



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENSINO NA SAÚDE/ MESTRADO  
PROFISSIONAL

CARLA SIMONE TELÓ PANZERA

**REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA GRANDE OESTE DE  
SANTA CATARINA E A EDUCAÇÃO**

Porto Alegre

2017

**CARLA SIMONE TELÓ PANZERA**

**REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA GRANDE OESTE DE  
SANTA CATARINA E A EDUCAÇÃO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Ensino na Saúde - Mestrado Profissional, da Faculdade de Medicina para obtenção do título de Mestre em Ensino na Saúde.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Carmen Lúcia B. Machado

Porto Alegre

2017

### CIP - Catalogação na Publicação

PANZERA, Carla Simone Teló

Rede de Urgência e Emergência na Grande Oeste de Santa Catarina e a Educação / Carla Simone Teló  
PANZERA. -- 2017.

113 f.

Orientadora: Carmen Lúcia Bezerra Machado.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Porto Alegre, BR-RS, 2017.

1. Introdução. 2. Teorizações. 3. Regionalização e Gestão da Rede na Macrorregião do Grande Oeste de Santa Catarina. 4. Portaria nº 2.395, de 11/10/2011 e Achados da Pesquisa. 5. Educação e Saúde na Rede de Urgência e Emergência. I. Machado, Carmen Lúcia Bezerra, orient. II. Título.

**CARLA SIMONE TELÓ PANZERA**

**Rede de Urgência e Emergência na Grande Oeste de Santa Catarina  
e a Educação**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Ensino na Saúde - Mestrado Profissional, como requisito para obtenção do título de Mestre em Ensino na Saúde.

**Porto Alegre, 07 de abril de 2017.**

A Comissão Examinadora, abaixo avaliou a Dissertação, **Rede de Urgência e Emergência na Grande Oeste de Santa Catarina e a Educação** elaborada por Carla Simone Teló Panzera, como requisito final para obtenção do Grau de Mestre em Ensino na Saúde.

Comissão Examinadora

Prof.<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Carmen Lucia Bezerra Machado (Orientadora)

Prof. Dr. Paulo Peixoto De Albuquerque

Prof. Dr. Waldomiro Carlos Manfroi

Prof.<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Dirciara Barañano Souza



**ATA PARA ASSINATURA Nº \_\_\_\_\_**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
Faculdade de Medicina

Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde  
Ensino na Saúde - Mestrado Profissional  
Ata de defesa de Dissertação

Aluno: Carla Simone Telo Panzera, com ingresso em 24/04/2015  
Título: **Rede de Urgência e Emergência na Grande Oeste de Santa Catarina: processo de educação e saúde**  
Orientador: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Carmen Lucia Bezerra Machado

Data: 07/04/2017  
Horário: 14:30  
Local: Sala 41 / FAMED UFRGS

<b>Banca Examinadora</b>	<b>Origem</b>
Waldomiro Carlos Manfroi	UFRGS
Paulo Peixoto de Albuquerque	UFRGS
Dirciara Baraňano Souza	FURG

Porto Alegre, 07 de abril de 2017.

<b>Membros</b>	<b>Assinatura</b>	<b>Conceito</b>	<b>Indicação de Voto de Louvor</b>
Waldomiro Carlos Manfroi		Aprovada	Sim
Paulo Peixoto de Albuquerque		Aprovada	
Dirciara Baraňano Souza		Aprovada	Sim

Conceito Geral da Banca: ( ) <sup>APROVADA</sup> Correcões solicitadas: ( ) Sim (X) Não  
Indicação de Voto de Louvor: ( ) Sim (X) Não

**Observação:** Esta Ata não pode ser considerada como instrumento final do processo de concessão de título ao aluno.

\_\_\_\_\_  
Aluno

\_\_\_\_\_  
Orientador

Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde  
Av. Ramiro Barcelos, 2400 2º andar - Bairro Santa Cecília - Telefone 51 33085599  
Porto Alegre / RS -

A todos os usuários do SUS,  
que necessitam serem atendidos com  
mais qualidade e resolutividade, principalmente  
nos momentos que a vida está em situação de emergência.  
“A vida é a emergência do conjunto das qualidades do ser vivo”.  
(MORIN, 2010)

## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Carmen, pela paciência, dedicação e suporte em todos os momentos deste percurso.

Aos professores do Curso pelos conhecimentos, crescimento profissional, debates e jornadas de estudo.

À minha família pelo amor, apoio e compreensão por todas ausências, nos momentos de estudo, viagens, isolamento e solidão, principalmente no período de produção desta dissertação.

Aos amigos gaúchos, colegas de turma, pela convivência e amizades que fizeram esta história de estudo uma família de laços fraternos.

Aos colegas de trabalho pelo apoio e incentivo e pelos momentos que me ausentei para estudo.

Aos Diretores dos Hospitais, profissionais de saúde, usuários e Presidentes de Comissões Intergestores Regional da Macrorregião do Grande Oeste de Santa Catarina que se dispuseram em fazer parte da pesquisa.

## RESUMO

Na implantação da Política de Redes de Atenção à Urgência e Emergência (RUE) na Macrorregião do Grande Oeste de Santa Catarina, como parte do projeto de saúde no Brasil, esta dissertação trata de analisar o papel da educação. Tem como foco os três hospitais porta de entrada na Rede de Urgência e Emergência: Hospital Regional São Paulo, Hospital Regional Oeste e Hospital Regional Terezinha Gaio Basso. A pesquisa qualitativa descritiva-exploratória estuda: 1) o plano de implantação desta rede confrontando o planejado e o executado; 2) a qualificação destes Hospitais e, 3) o papel da educação e saúde desenvolvido pelos hospitais e profissionais que realizam o atendimento. Ao avaliar o papel da educação, tematiza nas Redes de Atenção à Saúde no SUS, a regionalização, a gestão dos serviços e o processo vivido na RUE. Utilizando como base a análise documental do Plano da Rede e das Portarias Ministeriais, foram realizadas 12 entrevistas semiestruturadas, abrangendo profissionais, Diretores de Hospitais, Coordenadores de Comissão Intergestores Regional e Usuários do SUS. O levantamento das fragilidades e possibilidades considera o período entre 2013 e 2016. Identificadas a descontinuidade, a fragmentação, fragilidade na coordenação do cuidado com os usuários na rede, o estudo possibilita analisar, além da implantação desta rede, o processo de proposição de ações para a formação dos envolvidos. Com os resultados obtidos apresentamos sugestões para a educação e saúde que fortaleçam a rede e indiquem soluções.

**PALAVRAS-CHAVE:** Rede de Atenção à Urgência e Emergência. Regionalização. Macrorregião do Grande Oeste de Santa Catarina. Educação e Saúde.



## **ABSTRACT**

In the implementation of Emergency Attention Network Policy in Macro region of big west region of Santa Catarina as a part of health project in Brazil, this dissertation tries to analyze the role of education. It has as its focus three hospitals which are the entrance of emergency Attention Network: São Paulo Regional Hospital, West Regional Hospital and Terezinha Gaio Basso Regional Hospital. The descriptive-exploratory qualitative research studies: 1) The implementation plan of this network confronting the planned and executed; 2) the qualification of these Hospitals and 3) the role of education and health developed by the hospitals and professionals who perform the care. When evaluating the role of education, it is thematic in the Health Care Networks in SUS, regionalization, service management and the process lived in the RUE. Based on the documentary analysis of the Network Plan and Ministerial Ordinances, 12 semi-structured interviews were carried out, including professionals, Hospital Directors, Regional Interagency Commission Coordinators and SUS Users. The survey of weaknesses and possibilities considers the period between 2013 and 2016. Identifying the discontinuity and fragility in the coordination of care with users in the network, the study makes it possible to analyze, in addition to the implementation of this network, the process of proposing actions for the training of those involved. With the results obtained we present suggestions for education and health that strengthen the network and indicate solutions.

