que se configura como processo de negociação com todos os atores envolvidos, valorizando as diferentes percepções. (TANAKA; MELO, 2004).

A avaliação de 4ª geração “não é uma atividade apenas técnica, mas também prática e sobretudo emancipatória. Ela deve propiciar ao conjunto dos atores melhor compreensão das condições nas quais a intervenção é realizada e a participação ativa em seu aperfeiçoamento”. Ela se torna, desse modo, um instrumento de negociação e de fortalecimento do poder. (DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2011, p. 37).

A avaliação dos programas e serviços de saúde pode ser diferenciada ainda de acordo com suas finalidades. Tanaka e Melo (2004) apontam dois tipos: a avaliação como pesquisa e a avaliação para subsidiar o processo de gestão. A avaliação como pesquisa tem por objetivo conhecer um contexto e interpretar seu impacto. A realização da avaliação como instrumento de gestão tem por objetivo a tomada de decisão e utiliza como enfoque principal a caracterização, compreensão e quantificação dos dados avaliados.

Devemos ressaltar, entretanto, que a realização da avaliação como instrumento de gestão não exclui a possibilidade de sua realização sob o enfoque da pesquisa avaliativa. (TANAKA; MELO, 2004).

Além da caracterização da avaliação segundo gerações e finalidades, podemos destacar sua classificação por tipo que, segundo Ayres (2004), pode apresentar-se como avaliação normativa ou avaliativa formativa. Para esse autor a avaliação normativa se destina a verificar o êxito técnico das ações, geralmente limitada à quantificação dos achados. Equipara-se a avaliação da qualidade formal descrita por Uchimura e Bosi (2004). Já a avaliação formativa volta-se à dimensão subjetiva da qualidade, podendo ser comparada à avaliação qualitativa de Uchimura e Bosi (2004).

Devemos fazer um destaque para o conceito de qualidade que essas abordagens estão atreladas. A qualidade formal é observada em estudos de avaliação com contornos mais tradicionais e que estão voltados

para a análise da eficácia e efetividade dos programas de saúde. Já a avaliação qualitativa esta voltada ao sucesso prático, ou seja, a análise da efetividade dos programas de saúde na dimensão subjetiva da qualidade, admitindo a valorização das experiências, do vivido, das emoções e sentimentos. (UCHIMURA; BOSI, 2004).

Outra tipologia da avaliação é descrita por Champagne *et al.* (2011a), esses autores destacam dois tipos de avaliação: a avaliação normativa e a pesquisa avaliativa. Na avaliação normativa busca-se apreciar cada um dos componentes da intervenção em função de critérios e normas, ou seja, verifica a conformidade dos componentes em relação às referencias. Já a pesquisa avaliativa depende de um procedimento científico que permita analisar e compreender as relações de causalidade entre os diferentes componentes da intervenção.

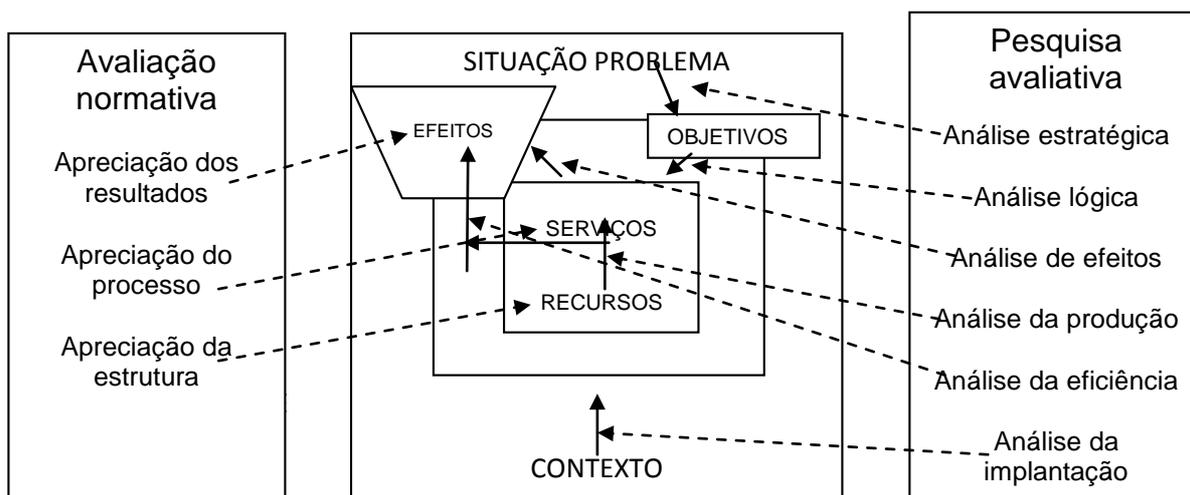
A pesquisa normativa busca fazer juízo de valor de uma intervenção por meio de critério e normas, para tanto observa “os recursos empenhados e sua organização (estrutura), os serviços e bens produzidos (processo) e os resultados obtidos”. (CHAMPAGNE *et al.*, 2011a, p. 54).

Segundo Champagne *et al.* (2011a), a pesquisa avaliativa pode ser decomposta em seis tipos de análises que recorrem a diferentes métodos de pesquisa:

- Análise estratégica: aprecia a pertinência da intervenção, isto é, verifica a exatidão do vínculo entre os objetivos da intervenção e os problemas que supostamente ela resolve;
- Análise lógica: examina a coerência entre os objetivos da intervenção e os recursos, serviços ou atividades implantados para atingi-los;
- Análise de produção: avalia a relação entre os recursos empregados na intervenção e o volume e a qualidade dos serviços prestados;
- Análise dos efeitos: verifica a eficácia de uma intervenção, ou seja, a influência da intervenção sobre os estados de saúde;

- Análise da eficiência: atesta as relações entre os recursos empregados na intervenção e os efeitos observados;
- Análise da implantação: observa as interações entre a intervenção, seus componentes e o contexto em comparação com a produção dos efeitos.

Figura 01 – Abordagens avaliativas e seus tipos de pesquisa



Fonte: CHAMPAGNE et al., 2011a, p. 53.

Para Silva (2005, p. 20) essa diversidade de tipos de avaliação reflete “o estágio incipiente de desenvolvimento da avaliação enquanto disciplina científica e a natureza e abrangência do campo da avaliação que comporta uma multiplicidade de possibilidades de recorte do real”. Por esse motivo para realizar uma avaliação é imprescindível que se defina o nível da realidade que se quer estudar, o objetivo da avaliação e os atributos ou características da mesma. (SILVA, 2005).

Quando realizamos avaliações no campo da saúde, podemos delimitar como nível da abordagem instituições desde públicas ou privadas, ações de promoção, prevenção e cura, a serviços, estabelecimentos ou sistemas de saúde. A seleção das características ou atributos são essenciais para o aprofundamento no processo de definição do foco da avaliação. (SILVA, 2005).

3.1.1. Análise de implantação

Esse tipo de análise consiste em medir a influência do grau de implantação de uma intervenção em seus efeitos ou apreciar a influência do ambiente e do contexto sobre os efeitos da intervenção. Essa análise é pertinente quando observamos uma variedade dos resultados obtidos por intervenções semelhantes implantadas em contextos diferentes. (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997).

A análise de implantação ou implementação tem exatamente como foco da avaliação a relação entre a intervenção (políticas, programas, serviços, ações) e seu contexto de inserção na produção dos efeitos, o que se torna particularmente importante quando a intervenção é complexa, com múltiplos componentes e contingencial. (SILVA, 2005, p. 11).

Para tanto, devemos nos indagar se a variabilidade de resultados pode ser justificada por diferenças encontradas no contexto. Lembramos que até mesmo uma ausência de efeitos pode ser considerada como consequência de uma intervenção. (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997).

A análise de implantação surgiu como contraponto à análise do modelo “caixa preta” na qual a intervenção é tratada como uma variável homogênea e dicotômica (onde somente se considera a ausência ou presença da intervenção). Nesse modelo, a intervenção apresenta pouca ou nenhuma variação ao ser implantada e não sofre influência das características dos meios nos quais ela é introduzida. Esse modelo apresenta uma concepção simplista das condições de implantação. Nesse contexto, a análise de implantação é proposta visando justamente especificar o apanhado de fatores que influenciam nos resultados alcançados por uma intervenção. (DENIS; CHAMPAGNE, 1997).

Esquemáticamente Denis e Champagne (1997) propõem uma tipologia para a análise da implantação:

- Análise dos determinantes contextuais do grau de implantação da intervenção.
- Análise da influência da variação na implantação sobre os efeitos observados.

- Análise da influência da interação entre o contexto de implantação e a intervenção sobre os efeitos observados.

A primeira classificação procura entender melhor o que explica as variações observadas na integridade de uma intervenção ou no grau da implantação. Os dois últimos tipos de análise abordam de maneira diferente os efeitos observados após a introdução de uma intervenção.

Champagne *et al.* (2011b) modificaram essa primeira classificação da análise da implantação nos tipos a seguir:

- Análise tipo 1a: procura explicar o processo de transformação da intervenção, identificando as relações causais entre a transformação da forma, da natureza e de envergadura da intervenção depois de sua implantação em um determinado contexto.
- Análise tipo 1b: visa explicar a diferença entre a intervenção tal como foi planejada e aquela realmente implantada.
- Análise tipo 2: analisa os impactos de uma intervenção, permitindo distinguir os componentes das intervenções mais suscetíveis de facilitar a obtenção de resultados
- Análise tipo 3: objetiva analisar a influência da interação entre a intervenção e o contexto de implantação, visando explicar as variações dos efeitos observados.

Percebemos que não houve grandes alterações entre essas duas classificações, porém identificamos uma maior clareza na tipologia e em suas definições.

Concluimos que no campo da avaliação existem muitos objetos pré-determinados, dado seu caráter predominantemente instrumental, principalmente nas avaliações formativas e voltadas para gestão. Contudo, na pesquisa avaliativa, e principalmente nas análises de implantação, há necessidade e uma vasta gama de possibilidades para a construção do objeto de estudo, apesar das tipificações já estabelecidas. (SILVA, 2005).

3.2. Rede de Atenção à Saúde

O termo *rede* é amplamente utilizado com diversos significados. Se olharmos no dicionário Aurélio de língua portuguesa encontraremos 18 definições de *rede*, muitas delas relacionadas com a noção de entrelaçamento e conexão entre partes, aspectos valorizados em muitos dos sentidos que a palavra assume no âmbito da saúde. Devemos lembrar que o termo *rede* é utilizado em diversos campos disciplinares da ciência expressando uma variedade de concepções associado ao contexto no qual esta vinculado.

Desse modo, faz-se necessário problematizar o que se denomina por *rede* na área da saúde. Para tanto, discorreremos sobre as noções e características do termo no âmbito do SUS. Em um segundo momento contextualizamos o conceito de rede de atenção à saúde e por último abordaremos o termo na perspectiva da rede de atenção às urgências.

3.2.1 Origem e características do conceito de Rede

O conceito rede foi inicialmente discutido no campo das ciências sociais. Scott (1992 *apud* MARQUES, 2006, p. 19) afirma que “uma ampla literatura mostrou que os vínculos entre indivíduos, entidades e organizações estruturam as mais variadas situações sociais, influenciando o fluxo de bens materiais, ideias, informações e poder”.

As redes sociais surgem na década de 40 para ocupar-se da compreensão das relações interpessoais em contextos comunitários, contudo a noção de rede aplicada à análise de ações coletivas e de movimentos sociais ganhou força na década de 70. Quando se percebe os nexos que os atores políticos organizados construía entre as demandas materiais ou as privações no cotidiano e o sentido subjetivo dessas privações, traduzindo esses nexos em formas expressivas, comunicativas e em pautas políticas comuns a várias organizações, criando identidades coletivas que possibilitavam a articulação dos movimentos específicos numa rede de movimentos sociais. (SCHERER-WARREN, 2006, 2008).

Scherer-Warren (2006) nos aponta a distinção entre coletivos em rede e rede de movimentos sociais:

- A categoria *coletivo em rede* se refere às conexões de vários atores ou organizações que querem difundir informações, buscar apoios solidários e estabelecer estratégias de ação conjunta;
- A categoria *redes de movimentos sociais* são redes sociais complexas que transcendem organizações empiricamente delimitadas e que conectam de forma simbólica, solidária ou estratégica sujeitos individuais ou atores coletivos, cujas identidades são constituídas por um processo dialógico:
 - De identificações sociais, éticas, culturais e/ou políticas-ideológicas, onde formam a identidade do movimento;
 - De intercâmbios, negociações, definições de campos de conflito e de resistência aos adversários e aos mecanismos de discriminação, dominação e exclusão sistêmica, ou seja, definem seus adversários;
 - Com vistas à transposição dos limites de uma situação sistêmica em direção à realização de propostas ou projetos alternativos, ou seja, estabelecem seus objetivos e constroem um projeto para o movimento.

Dessa maneira, percebemos que os coletivos em rede podem ser formas solidárias ou estratégicas de instrumentalização das redes de movimentos sociais, porém não definem por si mesmos um movimento social.

Ainda no campo das ciências sociais, Scherer-Warren (2006) nos direcionam a três dimensões de análise das redes: temporal, territorial e social. A dimensão temporal refere-se às contribuições dos legados históricos e das raízes culturais aos movimentos sociais. A dimensão territorial trata da necessidade dos movimentos sociais de formalização de espaços contínuos de atuação, criando territórios em um sentido tradicional do termo, ou seja, geograficamente delimitados. A dimensão social refere-se aos vínculos diretos estabelecidos entre os atores em seu cotidiano, no âmbito de suas comunidades e articulações políticas entre esses atores e as organizações, em espaços definidos por uma confiabilidade de ação coletiva, onde elos se

constroem em torno de identidades de caráter ideológico ou identificações políticas ou culturais.

Já Franco (2006, p. 01) aborda a discussão de *rede* a partir da noção da *Micropolítica*, “entendida como o agir cotidiano dos sujeitos, na relação entre si e no cenário em que ele se encontra”. Nesse sentido, a produção da vida se dá mediante múltiplas conexões e fluxos construídos em processos, nem sempre autorregulados por fatores estruturados.

Tendo em vista esse caráter rizomático, Franco (2006) aponta as características constituintes da noção de rede em saúde:

- Conexões multidirecionais e fluxos contínuos: essa característica nos aponta que qualquer ponto da rede pode ser conectado a outro, não obedecendo a matriz burocrática que define a hierarquia das conexões ou a direção dos fluxos, mas ocorre pela ação dos trabalhadores no cotidiano;
- Heterogeneidade: pressupõe conexões com os diferentes, tendo em vista a heterogeneidade das articulações no campo da saúde, que é permeado por relações de poder e sistemas sociais de produção de subjetividades;
- Multiplicidade: rompe com a idéia de uno, ou seja, uma direção, um sujeito, uma diretriz, articulando a de múltiplo;
- Ruptura e não-ruptura: essa característica trata da capacidade da rede de se recompor quando há uma ruptura, encontrando outras conexões ou mesmo produzindo novas;
- Princípio da cartografia: entendido como a capacidade de produzir mapas através dos fluxos nos quais transita ação dos sujeitos que ali atuam, valorizando de um sistema aberto, não modelar e não serial, com muitas entradas e saídas, operando de forma não estruturada sobre a realidade.

Como podemos observar, o conceito de *rede* proposto por Franco (2006) perpassa também as noções de conexões e fluxos contínuos, partindo da premissa de que, assim como na vida, na saúde o cuidado sempre se

produz em rede, visto exigir a “articulação de diversas unidades e equipes, saberes, fazeres, subjetividades, singularidades”. (FRANCO, 2006, p. 03).

Concluimos que não há concordância entre os estudiosos em relação ao poder teórico do conceito de redes: alguns o utilizam como metáfora para demonstrar que as políticas públicas envolvem multiplicidade de atores diversos; outros o vêem como uma ferramenta analítica valiosa para o estudo das relações entre atores e poder público; outros, ainda, consideram-no um método de análise da estrutura social. (FLEURY, 2007).

3.2.2 Noções de Rede no âmbito do SUS

Ao trazermos o conceito de *rede* para a área da saúde constatamos que, no Brasil, o tema esteve presente de forma explícita e implícita desde o período da reforma sanitária. (SILVA, 2011).

“A reforma sanitária no Brasil é conhecida como o projeto e a trajetória de constituição e reformulação de um campo de saber, uma estratégia política e um processo de transformação institucional”. (FLEURY, 2009, p. 746). A construção desse projeto “foi parte das lutas de resistência à ditadura e ao seu modelo de privatização dos serviços de saúde da Previdência Social e pela construção de um Estado democrático social”. (FLEURY, 2009, p. 744).

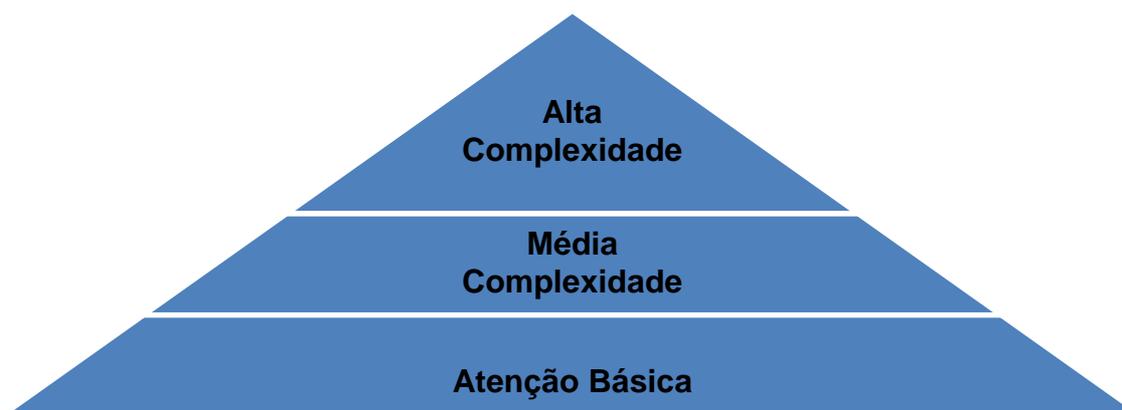
Entendendo o que foi o período da reforma sanitária e voltando para o surgimento do conceito de rede, citamos a 3ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963, que mencionava a palavra *rede* fazendo referência ao conjunto de instituições de saúde com características semelhantes (rede hospitalar, rede ambulatorial, rede básica). Nessa época, falava-se de *rede* para defender a necessidade de distribuição geográfica dos serviços de saúde, situação que ainda mantinha grande número de pessoas sem assistência. (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2008).

A partir da década de 1970 (5ª e 6ª Conferência Nacional de Saúde) o termo *rede* passa a designar uma disposição de serviços de saúde complementares entre si, tendo o caráter de um sistema organizado e controlado. (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2008). Nesse momento, a preocupação

desloca-se da mera existência do conjunto de serviços para um modo de funcionamento peculiar de serviços articulados e complementares.

Na 7ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1980, fica evidente a idéia de *rede* de saúde orientada em noções de hierarquização e regionalização, exemplificada pela figura de pirâmide mostrada na figura 02 que segue. (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2008).

Figura 2 – Modelo de pirâmide hierárquica da atenção à saúde



Fonte: MENDES, 2010.

Nesse contexto é promulgada a Constituição Federal de 1988, onde em seu artigo 198 institui um sistema único formado por uma *rede* de ações e serviços de saúde de maneira regionalizada e hierarquizada. Essa noção de *rede* consolida-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, culminando na criação do Sistema Único da Saúde - SUS através da lei 8.080/90. (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2008). De acordo com essa lei, o SUS é composto por *redes* de serviços e ações regionalizadas e hierarquizadas, seguindo os princípios da universalidade, equidade e integralidade. (BRASIL, 1990).

Percebemos a existência de uma continuidade histórica em relação à constituição da *rede* no processo de reforma sanitária, sendo preservados os princípios de organização ao longo das Conferências Nacionais de Saúde e instituição do SUS. (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2008).

Santos e Andrade (2011) destacam as diferenças existentes entre os conceitos de rede no setor saúde, subdividindo em: rede de serviços ou assistencial ou de atenção à saúde; rede interfederativa de saúde; e linha de

cuidado. Antes devemos deixar claro que, para esses autores, a denominação “rede de serviços” é utilizada para designar serviços e ações de promoção, prevenção e proteção à saúde; e que os termos “rede assistencial” ou “rede de atenção à saúde” são utilizados para identificar de maneira mais direta e precisa quais serviços são prestados em uma rede específica.

Ainda para Santos e Andrade (2011) a “rede de serviços” preconiza a integração dos serviços de modo racional, podendo ocorrer em uma organização por níveis de atenção, ciclos de vida, especialidade ou outros critérios; o uso do termo *rede* enquanto “linha de cuidado” significa a disponibilidade de acesso às tecnologias necessárias para a terapia de um agravo ou condição específica de forma sequencial e contínua e, por fim, a concepção de “rede interfederativa” refere-se à necessidade de interlocução entre os diferentes entes federativos que compõem o SUS.