**Key-words:** Attention in Urgency and Emergency; Regionalization; Macroregion of Big West of Santa Catarina; Education and Health.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES (Quadros e Figuras)

Quadro 1 – Dissertações e Teses .....	15
Figura 1 – Modelo Analítico.....	17
Figura 2 – Mapa de Santa Catarina, identificando as três Regiões de Saúde da Macrorregião do Grande Oeste de Santa Catarina (2011) .....	18
Figura 3 – Mapa da composição da Macrorregião de Saúde do Grande Oeste de Santa Catarina .....	31
Quadro 2 – Recursos apresentados pelo Ministério da Saúde (2014) na devolutiva da RUE .....	34
Figura 4 – Mapa da Macrorregião do Grande Oeste de Santa Catarina, Hospitais Porta de Entrada (2013) .....	36
Quadro 3 – Leitos de Retaguarda Clínica – pedido de qualificação .....	40
Figura 5 – Mapa da Macrorregião do Grande Oeste de Santa Catarina, das enfermarias com leitos de Retaguarda e Cuidados Prolongados (2013) .....	41
Quadro 4 – Relação dos Hospitais para Leitos de Retaguarda Clínica em 2015 .....	42
Quadro 5 – Leitos de cuidados prolongados – pedido de qualificação – (2013) .....	43
Quadro 6 – Leitos de Retaguarda de Cuidados Prolongados (2015) .....	44
Quadro 7 – Leitos de Unidade de Terapia Intensiva – UTI .....	44
Figura 6 – Municípios que possuem Hospitais com Leitos de UTI .....	45
Quadro 8 – Novas Unidades de SAMU .....	46
Figura 7 – Município que possuem SAMUs e os novos para receberem .....	48
Figura 8 – Mapa de localização das UPAS (2013) .....	49
Quadro 9 – Diferentes conceituações sobre Educação em relação à Saúde	78
Figura 9 – Síntese .....	89

## LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária em Saúde
ASSEC	Associação Educacional e Caritativa das Irmãs Franciscanas Missionárias de Maria Auxiliadora
CEP/UFRGS	Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CGT	Colegiado de Gestão Regional
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAMED	Faculdade de Medicina
HRO	Hospital Regional Oeste
HRSP	Hospital Regional São Paulo
HRTGB	Hospital Regional Terezinha Gaio Basso
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<i>IOM</i>	<i>Institute of Medicine</i>
MARGOSC	Macrorregião do Grande Oeste de Santa Catarina
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
PPGENSAU	Programa de Pós Graduação Ensino na Saúde - Mestrado Profissional
Projetos UNI	Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União Com a Comunidade – Programa UNI/OPAS/OMS
RAS	Redes de Atenção à Saúde
Rede IDA Brasil	Rede de Integração Docente Assistencial – Brasil
Rede UNIDA	Rede Unida de Integração Docente Assistencial
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SC	Santa Catarina
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCO	Unidade Coronariana
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
PAB	Piso de Atenção Básica

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
1.1 Problema .....	13
<b>1.2 OBJETIVOS</b> .....	<b>13</b>
1.2.1 Objetivo geral .....	13
1.2.2 Objetivos específicos .....	13
<b>1.3 METODOLOGIA</b> .....	<b>13</b>
1.3.1 Caracterização da pesquisa .....	14
1.3.2 Sujeitos da pesquisa .....	14
1.3.3 Coleta de dados .....	14
1.3.4 Procedimentos de Organização e Análise de dados .....	16
1.3.5 Aspectos éticos .....	17
1.3.6 Campo de Investigação: MARGOSC .....	17
<b>2 TEORIZAÇÕES</b> .....	<b>21</b>
2.1 Implantação das Redes de Atenção à Saúde .....	21
2.2 Análise de dados: Implantação da Rede de Urgência e Emergência (RUE): Análise do Plano (Santa Catarina, 2013) e Achados da Pesquisa .....	27
2.3 Habilitação das Três Portas de Entrada .....	36
2.4 Habilitação de Leitos Retaguarda Clínica e de Cuidados Prolongados .....	40
2.5 Leitos de UTI .....	44
2.6 Habilitação de Novos SAMU na Macrorregião .....	46
2.7 Unidade de Pronto Atendimento de Saúde (UPA) .....	48
<b>3 REGIONALIZAÇÃO E GESTÃO DA REDE NA MACRORREGIÃO DO GRANDE OESTE DE SANTA CATARINA</b> .....	<b>51</b>
<b>4 A PORTARIA Nº2.395 DE 11/10/2011 E OS ACHADOS DE PESQUISA</b> .....	<b>64</b>
<b>5 EDUCAÇÃO E SAÚDE NA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</b> .....	<b>76</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>90</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>94</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>103</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>110</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Ao consultar perspectivas diferentes da literatura sobre a temática não localizei estudos que busquem averiguar as fragilidades do processo de implantação da Rede de Atenção à Urgência e Emergência (RUE) na gestão dos serviços de saúde proposta pelo Ministério da Saúde para ação conjunta com os Estados, regionais e municípios vivenciados na Macrorregião do Grande Oeste de Santa Catarina (MARGOSC), evidencia a necessidade de aprofundamento desta temática e a originalidade desta dissertação.

O interesse pela temática emerge da caminhada profissional desta mestrandia como Assistente Social, membro do grupo condutor da RUE e nos serviços de saúde na Macrorregião do Grande Oeste de Santa Catarina. Cabe anunciar que integrar este grupo possibilitou fazer parte do processo de formação de trabalhadores e gestores de serviços de saúde contribuindo com o processo educativo de forma permanente. Como pesquisadora, inserida na Gerência de Saúde de Xanxerê-SC, o objetivo do trabalho é estar apoiando tecnicamente os municípios da região na gestão das políticas de saúde, na formação, implantação e implementação da Rede de Urgência e Emergência. A autora participa desta proposta de implantação desde 2013 até o presente momento. Vivenciou várias etapas deste percurso de implantação como membro do grupo e por dois anos o coordenou, elaborando o plano inicial, acompanhando os avanços e as dificuldades deste percurso até o presente momento.

O Programa de Pós-Graduação Ensino na Saúde – Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGENSAU/FAMED/UFRGS) é o espaço institucional que oportunizou a construção desta dissertação por meio da pesquisa qualitativa sob a orientação da Professora Doutora Carmen Lucia Bezerra Machado.

A base legal para este estudo são as Portarias do Ministério da Saúde nº 354 (BRASIL, 2014), nº 2.395 (BRASIL, 2011b), nº 1.996 (BRASIL, 2007), nº 1.600 (BRASIL, 2011a) e o Decreto Presidencial nº 7.508 (BRASIL, 2011f) que propõem a criação de Redes de Atenção à Saúde, entendidas como dispositivos de mobilização e como lócus de produção de subjetividades, bem como a organização e a regionalização dos serviços.

Como pesquisadora o processo de implantação foi analisado enquanto mecanismo de sustentação de serviços, articulando-os entre si, organizando os fluxos

e melhorando os pontos de comunicação dentro do sistema de gestão, podendo promover a integralidade do cuidado e a melhoria do acesso aos usuários nos serviços do SUS.

A Macrorregião de Saúde do Grande Oeste de Santa Catarina (MARGOSC), foi nosso espaço geográfico de estudo. Segundo o Plano de Implantação da Rede de Urgência e Emergência de Santa Catarina (2013), a estrutura da rede de urgência e emergência é composta por 03 (três) hospitais regionais de médio porte, 31 (trinta e um) hospitais de pequeno porte, 03 (três) Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) suporte avançado e 14 (quatorze) SAMU suporte básico, 40 leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto, 20 leitos de UTI neonatal e uma central de regulação de leitos, para atender 1.175.692 habitantes que compõem a população dispersa em uma área territorial de aproximadamente 14.600 km<sup>2</sup>.

Objetiva-se, com esta dissertação, analisar o processo de implantação da Rede de Urgência e Emergência na (MARGOSC), no período de 2013 a 2016, o Plano (SC, 2013), apontando as fragilidades com vistas a ações educativas. Analisar os hospitais porta de entrada, segundo os critérios da Portaria 2.395 de 2011 do Ministério da Saúde, no que trata da qualificação. Confrontar o planejado e o executado no processo de implantação da Rede de Urgência e Emergência. Conhecer a forma de os hospitais porta de entrada trabalharem no atendimento da urgência e emergência e o processo de educação e saúde realizado na rede.

O plano de implantação da Rede de Urgência e Emergência de 2013 a 2016 desta macrorregião e esta política de saúde, vêm sofrendo descontinuidade e fragmentações, isso fez com que resultassem vários problemas nos serviços que fazem parte da rede, principalmente para os hospitais porta de entrada que compõem a MARGOSC.

A pesquisa realizada levantou as fragilidades que comprometeram este processo no período de 2013 a 2016 e poderemos com o resultado apresentada aqui, listarmos as prioridades entre todas as necessidades da rede, apontarmos possibilidades de conceitos que podem contribuir com o processo de educação e saúde e, encontrarmos soluções para o problema de pesquisa proposto.

A dissertação a seguir traz uma apresentação da Macrorregião do Grande Oeste de Santa Catarina (MARGOSC), o problema de pesquisa, a metodologia com as escolhas, formas de coleta, análise de dados, breve histórico da implantação desta rede, análise do Plano da Rede, revisão de literatura pertinente, apresentação dos

achados da pesquisa, regionalização, análise da Portaria 2.395 de 11/10/2011, o processo de educação na Rede de Urgência e Emergência e as considerações finais.

## **1.1 PROBLEMA**

Descontinuidade do processo de educação e saúde na implantação da Rede de Urgência e Emergência nos hospitais porta de entrada na Macrorregião do Grande Oeste de Santa Catarina (MARGOSC), no período de 2013 a 2016.

## **1.2 OBJETIVOS**

### **1.2.1 Objetivo geral**

Analisar o processo de educação e saúde na implantação da Rede de Urgência e Emergência na Macrorregião do Grande Oeste de Santa Catarina.

### **1.2.2 Objetivos específicos**

- Analisar o Plano de implantação da Rede de Urgência e Emergência (SC, 2013) da macrorregião, apontando as fragilidades no período de 2013 a 2016.
- Analisar os hospitais porta de entrada, segundo os critérios da Portaria 2.395 do Ministério da Saúde de 11/10/2011, no que trata o art.10 da qualificação.
- Confrontar o planejado e o executado no processo de implantação da rede de urgência e emergência.
- Conhecer a forma dos hospitais porta de entrada trabalharem no atendimento da urgência e emergência e o processo de educação e saúde realizado na rede.

## **1.3 METODOLOGIA**

A pesquisa é de natureza qualitativa, do tipo exploratória e com perspectiva emancipatória com análise reflexiva dos dados coletados no processo de implantação da Rede de Urgência e Emergência na MARGOSC, nos três hospitais portas de entrada e nas três Comissões Intergestores Regional (CIRs).

### **1.3.1 Caracterização da pesquisa**

O projeto foi desenvolvido por meio de um estudo qualitativo realizando 12 entrevistas semiestruturadas, aplicadas pela própria pesquisadora, gravadas e depois transcritas, tendo como cenário os três hospitais porta de entrada da Rede de Urgência e Emergência da MARGOSC e as três CIRs que vivenciaram o período de 2013 a 2016.

### **1.3.2 Sujeitos da pesquisa**

Os sujeitos da Pesquisa foram os Diretores dos Hospitais, os profissionais de saúde dos Hospitais, os usuários das emergências e os presidentes das CIRs da MARGOSC, num total de 12 participantes, conforme descrito abaixo:

- 03 Diretores dos Hospitais Porta de Entrada da RUE sendo (1 de Chapecó, 1 de São Miguel do Oeste e 1 de Xanxerê) – identificados pela letra - D;
- 03 Presidentes das Três CIRs (Comissão Intergestores Regional): 1 de Chapecó, 1 de São Miguel do Oeste e 1 de Xanxerê) – identificados pela letra - C;
- 03 Profissionais de saúde de cada porta de entrada da emergência (1 de Chapecó, 1 de São Miguel do Oeste e 1 de Xanxerê) – identificados pela letra - P;
- 03 Usuários de cada Porta de Entrada (1 Chapecó, 1 de São Miguel do Oeste e 1 de Xanxerê) – identificados pela letra - U.

### **1.3.3 Coleta de dados**

Para atender ao propósito da pesquisa foi utilizada a técnica de análise documental e a técnica de entrevista semiestruturada durante a realização da pesquisa, com as seguintes etapas:

- 1- Localização documental primária do Plano de Implantação da Rede de Urgência e Emergência de (SC, 2013) da macrorregião e as modificações ocorridas até 2016.
- 2- Seleção de artigos com referências bibliográficas e de textos indexados no Scielo, no Banco de Dissertações e Teses da CAPES acerca dos temas atinentes e publicados, pesquisados entre 2010 a 2016, segundo a presença nas palavras-chave de ao menos um dos termos: Redes de Atenção à Saúde; Urgência e Emergência,



Regionalização, Educação e Saúde. Foram localizados 40 artigos, que passam a compor os dados desta pesquisa.

Em relação aos temas abordados foram encontradas no banco de teses e dissertações da CAPES 20 dissertações das quais, por apresentar tema afim, foram selecionados apenas 6, descritas no quadro que segue,

**Quadro 1 - Dissertações e teses**

ANO	NÍVEL	TÍTULO	AUTOR	INSTITUIÇÃO
2005	Mestrado	O Trabalho E A Educação Em Urgência Pré-Hospitalar No Rio De Janeiro: Desenvolvimento Da Competência E Da Autonomia Profissional	VINCENT, Simone Paes.	Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)
2012	Mestrado	A Rede De Urgência E Emergência Da Macrorregião Norte De Minas Gerais: Um Estudo De Caso	SOUSA, Soraya Figueiredo de.	Universidade Federal de Minas Gerais, (UFMG)
2012	Doutorado	A regionalização dos serviços de saúde em Santa Catarina: o papel do governo estadual na implementação da política de saúde	VIRTUOSO, Arthur Alexandre	Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)
2014	Doutorado	O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001-2011): diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros	ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de.	Universidade de São Paulo
2014	Doutorado	Redes de Atenção à Saúde do SUS: 25 Anos de uma Contradição Fundamental	GOMES, Ronaldo Marques	Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)
2015	Mestrado	Instrumentos de planejamento: ferramentas para a qualificação da gestão pública em saúde	BERGAMINI, Fernanda	Universidade de São Paulo/ Ribeirão Preto
2016	Doutorado	Educação Permanente em Saúde: O Estado entre a Política e as Práticas	SILVA, Mara Nibia da.	Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Fonte: PANZERA, C.S.T.(2017)

3- As 12 entrevistas semiestruturadas (TRIVIÑOS, 1987) foram realizadas em final de outubro e início de novembro de 2016, conforme a disponibilidade dos participantes, em seus locais de trabalho e nos horários definidos em acordo com os entrevistados. A partir de questões gerais, adequadas aos tipos de entrevistados, estes foram ouvidos, conforme consta nos Apêndices II e III. Para o desenvolvimento deste estudo buscamos a anuência dos participantes do estudo mediante a assinatura do Termo

de Consentimento Livre e Esclarecido, no modelo aprovado pelo Comitê de Ética da UFRGS (Apêndice I).

Os critérios para inclusão dos profissionais e usuários foram: integrar a população da Macrorregião nos últimos 5 anos; ser usuário ou profissional do SUS pelo mesmo período; estar presente no ambiente hospitalar no momento da realização das entrevistas e aceitar voluntariamente participar do estudo.

A coleta de dados ocorreu entre outubro e novembro de 2016, após homologação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS.

#### **1.3.4 Procedimentos de organização e análise de dados**

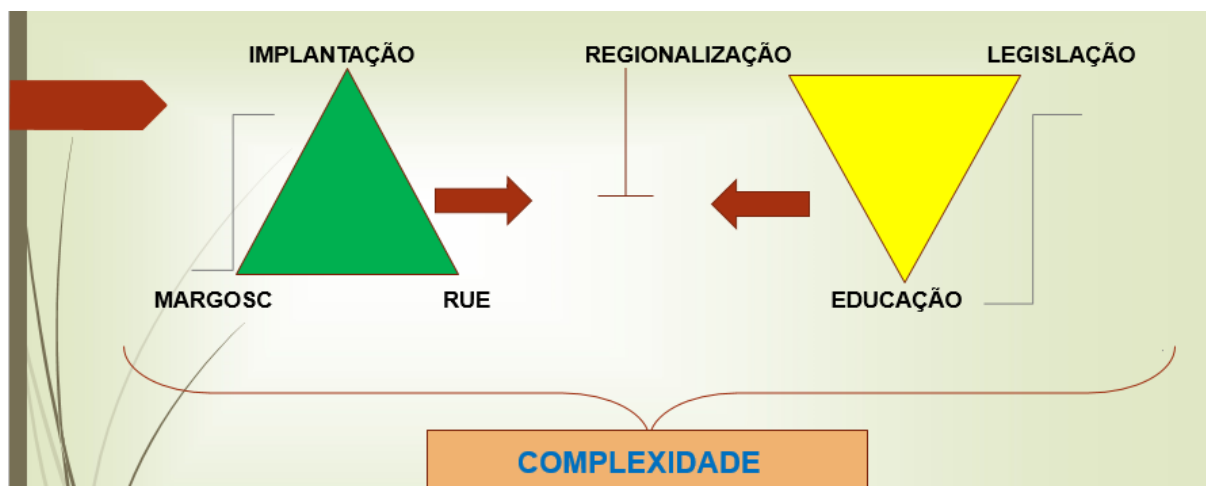
Foi analisado o Plano Macrorregional da Rede de Urgência e Emergência de Santa Catarina (2013), que consta postado no site do governo ([www.saude.sc.gov.br](http://www.saude.sc.gov.br)). Buscamos comparar o que havia sido planejado com o efetivamente realizado de 2013 a 2016.