A visão de rede de serviços, proposta até então, mostrada na figura 02, que utiliza a imagem clássica da pirâmide para representar o modelo tecno-assistencial de utilização do SUS, apresenta uma ampla base formada pelo conjunto de unidades de saúde responsáveis pela atenção primária, funcionando como “porta de entrada” para os níveis superiores de maior complexidade tecnológica. Na parte intermediária estariam os serviços ambulatoriais com suas especialidades clínicas e cirúrgicas e serviços de urgência e emergência de nível secundário, organizados de forma regionalizada. E no topo da pirâmide estariam os serviços de maior complexidade e alto teor tecnológico de nível terciário e quaternário. Essa organização da rede de serviços tem a intenção de proporcionar uma racionalização do atendimento, de forma a apresentar um fluxo ordenado através dos mecanismos de referência e contra-referência proporcionando um cuidado integral. (CECILIO, 1997).

Apesar dessa proposta de organização do sistema de saúde considerar o ideário de luta da construção do SUS, ligada à ideia de regionalização e hierarquização dos serviços, a sua prática diária apontam várias debilidades creditadas à forma como tem sido pensado o modelo assistencial. (CECILIO, 1997).

Os centros de saúde nem bem fazem vigilância à saúde, assumindo efetiva responsabilidade pelos grupos de risco nas suas áreas de cobertura, nem conseguem dar resposta para as demandas por pronto-atendimento da população de sua área de cobertura; os ambulatorios não conseguem exercer, em toda a sua plenitude, o seu papel de referência técnica especializada para a rede básica; os hospitais são espaços profundamente desumanizados, tanto para os trabalhadores como para os usuários, gastando recursos e energias que resultam, na maioria das vezes, em baixo impacto sobre as reais condições de saúde da população. Quem mais sofre com isto é a população dependente do SUS, que tenta furar os bloqueios de todas as formas, acessando aos cuidados de que necessita por múltiplas entradas, tentando garantir alguma integralidade de atendimento por conta própria, na medida em que o sistema de saúde não se organiza para isto. (CECILIO, 1997, p. 474).

Outra crítica a esse modelo de atenção centra-se no fato de a divisão por complexidade pautar-se na história natural das doenças:

neste esquema, os insumos e equipamentos correspondem a padrões quantificáveis de abrangência e resolutividade dos problemas de saúde. [...] Nesta perspectiva, os problemas de saúde seriam passíveis de um enquadramento segundo o paradigma biologicista e naturalista, no qual a doença começaria gradativamente e iria se tornando complexa, até constituir um quadro biológico dramático, em termos de vida e morte orgânica. (MERHY; QUEIROZ, 1993).

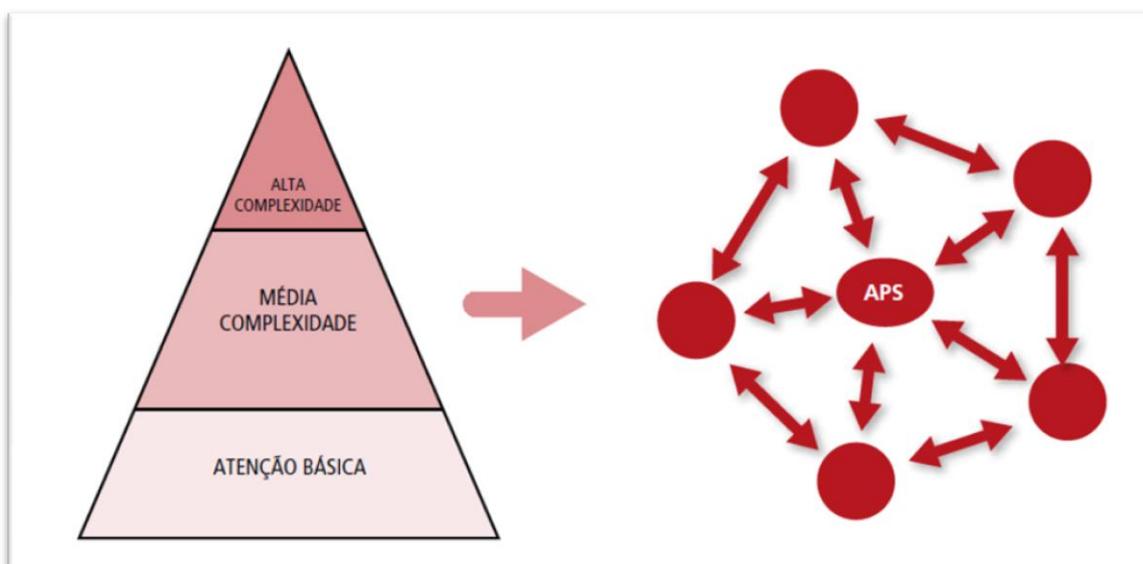
Esse aporte reducionista do processo saúde-doença origina também a concepção errônea de que os problemas enfrentados na atenção primária teriam um nível de complexidade menor que nos demais níveis de atenção. Por certo, a atenção primária utiliza tecnologias promocionais e preventivas à saúde com menor densidade tecnológica, mas muito complexas. (BRASIL, 2006a).

Nesse contexto, fez-se necessário pensar um novo modelo de atenção visando à melhoria da articulação entre os serviços, tornando-os capazes de responder de forma mais inteligente e eficiente às necessidades da população, porém sem abandonar nenhum dos ideários da reforma sanitária. (CECILIO, 1997).

Para tanto o Ministério da Saúde publicou a Portaria 4.279/2010, que define e estabelece diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RASs) no Brasil de modo a superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde e a qualificar a gestão do cuidado no contexto atual. (BRASIL, 2010).

Essas redes caracterizam-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, e tem na Atenção Primária à Saúde (APS) o centro de comunicação, proporcionando um cuidado multiprofissional e o compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos de uma população, conforme exemplificado na figura 03, no qual mostra a figura hierarquizada da pirâmide e a nova proposta de atenção à saúde no qual os serviços encontram-se em uma teia interligada a APS, a qual ocupa o centro. (BRASIL, 2010).

Figura 3 – A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde



Fonte: MENDES, 2010, p. 84.

Para Mendes (2011) a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) deve obedecer aos fundamentos da economia de escala; disponibilidade de recursos, qualidade do acesso; integração horizontal e vertical; processos de substituição; territórios sanitários e níveis de atenção, onde:

- A economia de escala ocorre quando os custos médios de longo prazo diminuem à medida que aumenta o volume das atividades;
- O princípio da disponibilização defende uma relação estreita com a qualidade dos serviços prestados, consonante com os padrões ótimos predefinidos e condizentes com a necessidade das pessoas. Deve considerar o princípio da escassez, ao qual

recursos limitados devem ser concentrados e abundantes devem ser desconcentrados;

- A integração horizontal se dá entre unidades produtivas iguais com o objetivo de adensar a cadeia produtiva; a integração vertical se dá entre unidades produtivas diferentes para configurar uma cadeia produtiva com maior agregação de valor;
- A substituição é o reagrupamento contínuo de recursos entre e dentro dos serviços de saúde para oferecer soluções melhores e de menores custos, em função das demandas e das necessidades da população e dos recursos disponíveis;
- O território sanitário é a base populacional e territorial onde se articulam as RASs;
- Os níveis de atenção à saúde são os arranjos produtivos conformados segundo as densidades tecnológicas singulares.

Inserida na lógica das RASs, a atenção às urgências seria uma rede temática (RT) onde a APS estaria desloca do centro da rede nos casos mais agudos, dando lugar ao complexo regulador de urgências, se se constituiria um importante ponto de atenção à saúde, mas sem cumprir nesse momento a função de coordenação dos fluxos e contrafluxos da rede. Além disso, a RT em emergências manteria contato com outras redes temáticas também através de diversos sistemas logísticos (transporte em saúde, prontuário clínico comum etc.) e sistemas de apoio (apoio diagnóstico, assistência farmacêutica, sistemas de informação). (MENDES, 2011).

3.2.3 A perspectiva de Rede na Atenção às Urgências e Emergências

O campo das urgências e emergências deve considerar todas às condições agudas para organização de suas respostas. Para tanto, os eventos decorrentes de agudizações de doenças crônicas também devem ser observados. (MENDES, 2011).

Desse modo:

o objetivo de um modelo de atenção às condições agudas é identificar, no menor tempo possível, com base em sinais de alerta, a

gravidade de uma pessoa em situação de urgência e emergência e definir o ponto de atenção adequado para aquela situação, considerando-se, como variável crítica, o tempo de atenção requerido pelo risco classificado. Isso implica adotar um modelo de triagem de risco nas redes de atenção às urgências e às emergências. (MENDES, 2011, p. 210).

Nesse contexto, posterior à publicação da Portaria 4.279 que cria formalmente as RAS (BRASIL, 2010), houve também a criação legal da Rede de Atenção às Urgências por meio da Portaria 1.600 do Ministério da Saúde, no ano de 2011. (BRASIL, 2011b). A proposta fundamenta-se na reformulação da Política Nacional de Atenção às Urgências utilizando-se, para tanto, diversas diretrizes dentre as quais citamos a ampliação do acesso e o acolhimento aos casos agudos, contemplando: classificação de risco; garantia da universalidade, equidade e integralidade no atendimento; regionalização do atendimento com articulação das diversas redes de atenção com acesso regulado; e articulação interfederativa com atuação solidária, responsável e compartilhada.

A referida portaria prevê os seguintes componentes como integrantes da Rede de Atenção às Urgências. (BRASIL, 2011b):

I – Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde – tem por objetivo estimular e fomentar o desenvolvimento de ações de saúde e educação permanente, voltadas para a vigilância e prevenção das violências e acidentes, das lesões e mortes no trânsito e das doenças crônicas não transmissíveis, além de ações intersetoriais visando à promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância à saúde;

II - Atenção Básica em Saúde (ABS)– tem por objetivo a ampliação do acesso, fortalecimento do vínculo e aumento da responsabilização e o primeiro cuidado às urgências e emergências até a transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção, quando necessário, com implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades;

III – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências – tem por objetivo chegar precocemente a vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde que

possa levar a sofrimento, sequelas ou morte, garantindo atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde;

IV –**Sala de Estabilização(SE)** – tem por objetivo a estabilização de pacientes críticos ou graves com posterior seguimento na rede de atenção à saúde pela central de regulação das urgências;

V –**Força Nacional do SUS** – aglutina esforços para garantir a integralidade na assistência em situações de risco ou emergências para populações com vulnerabilidades;

VI –**Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas** – funciona como retaguarda para a Atenção Primária à Saúde;

VII – **Hospitais**– constituído pelas portas de entrada das urgências e pelos leitos de retaguarda e de longa permanência, com todos os serviços de diagnóstico de imagem e laboratorial;

VII – **Atenção Domiciliar(AD)** – compreendido como o conjunto de ações integradas e articuladas de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação que ocorrem no domicílio.

Trata-se de uma rede complexa, composta por diferentes pontos de atenção que devem atuar de forma integrada, articulada e sinérgica, utilizando para tanto algumas ações a fim de atingir uma transversalidade do cuidado, conforme figura a baixo.

Figura 4 – Componentes da RUE e suas interfaces.



Fonte: SAS/MS, 2011.

Percebemos nessa figura o destaque dado a Atenção Básica, que tem o papel de reordenar a atenção à saúde em situações de urgência e emergência e a presença do Sistema de Apoio à rede que se presta aos serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde. (BRASIL, 2013b).

3.2.4 Fases de Implantação da Rede de Atenção à Urgência e Emergência

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b) operacionaliza a implantação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências em cinco fases, sendo o Plano de Ação Regional e o Plano de Ação Municipal os documentos orientadores para execução das fases de implantação da RUE, assim como para o monitoramento e a avaliação, que deverão ser realizados pelo Grupo Condutor Estadual da rede e pelo Ministério da Saúde.

O Grupo Condutor Estadual deve ser permanente e responsável pela negociação do Plano de Ação desde sua elaboração até a sua execução, sendo responsável pela tomada de decisão e pelo monitoramento e avaliação frequentes da RUE. São atribuições desse grupo. (BRASIL, 2011b):

- Mobilizar os dirigentes políticos do SUS;

- Apoiar a organização dos processos de trabalho voltados à implantação e implementação da rede;
- Identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase de implantação; e
- Monitorar e avaliar o processo de implantação e implementação da rede.

A Fase de Adesão e Diagnóstico apresenta três ações principais: divulgação da rede de atenção às urgências aos municípios, realização do diagnóstico e aprovação da região inicial de implantação da RUE em CIB é a instituição do Grupo Condutor Estadual da RUE. (BRASIL, 2011b).

A Fase do Desenho Regional da Rede é o momento da realização de análise da situação dos serviços de atendimentos às urgências, incluindo dados demográficos e epidemiológicos, dimensionamento de demanda e oferta dos serviços existentes para elaboração do Plano de Ação Municipal e do Plano de Ação Regional que após aprovação em CIR, deve ser aprovado em CIB. Nessa fase os municípios deveram instituir o Grupo Condutor Municipal para discussão das propostas e acompanhamento da implantação da RUE. (BRASIL, 2011b).

A terceira fase é a Fase da Contratualização dos Pontos de Atenção onde deve ser estabelecido os instrumentos legais entre os gestores e os estabelecimentos de repasse de recurso financeiro mediante pactuação de metas qualitativas e quantitativas do processo de atenção à saúde. (BRASIL, 2011b).

A quarta fase é a Fase de Qualificação dos Componentes que se dará por meio do cumprimento de critérios técnicos, que salvo algumas exceções, decorrerá em acréscimo de recursos. A última fase é a de Certificação que será cedida pelo Ministério da Saúde (MS) aos gestores do SUS, após qualificação de todos os componentes da RUE e avaliação periódica dos mesmos. (BRASIL, 2011b).

4. METODOLOGIA

Na pesquisa aqui descrita analisa-se o processo de implantação da Rede de Atenção às Urgências na Região Metropolitana de Fortaleza Ampliada. Tendo como objetivos identificar as práticas desenvolvidas e seu alinhamento com o Plano de Ação traçado. Champagne *et al.* (2011b, p. 217) nos diz que “a análise de implantação tem por objetivo delimitar melhor os fatores que facilitam ou comprometem a implantação de uma intervenção”, sendo essa uma das contribuições desse estudo.

A natureza do nosso objeto de estudo percorreu o campo da pesquisa avaliativa de serviços e programas de saúde, tendo como foco, conforme já assinalado, a influência do ambiente no qual uma ação está sendo implantada e a relação com seus efeitos. (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997).

4.1. Desenho da pesquisa

Esta pesquisa se caracterizou por ser uma análise de implantação que utilizou o método do estudo de caso de natureza qualitativa, realizada por meio da avaliação das experiências dos gestores e coordenadores participantes do processo de implantação da Rede de Atenção às Urgências da Região Metropolitana de Fortaleza Ampliada.

Escolhemos para o delineamento do estudo a análise de implantação, já que a mesma “consiste em estudar as relações entre uma intervenção e seu contexto durante sua implementação”. (CHANPAGNE *et al.*, 2011b, p. 217).

Devemos destacar que elegemos aqui como definição de implantação “a implementação concreta de uma intervenção em um contexto preciso que pode ser descrito com base em suas dimensões simbólicas, organizacionais e físicas”. (TORNATZSKY; JOHSON, 1982; PATTON, 1986 *apud* CHANPAGNE *et al.*, 2011b, p. 219).

Segundo Chanpagne *et al.* (2011b) podemos justificar a escolha da análise de implantação como abordagem dessa pesquisa por duas situações: pela introdução de uma intervenção sensível às variações contextuais; e por se tratar de uma nova intervenção que, ao utilizar essa abordagem, permite identificar melhor a dinâmica de implantação e os fatores explicativos críticos. (CHANPAGNE *et al.*, 2011b).

A análise de implantação no campo da avaliação não é objeto de uma definição consensual, tendo vários significados e subtipos. Para desenvolver essa pesquisa optamos a que considera os determinantes contextuais na implementação de uma intervenção, pois “visa explicar as diferenças entre a intervenção planejada e a que foi implementada”. (CHAMPAGNE *et al.*, 2011b, p. 226).

Utilizamos para isso algumas etapas das descritas por Leithwood e Montgomery (1980 *apud* CHAMPAGNE *et al.*, 2011b) para realizar esse análise:

- Registrar as ações, a partir da teoria do programa;
- Identificar as práticas necessárias à implantação da intervenção;
- Descrever as práticas habituais nas áreas atingidas pela intervenção;
- Analisar a variação na implantação em função das características contextuais.

Dessa forma, escolhemos o estudo de caso como desenho metodológico por ser a modalidade mais frequentemente utilizada em pesquisa qualitativa quando se quer analisar as experiências dos serviços (DESLANDES; GOMES, 2004) e por ser uma estratégia de pesquisa que permite analisar a implantação de uma intervenção em um nível de análise holístico, de maneira profunda, sem que seja preciso atentar para os componentes específicos que estruturam o objeto de estudo. (CHAMPAGNE *et al.*, 2011b).

Visando analisar a interface entre as políticas macro, delimitadas pelo Ministério da Saúde, e as articulações micro, densamente carregadas

pelas subjetividades dos sujeitos que as articulam, confirmamos a escolha do desenho de estudo de caso, pois ele “lida ao mesmo tempo com questões que surgem num campo empírico, com aqueles que se situam mais numa discussão teórica”. (DESLANDES; GOMES, 2004, p. 105).

Tendo em foco o objeto de estudo fez-se necessário reconhecer a subjetividade e o simbólico como partes integrantes da realidade social, que “trazem para o interior das análises o indissociável imbricamento entre subjetivo e objetivo, entre atores sociais e investigadores, entre fatos e significados, entre estruturas e representações”. (MINAYO, 2010, p. 60). Sendo assim, não poderíamos ter tido outra abordagem para a pesquisa que não a qualitativa.

Levando em consideração a contribuição da pesquisa qualitativa para a análise de questões ligadas aos serviços de saúde, fica claro que a pesquisa de cunho qualitativo nos foi a mais adequada, pois contemplou a subjetividade dos gestores que participaram do processo de implantação e refletiu diferentes interpretações do fenômeno pesquisado. (MINAYO, 2010).

Entendemos o conceito de ambiente de uma intervenção como sendo “os contextos físico, jurídico, simbólico, histórico, econômico e social que estruturam o campo, [...] bem como todos os outros sistemas de ação organizados com os quais ela interage”. (CHAMPAGNE, 2011a, p. 47).

Quando destacamos o contexto estamos valorizando a característica histórica do ser social, pois:

as sociedades humanas existem num determinado espaço cuja formação social e configurações culturais são específicas. [...]. Toda investigação social precisa registrar a historicidade humana, respeitando a especificidade da cultura que traz em si e, de forma complexa, os traços dos acontecimentos expressos em seus bens materiais e simbólicos. (MINAYO, 2010, p. 39).

A pesquisa social nos obriga a ter em mente que a consequência da característica histórica do ser social é a consciência da existência da mesma. Ou seja, o indivíduo atribui significado e intencionalidade e interpreta suas ações e construções. Desse modo reconhecem que as instituições e as estruturas nada mais são que ações humanas objetivadas. (MINAYO, 2010).

A consciência histórica nos remete a necessidade de realizar essa pesquisa fortemente articulada ao contexto no qual emerge, ancorada em uma noção ampliada de saúde que leva em consideração a obtenção das impressões e da subjetividade dos participantes no processo de implantação de uma política de saúde.