Os artigos localizados no Scielo, e os textos do Banco de Dissertações e Teses da CAPES acerca dos temas atinentes, compõem um banco de dados de referências analíticas das categorias pesquisadas, fichados e acrescidos ao longo do processo de pesquisa por novas publicações ou portarias disponibilizadas.

Após a realização das entrevistas, elas foram transcritas e os dados qualitativos foram analisados com embasamento teórico e sustentada na revisão da literatura, conforme cada uma das categorias: Implantação da Rede de Atenção à Saúde, Regionalização, Rede de Urgência e Emergência e Processo de Educação e Saúde. Nesta análise dos dados qualitativos, usamos a técnica de análise de conteúdo de acordo com a proposição de Laurence Bardin (2011). Após a realização das análises acima citadas se produz o Relatório de Pesquisa e um artigo com vistas à publicação acadêmica e divulgação junto à macrorregião. Nestes textos, as entrevistas aparecem referidas como parte do texto, seguidas de identificação por tipo de entrevistados e por número que lhe corresponde: - Profissional (P1, P2, P3); - Diretor (D1, D2, D3); Presidente de CIR (C1, C2, C3); e, - Usuário (U1, U2, U3).

O modelo de análise proposto, a partir do suporte teórico de Edgar Morin (2010) embasa a discussão entre as RAS, a RUE e o contexto educacional. Entre a Teoria da Complexidade e o pensamento Complexo.

**Figura 1: Modelo analítico**



Fonte: PANZERA, C.S.T. (2017)

### 1.3.5 Aspectos éticos

Antes da realização da Pesquisa, o Projeto foi submetido às instituições colaborativas para que assinassem o Termo de Autorização da Pesquisa. Do mesmo modo, os usuários, diretores, profissionais de saúde e Presidentes das CIRs, também foram contatados e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto de pesquisa, conforme Resolução 466/2012, foi submetido à apreciação da Comissão de Pesquisa da Faculdade de Medicina (FAMED) da UFRGS, depois de aprovado, cadastrado na Plataforma Brasil e encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS (CEP/UFRGS), para autorização e prosseguimento da atividade. Recebeu o parecer favorável, sob o número: 1.782.678.

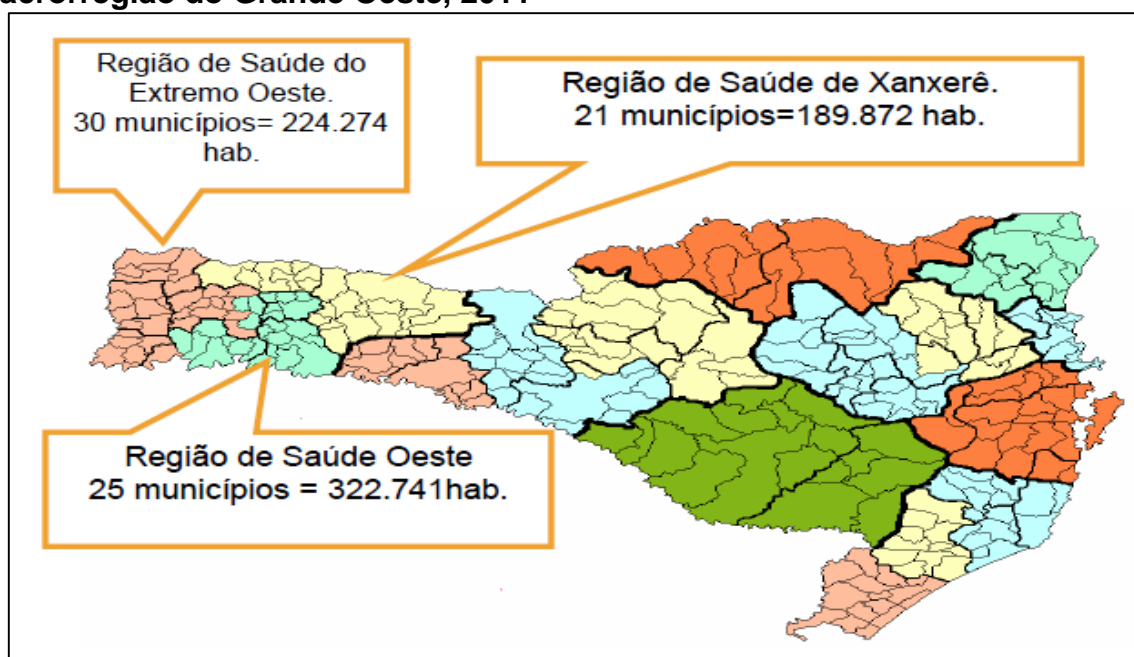
No momento da divulgação desta pesquisa, bem como antes de iniciar as entrevistas foi esclarecido que tratava-se de uma iniciativa acadêmica do pós-graduação, cuja responsabilidade é da pesquisadora, que conta com orientação e amparo legal do Programa de Pós-Graduação ao qual se vincula.

### 1.3.6 Campo de Investigação: MARGOSC

A MARGOSC é composta por 76 (setenta e seis) municípios, organizados em 03 (três) regiões de saúde: Região de Saúde do Oeste com 25 (vinte e cinco) municípios, Região de Saúde de Xanxerê com 21 (vinte e um) municípios e Região

de Saúde do Extremo Oeste com 30 (trinta) municípios. A macrorregião possui a maior área territorial em km<sup>2</sup> (aproximadamente 14.658,70 km<sup>2</sup>), com diversas problemáticas geográficas, entre elas a malha viária sinuosa, as distâncias entre as cidades e entre as referências regionais. A população total é de 736.887 mil habitantes (IBGE, 2010), que corresponde a 12% da população do Estado, desta, 69% concentra-se na área urbana e 31% na área rural. (Santa Catarina/SC, SES. 2013)

**Figura 2 - Mapa de Santa Catarina identificando as três regiões de saúde da Macrorregião do Grande Oeste, 2011**



Fonte: Plano RUE da Macrorregião do Grande Oeste de Santa Catarina (SC), 2013

A região de Saúde de Xanxerê, entrou na Rede de Urgência e Emergência em 2013 integrando o Plano Macrorregional. O município de Xanxerê, é sede desta região e possui uma população de 44.128 habitantes (IBGE, 2010). Está estruturado com SAMU, uma Unidade Básica e uma Unidade Avançada, um Pronto Atendimento 24 horas, não possui UPA (Unidade de Pronto Atendimento) e conta com o Hospital Regional São Paulo, uma das portas de entrada da Rede de Urgência e Emergência para o grande oeste catarinense, referência em Cardiologia e Vascular de alta complexidade.

O Hospital Regional São Paulo iniciou suas atividades em 1970. Em 1972 passou a ser administrado pela ASSEC - Associação Educacional e Caritativa das Irmãs Franciscanas Missionárias de Maria Auxiliadora (ASSEC), uma entidade filantrópica, sem fins lucrativos. Atualmente é um hospital de médio porte, atende 90%

SUS, com 110 leitos, possui 10 leitos de UTI para adultos, 1 leito UTI pediátrico, 10 leitos de UTI neonatal, com previsão de mais 10 leitos novos. Em 2004 tornou-se referência na alta complexidade em Cardiologia e em 2015 em Vascular. É referência para seis regiões de saúde, somando 76 municípios da Macrorregião do Grande Oeste Catarinense e o Meio Oeste Catarinense, para uma população de 1.175.692 habitantes. Entrou na Rede de Urgência e Emergência (RUE) em 2013, como hospital especializado, como porta de entrada para 21 municípios da Região de Saúde de Xanxerê, é referência de urgência e emergência em Cardiologia e Vascular para os 116 municípios. Está ainda na Rede Cegonha como referência para 21 municípios que compõe a Região de Saúde de Xanxerê.

A Região de Saúde do Oeste, possui população de 322.741 habitantes e o município sede é Chapecó, com aproximadamente 200.000 habitantes, também compôs a rede de urgência e emergência em 2013. Está estruturado com uma UPA, com três unidades de SAMU (duas básicas e uma avançada), uma central macrorregional de regulação de leitos, o Hospital Regional Oeste, porta de entrada da Rede, com três especialidades em alta complexidade.

O Hospital Regional Oeste (HRO), localizado no município de Chapecó, iniciou suas atividades em 1986 e atualmente é administrado pela Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira, entidade filantrópica. Especializado em alta complexidade em Traumatologia - Ortopedia, Neurocirurgia / Neurologia e Oncologia, atende 92 municípios. Possui 250 leitos gerais e 197 leitos SUS, prevendo ampliação de mais 156 leitos novos. Possui 10 leitos de UTI adulto e 10 leitos UTI neonatal, prevendo duplicação de leitos de UTI adulto.