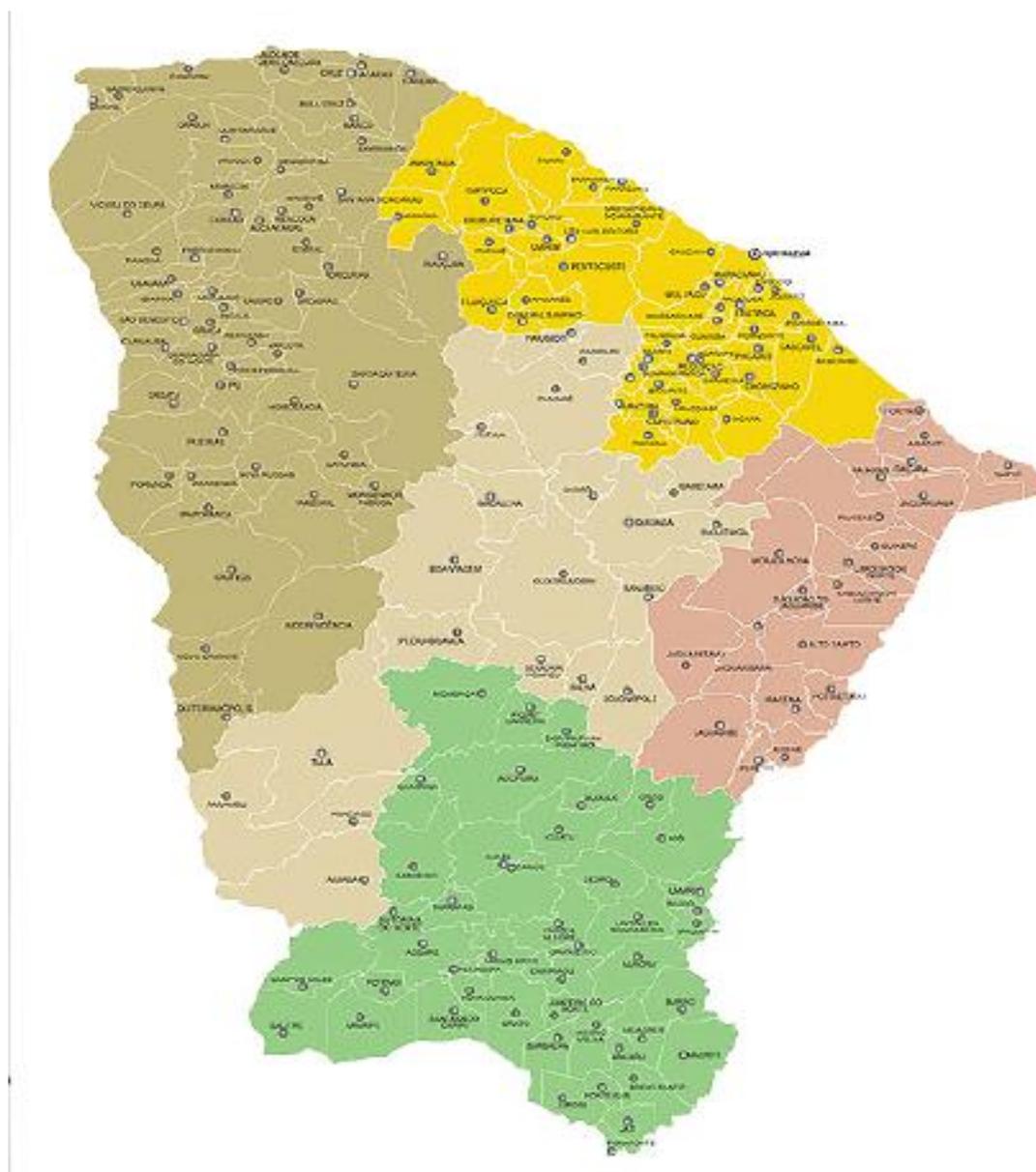
A análise do contexto local garante explicações das relações encontradas em um serviço ou programa de saúde. Avaliações que não consideram o contexto local geram análises difíceis de serem aceitas pelos atores locais e pouco úteis na tomada de decisão, pois “produzem resultados binários de causa-efeito, o que permite um julgamento de valor bastante direcionado, prescritivo e com características punitivas”. (TANAKA; MELO, 2004, p. 132).

Deste modo, no esforço de avaliar o contexto e suas influências na implantação da rede de atenção às urgências, buscamos dialogar de forma densa com os princípios que orientam o Sistema Único de Saúde, dos quais a rede de atenção às urgências é parte constitutiva.

4.2. Cenário do estudo

O Estado do Ceará possui 22 Regiões e 05 Macrorregiões de Saúde, sendo a Macrorregião de Fortaleza composta por 06 Regiões de Saúde, com população total de 4.560.149 habitantes (IBGE, 2013). Essa macrorregião é responsável por atender, além das demandas por serviços de saúde de sua população adstrita, que corresponde 51,9% da população do estado, as demandas das populações referenciadas das outras macrorregiões para serviços especializados de alto nível tecnológico, que somente estão disponíveis na capital do estado. Segue figura das Macrorregiões de Saúde do Estado do Ceará.

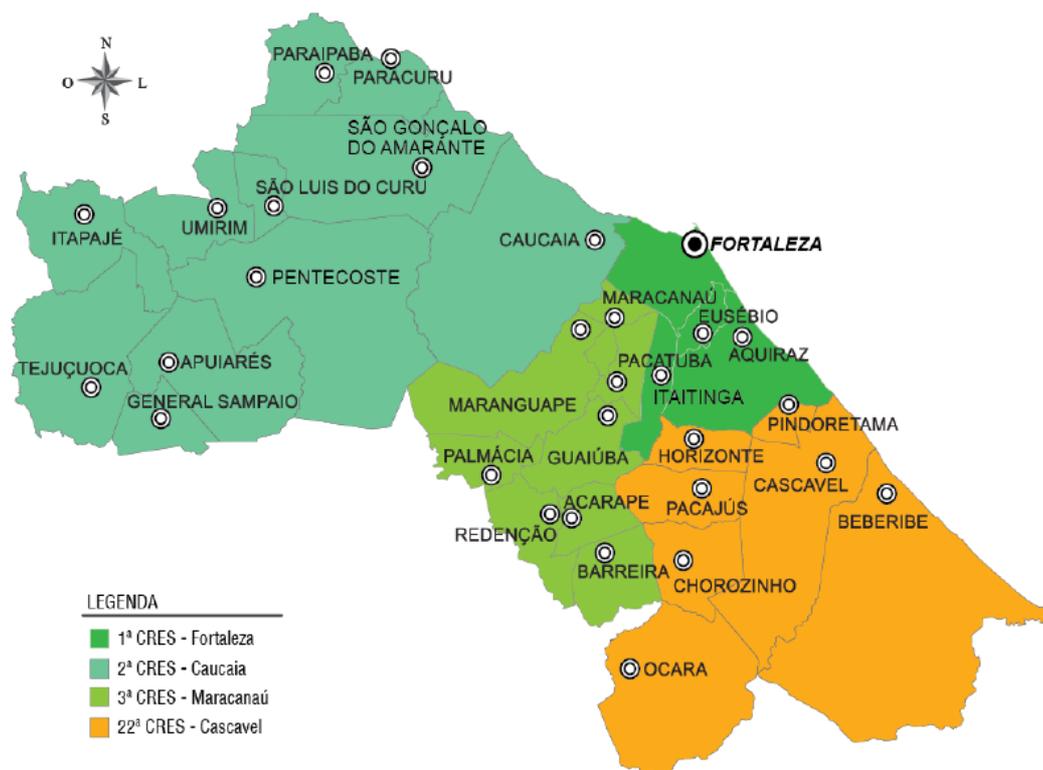
Figura 05 - Macrorregiões de Saúde do Estado do Ceará.



Fonte: Plano Diretor de Regionalização (PDR) das Ações e Serviços de Saúde do Estado do Ceará 2014.

Devido ao grande aporte populacional e a crescente demanda por serviços de urgência e emergência, o município de Fortaleza e sua região metropolitana ampliada foram escolhidos como prioritários pelo Ministério da Saúde para implantação da rede de urgências. Tal escolha objetivou a organização e ampliação dos serviços de saúde nessa área de atuação, utilizando-se para tanto o modelo de Rede de Atenção à Saúde de modo a oferecer uma assistência condizente com os preceitos do SUS. Segue o mapa da Região Metropolitana de Fortaleza Ampliada.

Figura 06 - Mapa da Região Metropolitana de Fortaleza Ampliada



Fonte: Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências do Estado do Ceará, 2012.

A Região Metropolitana de Fortaleza (RMF) Ampliada abrange 04 Regiões de Saúde, totalizando 29 municípios, incluindo a capital do Estado e apresenta uma população de 4.137.718 habitantes (IBGE, 2013), correspondendo a 90,7% da população da Macrorregião de saúde de Fortaleza.

Devido à magnitude dessa região e por tratar-se da região prioritária para implantação da rede de urgências, esse foi escolhido como o campo dessa pesquisa. Lembramos que, segundo Minayo (2010, p. 201), para o pesquisador qualitativo campo é definido como “o recorte espacial que diz respeito à abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico correspondente ao objeto da investigação”.

Também devemos ressaltar que o envolvimento profissional da pesquisadora foi essencial para o delineamento do campo da pesquisa, já que a mesma participa como membro integrante do Grupo de Apoio da Rede de Atenção às Urgências da Região Metropolitana de Fortaleza Ampliada. Este

grupo tem como objetivo primordial discutir as formas de reestabelecer a coerência entre a situação de saúde e as necessidades de saúde da população da região.

4.3. Construção do material empírico

Para o desenvolvimento dessa pesquisa utilizamos duas fontes de dados. A primeira foram os registros oficiais resultantes do processo de planejamento para a implantação da rede de urgências na RMF ampliada, totalizando dezessete documentos; e a segunda fonte foi o produto de oito entrevistas realizadas com os informantes-chaves desse processo.

Utilizamos a pesquisa documental e a entrevista semi-estruturada como técnica de coleta das informações. A busca pelos documentos oficiais ocorreu durante de janeiro de 2012 a junho de 2014 e as entrevistas foram realizadas em janeiro e fevereiro de 2014.

Foi utilizado como fonte documental: o Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências do Estado do Ceará, oito resoluções da Comissão Intergestora Bipartite (CIB) e oito portarias ministeriais publicadas durante a implantação dessa política. O Plano de Ação foi cedido pelo Núcleo de Atenção à Urgência e Emergência (NUAEM) da Secretária da Saúde do Estado do Ceará (SESA); as resoluções da CIB foram adquiridas no endereço eletrônico da Secretária da Saúde do Estado do Ceará (<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/downloads>) e as portarias ministeriais foram obtidas no endereço eletrônico do Ministério da Saúde (<http://portal2.saude.gov.br/saudelegis>).

Escolhemos a pesquisa documental por tratar-se de um procedimento metodológico decisivo em ciências humanas e sociais que se propõe a produzir novos conhecimentos, criar novas formas de compreender os fenômenos e de como estes são desenvolvidos. (SILVA, 2009).

Essa técnica caracteriza-se pela busca de informações em fontes primárias, ou seja, em documentos que não receberam nenhum tratamento científico. (OLIVEIRA, 2007 apud SILVA, 2009).

Como informantes chaves, contamos com a colaboração três secretários municipais de saúde, uma subsecretária municipal de saúde, um diretor municipal de planejamento, dois coordenadores regionais de saúde e um gerente da política de redes de urgência do nível central. Todos os entrevistados estiveram envolvidos ativamente no processo de implantação da Rede de Atenção às Urgências na Região Metropolitana de Fortaleza Ampliada.

Levando em consideração as premissas da perspectiva qualitativa, não nos preocupamos com a quantidade de entrevistados, mas com: a representatividade dos mesmos na região estudada; à capacidade de responder às questões por nós colocadas; e ao critério de saturação teórica, onde foi observado a reiteração e o esgotamento das categorias nos discursos dos entrevistados para considerar suficiente o número de entrevistas. (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Condizente com isso, Gaskell (2010) nos fala que durante o processo de construção do material empírico as primeiras entrevistas são cheias de surpresas e novas informações; contudo, no decorrer do processo, temas comuns começam a aparecer e progressivamente o pesquisador sente confiança na compreensão do fenômeno pesquisado até que, em certo momento, se dá conta que não aparecerão novas surpresas ou percepções, concluindo que é tempo de parar com as entrevistas.

A entrevista utilizada foi a semi-estruturada que combinou perguntas fechadas e abertas e possibilitou que o entrevistado discorresse sobre o tema em questão sem se prender a indagações formuladas. O pesquisador utilizou um roteiro de perguntas apropriadas aos objetivos do estudo (Apêndice C), possibilitando um apoio claro na sequência das questões e uma abordagem segura. (MINAYO, 2010).

As entrevistas foram gravadas, após consentimento dos informantes, para possibilitar maior interação entre a pesquisadora e seu entrevistado, sendo posteriormente transcritas, procedendo-se então à análise do material coletado.

Listaremos alguns aspectos dos participantes da pesquisa, descrevendo as características que poderiam influenciar no desempenho da implantação da Rede de Atenção às Urgências na Região Metropolitana de Fortaleza Ampliada.

Quanto ao perfil demográfico dos entrevistados constatamos uma equivalência de gênero e uma média de idade de 48 anos, oscilando entre 40 e 57 anos. Em relação às formações acadêmicas, verificamos que houve uma predominância de graduações da área de ciências da saúde: odontologia (25%), enfermagem (25%), medicina (12,5%) e farmácia (12,5%); porém também participaram graduados em administração (12,5%) e engenharia (12,5%). O tempo médio de graduado foi de aproximadamente 24 anos, variando entre 15 e 32 anos. Quanto à formação voltada para as atividades desempenhadas para a implantação da RUE, 12,5% apresentavam Doutorado, 25% Mestrado, 37,5% Especialização. Essas formações variaram desde Saúde Pública, Saúde Coletiva, Auditoria de Serviços Públicos, Planejamento em Saúde e Gestão de Serviços de Saúde.

Ao serem indagados sobre o tempo de participação na implantação da RUE, 75% relataram que contribuem com esse processo desde 2011 aos dias atuais, 12,5% de 2011 a 2012 e 12,5% de 2013 a 2014.

Esses dados nos confirmam que houve envolvimento dos participantes da pesquisa com o objeto estudo devido à suas experiências acadêmicas, profissionais e participação ativa no processo decisório de implantação da RUE da RMF Ampliada, já que exercem cargos de tomada de decisão e/ou de condução desse processo.

4.4. Análise dos dados

Utilizamos para a análise dos documentos coletados a análise documental e para a análise das entrevistas a análise de conteúdo temática.

Na análise documental consideramos as cinco dimensões descritas por Cellard (2008): 1) o contexto, que diz respeito ao momento histórico no qual foi produzido o documento, o universo sócio-político do autor e daqueles a quem foi destinado; 2) os autores, sendo considerados os interesses e os

motivos que a levaram a escrever o documento; 3) a confiabilidade do texto; 4) a natureza do texto; 5) os conceitos-chave e a lógica interna do texto. Os documentos também foram confrontados com as narrativas dos entrevistados participantes da pesquisa e situados em uma estrutura teórica pertinente.

As discussões das entrevistas foram realizadas através da análise de conteúdo que, para Bardin (2011, p. 48), pode ser definida como:

“um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens”.

A análise de conteúdo é a expressão mais comumente utilizada para o tratamento dos dados de uma pesquisa qualitativa, sendo que o termo trata de uma busca teórica e prática no campo das investigações sociais e não somente um procedimento técnico. (MINAYO, 2010).

Entre os diversos tipos de Análise de Conteúdo optamos por realizar a análise temática, pois a mesma visa descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação. A presença de determinados temas nos núcleos de sentido denota estruturas de relevância, valores de referencia e modelos de comportamento presentes ou subjacentes no discurso. (MINAYO, 2010).

As entrevistas foram transcritas de maneira fidedigna para o início do trabalho de análise de conteúdo temática, o qual consiste em três etapas: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. (BARDIN, 2011).

A pré-análise é a fase de organização do material propriamente dita. Corresponde a um período de intuições que tem por objetivo tornar as idéias iniciais operacionais e sistematizadas, de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas em um plano de análise. Nessa fase é realizada uma leitura flutuante no qual tem por objetivo estabelecer contato com os documentos a analisar e conhecer o texto deixando-se invadir por impressões e orientações. (BARDIN, 2011).

Realizada a leitura exaustiva dos textos e marcada as unidades de registro, passamos para a etapa seguinte: a exploração do material. Essa etapa consistiu numa operação classificatória que visa alcançar os núcleos de

compreensão do texto, chamados de categorias. (BARDIN, 2011; MINAYO, 2010).

A categorização é uma etapa classificatória de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo gênero com os critérios previamente definidos. As categorias são classes que reunirão um grupo de elementos (unidades de registro) sob um título genérico, agrupados em razão de características comuns. (BARDIN, 2011; MINAYO, 2010).

Por último realizamos a terceira etapa que consiste no tratamento, inferência e interpretação dos resultados obtidos. Utilizamos para isso o inter-relacionamento com o quadro teórico desenhado inicialmente e com novas dimensões teóricas e interpretativas sugeridos pela leitura do material. (BARDIN, 2011; MINAYO, 2010).

4.5. Considerações éticas

Esta investigação integra o projeto *Modelo de Governança, Regionalização e Redes de Atenção à Saúde no Estado do Ceará: contexto, condicionantes, implementação e resultados*, em construção pela equipe da Universidade Federal do Ceará/Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva/Departamento de Saúde Comunitária, apoiado pelo edital de 2012 do Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS). Sendo submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará, e aprovado com número de parecer 137.055.

A participação dos profissionais na pesquisa foi voluntária e precedida de esclarecimentos quanto aos objetivos do estudo e as contribuições deste, formalizando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice D) de acordo com os critérios éticos para pesquisas que envolvem seres humanos, conforme a resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde. (BRASIL, 2013a).

A adesão dos sujeitos da pesquisa foi independente de qualquer benefício e garantiu-se o sigilo e o anonimato dos informantes no processo de

análise dos dados, sendo as entrevistas numeradas por ordem cronológica de realização e as citações das falas nesse trabalho seguindo essa numeração.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo do material coletado, resultante dos documentos coletados e das entrevistas aos coordenadores e gestores de saúde da Região Metropolitana de Fortaleza permitiu identificar as práticas centrais na implantação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e delimitar os elementos que favoreceram e os que dificultaram sua implantação. A investida inicial no estudo da categoria central, Rede de Atenção à Saúde, não dirimiu a necessidade de novo resgate teórico dado a constante necessidade de aprofundamento dos novos temas que surgiram.

A partir do levantamento documental sobre a Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Estado do Ceará, somado às falas dos participantes da pesquisa, pontuamos alguns fatos marcantes no seu processo de implantação que serão aprofundados em diálogo com os fatores que facilitaram e ou dificultaram a implantação da RUE, resultando nas seguintes categorias: RAS e a Atenção Primária à Saúde e Governança da RUE. Estas permitiram correlacionarmos às práticas desenvolvidas com o proposto no Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Estado do Ceará.

5.1. A Construção da Rede de Atenção às Urgências do Estado do Ceará e da Região Metropolitana de Fortaleza Ampliada.

O processo de implantação da Rede de Atenção às Urgências do Estado do Ceará seguiu os passos estipulados na Portaria GM nº 1600 de 07 de julho de 2011, no qual consistem em 05 fases: adesão e diagnóstico; desenho regional da rede; contratualização dos pontos de atenção; qualificação dos componentes; e certificação da rede (BRASIL, 2011b), porém ressaltamos que não foram concluídas todas as fases de implantação da RUE, estando os componentes dos diversos municípios da região, distribuídos nas fases de contratualização dos pontos de atenção e qualificação dos componentes.

Dessa maneira, inicialmente foi constituído o Grupo Condutor Estadual das Redes de Atenção à Saúde e o Grupo de Apoio às Redes de Atenção às Urgências da Região Metropolitana de Fortaleza Ampliada e das Macrorregiões de Saúde de Sobral e Cariri para conduzir o processo de construção do desenho e implantação da RUE. (CEARÁ, 2011, 2013a).

A equipe do Núcleo de Atenção às Urgências (NUAEM) da Secretária Estadual de Saúde do Ceará (SESA) junto com o Grupo Condutor Estadual de Redes elaborou uma proposta de desenho da rede de urgências para cada região e de outros instrumentos no intuito de subsidiar a construção dos Planos de Ação Regionais (PAR), que estão disponíveis nos apêndices E e F dessa pesquisa.

Em novembro de 2011 houve o lançamento, pelo governo estadual, do projeto de construção da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Estado do Ceará. Por meio de uma oficina com os Coordenadores das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRES), foi apresentada a Política de Atenção às Urgências e as propostas da RUE de cada Região de Saúde (RS).

Esses instrumentos foram encaminhados posteriormente para as CRES, desencadeando um processo de discussão do desenho da RUE em Câmaras Técnicas junto aos técnicos e gestores municipais, em relação a este momento disseram os entrevistados:

“O primeiro momento que a gente teve foi em novembro, se não me engano, onde o coordenador do NUAEM esteve em nossa CIR e colocou toda a proposta da rede, tentando colocar os principais temas da forma como a gente deveria tentar conduzir e começamos os estudos a partir de então, para formular a proposta. (...). O contato sempre era com a Secretária de Saúde do Estado, municípios e apoiadores do Ministério da Saúde, trabalhando os conceitos que a gente tinha ou a proposta que a gente não compreendia e eles vinham tiravam nossas dúvidas e a gente reconduzia o processo. A gente foi trabalhando com uma câmara técnica, cada secretário indicava uma pessoa para compor a câmara e esta câmara formulava a proposta que era encaminhada para CIR que deliberava a favor ou não. Ao mesmo tempo a gente levava a proposta da região para o grupo maior com a representatividade das quatro Regiões de Saúde” (Entrevista 07).