A Região de Saúde do Extremo Oeste, com população de 224.274 habitantes possui como município sede de região São Miguel do Oeste. Conta com uma unidade básica e uma avançada de SAMU, uma UPA 24 horas. Há um Hospital Regional que se denomina Terezinha Gaio Basso e não há, até o momento, nenhuma especialidade de alta complexidade ofertada.

O Hospital Regional Terezinha Gaio Basso, no extremo oeste catarinense, foi inaugurado no dia 27 de dezembro de 2010. Iniciou suas atividades em janeiro de 2011 e vem desenvolvendo seus trabalhos em diversas especialidades da saúde, sendo referência em oftalmologia na média complexidade. A estrutura conta com 10,1 mil metros quadrados de área construída, um amplo Centro Cirúrgico, possui 80 leitos de clínica geral e 10 leitos na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Este Hospital

oferece tratamento de média complexidade, 100% SUS, e atende aos 30 municípios da região extremo oeste catarinense. O Hospital é uma obra do governo do Estado de Santa Catarina, entretanto, é administrado pela Associação Beneficente Hospitalar de Peritiba – Rede São Camilo, entidade filantrópica.

A MARGOSC possui, portanto, uma estrutura na rede de urgência e emergência composta por 3 (três) hospitais porta de entrada de médio porte, 31 (trinta e um) hospitais de pequeno porte, 3 (três) SAMU suporte avançado e 14 (quatorze) SAMU suporte básico, 40 leitos de UTI adulto, 20 leitos de UTI neonatal e uma central de regulação de leitos.

O campo de investigação da pesquisa que deu origem a esta dissertação foram os três hospitais porta de entrada da Rede de Urgência e Emergência acima caracterizados: 1. Hospital Regional São Paulo – Xanxerê, 2. Hospital Regional Oeste – Chapecó, e 3. Hospital Regional Teresinha Gaio Basso – São Miguel do Oeste; e, as três CIRs (Comissão Intergestores Regional) na Região de Saúde de Xanxerê, Região de Saúde Oeste, Região de Saúde do Extremo Oeste.

## **2 TEORIZAÇÕES**

O tema da dissertação, “Análise do processo de educação e saúde na implantação da Rede de Urgência e Emergência na MARGOSC”, foi estudado com base nas Portarias do Ministério da Saúde nº1.600 (BRASIL, 2011a), nº354 (BRASIL, 2014), nº 2.395 (BRASIL, 2011b) nº 1.996 (BRASIL, 2007) e no Decreto Presidencial nº 7.508 (BRASIL, 2011f), bem como nas seguintes categorias de análise como achados na pesquisa: Implantação das Redes de Atenção à Saúde, Rede de Urgência e Emergência, regionalização e gestão dos serviços, educação e saúde, que serão apresentadas a seguir e dialogadas com os referenciais teóricos nos próximos capítulos.

### **2.1 Implantação das Redes de Atenção à Saúde**

Neste capítulo vamos tratar do processo de implantação das Redes de Atenção à Saúde, na realidade brasileira, abordando um contexto histórico sobre o tema, trazendo a revisão de literatura e a legislação pertinente.

A primeira descrição a respeito das redes, foi apresentada pelo Relatório Dawson, publicado em 1920, no Reino Unido, solicitado pelo governo inglês. Este resultou em mudanças na proteção social adotados depois da Primeira Guerra Mundial. Naquela época, o objetivo era buscar formas de organizar os serviços de saúde para toda uma população de uma determinada região. (BRASIL, 2015). O relatório apresentava uma proposta de organização sistêmica para garantir o acesso a cuidados integrais para a população.

A partir de 1985, com o incentivo da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e da Fundação Kellogs foi formada a Rede IDA Brasil. Esta tinha uma proposta aberta, não competitiva, para a formação de um trabalho mediante relações horizontais, destinando-se ao intercâmbio de informações, a criar conhecimentos e compartilhar experiências com o propósito de incentivar soluções a problemas de desenvolvimento social. O pouco poder de influência destas experiências foram aparecendo como inquietações. A partir disso os Projetos UNI foram inseridos no campo da saúde e da educação. Depois desta inserção, houve a redefinição dos propósitos que resultaria na reconfiguração de uma nova Rede, agora chamada de Rede UNIDA. A Rede UNIDA foi capaz de incorporar sujeitos que atuavam nos

movimentos inovadores de educação e saúde que tinham postura e pensamentos críticos, mais contemporâneos no país. (COSTA; KALIL; SADER, 1999)

Em 2008, a OPAS publicou um documento para orientar os países latino-americanos na organização de Redes Integradas de Serviços de Saúde.

A experiência internacional como Inglaterra, Alemanha, Itália, Espanha e Canadá, a descentralização articulou-se a processos de regionalização, que possibilitaram as organizações de redes de serviços, associadas à criação e fortalecimento de autoridades sanitárias regionais (LIMA et al., 2012, p.2882).

Tais orientações, amparadas nas experiências europeias e norte americanas sustentam os encaminhamentos, que tiveram início no Brasil, a partir de 2002, e que ainda carecem de avaliações mais sistemáticas, pois as redes são uma nova proposta de política de sustentação do SUS.

No Brasil, temos que avaliar a implantação destas novas políticas, pois no decorrer do processo histórico, “o fato do país ter começado a implantar direitos e serviços de caráter social democrata, numa conjuntura desfavorável, dominada, tanto no plano mundial como no nacional, pelas práticas e ideias neoliberais” (RODRIGUES, 2014, p.39), faz com que, dentro desta conjuntura surgissem várias dificuldades para efetivação de políticas sociais. Com o passar do tempo, isso está trazendo “um dilema em relação à manutenção do projeto modelo socialdemocrata daquelas políticas, tal como definido pela Constituição” (RODRIGUES, 2014, p.39). Temos que, dentro desta conjuntura, avaliar a implantação das redes, como iniciativas governamentais, com a realidade na qual estamos inseridos dentro futuramente do processo social, econômico e político do país.

No Brasil, o tema das redes de atenção à saúde é recente e não há experiências em escala, nem avaliações robustas. Contudo, estudos de casos de experiências de redes de atenção à saúde indicam que elas, à semelhança do que ocorrem em países desenvolvidos, podem melhorar de maneira significativa os níveis de saúde, com custos suportáveis pelo SUS (BRASIL, 2015, p. 28).

Os gestores do SUS decidiram implantar no país as Redes de Atenção à Saúde (RAS) - Portaria GM/MS nº4.279/2011, na forma de redes temáticas, nas quais foram priorizadas algumas linhas de cuidado. Esta nova concepção de Redes, redefine os novos modelos de atenção à saúde no território nacional, como política pública de governo (BRASIL, 2015) e se mantém em vigor até o final do ano de 2016.



Para que as redes possam se organizar enquanto política é necessário ter “autossuficiência na atenção especializada nas regiões de saúde e com autossuficiência em atenção especializada de alta complexidade nas macrorregiões” (BRASIL, 2010, p.21). Estas necessidades, geram situações que nos fazem refletir o papel das Secretarias de Estado de Saúde (SES) nesta conjuntura, pois colocam às Secretarias, “o papel preponderante de coordenador e indutor de um novo modelo de atenção voltado para o atendimento da população, em territórios sanitários e não de acordo com a oferta disponível em territórios políticos-administrativos” (BRASIL, 2010, p.21). A política de implantação das Redes de Atenção à Saúde estariam neste contexto, a serviço de atenderem às necessidades da população de acordo com as demandas do território na qual elas estarão inseridas.

Segundo Mendes (2010), as Redes de Atenção à Saúde são organizações poliárquicas compostas por um conjunto de serviços de saúde, coordenadas pela atenção primária. Os elementos que constituem uma rede são: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção. Servem como diretrizes para estratégia de articulação e gerenciamento das unidades e dos atendimentos na rede as linhas de cuidado (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015).

O processo de municipalização, a partir da Norma Operacional Básica 96 (NOB 96), dividiu as gestões de saúde em: Gestão Plena do Sistema Municipal, que incorporou a gestão de média e alta complexidade e Gestão Plena de Atenção Básica, em que os municípios se responsabilizam pela gestão dos serviços básicos de saúde, não emitindo nenhuma orientação quanto ao processo educativo.

Alguns autores ao discorrerem sobre municipalização referem que,

Os municípios são alçados ao rol de entes federados a partir da Constituição Federal de 1988 e começa um período de tensionamento entre o governo central e subnacionais na disputa por funções e recursos na gestão pública, o que significou avanços e retrocessos (DUARTE et al., 2015. p.476).

Rodrigues (2014), considera que o principal resultado da municipalização dos serviços públicos de saúde é que até hoje o SUS não funciona efetivamente como um sistema regionalizado e integrado como se propôs, como orienta o art.198, inciso II da Constituição Federal (1988), e pelo artigo 7, inciso II e IX, alínea b, da Lei Orgânica da Saúde (Brasil, 1990).

Para garantir a operacionalização dos novos procedimentos, em 1998 foi criado o Piso de Atenção Básica (PAB), em que os recursos passaram a ser diretamente proporcionais ao número de habitantes do município, o que possibilitou maior estabilidade no planejamento das ações de saúde em nível local. Para implantação de ações referente às políticas de saúde no território nacional, temos que levar em consideração o quantitativo populacional dos municípios, no caso da gestão do SUS, isso não é diferente, temos nesta conjuntura problemas, “a maioria dos municípios brasileiros é muito pequena em termos populacionais; 70,5% deles têm menos de 20 mil habitantes e 89,4% têm até 50 mil habitantes” (RODRIGUES, SANTOS, 2011, p.104).

Esta desproporcionalidade populacional entre municípios não foi considerada, no que diz respeito à descentralização. Continua o autor “no afã de descentralizar a gestão do SUS. A opção pela gestão municipal trouxe, em primeiro lugar, como já mencionado, a dificuldade para organizar a rede de serviços em moldes regionais” (RODRIGUES, 2014, p.50).

O documento do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde – CONASS (BRASIL, 2010), já confirmava o que Rodrigues (2014), afirmou acima, a respeito do problema do quantitativo populacional. Na formação das Redes de Atenção à Saúde, o CONASS relata que, no país, “há enormes diferenças entre estados e dentro dos estados, 75% dos municípios têm menos de 20 mil habitantes, uma escala insuficiente para a organização de Redes de Atenção à Saúde, eficientes e de qualidade” (p. 48). Esta análise do contexto populacional faz-nos refletir a questão das disparidades regionais e municipais, que se apresentam na MARGOSC também, insuficientes para implantarmos os serviços necessários para formarmos uma rede resolutiva e qualificada. De acordo com Santos e Giovanella (2014),

As disparidades entre os municípios brasileiros por condições geográficas, demográficas, políticas, técnico-administrativas, socioeconômicas e financeiras, além da complexidade de demandas e necessidades da população, apresentam problemas cujo enfrentamento transpõe o território municipal, posto que, o alcance da integralidade depende da articulação dos sistemas municipais de atenção em redes regionais (p. 287).

Após este processo de municipalização, houve enorme expansão das redes de serviços e ações de saúde, bem como efetiva ampliação da capacidade gestora do

sistema, fator que vem possibilitando uma expressão crescente de experiências inovadoras nos campos da gestão e do cuidado à saúde (SILVA; GULJOR, 2009).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) estão sendo formadas a partir de uma proposta de regionalização dos serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Para Silva (2011) a constituição das redes é para racionalizar gastos, otimizar recursos e promover uma atenção condizente com as necessidades dos usuários e,

Sob a égide do Decreto nº 7.508/11, o processo de regionalização assume um maior grau de complexidade e se associa a uma percepção mais ampla e integrada de transformação socioeconômica e de redução das desigualdades regionais, sendo amparada pela expansão do investimento público federal, estadual e municipal (DUARTE et al., 2015, p.1164).

No Brasil, como afirmam Dourado e Elias (2011), a regionalização da saúde é um fenômeno ainda mais complexo. As dimensões geográficas continentais, o número de usuários potenciais (acima de 200 milhões), as desigualdades e diversidades regionais subjacentes, (governamentais e não governamentais; públicos e privados) que estão envolvidos na condução e prestação da atenção à saúde são algumas das características que exemplificam essa complexidade (VIANA et al., 2015).

Para entendermos a complexidade deste fenômeno explica Morin que o “Complexo é tudo aquilo que não se pode reduzir a uma explicação clara, a uma ideia simples e, muito menos, a uma lei simples. O conhecimento complexo procura situar na rede à qual ele se encontra conectado” (MORIN, 2010, p.190).

Complexo é não conseguirmos reduzir a uma simples ação a implantação das redes de atenção à saúde, que veio orientada por portarias. Estas redes e a regionalização envolvendo distintas partes de território nacional, com diferenças demográficas, econômicas, culturais, sociais e ideológicas, desafia-nos a entender a complexidade desta política trabalhando em rede, serviços que ainda não foram conectados na sua integralidade. A proposta que veio do Ministério da Saúde junto às regiões de saúde nos estados e municípios, por meio de Decretos e Portarias Ministeriais, depara-se com as condições objetivas para a implementação por vezes presentes e por vezes inexistente.

O Decreto Presidencial nº 7.508/11 traz este desafio para que as regiões de saúde se tornassem espaços estratégicos, com o planejamento regional integrado para articular ações e serviços de saúde que seriam organizados em territórios, mas que seguem sem problematizar a educação em saúde.

Entende-se por RAS, organizações poliárquicas de conjuntos e serviços de saúde vinculadas entre si por missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente que permite ofertar uma atenção contínua e integral à determinada população (RODRIGUES et al., 2014, p. 349).

A preocupação com a articulação da rede de serviços assistenciais já estava presente nos fóruns desde a década de 90, que se propunham a desenhar a proposta de estruturação do novo sistema de saúde. Inicialmente, no âmbito macro organizacional, o desenho proposto era no formato de uma pirâmide, em que as unidades básicas, representativas da porta de entrada, ocupariam a base; os ambulatórios especializados, a parte intermediária; e os hospitais de maior complexidade, o vértice (MENDES, 2002).

A implantação das Redes de Atenção à Saúde vem sendo discutida pelo governo federal, estados e municípios, altera as formas de relacionamento entre os entes federativos, trazendo interdependência na gestão e no financiamento da saúde. A proposta é de implantar as seguintes redes: Rede da Urgência e Emergência (RUE), Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), Rede Cegonha, Rede da Pessoa Portadora de Deficiência e Rede de Atenção às Doenças Crônicas.

O problema principal do SUS reside na incoerência entre a situação de condição de saúde brasileira de tripla carga de doença, com o forte predomínio relativo as condições crônicas, e o sistema de saúde praticado, fragmentado e voltado para as condições e eventos agudos. Esse descompasso configura a crise fundamental do sistema público de saúde no país que só será superada com a substituição do sistema fragmentado pelas redes de atenção à saúde. (MENDES, 2011, p.58)

O processo de implantação das redes de atenção à saúde exigiu um intenso processo de planejamento e gestão, preparo educacional dos profissionais e gestores municipais, para que todos conseguissem entender a importância de regionalizar os serviços, possibilitando o acesso mais humanizado e qualificado dos usuários do SUS à Rede. Busca-se, com isso, dar maior efetividade ao SUS, conforme assinalam Santos e Andrade,

O SUS se configura com um conjunto de redes de serviços organizadas de forma regionalizada. Essa é a determinação constitucional que precisa ser levada em consideração pelos dirigentes e especialistas em saúde pública, os quais devem, na composição dessas redes, dotá-las dos elementos necessários à gestão, além de organizá-las sob a ótica técnico-sanitária necessária à garantia da saúde da pessoa, de modo humano, racional e eficaz (2008, p.43).

As Redes de Atenção à Saúde são hoje uma possibilidade de sustentabilidade ao SUS, buscando melhorar sua gestão e compartilhar as responsabilidades territoriais, mesmo considerando dentro deste processo as dificuldades na implantação, ressaltamos que vai superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde, organizando os serviços e garantindo melhor acesso dos usuários ao SUS, promovendo a saúde ao invés de atacar a doença.

Kuschnir e Chorny (2010) discutem a proposta de organização de redes de atenção à saúde que tem sido incluída no grande campo do “cuidado integrado”, denominação genérica que agrupa intervenções que variam muito em objetivos e escopo, tendo em comum a busca por mecanismos e instrumentos de integração do cuidado.

As redes configuram-se em dispositivo de mobilização e, ao mesmo tempo, podemos identificá-las como lócus de produção de intersubjetividades. Apontamos assim, para sua potência na construção de estratégias que permitam a superação de uma lógica neoliberal. Tomando-se por base as trocas estabelecidas, as redes possibilitam um lugar de convívio, de consolidação de laços duradouros e identitários. Seu caráter instituinte de valores solidários e de mediação das demandas do coletivo permeia nossa sinalização das redes como dispositivo ímpar na construção das práticas integrais no SUS (SILVA; GULJOR, 2009). Com intuito de garantir a integralidade do SUS, as redes foram implantadas em várias regiões do Brasil: uma delas foi a Rede de Urgência e Emergência. Em cada Estado, teve por base o planejamento e a elaboração dos Planos Macrorregionais das Redes de Urgência e Emergência que nortearam esta política.