“Foi um momento muito bom, conduzido pela Regional de Saúde, que fez um levantamento situacional, diagnóstico, colocou pra gente quais seriam as necessidades e as possibilidades de melhorar a questão da rede de urgências, e nós fomos planejar em cima dessas necessidades que já eram sentidas como deveriam ser distribuídos os equipamentos, como deveria ser atendido o fluxo de encaminhamento e como deveria ser para melhor atender à demanda dos hospitais que eram porta aberta.” (Entrevista 01).

Deste processo, as Regiões de Saúde produziram os Planos de Ação Regionais, sendo aprovados em reuniões das Comissões Intergestores Regionais (CIR), com participação de integrantes do Grupo de Apoio a Rede

de Atenção às Urgências da Região Metropolitana de Fortaleza Ampliada em algumas delas. Posteriormente esses planos de ação foram analisados pelo NUAEM e pelos Grupos de Apoio à Rede, com participação sazonal dos apoiadores do MS para aperfeiçoamento dos mesmos.

O Ministério da Saúde sinalizou a intenção de implantar a Rede de Atenção às Urgências inicialmente apenas nas capitais e suas regiões metropolitanas, porém houve uma discussão promovida pelo Governo do Estado do Ceará junto aos apoiadores do Ministério da Saúde para ampliação da proposta do plano de ação que foi acatada. Isso ocorreu devido a Região Metropolitana de Fortaleza (RMF) integrar 15 municípios de 04 RS e estas somadas apresentam 29 municípios, dos quais todos os municípios polos localizam-se na RMF. Desta forma propor uma rede exclusiva para a RMF significaria excluir 14 municípios da rede de atenção às urgências, sendo então essencial a participação do estado, contida no trecho abaixo:

“Foi o período que o Estado se posicionou sobre quais regiões deveriam ser prioritárias, surgindo então à proposta da aglomeração das Regiões de Saúde que tinham em sua composição municípios da Região Metropolitana de Fortaleza.” (Entrevista 07).

A partir desta intervenção, a proposta do Plano de Ação da Região Metropolitana de Fortaleza Ampliada foi apresentada em reunião da Comissão Intergestora Bipartite, esta formalizou que somente aprovaria a proposta de um plano de ação para todo o estado. Nesse intuito aguardou-se a finalização do processo de discussão das demais RS. Os 22 planos de ação regionais resultantes desse processo foram compilados em documento único intitulado "Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências do estado do Ceará" (CEARÁ, 2012a). Aprovado em reunião de CIB e homologado por Resolução CIB/CE nº 19/2012 em 03 de fevereiro de 2012 (CEARÁ, 2012b), foi bem avaliado pelos entrevistados:

“O processo de planejamento em si foi muito bom, as discussões, as negociações foram bem conduzidas entre os interesses, porque são muitos interesses que permeiam esse processo, mas eles conseguiram conduzir de uma forma que todos os secretários ficaram satisfeitos, os municípios cooperando” (Entrevista 04).

Esse Plano de Ação fez um diagnóstico epidemiológico preocupante, destacando, entre outros problemas, que o estado tem uma população: jovem com tendência ao envelhecimento, esperança de vida ao nascer média de 71 anos e aumento das doenças crônicas e degenerativas. Apresentou também o perfil de mortalidade de 1986 a 2009, tendo como as

três principais causas de morte: as doenças do aparelho circulatório, neoplasias e causas externas, correspondendo respectivamente a 30,2%, 14,9% e 13,2%. A morbimortalidade das causas externas (homicídios, acidentes de trânsito e suicídios) foi responsável pelas maiores taxas de anos potenciais de vida perdidos (APVP), pois levaram a óbito principalmente jovens na faixa etária de 20 a 49 anos de idade.

O plano descreve ainda a composição das Regiões de Saúde do Estado do Ceará, sua população de abrangência e a relação dos Hospitais Polo com suas clínicas conveniadas, porem não aprofunda o debate dos gargalos quanto ao atendimento de pacientes em situações de urgências e emergência. Também não propõe medidas em todos os componentes da RUE. Para o componente da **Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde** não foram descritas ações, sendo registrado que o Estado do Ceará enviaria ao MS posteriormente como anexo ao plano.

Os discursos abaixo refletem a recorrência desta limitação:

“Na prevenção, digo a você que a gente deixou a desejar, até porque estava muito planejado em serviços e a gente não conseguia trabalhar melhor do que isso nas condições que tínhamos.” (Entrevista 01).

“Em relação à vigilância, promoção e prevenção não tínhamos ações voltadas especificamente a Rede de Urgências, fazíamos projetos já implantados: de cultura da paz e não violência; a questão de na maioria dos municípios os bombeiros juntamente com as secretarias municipais proporem atividades físicas. Então, assim, são as mais pontuais.” (Entrevista 07).

Já no componente da **Atenção Primária à Saúde (APS)** foram destacadas propostas prioritárias na linha do cuidado, que seguem:

- Atendimento de pequenas emergências, tais como: febre, crise de hipertensiva leve, crise de asma leve, nas Unidades de Observação, de modo a garantir o encaminhamento correto e, conseqüentemente, complicações futuras.
- Retaguarda para seguimento dos pacientes das Unidades de Pronto Atendimento – UPA, portas hospitalares e pacientes internados.
- Ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras, bem como acompanhamento ao pacientes diabético para que não desenvolvam doenças cardiovasculares, nefropatias, AVC e IAM; imunização; cuidado com Idoso; prevenção da dengue.
- Acompanhamento aos portadores de doenças crônicas (diabetes, hipertensão, etc.), objetivando reduzir as agudizações na busca por serviço de Pronto Atendimento, além de reduzir complicações severas mencionadas anteriormente. (CEARÁ, p 40, 2012a).

Percebemos que as ações descritas tratam de indicações de como a APS deve ser incluída na rede de atenção às urgências, porem não aprofunda o debate da ampliação da cobertura populacional pela Estratégia Saúde da

Família, da qualificação das equipes e da provisão de equipamentos e insumos para realizar essas ações.

Devemos lembrar que paralelo ao processo de implantação da RUE o MS lançou diversos projetos para fortalecimento da APS, tais como: Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS); Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ/AB), Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (QualifarSUS), Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) e Programa Mais Médicos, porém esses projetos apareceram em apenas uma entrevista.

Quando analisamos a evolução da cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família (ESF) na RMF Ampliada (Quadro 01) comparando os dias atuais, após investimentos do MS para ampliação e construção de Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS), com o que tínhamos durante a elaboração do Plano de Ação da RUE, percebemos uma elevação da porcentagem de cobertura nas Regiões de Saúde, apesar de alguns municípios não terem conseguido manter ou ampliar seu número de equipes.

Quadro 01 – Evolução da cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família da Região Metropolitana de Fortaleza Ampliada

IBGE	MUNICÍPIO	Equipe de Saúde da Família - Competência: julho de 2012			Equipe de Saúde da Família - Competência: junho de 2014		
		Teto	Implantado	Proporção de cobertura populacional estimada	Teto	Implantado	Proporção de cobertura populacional estimada
230100	Aquiraz	31	20	93,8	37	19	88,03
230428	Eusébio	20	17	100	24	17	100
230440	Fortaleza	1032	240	33,43	1250	335	46,23
230625	Itaitinga	15	10	94,98	18	10	93,71
Total Geral 1ª RS: 4		1098	287	80,55	1329	381	81,99
230090	Apuiarés	6	6	100	7	6	100
230370	Caucaia	138	69	71,95	168	66	67,75
230460	General Sampaio	3	3	100	3	3	100

230630	Itapagé	20	11	77,59	25	16	100
231020	Paracuru	13	11	100	16	11	100
231025	Paraipaba	13	10	100	15	10	100
231070	Pentecoste	15	9	87,18	18	14	100
231240	São Gonçalo do Amarante	19	16	100	23	16	100
231260	São Luís do Curu	5	5	100	6	5	100
231335	Tejuçuoca	7	7	100	9	6	100
Total Geral 2ª RS: 10		239	147	93,67	290	153	96,78
230015	Acarape	6	5	100	8	6	100
230195	Barreira	8	8	100	10	8	100
230495	Guaiúba	10	9	100	12	9	100
230765	Maracanaú	88	41	66,95	107	53	85,68
230770	Maranguape	48	24	71,71	59	26	76,47
230970	Pacatuba	31	17	79,38	38	18	82,35
231010	Palmácia	5	3	85,05	6	4	100
231160	Redenção	11	11	100	13	11	100
Total Geral 3ª RS: 8		207	118	87,89	253	135	93,06
230220	Beberibe	21	10	69,21	25	13	89,05
230350	Cascavel	28	18	92,92	34	19	97,11
230395	Chorozinho	8	6	100	9	8	100
230523	Horizonte	24	18	100	29	18	100
230945	Ocara	10	5	71,3	12	7	99,09
230960	Pacajus	26	14	76,42	32	15	80,21
231085	Pindoretama	8	8	100	10	8	100
Total Geral 22ª RS: 7		125	79	87,12	151	88	95,07

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE.

Constatamos que na 1ª RS apenas o município de Fortaleza conseguiu ampliar sua cobertura populacional, implantando 95 equipes, porém sua cobertura populacional total é muito aquém do desejado quando se almeja o fortalecimento da APS como ordenadora do cuidado da RUE. A 2ª RS

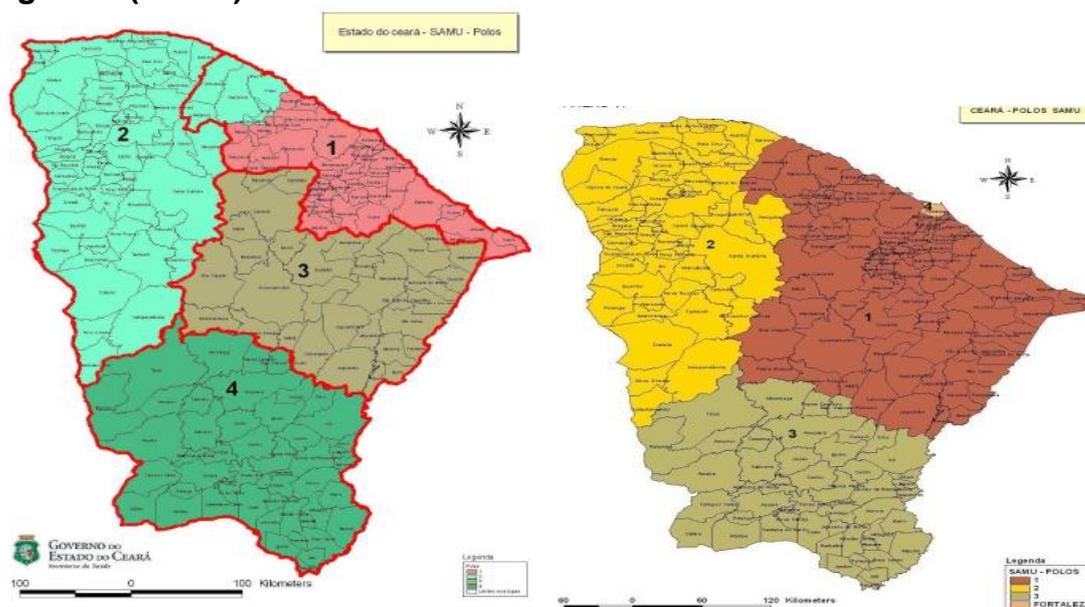
apresentou uma ampliação considerável da cobertura de ESF, com exceção do município de Caucaia que reduziu sua cobertura, sendo bastante representativo para região por tratar-se do polo RS. A 3ª e a 22ª RS apresentaram ampliação da cobertura da ESF em todos os seus municípios.

Esses dados são importantes quando vislumbramos a organização e ampliação da Atenção Primária à Saúde como primeiro ponto de atenção e organizadora das RASs.

Devemos fazer uma observação. Apesar da Portaria MS/GM nº 2.355 de 10 de outubro de 2013 (BRASIL, 2013d) alterar a fórmula de cálculo do teto máximo das Equipes de Saúde da Família para: população/2.000, os cálculos ainda utilizados pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde e que resultaram no Quadro 01 foi: população/3.450. Essa redução do número de pessoas por equipe é essencial para avançar no acesso e na qualidade da Atenção Básica.

Quanto ao **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)** o plano propôs a ampliação desse componente, dividindo o estado em quatro polos, porém posteriormente lançou nova proposta que foi aprovada em reunião de CIB, e publicado em Resolução CIB/CE nº 30 do dia 24 de fevereiro de 2012. Essa proposta reestrutura o serviço em três polos, sendo o Polo I ampliado e os outros dois Polos, Cariri e Sobral, com previsão de implantação ainda em 2012. (CEARÁ, 2012c).

Figura 07 – Propostas dos Polos do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).



Fonte: Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, Ceará, 2012.

Nos mapas da Figura 07 e nas falas abaixo observamos a magnitude da proposta deste componente.

“Não podemos deixar de falar dessa última gestão, que realmente tentou impulsionar a questão de aumentar a oferta da rede de urgência e emergência, com a extensão do SAMU. Em 2012 nós já tínhamos um ponto de apoio do SAMU funcionando.” (Entrevista 01).

“Dentre dos componentes que tem avançado, tenho que mencionar também o SAMU, hoje, já cobre quase seis milhões de habitantes (...), talvez isso represente dois terços da população do estado e está em expansão também para o Cariri e Sobral. Nós esperamos fechar esse ano a universalização do SAMU no estado.” (Entrevista 05)

Apesar deste destaque à ampliação do SAMU, não houve descrição no Plano de Ação da integração entre as Centrais de Regulação Médica das Urgências do SAMU Ceará e do SAMU Fortaleza, assim como não teve articulação com a Central de Regulação de Leitos, ambas necessárias para proporcionar uma maior integralidade e qualidade da assistência prestada.

Para a **Sala de Estabilização (SE)** o plano de ação descreveu suas funções e informou que 128 municípios no estado atendem os requisitos da Portaria GM nº 2.338/2011 para sua implantação. (BRASIL, 2011c) Segue quadro da proposta.

Quadro 02 – Proposta de Investimento Geral para SE no Estado do Ceará

	QUANT	VAL. INVEST	VAL. TOT. DE INVEST	2012	2013	2014
INTERIOR	118	R\$ 100.000,00	R\$ 11.800.000,00	89	25	4
REG. METROPOLITANA	10	R\$ 100.000,00	R\$ 1.000.000,00	8	2	0
TOTAL GERAL INVESTIMENTO SALA DE ESTABILIZAÇÃO			R\$ 12.800.000,00			

Fonte: Plano de ação da rede de atenção às urgências do estado do Ceará, 2012.

O MS disponibilizou uma cota restrita segundo critério populacional por estado, totalizando 40 SE para o Ceará, dessa forma foi necessário criar critérios para a liberação da mesma. O Conselho das Secretárias Municipais de Saúde (COSEMS) junto ao Grupo Condutor Estadual das Redes de Atenção à Saúde elaboraram os pré-requisitos e critérios a serem atendidos pelos municípios pleiteantes de SE que foram aprovados em reunião de CIB e publicados em Resolução CIB/CE nº 377 de 14 de dezembro de 2012. (CEARÁ, 2012d). Seguem os pré-requisitos e critérios:

- a. Ter população menor que 50.000 habitantes;
- b. Possuir cobertura de SAMU 192 ou equipamento que garanta o transporte adequado às necessidades do paciente e em tempo oportuno;
- c. Dispor de hospital de referência, com mais de 50 leitos para retaguarda e/ou continuidade do cuidado;
- d. Obter o mínimo de 18 pontos ou a pontuação máxima por região, através do cumprimento dos seguintes parâmetros:
 1. População (a cada 10.000 habitantes, 01 ponto, chegando a 05 pontos para 49.999 habitantes);
 2. Distancia do município ao Hospital Polo (pontos de 01 a 05 nos intervalos em km: até 15; de 15,01 a 30; de 30,01 a 50; de 50,01 a 70 e acima de 70);
 3. Todas as regiões tenham assegurada pelo menos uma SE no município mais distante ao hospital polo, obedecendo ao indicador d.2;
 4. Distancia de outros municípios pleiteantes para a SE assegurada na Região (a pontuação segue os mesmos parâmetros do indicador d.2);
 5. Carga horária de recursos humanos (médico e enfermeiro 24h) 03 pontos para a carga horária no intervalo > 120h e <168h/semana durante cinco dias; e 05 pontos para a carga horária acima de 168h/semana durante sete dias registrada no CNES;
 6. Distribuição da SE por equipamento existente no município: 01 ponto, Unidade Básica de Saúde; 03 pontos, Unidade Mista/Pronto Atendimento 24h; 05 pontos, Hospital de Pequeno Porte (com menos de 50leitos);
 7. Pontuação complementar (05 pontos) municípios com dificuldade no acesso ou com populações específicas como quilombolas, indígena, ribeirinha etc.
- e. Assegurar aos doze municípios que pleitearam SE e estão situados na Região Metropolitana de Fortaleza Ampliada;
- f. Assegurar SE em um município de cada região independente da pontuação, preferencialmente ao mais distante do Hospital Polo;

- g. Assegurar a todos os demais que atendem os critérios supracitados e obtiveram 18 pontos. (CEARÁ, 2012d, p. 01).

Essa resolução contemplou 58 municípios do estado do Ceará para SE, 56 segundo os critérios citados acima e 02 por tratar-se de vazios assistenciais e a situações de excepcionalidade, porém o MS só aprovou os 56 que atendiam aos critérios e pré-requisitos da resolução, sendo 12 na RMF Ampliada.

A divergência entre o que estava proposto no plano quanto ao número e ao período de implantação, e o que temos hoje, 05 SE em funcionamento, sendo 01 na RMF Ampliada, nos chamou atenção devido ao interesse de muitos municípios por esse componente e a liberação do recurso de investimento já ter ocorrido para grande maioria dos pleiteantes aprovados pelo MS. Este fato é confirmado nas entrevistas:

“No meu ponto de vista era pra ter mais salas de estabilização no interior (...)” (Entrevista 02);

“As primeiras salas de estabilização começam a funcionar, nós temos hoje 05 funcionando no estado. Já são 49, salvo engano, que receberam o recurso de investimento.” (Entrevista 05).

Quanto ao **Componente Hospitalar**, este teve bastante destaque no Plano de Ação com a proposta de ampliação das portas de entrada hospitalares de urgência e dos leitos de retaguarda, considerados fundamentais para melhorar o desempenho da RUE.

Para **porta de entrada hospitalar de urgência** a proposta do plano foi de qualificar todos os Hospitais Polo que atendessem às exigências da Portaria GM nº 2.395/2011 (BRASIL, 2011d), pleiteando assim receber os incentivos propostos. Para tanto foi encaminhado no plano de ação três conjuntos de hospitais. O primeiro contendo 11 hospitais já aprovados pelo Ministério da Saúde como porta de entrada hospitalar de urgência; o segundo grupo contendo 11 hospitais, considerados porta de entrada do sistema de saúde e que atendiam os critérios da portaria, e o terceiro conjunto com 15 hospitais da rede assistencial que não atendiam aos critérios da portaria, mas que eram estratégicos na rede estadual de atenção às urgências. Apesar dessas justificativas apenas mais 02 hospitais foram aprovados pelo MS como porta de entrada hospitalar de urgência, totalizando 06 hospitais pertencentes a municípios da RMF, que seguem no quadro abaixo.

Quadro 03 - Hospitais Aprovados como Porta de Entrada da RUE da RMF Ampliada.

Município	Hospital	Leitos Existentes	Leitos SUS	Especialidades na Emergência	% Referência
Fortaleza	Hospital Infantil Albert Sabin	301	301	CP	51,3
Fortaleza	Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes	207	207	CM, CC (Cardiologia e Pneumologia)	45,0
Fortaleza	Hospital Geral De Fortaleza	446	446	GO, CP, CM, CC, Neurologia	35,4
Fortaleza	Instituto Dr. José Frota	373	373	CC, TO, Neurologia	45,2
Caucaia	Hospital Municipal Abelardo Gadelha da Rocha	102	102	CM, CC, TO	19,3
Maracanaú	Hospital Municipal João Elísio de Holanda	107	107	GO, CP, CM, CC, TO.	8,6

Fonte: Plano de Atenção a Rede de Atenção às Urgências do Estado do Ceará, Ceará, 2012.
 Legenda: GO - Gineco-obstetrícia, CP - Clínica Pediátrica, CM - Clínica Médica, CC - Clínica Cirúrgica, TO – Traumatologia.

As portas de entrada descritas acima foram prioritárias quanto à alocação de recurso pelo MS (BRASIL, 2012a) para a readequação física e tecnológica das emergências hospitalares, fato sentido pelos municípios, conforme fala abaixo:

“Bem, no caso desse processo de implantação a gente tem visto o incentivo financeiro do ministério e uma força maior do estado com relação aos hospitais que eles classificam como porta de entrada, que são os maiores hospitais de urgência aqui do Ceará. Dá a impressão que esse investimento ainda não causou impacto no caso da gente, que trabalha nos municípios do interior do Ceará. No meu caso, região metropolitana, não vejo diferença do que era antigamente para o que é hoje.” (Entrevista 02).