## 2.2 Análise de Dados: Implantação da Rede de Urgência e Emergência (RUE), Plano (Santa Catarina, 2013) e Achados da Pesquisa

No Brasil, foi reconhecido pelo Ministério da Saúde a importância de ser criado um sistema de urgência e emergência pela Portaria nº 2.048/2002 que estabelece princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência e, também normas e critérios de funcionamento, classificação e cadastramento de serviços. Cada Estado teria de organizar seus serviços de urgência e emergência, com a estrutura

essencial para execução dos princípios do SUS (TORRES; BELISÁRIO; MELO, 2015).

Entre 1999 e 2002 foi priorizado, na agenda do Ministério da Saúde (MS), a formulação de normas de atendimento pré-hospitalar móvel, com a participação do Conselho Federal de Medicina e de profissionais que atuavam na área da regulação e do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). A partir de 2001, surgiu a necessidade de implantação de uma Política Nacional de Atenção às Urgências, são consideradas nesta proposta as portarias que foram norteadas pelas Normas Operacionais Básicas (NOAS, nº01/2001 e nº01/2002) e pela organização de sistemas regionalizados.

A principal delas, a Portaria nº 2.048, publicada em 2002, revela os esforços do poder público em normatizar a atenção às urgências por meio da aprovação do Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Ressalta-se que o estabelecimento de normas para a organização dos serviços de atenção às urgências foi de relevância pública (IBAÑES; GRANJA; VIANA, 2015).

Em 2011 foi revogada a Portaria nº1.863 de 2003 e publicada a Portaria nº 1.600 (BRASIL, 2011a) que reformula a Política de Atenção às Urgências e institui a Rede de Urgência e Emergência (RUE) no SUS. Trazem estas diretrizes, os componentes e sua operacionalização modificando a política de saúde. Buscou-se, nesta política, correções necessárias de atenção integral às urgências e emergências dentro das diretrizes estabelecidas nos Planos de Atenção às Urgências, em suas instâncias de representação, que possibilitaria aos atores envolvidos discutir, avaliar e pactuar diretrizes e ações prioritárias a um determinado território.

[...] um projeto como a RUE, com essa magnitude e importância, deve ter seus efeitos monitorados e avaliados ao longo do tempo. Esses esforços, bem como a indução da discussão da organização das redes nos territórios das regiões de saúde, terão seus frutos em médio e longo prazo. Os resultados mensuráveis até agora ainda não demonstram a alavancada e o movimento positivo que a implantação da RUE tem representado junto aos gestores, prestadores e profissionais de saúde. O resultado dessa grande iniciativa só poderá ser, de fato, avaliado com maior precisão ao longo dos próximos anos (JORGE et al., 2014. p.139).

A implantação da Rede de Urgência e Emergência na MARGOSC ocorreu em 2013, a partir da aprovação do Plano da Rede de Urgência e Emergência (Santa Catarina, 2013), pedido este da Secretaria de Estado da Saúde (SES), de forma emergencial, pois os seus representantes informaram que “não tínhamos muito tempo”

para elaborarmos o Plano, uma vez que o Ministério da Saúde havia sinalizado a previsão de recursos para a implantação das RAS para os estados e municípios, neste breve período. O Estado de Santa Catarina precisava garantir estes recursos, para implantar novos serviços e qualificar os existentes.

*O erro central deste processo de implantação é, que o incentivo foi sendo usado como pagamento da produção e não como um incentivo para qualificação da porta de entrada. (D-2)*

*[...] esta implantação seria a solução de grandes gargalos dentro do sistema único de saúde. (C -2)<sup>1</sup>*

Muitas estratégias para qualificar e ampliar a atenção hospitalar vêm sendo realizadas, com o aumento de recursos financeiros dos hospitais porta de entrada das redes, tanto de custeio quanto de investimento em infraestrutura, com objetivo de ampliar e qualificar a atenção, como indicam os entrevistados acima.

Há também a visão por parte dos gestores, de forma permanente ou momentânea, de que os incentivos das redes podem trazer a substituição de recursos da fonte municipal ou estadual, não necessariamente seguidos do real incremento financeiro para se ampliar o acesso e qualificação da atenção (Jorge, et al., 2014). Neste mesmo sentido, afirma JÚNIOR (2014):

E a criação dos incentivos das redes, estimulando uma nova relação entre os gestores e os prestadores, incluindo os serviços próprios estatais, com parte fixa e variável baseada em resultados e objetivos mensuráveis. Esse é o primeiro passo para o sistema sair da armadilha de pagamentos exclusivamente por procedimentos (2014, p. 32).

Incentivos financeiros promovem a implantação da Redes, mas, com os recursos destinados hoje, não há como financiar o sistema público de atenção à saúde. O financiamento do SUS constitui um nó crítico que não tem sido desatado por nenhum governo, como presenciamos ao longo dos anos (MENDES, 2014).

Os recursos financeiros, no entendimento da pesquisadora enquanto trabalhadora do SUS na região, estariam sendo repassados como uma proposta de sustentação desta rede. Mas, como relatou o entrevistado, (D-2) quando chega ao

---

<sup>1</sup> As entrevistas realizadas na pesquisa aparecerão a partir deste item até o final desta dissertação, estabelecendo diálogo no texto e contextualizadas com os autores escolhidos, aparecendo em itálico e em parágrafo recuado.

serviço muitas vezes acaba sendo usado em outras finalidades diferentes daquela para a qual havia sido destinada, comprometendo o cumprimento das diretrizes legais proposta nesta política.

Para atender solicitação do Estado de Santa Catarina, como tarefa inicial os servidores das Gerência de Saúde de Santa Catarina, tinham que reunir vários representantes do segmento saúde para formar um grupo condutor com: 1. Gerências de Saúde, 2. Três Comissões Intergestores Regionais (CIRs), 3. Secretarias Municipais de Saúde dos municípios sede de Hospitais Regionais, 4. Conselhos Municipais de Saúde, 5. Hospitais de médio e pequeno porte.

O papel do grupo condutor é reunir as informações para um diagnóstico de necessidades e ofertas já existentes, insuficiências ou vazios assistenciais ou vazios existenciais, chegando à conformação de uma rede regional em todos os seus componentes e linhas de cuidado (JORGE et al., 2014, p. 140).

Este grupo catarinense teve de ler e analisar as Portarias<sup>2</sup> pertinentes para elaborar um Plano Macrorregional que contemplasse: o diagnóstico da realidade, a proposta da macrorregião com o desenho da rede e, posteriormente, auxiliar a implantação da Rede de Urgência e Emergência na Macrorregião do Grande Oeste de Santa Catarina.

*Esse processo de estudo das portarias, foi muito rápido, a interpretação e a busca de informações dificultou o desempenho do grupo. (D -1)*

*[...] não tivemos muito tempo para ler as portarias, para analisar a questão logística, as questões burocráticas, isso sobrecarregou. (P-1)*

As nossas leis não foram suficientes para proteger o SUS do caráter clientelista, privatista e ineficiente do Estado brasileiro. Com a ânsia de acabar com o centralismo, fez-nos considerar o município como núcleo básico organizacional do sistema, deixando de lado, por muitos anos, a região de saúde prevista na Constituição (SANTOS; CAMPOS, 2015).