Ainda no componente hospitalar, vale destacar que as pactuações dos **leitos de retaguarda (enfermarias clínicas de retaguarda, enfermarias de longa permanência e leitos de UTI)** foram feitas de duas maneiras. A partir dos municípios que realizaram uma análise das possibilidades de adequação aos requisitos da Portaria GM nº 2.395/2011 (BRASIL, 2011d), propondo leitos ao Grupo Condutor da Rede, e a outra a partir de uma análise prévia pelo Grupo Condutor. Nesta identificou-se a possibilidade de instalação ou ampliação de leitos e a presença de leitos ociosos ou desativados em unidades públicas e privadas que possuíam estrutura mínima, além da

possibilidade de adequação às exigências contidas na portaria, sendo os municípios constactados para pactuação.

As enfermarias de retaguarda clínica no município de Fortaleza foram designadas por linha de cuidado e reguladas diretamente pelas portas de entrada a qual se vincularam. Esse fato gerou uma fragilidade no controle destes leitos pela Central de Regulação e uma sub-utilização dos mesmos.

No entanto, por fim esta situação foi resolvida após a gestão dos leitos ser centralizada na Central de Regulação de Leitos do município:

“Não havia uma coisa sistemática e sequer a regulação tinha conhecimento. Porque se foi implantado um modelo aqui, o que é interessante, mas tem problemas, aquela coisa do leito de retaguarda exclusivo por hospital. Aí o próprio hospital que monitora, mas quando tem ociosidade de leito, ele não quer disponibilizar pra rede. Aí você tem um paradoxo de ter leito de retaguarda em hospital conveniado disponível, paciente na rede precisando, mas não há agilidade do sistema garantir. Então, isso parcialmente se corrige, evoluindo a ideia de leito prioritário para o hospital, mas não exclusivo, ficando muito claro também que quem tem a responsabilidade de gerir esses leitos é o complexo regulador do município contratante e não o hospital a que esse leito se vincula preferencialmente”. (Entrevista 05).

Para os leitos de longa permanência a estratégia pensada pelo Grupo Condutor Estadual foi diferente. Idealizou-se que todos os municípios deveriam ter esses leitos recebendo assim precocemente os seus pacientes idosos, pacientes para tratamento de reabilitação e para tratamento paliativo. Desse modo o plano de ação distribuiu os leitos de longa permanência nos hospitais dos municípios que tiveram interesse em aderir esse componente por todo o estado, independente do número de leitos oferecidos à rede.

O MS teve outra concepção desses leitos, publicando posteriormente a Portaria GM nº 2.809 de 07 de dezembro de 2012 que estabeleceu a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda da RUE (BRASIL, 2012b), inviabilizando a implantação desse componente no estado devido às exigências da portaria e a necessidade mais premente por enfermarias de retaguarda clínica para a RUE. Destaque para o contexto dos municípios menores:

“Nossa estratégia era que todos os municípios de estado tivessem dois ou três leitos de longa permanência. (...). Então esses leitos seriam para cuidados paliativos de câncer ou mesmo para o doente com sequelas neurológicas por trauma ou pacientes com demência avançada, Alzheimer, poderiam todos estar em leitos de baixa complexidade (...). O hospital do município pequeno é quase uma extensão de casa, porque a visita é aberta, as pessoas se conhecem, é uma situação completamente diferente dos grandes centros. Infelizmente, a política do ministério só focou nos grandes centros”. (Entrevista 05)

Este componente da RUE, hospitalar, teve sua proposta inicial publicada no Plano de Ação estadual e, posteriormente, na Resolução de CIB/CE nº 19 no dia 03 de fevereiro de 2012 (CEARÁ, 2012b). Nova proposta de habilitação de leitos de retaguarda para a Rede de Atenção às Urgências da Região Metropolitana de Fortaleza Ampliada foi homologada na Resolução CIB/CE nº 225 de 17 de setembro de 2013 (CEARÁ, 2013b) e alterada posteriormente pelas resoluções nº 409 de 13 de dezembro de 2013 (CEARÁ, 2013c) e nº 147 de 30 de maio de 2014. (CEARÁ, 2014).

O componente **Unidade de Pronto Atendimento** (UPA) também se mostrou prioritário no plano de ação, tendo proposta para implantação de 48 unidades no estado do Ceará. Destas foram implantadas 24 unidades, sendo 09 no município de Fortaleza e 06 nos outros municípios da RMF Ampliada. Vinte e uma foram construídas, mobiliadas e equipadas pelo estado com recurso de investimento federal e 03 pelo município de Fortaleza. Isso nos faz pensar a força do estado, tendo em vista que o recurso de investimento para implantação da UPA foi repassado para diversos municípios que não efetivaram a implantação.

Para a **Atenção Domiciliar** (AD), à época da realização do Plano de Ação, apenas os municípios de grande porte eram elegíveis para esse componente, porém com a publicação das Portarias GM nº 963 de 27 de maio de 2013, que redefiniu a atenção domiciliar no âmbito do SUS (BRASIL, 2013c), vários municípios puderam solicitar esse componente, mesmo não estando inicialmente previsto no Plano de Ação.

A solicitação do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) pelo município deve seguir as seguintes etapas: primeiro o gestor municipal elabora um projeto detalhado o fluxograma e processo de implantação da atenção domiciliar; submete a CIR e a CIB, após aprovação envia os documentos para análise do MS, que ao aprovar a solicitação publicará portaria específica habilitando o estabelecimento com seu respectivo SAD; por último o gestor local deve inscrever o serviço no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) as equipes que iram trabalhar no serviço. A partir daí o MS inicia o repasse dos recursos. (BRASIL, 2013b).

Na análise mais profunda deste item pontuamos a dificuldade de acompanhar o número de habilitações desse componente devido à alteração dos requisitos para o pleito ampliando seu acesso e por esse componente ser publicado pelo Ministério da Saúde em portaria específica por município, perfazendo um número difícil de ser acompanhado no tempo dessa pesquisa. Porém ressaltamos que esse componente foi muito elogiado nas entrevistas conforme falas abaixo:

“Bom, se tem um programa que sou defensor e eu sou satisfeito é com a Atenção Domiciliar, porque eu acho que o Ministério aí enxergou um aporte financeiro razoável, é uma estratégia muito interessante.” (Entrevista 02).

“Eu vejo de uma forma muito positiva aqui no município, porque nós temos uma equipe e já temos demanda pra uma segunda equipe, porque aí sim, nós estamos trabalhando na qualidade daquele acamado ou daquele que está sem expectativa de vida, mas você qualifica essa atenção.” (Entrevista 06).

Convergimos o entendimento destes aspectos positivos com o fato de o Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências do Estado do Ceará ser o primeiro momento de discussão da atenção às urgências no paradigma de rede. Trata-se, porém, de um processo vivo que vai se adequando às novas realidades político administrativas dos municípios e as novas portarias que vão sendo publicadas, alterando os requisitos dos componentes da RUE.

Essa pesquisa identificou que a integração sistêmica da RUE ainda se encontra em estágio muito incipiente, resultante da fragilidade do componente Promoção, Prevenção, Vigilância a Saúde e APS, que não conseguiram ocupar uma posição de prioritária na implantação da RUE e nem de coordenadores das demandas na rede, agravado por uma maior visibilidade de outros componentes, como a UPA e Hospital. Desse modo podemos apontar que a prioridade que a UPA e os Hospitais Porta de Entrada têm recebido na política de saúde praticada pelo Estado tem funcionado como um elemento coercivo à reorientação do modelo assistencial, ao reforçar a lógica biomédica subjacente à estruturação da rede e competir por recursos e prioridade política com a APS. Esse fato será aprofundado no tópico seguinte.

5.2. Facilidades e Dificuldades para implantação da RUE na Região Metropolitana de Fortaleza Ampliada

Na seção anterior procuramos oferecer um panorama do processo de implantação da Rede de Atenção às Urgências do Estado do Ceará, com foco na Região Metropolitana de Fortaleza Ampliada. Traçaremos a partir desse momento um paralelo entre o processo de implantação valorizando os pontos que dificultaram e facilitaram e a literatura sobre o tema.

5.2.1 RAS e a Atenção Primária à Saúde

A necessidade de mudança do modelo assistencial do SUS se fez pela dificuldade em superar a imensa fragmentação das ações e serviços de saúde e em qualificar a gestão do cuidado. Entre os fatores explicativos principais para o diagnóstico de fragmentação do SUS estão: modelo assistencial fortemente influenciado pelo paradigma biomédico e dimensionado a partir da oferta; contextos regionais com marcadas diferenças socioeconômicas; e um mercado privado em saúde com intensas relações e repercussões no sistema público. Essa fragmentação se traduz no cotidiano como: lacunas assistenciais; recursos financeiros insuficientes, fragmentados e ineficientemente empregados; gestão do trabalho frágil e precária; pulverização dos serviços nos municípios; e pouca inserção da vigilância e da promoção no cotidiano dos serviços. Nesse panorama de mudança do modelo assistencial a Atenção Primária à Saúde foi adotada como ordenadora do sistema de saúde e coordenadora do cuidado. (BRASIL, 2010).

Para tanto, era necessário uma APS mais abrangente, sendo descrito por Barbara Starfield (2002 apud GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008, p. 583) que seus atributos essenciais são:

a prestação de serviços de primeiro contato; a assunção de responsabilidade longitudinal pelo paciente com continuidade da relação clínico-paciente ao longo da vida; garantia de cuidado integral considerando-se os âmbitos físicos, psíquicos e sociais da saúde dentro dos limites de atuação do pessoal de saúde; e a coordenação das diversas ações e serviços indispensáveis para resolver necessidades menos frequentes e mais complexos. Nessa concepção, os serviços de atenção primária devem estar orientados para a comunidade, conhecendo suas necessidades de saúde; centrar-se na família, para bem avaliar como responder às necessidades de saúde de seus membros; e ter competência cultural

para comunicar e reconhecer as diferentes necessidades dos diversos grupos populares.

Mendes (2010) afirma que a mudança dos sistemas fragmentados para a RAS só poderá ocorrer se estiver apoiado numa APS robusta e de qualidade. A qualidade apontada pelo autor esta estruturada nos sete atributos inicialmente descritos por Barbara Starfield (2002 apud GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008) e em três funções essenciais: resolutividade implicada em resolver cerca de 85% dos problemas de sua população; comunicação com capacidade de ordenar os fluxos e contrafluxos das pessoas e das informações entre os diferentes componentes da rede; e responsabilização, traduzida pelo conhecimento e pelo relacionamento íntimo com sua população adscrita.

A inserção da Atenção Primária à Saúde na Rede de Atenção às Urgências foi um tema bastante citado nas entrevistas, tendo em vista o pouco aprofundamento do assunto no processo de discussão para a implantação da rede e a dificuldade de operacionalização desse componente como porta de entrada da RUE. Conforme mostra as falas a seguir:

“A gente sempre teve uma rede mais ou menos organizada, mas não foi uma preocupação do plano preparar a atenção básica para ser porta de entrada da RUE”. (Entrevista 01).

“A atenção básica acho que ainda está muito fora do processo, ela está enquanto concepção de rede, mas talvez compreendendo pouco o que é de verdade que ela é possível fazer. Quando digo compreender, não são só as pessoas que atuam lá, somos nós todos. É fato que ela vai fazer, e como vai fazer pra se capacitar, que tipo de equipamento ela precisa ter? Que tipo de respostas vai poder ter pra rede?” (Entrevista 04).

Devemos salientar que a APS aqui descrita refere-se a um conjunto de práticas em saúde, individuais e coletivas, que durante o processo de implementação do SUS passou a ser denominada de atenção básica à saúde, sendo esse termo hoje utilizado como sinônimo de APS. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Um diagnóstico abrangente das urgências e emergências de nosso país elencou pontos fundamentais para compreender o cenário caótico vivido pelo setor. Essa análise apontou problemas em três eixos principais: serviços e a rede assistencial, profissionais de saúde e modelo de atenção e gestão do sistema de saúde. As dificuldades com os serviços e a rede assistencial começam com uma APS voltada preferencialmente, e até exclusivamente, para ações “preventivas e programáticas”, em detrimento do acolhimento e atendimento de cidadãos acometidos por quadros agudos de baixa

complexidade, comprometendo sua vinculação com os usuários, empurrando-os para às unidades de urgência, onde recebem tratamento meramente sintomático, com graves prejuízos à integralidade. (BRASIL, 2006b).

Essa fragilidade da APS como porta de entrada e organizadora do cuidado da RUE é expressa nas falas abaixo:

“(…), mas tem todo um conceito que também paira e transita na Atenção Primária à Saúde, que é o primeiro ponto da rede de urgência. Eu acho que aí a gente passa a ter alguns complicadores. Essa é uma visão muito pessoal, nós temos todos os programas que a própria Estratégia de Saúde da Família tem a cumprir e mais ainda esse novo conceito do pronto-atendimento. Eu vejo certa dificuldade em na prática se fazer essa questão de colocar os programas, a prevenção, a promoção, em andamento e, mesmo assim, dar o suporte aos casos de pronto-atendimento, com classificação de risco, ou a alguma coisa nesse sentido”. (Entrevista 06).

“A gente sabe que essa estratégia de PSF está estagnada. Por mais que você tenha uma urgência, o médico só vai atender dezesseis fichas. (...). Fatalmente, essa pessoa vai pra onde? Pra um hospital. E se você tem uma UPA funcionando com quatro médicos, a pessoa vai correr pra UPA. A população já enxergou que é muito mais fácil ser atendido na UPA que no PSF”. (Entrevista 02)

O primeiro atributo da APS é constituir-se como serviço de primeiro contato, porta de entrada do sistema de saúde, devendo ser procurado regularmente sempre que o paciente precisar de atendimento em caso de adoecimento ou para acompanhamento rotineiro de sua saúde. Para tanto é necessário que seja acessível à população, eliminando-se barreiras financeiras, geográficas, organizacionais e culturais. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Oliveira, Matos e Souza (2009), ao tentar entender as razões e motivações dos usuários na busca por assistência em um pronto-atendimento, mesmo com a reorientação do modelo assistencial e com a definição da atenção básica como porta de entrada do sistema, identificou que a população faz uma avaliação dos serviços de saúde, em termos de acessibilidade, confiabilidade e resolubilidade, em que os serviços de urgência e emergência se mostravam melhor avaliados nesses três requisitos.

Outro ponto que devemos destacar é o apresentado por Puccini *et al.* (2012) ao realizar um estudo que buscou analisar a concepção de profissionais de saúde sobre o papel das unidades básicas de saúde nas redes de atenção do SUS e concluiu que existe uma concepção de limitação da capacidade de assistência à demanda não programada, sobretudo pelos

profissionais atuantes na atenção básica que resulta em práticas restritivas ao acesso da população.

Em contra partida um estudo realizado por Mendes *et al.* (2012) indicou uma boa vinculação e adscrição dos usuários a atenção básica, porém também evidenciou que ainda existem barreiras que limitam o acesso dos usuários em situações de adoecimento agudo.

O discurso de que a Atenção Primária em Saúde esta limitada a promoção de saúde em contraposição às ações assistenciais, e que se recusa atender de forma sistemática à demanda não agendada, resulta na incapacidade em abrir acesso e acolher as pessoas, deixando de assumir a responsabilidade pela saúde da população de sua área adscrita e inviabilizando a oferta de cuidados integrais e contínuos. (PUCCINI, 2012).

A fragilidade dos atributos e funções da APS impossibilita a vinculação das famílias gerando uma sobrecarga aos serviços porta de entrada secundário e terciário, conforme demonstram as falas a seguir:

“A população não está acostumada ainda a entender que a unidade básica de saúde que fica próximo a sua residência, é a principal porta de entrada pra qualquer problema. Pra isso, é preciso ser feito um trabalho preventivo, educativo, como manda o sistema, porque realmente as coisas tendem a evoluir pra população ser a ponta da lança que a gente precisa trabalhar melhor”. (Entrevista 03).

“A gente tinha no município uma ambulância por distrito, mas a população não está educada o suficiente pra entender que ambulância é pra atender urgência e emergência. As pessoas tinham uma dor de dente e queriam ir para o hospital, porque tinha uma ambulância na porta da unidade básica. E pra gente fazer as pessoas entenderem que uma dor de dente é a nível de atenção básica e não precisava ir para o hospital é difícil. Agora quando o profissional se ausentava da unidade, lógico que poderia ser usado a rede. Eu como secretária escutei um usuário dizer: ‘esse carro aí é pra ficar só pra gente achar bonito?’. Eles diziam isso porque achavam que a ambulância tinha que estar levando e trazendo todo o tempo” (Entrevista 01).

As falas nos mostram que a fragilidade da APS como principal porta de entrada, somada a existência de unidades de “pronto-atendimento” orientadas a responder a demanda de casos agudos de baixa complexidade, dificultam a concretização da responsabilidade longitudinal pelo cuidado do paciente pela APS, independente da ausência ou da presença de doença, resultando na não vinculação do usuário.

“A UPA esta funcionando muito pouco para urgência e emergência, vejo funcionando mais como uma alternativa para s PSF”. (Entrevista 02)

“A população está muito voltada para as crises agudas. Ela quer resposta imediata, remédio. E então a UPA e a porta de entrada hospitalar se prestam muito bem pra isso, mas acho que não é isso que a rede precisa”. (Entrevista 06).

Completando esse panorama temos um sistema de saúde que ainda investe pouco em promoção da qualidade de vida e saúde, com poucas e instáveis ações articuladas de educação, proteção e prevenção contra riscos e agentes agressores, sendo a violência o seu principal problema. (BRASIL, 2006b). Podemos confirmar esse fato nas falas a seguir:

“Quanto à vigilância, eu não tenho informações específicas que me permitam dizer que houve alguma diferença significativa na sua atuação com a implantação da Rede de Urgências”. (Entrevista 05)

“(...) nós não conseguimos ainda nem inserir, contextualizar a rede de urgência na atenção básica, fica ainda mais carente a integração com a vigilância à saúde”. (Entrevista 06).

“No campo da urgência e emergência, a gente reconhece que colocar mais recurso praquilo que nós já estamos fazendo talvez não seja a saída, mais médicos, remédios e cirurgias, então deixa o povo ter acidente de moto, deixa que se dirija embriagado, enfim, toda a violência que está aí de homicídios, então a gente fica ali se preparando com mais médicos, remédios e equipamentos pra, quando chegarem lá, a gente tentar fazer pra quem conseguir chegar lá dar uma sobrevivida. Mas isso não é, definitivamente, o que podemos fazer”. (Entrevista 04).

Condizente com o exposto, um estudo realizado por Cecílio *et al.* (2012) sobre a inserção da Atenção Básica à Saúde na construção das redes temáticas, mostrou que a rede básica funciona como um posto avançado do SUS, produzindo valores de uso mesmo para os pacientes utilizadores de serviços de alta complexidade; porém também constatou que a rede básica é vista como lugar de coisas simples; e que há uma impotência compartilhada entre usuários e equipes quando se trata da rede básica funcionar como coordenadora do cuidado, indicando que ela não reúne condições materiais (tecnológicas, operacionais e organizacionais) e simbólicas (valores, significados e representações) de deter a posição central da coordenação das redes temáticas de saúde.

O déficit da atenção primária como coordenadora da atenção à saúde compromete outro princípio fundamental do SUS, a integralidade da assistência à saúde, pois o atributo da coordenação implica a capacidade de garantir a continuidade da atenção no interior da rede de serviços. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008)

Hartz & Contradriopoulos (2004, p. 332) definem que:

a integração propriamente dita dos cuidados consiste em uma coordenação durável das práticas clínicas destinadas a alguém que sofre com problemas de saúde, para assegurar a continuidade e a globalidade dos serviços requeridos de diferentes profissionais e organizações, articuladas no tempo e no espaço, conforme os conhecimentos disponíveis.

Podemos perceber o déficit na integralidade da RUE nas falas abaixo:

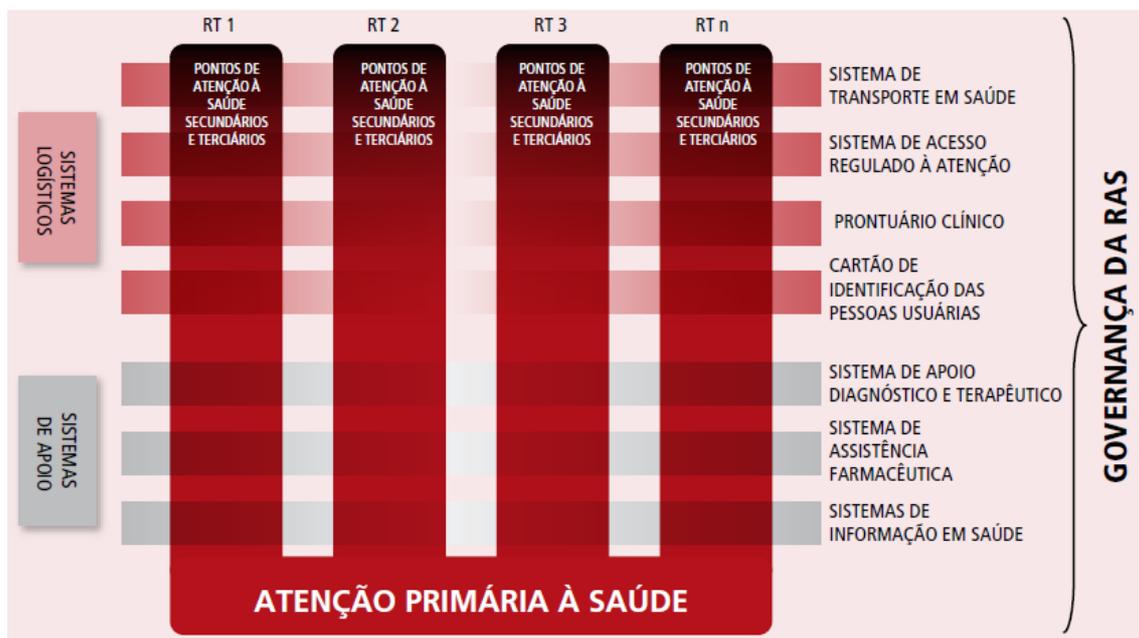
“Estamos muito preocupados em estruturar os serviços: fazer a UPA, equipar, colocar pra funcionar; mas estamos pouco conversando a respeito da integração em rede, como o próprio nome esta dizendo. Agente pouco esta trabalhando em rede e na sua questão conceitual. Isso também tem acontecido na rede psicossocial. A gente tem muitos componentes aqui, mas ainda estão fragmentados, existem elos que precisam ser incorporados. (...). O município recebeu o conceito, esta recebendo os equipamentos, mas essa estrutura de continuidade e entrelaçamento de rede agente não esta vislumbrando no dia a dia não”. (Entrevista 06)

“Os municípios quando desenharam a rede foi de forma pontual, eles desenharam como serviços que não se comunicam. O que não é preconizado para as redes de atenção”. (Entrevista 08).

Em um estudo realizado por Almeida *et al.* (2010) em quatro grandes centros urbanos do Brasil, que tinha como objetivo analisar o desenvolvimento de instrumentos de coordenação da Estratégia Saúde da Família aos demais níveis do sistema de saúde com foco em medidas vinculadas à integração entre os níveis assistenciais, mostrou que existem mecanismos de integração entre níveis assistenciais, mas que a falta de integração entre diferentes prestadores, a insuficiência de fluxos formais para a atenção hospitalar e a ausência de políticas para média complexidade foram apontados como entraves à garantia do cuidado integral, tornando incompleto o processo de integração da rede.

Na descrição da estrutura operacional das RASs temos uma composição de cinco vertentes, sendo ordenadas a partir da APS em constante relação com os pontos de atenção secundários e terciários e com os sistemas de apoio (diagnose, terapia, assistência farmacêutica e sistemas de informação). Esses três componentes devem se relacionar através dos sistemas logísticos e todos se inserem no contexto mais macro do sistema de governança, (MENDES, 2010). Conforme mostra figura a seguir:

Figura 08 – Estrutura Operacional das Redes de Atenção à Saúde.



Fonte: MENDES, 2010, p. 86.

Todo esse complexo sistema é essencial para a implantação das RASs como modelo de atenção e o exposto nos leva a concluir que o não aprofundamento da discussão da inserção da APS nas RAS e suas ainda precárias condições materiais e simbólicas mostraram serem as principais dificuldades para a organização da RUE. Daí ser necessária a introdução de mais investimentos na APS, a fim de ampliar sua capacidade de intervir ativamente nos processos regulatórios e consolidar sua legitimidade como centro de comunicação e ordenadora do cuidado.

Outro ponto bastante relevante para a pesquisa foi a questão da governança da RUE que será aprofundada no próximo tópico.

5.2.2 Governança da RUE

Além dos atributos e fundamentos da RAS outro ponto que vamos destacar é a questão da Governança da RUE; pois esse componente foi abordado por diversos ângulos nas entrevistas, as quais selecionamos as mais relevantes para serem trabalhadas nesse capítulo de modo a pudermos perceber as facilidades e dificuldades para implantação da RUE.

Iniciaremos resgatando o conceito de Governança, já que não prevemos durante a imersão do referencial teórico essa categoria.

Governança é a totalidade das diversas maneiras pelas quais os indivíduos e as instituições, públicas e privadas administram seus problemas comuns. É um processo contínuo pelo qual é possível acomodar interesses conflitantes ou diferentes e realizar ações cooperativas. Governança diz respeito não só a instituições e regimes formais autorizados a impor obediência, mas também a acordos informais que atendam aos interesses das pessoas e instituições. (COMISSÃO SOBRE GOVERNANÇA GLOBAL, 1996 apud FRANÇA; MANTOVANELI; SAMPAIO, 2012).

A governança das RASs, no SUS, apresenta a característica de se inserir num quadro institucional mais amplo de um sistema especial de federalismo que é operado por três entes: união, estados e municípios. Esses entes mantêm, entre si, diretamente ou através da mediação de instituições de gestão, complexas inter-relações as quais devem ser cooperativas e capazes de solucionar conflitos, em um contexto extremamente passível de conflitos, que é o contexto do federalismo. (MENDES, 2010).

Desse modo, a gestão das políticas públicas de saúde deve conjugar a interdependência e autonomia dos três entes, sendo a coordenação federativa exercida tanto pela União quanto pela esfera estadual em relação aos municípios, particularmente quando se considera a heterogeneidade dos municípios em termos de capacidade técnica, administrativa e financeira. (MENICUCCI, 2014).

Notamos no trecho a seguir uma fragilidade dos municípios quanto a pouca participação na formulação das políticas propostas pelo nível federal e quanto à operacionalização dos compromissos assumidos:

“Na realidade, como as demais redes, o conceito veio basicamente pronto. Um conceito do Ministério que a Secretaria de Saúde do Estado se apropriou e começou a difundir entre os municípios. Os municípios, a partir de então, passaram a se incorporar à nova política, aí cada secretário e gestor passou a se inserir dentro de suas condições”. (Entrevista 06).

“Toda a criação dos leitos de retaguarda e das salas de estabilização foram definidas pelos municípios sem entender direito o que significava aquilo naquele momento, que é isso que estou dizendo que vou fazer. Agora, à medida que isso vai evoluindo, a gente vai compreendendo um pouco melhor e tentando ir operacionalizando, mas num primeiro momento, na verdade, digamos que o desenho ficou exatamente no papel, e que começou a operacionalizar sem muito entendimento do que de verdade cada um ia fazer”. (Entrevista 04).

Baptista (2007) relata que a indução de políticas de saúde por meio de portarias ministeriais revela uma predominância da condução pelo Ministério da Saúde e do Poder Executivo Federal, suscitando críticas dos diversos entes

federados. Uma das principais são as modificações de aspectos importantes na legislação vigente sem uma participação ampliada dos seguimentos interessados, o que dificultou o amadurecimento da participação social, fragilizando as relações intergovernamentais e impossibilitando uma compreensão mais precisa dos objetivos e rumos da política nacional de saúde. Vejamos um exemplo disso no que segue:

“A UPA é uma coisa que, na verdade, chegou pra dentro dessa rede, mas a própria concepção da UPA, a forma como ela chegou, foi confusa. De fato, se a gente pensasse o recurso que foi destinado à criação da UPA nessa estrutura aí, se ela tivesse sido distribuída dentro da rede, teria surtido efeito muito maior. Mas a UPA foi como que outra política, quer dizer, você tem uma rede e tem que receber uma UPA, essa que é a verdade”. (Entrevista 05).

Sabemos que “O SUS, enquanto política pública, constitui uma arena de conflitos, onde atuam diversos grupos de interesse, que ora contribuem para dar sustentação e legitimidade à política, ora estabelecem tensões para sua implementação”. (VIANA; FARIA; PACÍFICO, 2006 apud O'DWYER, 2010). Um dos conflitos que mais interferem nesse processo político de formulação das normas e instituição de políticas públicas de saúde é a fragmentação e dificuldade de relacionamento entre os três poderes e entre os níveis de governo. (O'DWYER, 2010). Confirmando esse achado a fala a seguir representa o conflito de interesses durante o planejamento da RUE:

“É preciso que algumas coisas sejam construídas, adquiridas e aí se começa toda uma discussão muito forte sobre a quem vai caber fazer isso, onde, em que local daquele território aquilo ficaria melhor localizado. Claro que ali entram os micropoderes, as relações de vaidade, enfim, todas essas discussões que, muitas vezes, ou na grande maioria das vezes, elas ultrapassam a questão técnica e entra pra questão política, às vezes muito mais política partidária”. (Entrevista 07).

A gestão em rede aponta para uma forte necessidade de horizontalização das relações intergovernamentais, com fortalecimento das instancias subnacionais. Isso implica em ampliar a autonomia dos municípios e solidificar o papel do Estado como coordenador regional; desta forma seria possível assegurar a governança desejável em cada um dos níveis do sistema, bem como sua articulação com os demais níveis. (FLEURY; OUVRENEY, 2007).

Os discursos a seguir nos exemplificam essa dificuldade de interlocução entre os três entes federados no sentido de conduzir a implantação da RUE:

“Eu tive problemas com a equipe do SAMU, porque toda vida que eles iam lá no ponto de apoio que a gente estava preparando, o ponto de apoio foram eles que escolheram e impuseram que

era o melhor local, era um problema diferente. Fizemos a primeira reforma, não acharam que ficou bom; fizemos a segunda reforma para contemplar e aí foi quando o atual coordenador me fez uma visita pra avaliar, aí eu disse a ele que só iria atender as novas solicitações se viesse por escrito, porque vinha a equipe, botava os defeitos de boca, nunca deixava nada escrito, a gente atendia já vinham outra equipe com outros problemas... Disse: 'não, o senhor põe no papel o que quer, eu vou fazer, o senhor põe no seu relatório final se aceita ou não e aí a gente volta a conversar. Pronto, depois disso eles enviaram por escrito, a gente fez pela terceira vez a reforma e aí ele foi lá e constatou que dava pra funcionar". (Entrevista 01)

"Recentemente tivemos uma supervisão do SAMU que nos surpreendeu, porque nós o colocamos ao lado da UPA. Entendemos que a base de apoio seria melhor lá e o grupo de supervisão que veio achou que não fosse adequada, querem que alugue outro espaço, aí a gente ficou nesse embate". (Entrevista 04)

A ação do Estado com resquícios de uma prática centralizadora e vertical, utilizando-se de instrumentos de indução de política imposta aos níveis subnacionais de governo em contraposição a uma política acordada e sustentada nas diversas realidades institucionais do país, reforça uma postura de acomodação das demais esferas de governo. Esse fato faz com que os municípios ainda percebam na relação de tutela uma garantia de benefícios e recursos para dar sustentação às suas políticas locais sem um maior compromisso com uma agenda política mais extensiva. (BAPTISTA, 2007).

Por exemplo, diversas vezes foi citado o benefício da instalação da SE em detrimento à UPA dado ao fato de considerarem seu custeio como ajuda ao financiamento dos hospitais, não considerando o impacto da inserção desses componentes no contexto municipal:

"A grande verdade que a gente está vendo é que a UPA é de difícil custeio. Então, hoje, eu vejo que é muito mais negócio abrir mais salas de estabilização e menos UPA. Porque a sala de estabilização, de certo modo, é vista pelos gestores como uma ajuda no financiamento do hospital, principalmente dos HPPs. E no caso da UPA, ela é vista como uma despesa muito grande.". (Entrevista 02)

Devemos lembrar que desde a promulgação da Constituição Federal de 1988 que o SUS iniciou seu processo de descentralização político-administrativa por meio da transferência de responsabilidades, poder e recursos da esfera federal para a estadual e municipal, com ênfase na municipalização. Hoje as diretrizes organizativas do SUS apontam para a regionalização, pois nas políticas de saúde o espaço municipal não dá conta de atender à integralidade, precisando, portanto, que um conjunto de municípios cooperem para que a atenção integral seja garantida. Um avanço nesse pensamento regional é percebido:

"Então, a idéia de conceber o sistema em redes, eu acho que tínhamos que caminhar pra isso. Porque é preciso que nós possamos entender que tanto os recursos humanos quanto os financeiros e tudo mais são sempre mais escassos que nós desejávamos. Então, na verdade,

essa concepção de rede, primeiro e antes de tudo, ela vê essa possibilidade da gente aglomerar, otimizar os recursos que a gente tem e pode fazer um trabalho mais solidário, fazendo crescer uma região, e que também não pode ser tudo para Fortaleza. Então, à medida que os municípios se organizam e as regiões se organizam, também devem crescer cada vez mais na sua capacidade de resolver seus problemas na região. De uma forma mais simples e mais direta, essa deveria ser a grande força motivadora que cada um de nós devemos desempenhar na construção da rede”. (Entrevista 07).

Porém ainda é preciso avançar quanto ao fortalecimento dessa cooperação regional, conforme exposto:

“Essa concepção de região precisa ser muito melhor estudada e aprofundada, enfim, precisamos fortalecer essa concepção mais solidária de se enxergar dentro de uma região”. (Entrevista 05).

“Para o município o impacto da UPA é mínimo, quase imperceptível, porque nós já temos a estrutura montada no hospital municipal e dificilmente as pessoas saem daqui pra ir ao município vizinho pra ter atendimento na UPA, sem antes terem o primeiro atendimento no nosso hospital. Então ficam dois serviços concorrendo simultaneamente e como já existe a cultura de procurar o hospital local, a demanda pela UPA se torna pequena, por isso não há muito impacto, mas representa uma atenção a mais que o povo do município pode dispor”. (Entrevista 03).

O fortalecimento da regionalização é essencial para a construção das redes de atenção à saúde, pois segundo Kuschnir e Chorny (2010, p. 2314):

As redes são o instrumento de garantia de direito, ampliando acesso e diminuindo desigualdades. A regionalização e a constituição de redes são compreendidas em suas dimensões técnica e política. Ao mesmo tempo em que são a única forma de garantir acesso a cuidado integral e de forma igualitária, envolvem disputas de poder e requerem decisões de política pública que certamente ferem interesses. A região é institucionalizada e tem comando único por que, sem institucionalidade, não é possível garantir o direito e, sem comando único, não é possível cobrar a responsabilidade sanitária.

A cooperação entre atores públicos distintos manifesta-se por meio das instâncias permanentes de pactuação, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), as Comissões Intergestores Bipartites (CIBs) e as Comissões Intergestores Regionais (CIRs). Essa última tem o papel de fortalecer os espaços regionais e as redes regionais de atenção à saúde a fim de resolver o problema da universalidade de acesso e da integralidade da atenção no contexto de recursos escassos. Abaixo evidenciamos a importância de sua atuação para a implantação da RUE:

“Mas eu diria que as reuniões que foram institucionalmente colocadas via regionais de saúde ou na secretaria do estado ou via COSEMS, enfim, elas foram com esse propósito de tentar discutir a idéia da rede, a razão pela qual iria fazer e, quando se chegou na operacionalização disso, é claro, que se cria vários entraves, normal. Primeiro que a concepção de rede não quer dizer que, naquele momento, aquela região já esteja com todos os seus elementos, com todas as suas instâncias necessárias na rede”. (Entrevista 04).

O fortalecimento da regionalização é essencial à construção da RUE e ao princípio da integralidade à medida que exige a superação da visão limitada ao interesse municipal. Para tanto é essencial que exista um grupo técnico regional com habilidades e conhecimentos para planejar, monitorar e avaliar as ações.

Para a Implantação das Redes de Atenção às Urgências além das instancias de pactuações permanentes, também foi instituído os Grupos Condutores e os Grupos de Apoio da Rede de Atenção às Urgências, como instrumento de interlocução entre os gestores municipais e estadual sobre a rede de atenção às urgências. Esses grupos apresentam o grande desafio de exercer um protagonismo no planejamento, monitoramento, avaliação e tomada de decisão para elaboração dos Planos de Ação Regionais menos burocráticos e mais “vivos”. E tem como objetivo gerar uma efetiva melhora da atenção à saúde, evitando a busca apenas por um aumento do financiamento. (BRASIL, 2013b). Percebemos a dificuldade de obtenção desse objetivo no trecho que segue:

“Tem uma questão de governância da rede muito crítica, porque o grupo condutor decide uma coisa, mas quem operacionaliza são os municípios. São eles que contratam, implantam, então às vezes o grupo decidia uma coisa e o município responsável não seguia”. (Entrevista 05)

“Porque nós temos a rede de urgência e emergência, temos os grupos de condução, no entanto, o que acontece? Nós deixamos de nos reunir. Porque os secretários vêm pra reunião do grupo e nós não temos recurso nenhum. Dá pra fazer o quê? Ficar conversando aqui sobre uma coisa que nós já sabemos e nada mais vai avançar?” (Entrevista 08).

“Existe certo descompasso por conta da governância da rede. Quanto ao que a política propõe, o grupo condutor regional e o que os municípios maiores propõe. Ainda temos as estruturas dos municípios que nem sempre acompanham isso. Às vezes, não dão o devido valor aos colegiados, que aprovam certas coisas e eles não fazem”. (Entrevista 07)

Nesse contexto, há a indicação formal de fortalecimento do espaço de discussão do grupo condutor estadual e dos regionais como avaliador do sistema, porém sabemos da dificuldade dessa forma de trabalho regional no sentido de integrar serviços a partir de interesses de diferentes municípios. Também pontuamos a necessidade de criação de grupos de discussão da RUE no âmbito municipal, visando instituir, nos diversos setores municipais, a missão, visão e valores, bem como operacionalizar a implantação da RUE.

Sabemos que certas características da rede limitam sua eficácia ou criam dificuldades para sua gestão: o envolvimento de numerosos atores na prestação de contas; o processo de negociação e geração de consensos pode

ser demasiado lento, retardando a solução de problemas que requerem ação imediata; as metas compartilhadas não garantem a eficácia no cumprimento dos objetivos, já que as responsabilidades são muito diluídas; a dinâmica flexível pode terminar afastando os participantes dos objetivos iniciais; e as dificuldades de controle e coordenação das interdependências tendem a gerar problemas na gestão das redes. (FLEURY; OUVÉNEY, 2007).

Ao pensarmos na Rede de Atenção às Urgências e no controle e coordenação de sua implantação pelo Estado não podemos deixar de pontuar as estratégias destacadas como prioritárias para a implantação da RUE pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013b):

- Qualificação das emergências das portas de entrada de urgência e emergência estratégicas para a RUE;
- Qualificação da atenção ao paciente clínico grave por meio da qualificação das unidades de terapia intensiva;
- Organização e ampliação dos leitos de retaguarda clínicos;
- Criação das unidades de intervenção em cuidados prolongados (UCP) e de hospitais especializados em cuidados prolongados (HCP);
- Qualificação da atenção por meio da organização das linhas de cuidados cardiovascular, cerebrovascular e traumatologia;
- Organização do Serviço de Atenção Domiciliar; e
- Articulação entre os seus componentes.

O processo de realização do Plano de Ação Estadual considerou essas estratégias. As mesmas foram apontadas pelos municípios como fator dificultador para implantação da RUE, pois não geraram valores e interesses nos municípios de pequeno porte, já que não se sentiam contemplados por elas. Vejamos a fala a seguir:

“A rede tem vários componentes, o que entendo que funciona como uma rede? Quando todos os componentes são montados horizontalmente, ou seja, desde a sala de estabilização à criação das UTIs. Eu imaginava que a montagem da rede fosse sendo simultaneamente dentre os componentes. Mas o que se observou? A visão dos técnicos do Ministério foi priorizar as grandes emergências dos grandes hospitais. Aí foram priorizados os investimentos dessas grandes emergências. Foi priorizado também a ampliação de leitos de retaguarda e esqueceu

de trabalhar os outros componentes, como por exemplo a sala de estabilização.” (Entrevista 03).

Fleury e Ouverney (2007) nos dizem que é essencial para a gestão da rede considerar os atores, recursos, percepções e regras. Os atores estão em situação de interdependência, dada à necessidade de compartilhar recursos para se atingir um objetivo comum, porém cada ator tem seus objetivos particulares, e seria limitado imaginar que sua participação numa rede é consequência do comportamento maximizador para atingir um objetivo comum.

A construção de uma rede envolve mais do que isso, ou seja, a existência de um objetivo maior, porém que se torne um valor compartilhado, para além dos objetivos particulares que permanecem. A capacidade para estabelecer esse objetivo maior, o que implica uma linha básica de acordo, tem a ver com o grau de compatibilidade e congruência de valores entre os membros da rede e para se chegar a esse tipo de acordo é necessário criar espaços de barganha, onde as percepções, valores e interesses possam ser confrontados e negociados. (FLEURY; OUVERNEY, 2007).

Outro ponto da governança bastante relevante no processo de implantação da Rede de Atenção às Urgências foi seu sistema gerencial, principalmente quanto ao planejamento estratégico e ao monitoramento e avaliação, os quais foram diversas vezes apontados como dificultadores para a implantação da rede.

Esse fato é esperado já que a criação e a manutenção da estrutura de redes impõem grandes desafios administrativos relacionados a diferentes processos de decisão, planejamento e avaliação, que ganham novos contornos e requerem outra abordagem quando se trata de estruturas gerenciais policêntricas. (FLEURY; OUVERNEY, 2007).

À frente destacamos uma fragilidade quanto à coordenação da implantação da RUE pelo estado, o que tem agravado a dificuldade que os municípios apresentam para a operacionalização RUE em seu contexto, devido à deficiência no planejamento e financiamento:

“Porque a política também traz os leitos de retaguarda com muitos requintes. Ela exige coisas que o município não tem como ter, como a estrutura de pessoal. Lógico, está corretíssimo, na forma que está. Só que tem de dar um suporte melhor pra que esse hospital possa se organizar”. (Entrevista 08)

“Havia, então, a equipe técnica da Secretaria Estadual, que ajudaria na construção desse perfil do leito de retaguarda, mas que também não teve pernas pra ajudar nisso tudo e aí o município ficou à deriva, dizia assim ‘sim, eu tenho, mas também não vinha nenhum paciente, mas qual o perfil, onde isso está, quem está fazendo essa regulação?’ Enfim, tudo isso demorou um ano pra que se ajustasse. Estamos aí melhores do que o ano passado, mas seguramente ainda precisando avançar mais”. (Entrevista 04).

Um instrumento gerencial fundamental para a governança das RASs é o planejamento estratégico. Isso se deve ao fato dessa ferramenta proporcionar a definição da visão de futuro, valores e princípios; realização da análise do contexto; e determinação dos objetivos estratégicos, metas e indicadores. (CORTELLA; PACINI; LOTTA, 2011).

Porém a fala abaixo exemplifica uma fragilidade quanto ao planejamento estratégico para implantação de RUE, pois percebemos que o planejamento realizado não foi incorporado pelos diversos níveis da rede, em termos de compromissos e responsabilidades.

“Faltou uma determinação da gestão, de todos nós dizermos assim: vamos trabalhar desse jeito. E pra fazer isso a gente precisa construir esses caminhos. Nós vamos reunir profissionais, estruturar um fluxo, fazer isso. Então eu vejo que há certa demora na decisão de fazer”. (Entrevista 06).

“Então, o que falta mesmo assim, com relação ao desenvolvimento da rede de urgência e emergência de 2011 pra cá foi feito um planejamento, o desenho da rede, foram discutidas várias questões, mas a meu ver faltou aprofundamento, principalmente com relação à questão da regulação assistencial dentro da rede de urgência e emergência”. (Entrevista 08).

Uma das questões centrais para garantir o funcionamento, legitimidade e resultados do planejamento é envolver as pessoas, desde gestores aos profissionais da ponta que estão no dia a dia do serviço, porém a implantação da RUE também apresentou essa dificuldade:

“Sempre essa comunicação se dá de uma forma muito difícil, (...) há sempre aquele que pensa e o que executa. O que executa acha sempre que o que pensa não compreende bem a execução e, por isso, pensa daquela forma e quer meio que o outro faça de qualquer jeito. Ao mesmo tempo, quem pensa às vezes não valoriza o que devia valorizar naquelas pessoas que estão na execução. Mesmo quando a gente se senta e os dois tem muito boa vontade, os discursos se dão um pouco truncados”. (Entrevista 06).

Segundo Cortella, Pacini e Lotta (2011, p. 502) “um indivíduo compromete-se com aquilo que conhece e o comprometimento será tão mais intenso quanto maior for sua participação na definição e no planejamento do que se pretende atingir”. Para isso, é essencial a garantia não só de uma remuneração adequada, mas, sobretudo de compartilhamento de informação, de investimento em educação permanente e de disponibilidade de um espaço de participação, integrando-os ao processo de planejamento no que diz

respeito à elaboração de metas, definição de indicadores e concepção dos planos operacionais.

Paim e Teixeira (2007) listam nós críticos relativos à estrutura organizacional e ao processo de gestão do SUS, onde um deles é a falta de gestão profissionalizada causada pela escassez de quadros qualificados aos exercício das múltiplas e complexas tarefas relacionadas com a condução, planejamento, programação, auditoria, controle e avaliação, regulação e gestão de recursos e serviços. Abaixo ilustramos tal deficiência:

“Parece que a gestão municipal é muito levada pela cobrança, ‘vamos fazer’, e aqui no seu nível a coisa não está andando. Eu vejo com muita preocupação essas coisas que nós poderíamos dentro das nossas próprias condições fazer na rede de urgência, nas instituições tanto privadas como conveniadas, principalmente nas públicas, nós poderíamos já ter feito aqui a coisa andar, fluir, e não estamos fazendo”. (Entrevista 06).

Outro ponto bastante significativo para a implantação da Rede de Urgências foi a deficiência do monitoramento e avaliação. O Plano de Ação Estadual que serviu de base para a implantação da rede não abordou esses pontos, bem como não instituiu metas e indicadores e o Grupo de Condução e os Grupos de Apoio da RUE não conseguiram aprofundar a discussão desses componentes do planejamento. Vejamos as falas a seguir:

“Eu considero que o monitoramento é deficiente. O ministério deveria ter vindo com 6 meses após liberação da portaria que liberou recurso pra fazer as visitas pelo componente hospitalar. Esse monitoramento aconteceu através de um instrumento desenvolvido conjuntamente com nos do Estado. Fizemos uma rodada de monitoramento, alguns processos foram melhorados, mas outros não evoluíram na mesma proporção”. (Entrevista 05).

“Só agora recentemente nós conseguimos agregar uma pessoa aqui na nossa equipe pra ficar exclusivamente com o componente hospitalar, então esse componente que é o mais pesado, crítico, talvez seja um dos mais importantes. Você tem outros, como o SAMU, que é igualmente importante. A gente não tem monitoramento sistemático, o município que é gestor também na rede do âmbito dele, a gente pode dizer que deixa a desejar”. (Entrevista 05).

“Eu insisto que exista algum monitoramento, mas ele não é sistemático e é deficiente. A gente deveria ter um acompanhamento sistemático pelos órgãos de regulação, controle e avaliação, que também é função deles a avaliação e por nós próprios aqui do núcleo e urgência e pelos municípios, também nas suas várias instâncias, mas precisamos aperfeiçoar”. (Entrevista 05).

“Eu acho que nós estamos vivendo um faz de conta. Porque não existe monitoramento, nem avaliação”. (Entrevista 08).

As intervenções são constituídas por recursos humanos, físicos, financeiros e simbólicos estruturados para produzir bens ou serviços que possam modificar uma situação-problema, o processo de monitoramento e avaliação das intervenções deve ser realizado de maneira contínua e periódica, sendo imprescindível para racionalizar o processo decisório. (CONTANDRIOPOULOS, 1997).

Nas RASs o papel do monitoramento tem objetivo central criar complementaridades entre os atores, articulando as bases de suporte decisório para desenvolver atividades sinérgicas, deslocando o eixo do controle dos processos para o controle dos objetivos e das metas construídos coletivamente, e explicitados em um planejamento estratégico. (FLEURY; OUVENEY, 2007).

O último ponto que vamos abordar é sobre o sistema de financiamento, que é um dos elementos mais potentes com que conta o ente de governança das RASs para alcançar seus objetivos de eficiência, qualidade e coordenação da atenção, sendo fundamental que o sistema de financiamento esteja alinhado com os objetivos das RASs. (MENDES, 2010). Entretanto a dependência do financiamento pode propiciar um cenário em que os municípios assumam um comportamento mais conflitivo pela disputa de recursos, do que cooperativo, pois:

“Para os municípios, como eles são entes únicos, eles têm dificuldades de dividir o que poderia ser dele, em prol da região. Porque como os municípios, mesmo os que têm um pouco mais de recursos financeiros, ainda não conseguem dar para seus munícipes aquilo que é de direito, então fica sempre muito temeroso quando tem que tirar algum recurso financeiro para um serviço que não seja exclusivamente de seus munícipes e no seu território”. (Entrevista 05).

Lima e Andrade (2009) constata que as relações fiscais e orçamentárias que se estabelecem entre os entes federativos são ineficientes para redução das desigualdades verificadas entre os municípios e destacam a importância das transferências federais do SUS como fonte reguladora de recursos orçamentários para municípios com mais de cem mil habitantes.

As falas a seguir mostram a dependência da transferência de recursos financeiros para a implantação da RUE.

“O financiamento foi, ao mesmo tempo, grande facilitador para aquelas áreas que veio financiamento e grande dificultador nas áreas que não foram financiadas”. (Entrevista 02).

“O que faltou foi o repasse de recurso obedecendo o cronograma de implantação do Plano de Ação, esse foi o grande entrave. Então, muita coisa que era pra ter sido implantado e que o recurso era pra chegar até uma data e não entrava. Aí a gente ficava adiando, reajustando os prazos no COAP.” (Entrevista 01).

“Quando o município consegue implantar o serviço aí descobre um descompasso quanto ao custeio pelo Ministério da Saúde e Estado, fazendo que o município recue na implantação de outros serviços”. (Entrevista 04).

“O Município tem dificuldade de inserir suas propostas no sistema, mas o Ministério também tem pra liberar o recurso de investimento, aí atrasa tudo”. (Entrevista 07).

“Eu vejo um problema sério que é justamente a questão do investimento. A meu ver, foi pensado um sistema onde não teríamos dinheiro garantido pra financiar, assim realmente os objetivos não são atingidos. Então, acho que um dos entraves graves que temos com relação à

rede de urgência e emergência para sua total implantação é justamente a garantia dos recursos financeiros para o financiamento dessa estratégia". (Entrevista 03)

Ugá e Porto (2008), ao analisarem o financiamento e a alocação de recursos em Saúde no Brasil, concluem que é preciso elevar a participação das três esferas de governo no volume de recursos aplicados ao setor, pois ao se comparar a participação percentual do gasto público no total do gasto em saúde no Brasil com os diversos países que adotam sistemas universais de saúde, observa-se que é baixa a intervenção do Estado brasileiro no campo da saúde.

Ao analisar a questão do financiamento do Sistema Único de Saúde nos últimos anos, Viana e Silva (2011) concluem que houve um aumento substancial do financiamento das ações e serviços de saúde, porém somente pelas esferas subnacionais.

Essa necessidade de ampliação do repasse federal e aumento do orçamento municipal com saúde aparecem diversas vezes nas entrevistas, sendo apontados como dificuldade para a implantação dos componentes da RUE. Vejamos abaixo:

"Eu acho que o maior empecilho hoje não é tanto o desenho que nós fizemos pra que elas sejam implantadas e estejam funcionando em todo o Estado, mas sim na dificuldade do Ministério da Saúde financiar estruturas já em funcionamento". (Entrevista 03).

"A gente sabe que a despesa de qualquer investimento que o Ministério da Saúde faz na saúde é sub-orçamentada. Vou te dar exemplos: Se você pegar um PSF, ele vai girar em torno de 30 a 40 mil, o município recebe muito longe disso. E tem o exemplo clássico do hospital, estou recebendo 120 mil e gasto de 500 a 600. Além do que ainda tem outro problema, se o prefeito optar por fazer mais investimento na saúde, vai impactar também no percentual do limite prudencial. Então fica muito difícil abrir novos serviços". (Entrevista 02).

"Eu acho que a rede, mesmo que receba o recurso que estava previsto e ainda não recebeu, ainda está muito aquém do que deveria receber de recursos financeiros do Ministério da Saúde, isso está inviabilizando a implantação da rede de urgências. Ela não poderia acontecer em 2014, porque não teve recursos para isso. Planejar uma rede e ficar se organizando com o que se tem é inviável. Ou você coloca em ação a política em nível de Brasil e essa política é fortalecida, acontece de fato e de direito, com recursos financeiros sendo alocados, ou então é fadada ao fracasso. Porque nós não temos recursos financeiros pra viabilizar a rede de urgência como deveria ser". (Entrevista 08).

"Os municípios se veem inviabilizados de realizar o que esta na proposta, porque vem o investimento, que só da pra comprar os equipamentos, e eles não têm recurso pra fazer a reforma da sala e, muitas vezes, eles não têm nem a sala. Então, isso inviabiliza a implantação da proposta da rede. Os municípios estão tentando fazer, mas não está sendo fácil. Isso leva a pensar que a política vem retirando muito recurso municipal, e que essas contrapartidas que as leis deixam para o município estão sendo um dificultador para a implantação. Porque a contrapartida, muitas vezes, o município não tem para dar e inviabiliza a política". (Entrevista 07).

Confirmando esse achado citamos uma pesquisa realizada por Shimizu (2013) que teve como objetivo analisar as percepções de gestores do

SUS sobre os desafios da formação de Redes de Atenção à Saúde no Brasil, onde foi destacado que a insuficiência de recursos financeiros para o SUS contribui para a fragmentação do sistema.

Concluimos assim que o financiamento do SUS ainda é objeto de disputa entre os três poderes e entre os entes federados, refletindo-se na instabilidade e insuficiência dos recursos alocados, colocando constrangimentos para a efetivação do SUS na sua completa acepção. (MENICUCCI, 2009).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Iniciamos as considerações finais destacando os avanços do Sistema Único de Saúde, principalmente quanto à iniciativa de mudança de paradigma com instalação de um novo modelo de atenção à saúde, na qual institui a Atenção Primária à Saúde como organizadora do sistema; e quanto ao fortalecimento da regionalização, por meio do Contrato Organizativo de Ação Pública que visa garantir a integralidade da assistência aos usuários; organizando e integrando as ações e serviços de saúde sob responsabilidade dos entes federativos em uma Região de Saúde. (BRASIL, 2011a).

Esse contrato define as responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos em relação às ações e serviços de saúde, formalizando indicadores, metas, financiamento, desempenho, prazos, monitoramento, avaliação e controle. (BRASIL, 2011a).

Nesse contexto a publicação das portarias que instituem e regulamentam a Rede de Atenção às Urgências e Emergências são apontadas como essenciais para a organização da assistência ao paciente agudo, de forma a proporcionar um atendimento de qualidade e integral, reduzindo os impactos de um antigo gargalo do sistema de saúde.

No entanto, observamos durante a análise dos dados da pesquisa que considerar todos os fundamentos, atributos e elementos das RASs, principalmente quanto tratamos de urgências e emergências, é um grande desafio, e requer um forte investimento do Estado para sua consolidação.

O processo de construção do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Estado do Ceará não conseguiu aprofundar os debates quanto aos gargalos do atendimento aos pacientes em situações de urgências e emergência, e nem quanto ao planejamento das ações para implantação da rede em todos os seus fundamentos, resumindo-se a listar a implantação de serviços.

Quando avaliamos a implantação dos componentes, concluímos que a Promoção, Prevenção, Vigilância à Saúde e a Atenção Primária à Saúde foram pouco exploradas no Plano de Ação e, conseqüentemente, no processo

de implantação da RUE, apesar da grande relevância desses componentes. Percebemos, ainda, a necessidade de mais investimentos para ampliação da cobertura populacional pela Estratégia Saúde da Família, valorização e qualificação das equipes de saúde e provisão de equipamentos e insumos para instituir a APS como centro de comunicação e organizadora do cuidado na RUE.

Não podemos deixar de considerar os grandes avanços ocorridos na implantação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, particularmente os relacionados à ampliação do acesso aos serviços de pronto atendimento, devido à instalação das Unidades de Pronto Atendimento e a ampliação da cobertura do SAMU; entretanto ainda há muito que ser construído, principalmente quanto à qualificação dos mecanismos gestores na perspectiva de garantir uma atenção à saúde de qualidade a toda a população.

Concluimos também que o grande investimento no Componente Hospitalar das grandes emergências foi importante, mais ainda é insuficiente se considerarmos a magnitude desses serviços quanto ao atendimento a pacientes graves. Porém funcionou como um elemento coercivo à reorientação do modelo assistencial, ao reforçar a lógica biomédica subjacente à estruturação da rede e competir por recursos e prioridade política com a APS.

Dessa maneira a questão do financiamento se apresenta como nó crítico para implantação da RUE, pois é insuficiente para as demandas de saúde. Contudo não podemos deixar de considerar que além da necessidade de ampliar os investimentos para a saúde, é necessário que esse recurso seja aplicado de forma mais eficiente e eficaz, incorporando um amadurecimento do modelo de gestão tripartite.

A centralidade da formulação da legislação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências pelo nível federal, o déficit no monitoramento e na avaliação do processo de implantação pelo nível estadual e federal e o pouco envolvimento dos compromissos assumidos pelo nível municipal e regional contribuíram para o não cumprimento do cronograma de implantação instituído no Plano de Ação da RUE.

Constatamos que a fragmentação da RUE se manifesta de diferentes formas, principalmente como fragilidade na articulação entre as instâncias gestoras do sistema e entre as gerencias dos serviços. Desse modo, o grande desafio parece ser o fortalecimento de práticas em âmbito regional, que respeite a autonomia de gestão de cada município e tenha por objetivo comum a oferta de uma atenção à saúde integral e de qualidade.

Sendo assim, ressaltamos a necessidade de fortalecimento dos Grupos de Apoio Regionais para subsidiar a implantação e implementação da RUE, como também a necessidade de criação de grupos intersetoriais no âmbito municipal, visando discutir soluções para os principais gargalos da implantação da RUE e para instituição de uma cultura organizacional de redes.

Devemos reconhecer que o fortalecimento de uma leitura regionalizada da RUE é bastante difícil, principalmente quando se trata de atenção à saúde em urgência e emergência e quando envolvemos a principal macrorregional do Ceará, referencia para outras macrorregiões de saúde.

Esse fato apareceu na descrição da implantação da RUE onde pretendíamos descrever sua implantação na RMF ampliada, e por conta dos documentos oficiais tivemos que ampliar para a implantação da RUE no Estado do Ceará. Reconhecemos que não conseguimos ter o mesmo aprofundamento contextual que fizemos para a RMF ampliada, nas outras regiões de saúde, devido à limitação de tempo do mestrado, pois haveria uma ampliação exorbitante de dados.

Ressaltamos a dificuldade de uma análise mais profunda da implantação dos componentes da RUE por falta de um monitoramento sistemático do nível estadual, por falta da instituição de metas e indicadores no plano de ação proposto e pelo déficit de documentos oficiais publicados sobre o assunto.

Também apontamos a dificuldade para acompanhar as portarias ministeriais de habilitação e qualificação dos componentes da rede, por tratar-se de um numero exorbitante de portarias, que foram sendo publicadas ao longo dos anos 2013 e 2014.

Destacamos ainda a dificuldade de acompanhar as solicitações de componentes ao Ministério da Saúde devido à publicação de novas portarias alterando os requisitos para o pleito e ampliando o acesso de alguns componentes, perfazendo um número difícil de ser acompanhado no tempo dessa pesquisa.

A implantação da RUE sofreu diversas mudanças se pensarmos na proposta realizada no Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Estado do Ceará, pois se trata de um processo vivo que vai adequando-se às novas realidades político administrativas dos municípios e às novas portarias que foram publicadas no decorrer do processo de implantação e alterando os requisitos dos componentes da RUE.

Outra limitação deve-se ao fato de que durante as entrevistas, na qual tínhamos como pergunta disparadora: “Como foi o processo de implantação da RUE na região Metropolitana?”, os informantes tinham a tendência de falar de implantação de componentes isolados. Outra tendência era falar dos resultados da implantação de cada componente, mostrando uma dificuldade em falar do processo de pactuação e implantação da RUE considerando um conceito mais ampliado de rede.

Entretanto, ao longo da pesquisa fomos percebermos a riqueza do processo que estava sendo construído e a importância do registro desse processo histórico no Estado do Ceará e principalmente na RMF ampliada.

Também percebemos o grande potencial mobilizador das CRES e dos Grupos de Apoio Regional, inclusive com potencialidade para mobilização para a realização de fóruns de discussões regionais sobre os entraves para a implantação da rede de urgências.

Por fim essa pesquisa despertou a necessidade de desenvolvimento de outras investigações com o intuito de realizar um registro histórico do processo de implantação envolvendo outras macrorregionais de saúde e uma investigação dos impactos da implantação da RUE, principalmente em relação os componentes mais avançados, como SAMU, UPAS e Componente Hospitalar.

Concluimos que são muitos os desafios para a gestão das urgências e emergências, em todos os níveis de governo, e que, na ausência de uma regulação efetiva, cabe a todos os níveis de atenção acolher as atuais demandas.

Ressaltamos que a Rede de Atenção às Urgências e Emergência deve ter a Atenção Primária a Saúde como reguladora do sistema, para tanto se faz necessário que a APS seja reconhecida como principal ordenadora do sistema de saúde e coordenadora do cuidado, sendo necessário aprofundar as discussões sobre o assunto e ampliar os investimentos, pois o desafio de implantar em sua plenitude os atributos essenciais da APS, para que a mesma consiga ser ordenadora do sistema de saúde e ser coordenadora do cuidado das RASs, são imensos. Tais desafios se tornam ainda maiores se considerarmos o contexto de pouco investimento em promoção da qualidade de vida e saúde, com poucas e instáveis ações articuladas de educação, proteção e prevenção contra riscos e agentes agressores, sendo a violência o seu principal problema.

Assim, ressaltamos a necessidade de horizontalização das relações intergovernamentais, com o fortalecimento das instancias subnacionais. Isso representa ampliar a autonomia dos municípios e solidificar o papel do Estado como coordenador regional.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, P. F.; *et al.* Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2010, vol.26, n.2, pp. 286-298. ISSN 0102-311X.
- AYRES, J. R. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2004, vol.9, n.3, pp. 583-592. ISSN 1413-8123.
- BAPTISTA, T. W. F. Análise das portarias ministeriais da saúde e reflexões sobre a condução nacional da política de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 3, p. 615-626, 2007.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Editora 70, 2011.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p. 18055.
- _____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. Brasília: CONASS, 2006a.
- _____. Ministério da Saúde. **Regulação Médica das Urgências: Normas e Manuais Técnicos do Ministério da Saúde**. Brasília, DF: Editora MS, 2006b.
- _____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- _____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e da outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jun. 2011a. Seção 1, p. 1.
- _____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/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 (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.
- _____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 2.338 de 03 de outubro de 2011. Estabelece diretrizes e cria mecanismo para a implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências. **Diário Oficial da União**, Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.
- _____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 2.395 de 11 de outubro de 2011. Organiza o componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília: Ministério da Saúde, 2011d.
- _____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 1.497 de 12 de julho de 2012. Aprova a Etapa I do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências do Estado do Ceará e Municípios, e aloca recursos

financeiros para sua implantação. **Diário Oficial da União**, Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 2.809 de 07 de dezembro de 2012. Estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Conselho Nacional de Saúde: Resolução Nº 466/12. Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 jun. 2013a. Seção 1. p. 59.

_____. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)** – Brasília: Editora MS, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 963 de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 2.355 de 10 de outubro de 2013 altera a fórmula de cálculo do teto máximo das Equipes de Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, Brasília: Ministério da Saúde, 2013d.

CAMPOS, L. F. L. **Métodos e técnicas de pesquisa em Psicologia**. 3. ed. Campinas: Alínea, 2004.

CARVALHO, G. *et al.* **Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde**. Campinas, SP: Saberes Editora, 2011.

CEARÁ. **Resolução CIB/CE nº 247** de 11 de novembro de 2011. Aprovar a instituição do Grupo Condutor Estadual das Redes de Atenção à Saúde. Ceará: Secretária da Saúde do Estado do Ceará, 2011. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/downloads>>. Acesso em: 10 jan. 2012.

_____. **Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências do Estado do Ceará, 2012**. Ceará: Secretária da Saúde do Estado do Ceará, 2012a.

_____. **Resolução CIB/CE nº 19** de 03 de fevereiro de 2012. Homologar a proposta de organização da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde do Estado do Ceará. Ceará: Secretária da Saúde do Estado do Ceará, 2012b. <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/downloads>>. Acesso em: 10 fev. 2012.

_____. **Resolução CIB/CE nº 30** de 24 de fevereiro de 2012. Aprovar as alterações no desenho e denominação dos Polos Estaduais do Sistema Estadual de Atendimento Móvel de Urgência e Emergência SAMU-192. Ceará: Secretária da Saúde do Estado do Ceará, 2012c. <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/downloads>>. Acesso em: 10 mar. 2012.

_____. **Resolução CIB/CE nº 377** de 14 de dezembro de 2012. Aprovar os pré-requisitos e critérios definidos para a implantação de Salas de Estabilização, componente da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do

Sistema Único de Saúde (SUS) do Estado do Ceará a serem atendidos pelos municípios pleiteantes de SE. Ceará: Secretária da Saúde do Estado do Ceará, 2012d. <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/downloads>>. Acesso em: 10 jan. 2013.

_____ **Resolução CIB/CE nº 64** de 26 de abril de 2013. Aprovar a instituição de Grupos de Apoio às Redes de Atenção às Urgências da Região Metropolitana de Fortaleza Ampliada e das Macrorregiões de Saúde de Sobral e Cariri. Ceará: Secretária da Saúde do Estado do Ceará, 2013a. <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/downloads>>. Acesso em: 10 mai. 2013.

_____ **Resolução CIB/CE nº 225** de 17 de setembro de 2013. Homologar nova Proposta de Habilitação de leitos de retaguarda para a Rede de Atenção às Urgências da Região Metropolitana de Fortaleza Ampliada. Ceará: Secretária da Saúde do Estado do Ceará, 2013b. <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/downloads>>. Acesso em: 10 out. 2013.

_____ **Resolução CIB/CE nº 409** de 13 de dezembro de 2013. Alterar 02 (dois) itens do ANEXO da Resolução nº 225/2013 da CIB/CE, no item 08 dos considerando, referente aos quantitativos dos leitos de retaguarda do Hospital Batista e Hospital Distrital Fernandes Távora, implicando em modificação do Total Geral da Rede Estadual. Ceará: Secretária da Saúde do Estado do Ceará, 2013c. <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/downloads>>. Acesso em: 10 jan. 2014.

_____ **Resolução CIB/CE nº 147** de 30 de maio de 2014. Alterar o ANEXO da Resolução nº 225/2013 da CIB/CE, datada de 17 de setembro de 2013, considerando o aditivo e as mudanças nos quantitativos dos leitos de retaguarda, que passam a integrar a nova Proposta de Habilitação para a Rede de Atenção às Urgências da Região Metropolitana de Fortaleza Ampliada. Ceará: Secretária da Saúde do Estado do Ceará, 2014. <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/downloads>>. Acesso em: 10 jun. 2014.

CECILIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública** [online]. 1997, vol.13, n.3, pp. 469-478. ISSN 0102-311X.

CECILIO, L. C.O. *et al.* A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel?. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2012, vol.17, n.11, pp. 2893-2902. ISSN 1413-8123.

CELLARD, A. **A análise documental**. In: POUPART, J. *et al.* A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis, Vozes, 2008.

CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A. P.; BROUSSELLE, A.; HARTZ, Z.; DENIS, J. L. A Avaliação no Campo da Saúde: conceitos e métodos. IN: **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011a.

CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A. P.; BROUSSELLE, A.; DENIS, J. L. A Análise da Implantação. IN: **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011b.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. *et al.* A avaliação na Área da Saúde: conceitos e métodos In: HARTZ, Z. M. de A. **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

CORTELLA, F. J.; PACINI, F. C.; LOTTA, G. S. Gestão estratégica In: IBANEZ, N.; ELIAS, P. E. M.; SEIXAS, P. H. D. (org). **Políticas e Gestão Pública em Saúde**. São Paulo: Hucitec Editora: Cealag, 2011.

DENIS, J. L.; CHAMPAGNE, F. Análise da Implantação. In: HARTZ, Z. M. de A. **Avaliação em Saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde: notas teóricas. IN: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. **Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde**. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

DUBOIS, C. A.; CHAMPAGNE, F.; BILODEAU, H. Histórico da Avaliação. IN: **Avaliação**: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

FIGUEIRÓ, C. F.; FRIAS, P. G.; NAVARRO, L. M. Avaliação em Saúde: Conceitos Básicos para a Prática nas Instituições. In: SAMICÓ, I. S. *et al.* **Avaliação em Saúde**: Bases Conceituais e Operacionais. Rio de Janeiro: MedBook, 2010.

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

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2009, vol.14, n.3, pp. 743-752. ISSN 1413-8123.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2008, vol.24, n.1, pp. 17-27. ISSN 0102-311X.

FRANÇA, L. M.; MANTOVANELI JUNIOR, O.; SAMPAIO, C. A. Governança para a Territorialidade e Sustentabilidade: a construção do senso de regionalidade. **Saúde Soc.** [online]. 2012, vol.21, supl.3, p 111-127

FRANCO, T. B. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS R. A. (Orgs.). **Gestão em Redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. 8. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. Atenção Primária à Saúde In: GIOVANELLA, L (org). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008

HARTZ, Z.M.A.; CONTANDRIOPOULOS, A.P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". **Cad. Saúde Pública** [online]. 2004, vol.20, suppl.2, pp. S331-S336. ISSN 0102-311X

KUSCHNIR, R., CHORNY, A.H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2010, vol.15, n.5, pp. 2307-2316. ISSN 1413-8123.

LIMA, L. D.; ANDRADE, C. L. T. Condições de financiamento em saúde nos grandes municípios do Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2009, vol.25, n.10, pp. 2237-2248. ISSN 0102-311X.

MARQUES, E. C. Redes sociais e poder no Estado brasileiro: aprendizados a partir de políticas urbanas. **Rev. bras. Ci. Soc.** [online]. 2006, vol.21, n.60, pp. 15-41. ISSN 0102-6909.

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

MENDES, A. C. G. *et al.* Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2012, vol.17, n.11, pp. 2903-2912. ISSN 1413-8123.

MENICUCCI, T. M. G. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2009, vol.25, n.7, pp. 1620-1625. ISSN 0102-311X.

MENICUCCI, T. M. G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos** [online]. 2014, vol.21, n.1, pp. 77-92. ISSN 0104-5970.

MERHY, E. E.; QUEIROZ, M. S. Saúde Pública, Rede Básica e o Sistema de Saúde Brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 177-84. 1993.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

O'DWYER, G. A gestão da atenção às urgências e o protagonismo federal. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2010, vol.15, n.5, pp. 2395-2404. ISSN 1413-8123

OLIVEIRA, L.H., MATTOS, R.A., SOUZA, A.I.S. Cidadãos peregrinos: os "usuários" do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2009, vol.14, n.5, pp. 1929-1938. ISSN 1413-8123

PAIM, J. P. *et al.* O Sistema de Saúde Brasileiro. IN: VICTORIA, C. G. *et al.* **Saúde no Brasil**: a série The Lancet. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2007, vol.12, suppl., pp. 1819-1829. ISSN 1413-8123.

PONTES, R. J. S. *et al.* Transição Demográfica e Epidemiológica. IN: **Epidemiologia**. MEDRONHO, R. A. *et al.* São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

PUCCHINI, P.T. *et al.* Concepção de profissionais de saúde sobre o papel das unidades básicas nas redes de atenção do SUS/Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2012, vol.17, n.11, pp. 2941-2952. ISSN 1413-8123.

SANTOS, L. ANDRADE, L. O. M. Rede interfederativa de saúde. In: SILVA, S. F. (Org). **Redes de atenção à saúde no SUS**: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde. Campinas: Saberes, 2011.

SCHERER-WARREN, I. Redes sociales y de movimientos en la sociedad de la información. **Nueva Sociedad**, Venezuela, n. 196, mar./abr. 2006.

- SCHERER-WARREN, I. Redes de movimentos sociais na América Latina: caminhos para uma política emancipatória?. **Cad. CRH** [online]. 2008, vol.21, n.54, pp. 505-517. ISSN 0103-4979.
- SHIMIZU, H. E. Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil. **Physis** [online]. 2013, vol.23, n.4, pp. 1101-1122. ISSN 0103-7331.
- SILVA, L. M. V. Conceitos, abordagens e estratégias para avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- SILVA, J. R. S.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais** Ano I - Número I. 2009. ISSN: 2175-3423/2009.
- SILVA, F. S. Implantando o Pacto pela Saúde e aperfeiçoando as redes de atenção do SUS. In: CARVALHO, G. *et al.* **Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde**. 2. ed. Campinas, SP: Saberes Editora, 2011.
- TANAKA, O. Y.; MELO, C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativas e quantitativas. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J.; **Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde**. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.
- UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. A polissemia da qualidade na avaliação de programas e serviços de saúde. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. **Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde**. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.
- UGÁ, M. A. D.; PORTO, S. M. Financiamento e Alocação de Recurso em Saúde no Brasil In: GIOVANELLA, L (org). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008
- VIANA, A. L. D.; SILVA, H. P. O financiamento do Sistema de Saúde no Brasil, gasto em saúde e as modalidades para a regionalização. In: IBANEZ, N.; ELIAS, P. E. M.; SEIXAS, P. H. D. (org). **Políticas e Gestão Pública em Saúde**. São Paulo: Hucitec Editora: Cealag, 2011.
- ZAMBENEDETTI, G.; DA SILVA, R. A. N.; A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil. **Psicologia em Revista**, v. 14, n.1, p. 131-150, 2008.

APÊNDICE A - CRONOGRAMA

ANO 2012												
ATIVIDADES	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Fase exploratória da pesquisa: visitas ao campo	-	X	X	X	X	X	X					
Revisão de literatura e elaboração do projeto de pesquisa						X	X	X	X	X	X	X
ANO 2013												
ATIVIDADES	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Revisão de literatura	x	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Qualificação												X
Comitê de ética em pesquisa												X
Planejamento da pesquisa de campo do projeto de pesquisa					X							X
Trabalho de campo												
ANO 2014												
ATIVIDADES	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Trabalho de campo	X	X										
Análise e interpretação dos dados		X	X	X								
Elaboração da dissertação		X	X	X	X	X	X					
Defesa								X				
Redação de artigo									X			
Apresentação dos resultados da pesquisa aos atores sociais participantes da pesquisa									X			

APÊNDICE B - ORÇAMENTO

EQUIPAMENTOS / MATERIAL PERMANENTE / MATERIAL BIBLIOGRÁFICO			
Especificação	Quantidade	Valor (R\$)	Total
Gravador digital	02	250,00	500,00
Material Bibliográfico	-	1000,00	1000,00
MATERIAL DE CONSUMO			
Especificação	Quantidade	Valor (R\$)	Total
Material de escritório: caneta, lápis, borracha, prancheta, arquivo polionda, caderno, fotocópias.	diversos	diversos	150,00
Cartucho de tinta	08	50,00	400,00
Papel ofício (resmas)	04	15,00	60,00
SERVIÇOS DE TERCEIROS			
Especificação	Quantidade	Valor (R\$) unidade	Valor (R\$) Total
Transcrição e edição de fitas (valor / hora)	60h	25,00	1500,00
PASSAGENS E DIÁRIAS			
Passagens para pesquisa de campo	20	50,00	1000,00
Diárias para alimentação	10	200,00	2000,00
TOTAL			
			6.610,00

APÊNDICE C – ROTEIRO DAS ENTREVISTAS

- Idade:
- Sexo: () Masculino () Feminino
- Formação:
- Tempo de graduado:
- Tem formação em Saúde Pública: () Sim () Não
- Se sim, qual:
- Qual cargo ou função que desempenha durante o processo de implantação da Rede de Atenção às Urgências:
- Há quanto tempo participa do processo de implantação da Rede de Atenção às Urgências

Como foi o processo de implantação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências na Região Metropolitana de Fortaleza Ampliada?

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa, não devendo participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Estou convidando-o a participar de uma pesquisa intitulada **Análise do processo de implantação da Rede de Atenção às Urgências na Região Metropolitana de Fortaleza-Ce**. Este estudo objetiva identificar as práticas desenvolvidas para implantação dessa rede de atenção, analisar se as práticas se alinham ao plano de ação traçado e identificar os fatores que facilitaram ou dificultaram o processo de implantação. A pesquisa limita-se à coleta de dados através da técnica de Entrevista, a qual deverá ser gravada, com seu consentimento, para melhor compreensão e análise dos significados das falas pela pesquisadora. Os encontros serão agendados previamente e em locais oportunos de acordo com sua disponibilidade e da pesquisadora. Informamos que os resultados da pesquisa serão publicados em revistas científicas nas áreas da saúde. Esclarecemos que você poderá retirar seu consentimento em qualquer momento da pesquisa e, que esse estudo não acarretará nenhum dano a sua saúde e, que será resguardado o sigilo das informações referentes ao seu nome. Informamos ainda que você não receberá nenhum pagamento por participar desse estudo.

Orientadora: Maria Vaudelice Mota, endereço eletrônico: vaudelicemota_6@hotmail.com Fone: **(85) 3366 8044 Fax: (85)3366 8049**

Pesquisador: **Juliana Maria Cavalcante Teixeira**, endereço eletrônico: juliana.teixeira@gmail.com Fone: (85) 8747 0369 / 9730 3939

ATENÇÃO: Para informar qualquer questionamento durante a sua participação no estudo, dirija-se ao: Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – Rua Coronel Nunes de Melo, 1127 – Rodolfo Teófilo – Telefone: 3366.8344. Parecer 137.055

O abaixo-assinado, _____, _____ anos, RG No. _____, declaro que é de livre e espontânea vontade que estou participando como voluntário da pesquisa. Declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura tive oportunidades de fazer perguntas sobre o conteúdo do mesmo, como também sobre a pesquisa e recebi explicações que responderam por contento minhas dúvidas. Declaro ainda estar recebendo uma cópia deste termo.

--	--

Assinatura do Entrevistado

Data

--	--

Assinatura do Pesquisador

Data

Local: _____, _____ de _____ de 2014

APÊNDICE E – DESENHO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS DA 1ª E 22ª, 2ª E 3ª REGIÕES DE SAÚDE.

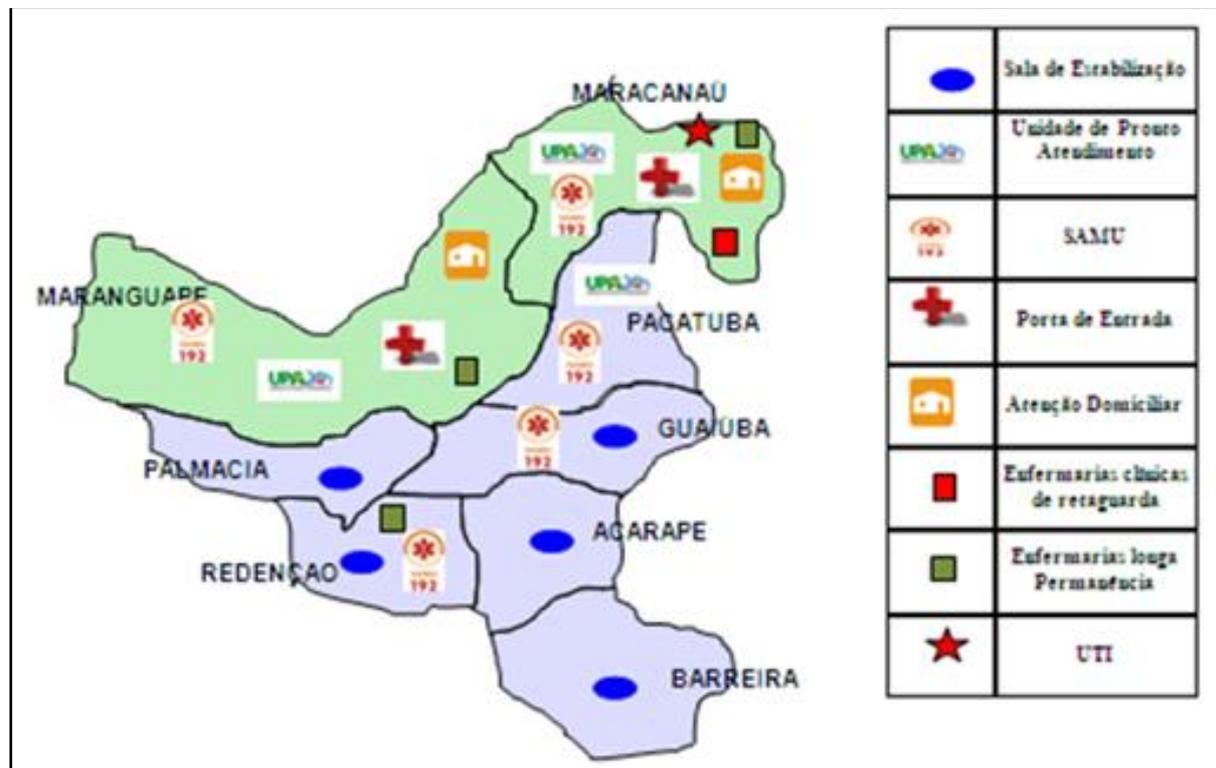
Rede de Atenção às Urgências e Emergências – 1ª e 22ª RS



Rede de Atenção às Urgências e Emergências – 2ª RS



Rede de Atenção às Urgências e Emergências – 3ª RS



PLANO DE AÇÃO REGIONAL DAS REDES DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS**Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção às Urgências:**

Região de Saúde:

Municípios que compõe a Região de Saúde:

Este Plano de Ação Regional foi aprovado pela CIR:**Local e data**

Nome e assinatura do representante do Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção às Urgências