---

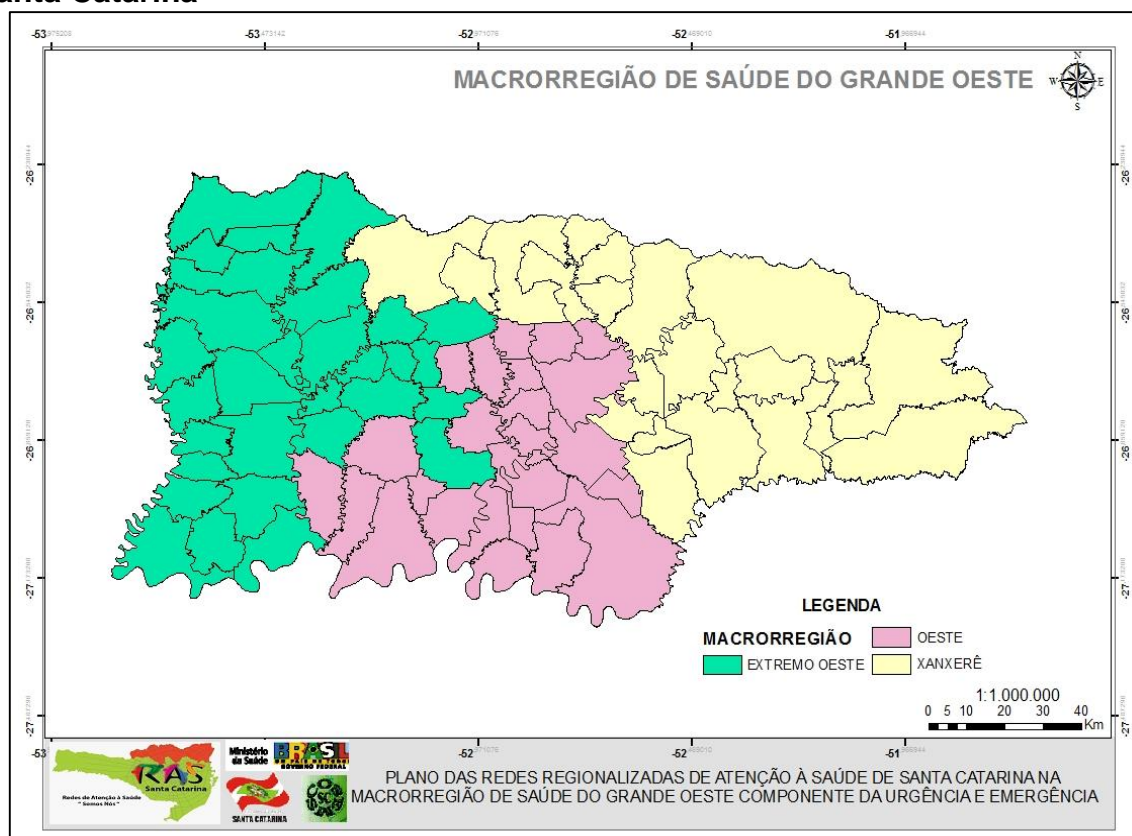
<sup>2</sup> Portarias nº (1.101 de 12/06/2001, 1.600 de 07/07/2011, 154 de 24/01/2008, 2.488 de 21/10/2011, 2.527 de 27/10/2011, 1.533 de 16/07/2012, 3.124 de 28/12/2012, 342 de 04/03/2013, 2.338 de 03/10/2011, 1.01 de 21/05/2012, 1.559 de 01/08/2008, 1.792 de 22/08/2012, 2.655 de 21/11/2012, 1.299 de 23/11/2012, 2.395 de 11/10/2011, 210 de 15/07/2003, 123 de 28/02/2005, 2.994 de 13/12/2011, 664 de 12/04/2012, 665 de 12/04/2012, 2.809 de 07/12/2012, 2.011 de 14/09/2012, 2.541 de 08/12/2012, 3.070 de 27/12/2012).



Com frequência deparamo-nos com políticas que são pensadas de forma vertical e centralizadas, com o poder de controle sob os municípios, desonerando o Estado de suas responsabilidades, mas concentrando a distribuição das verbas. Os prazos que os órgãos públicos nos impõem na organização de políticas de caráter clientelista, revela que o financeiro sempre prevalece sob os interesses do controle social.

Este Plano (SC, 2013) contemplou programação de metas, que na MARGOSC, envolveu as três regiões de saúde, junto com o Ministério e o Estado propondo implantar esta rede até no final de 2015, conforme havia sido solicitado pela Secretaria de Estado da Saúde (SES) de Santa Catarina. No quadro abaixo a figura geográfica das três regiões de saúde que compõem esta Macrorregião.

**Figura 3 - Mapa da composição da Macrorregião de Saúde do Grande Oeste de Santa Catarina**



Fonte: Plano da RUE da Macrorregião do Grande Oeste de SC (2013)

Depois de o grupo ter realizado a leitura de todas as portarias muito superficialmente, pois havia pouco tempo hábil para aprofundar esta tarefa, elaboramos o Plano com a participação dos membros do grupo. O referido Plano passou pela aprovação em caráter extraordinário nas três CIRs, e foi enviado à

Secretaria de Estado da Saúde (SES). Esta encaminhou para aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Todo este processo foi realizado de forma rápida, em aproximadamente 45 dias, pois tínhamos a missão de auxiliar a SES e garantir o recurso que já estava escasso no Ministério da Saúde. O Estado tinha um prazo para implantar esta Rede em todo seu território até 2015. Aprovado o plano na CIB, foi enviado ao Ministério da Saúde que o validou. Os entrevistados na pesquisa relatam abaixo suas percepções deste processo de implantação:

*O que a gente viveu foi que, ocorreram várias fragilidades no caminho. (P-3)*

*[...] os objetivos do plano são muito bons, a gente acabou se perdendo no caminho. (D-3)*

As dificuldades enfrentadas revelam que não foi elaborado conceito específico para as redes assistenciais que permitisse apoiar e subsidiar o planejamento e as negociações. Apenas portarias com diretrizes organizativas para redes estaduais foram emitidas (Albuquerque; Viana, 2015). A tese de Gomes (2014), também aponta que há contradições na organização das Redes, sendo que:

[...] a principal contradição das Redes de Atenção à Saúde do SUS está no permanente conflito entre a Organização Necessária dessas redes, com seus requisitos de regionalização, integralidade e integração e o modo de organização federativo e municipalista - estruturalmente fragmentador e desintegrador, dos diversos componentes de sua Organização Atual, resultando nos graves problemas de carências, fragmentação, desintegração, instabilidade organizacional e fragilidades das redes do SUS e de sua prestação de serviços de saúde (p.51).

Sem tempo hábil para que pudessem fazer um planejamento de implantação com base no Plano da Rede, os entrevistados revelam que tiveram grandes dificuldades e “o grupo se perdeu no caminho” (D-3), fato este demonstra que faltou planejamento nas ações desta rede, ou, que ele foi insuficiente.

[...] a ausência de planejamento regional para as estratégias de descentralização no SUS acirrou os desigualdades dos entes subnacionais, fragilizou e comprometeu o papel das esferas estaduais, resultando desde 1990, em milhares de sistemas locais isolados sem capacidade de gestão para viabilizar a integralidade e sem mecanismos e expertise para conformação de redes intermunicipais (SANTOS; GIOVANELLA, 2014 p. 624).

O grupo condutor empenhou-se em elaborar o Plano e encaminhar no prazo solicitado ao Estado e este ao Ministério da Saúde. O planejamento das ações que resultariam na implantação desta rede ficou a desejar, não houve um planejamento, somente explicamos aos componentes e prestadores o que deveriam cumprir conforme as Portarias nº (2.395 de 11/10/2011, 2.809 de 07/12/2012).

Tais portarias abordam a necessidade de promover atividades educativas. Desde o início deste Plano, cada item, necessita do financiamento pelo Ministério da Saúde, para habilitação e as ações de educação permanente na rede não foram executadas conforme deveriam ter sido feitas pelo grupo condutor.

*Não teve evolução na educação permanente na rede, se deixou a desejar e hoje faz falta. (C-2)*

[...] salientar a importância de um planejamento para a Educação Permanente dos profissionais, desde a gestão da clínica, passando pela gestão de estabelecimento de saúde e de sistemas deve compor os Planos de Ação Regional (PAR), incluindo a formação específica para os profissionais que atuam nas urgências e na regulação, tendo em vista os problemas identificados (JORGE et al., 2014, pag.141).

Com os relatos dos entrevistados, percebemos que organizar as ações de educação permanente na rede é fundamental para que os profissionais recebam capacitações e desenvolvam um entendimento de como funciona e qual é o papel que cada componente possui no processo de atendimento do usuários no território. A educação permanente na implantação desta rede não foi significativa para que pudéssemos perceber, depois de três anos, os resultados esperados e reduzir os problemas de gestão deste processo.

Seguindo a proposta do Plano (SC, 2013), no ano de 2014, foram habilitados os Hospitais Porta de Entrada da Rede de Urgência e Emergência pelo Ministério, conforme Portarias nº 1256 de 25 de junho de 2013 e Portaria nº 2941 de 4 de dezembro de 2013 aprovaram as Etapa III e IV do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências da MARGOSC e Municípios e aloca recursos financeiros para sua implantação, conforme quadro 2 abaixo:

**Quadro 2** – Recursos apresentados pelo Ministério da Saúde (2014) na devolutiva da RUE.

Hospital Regional São Paulo- Xanxerê SC	
RECURSOS IMEDIATOS (Mês)	
Porta de Entrada Tipo I	R\$ 200.000,00
08 leitos de UTI Adulto Tipo II qualificados	R\$ 70.360,32
02 leitos de UTI Ped Tipo II qualificados	R\$ 17.590,08
<b>Total mensal</b>	<b>R\$ 287.950,40</b>

Hospital Regional Oeste- Chapecó-SC	
RECURSOS IMEDIATOS (Mês)	
Porta de Entrada Tipo II	R\$ 300.000,00
08 leitos de UTI Adulto Tipo II qualificados	R\$ 70.360,32
<b>Total mensal a partir de janeiro/2014</b>	<b>R\$ 370.360,32</b>

Hospital Regional Teresinha Gaio Basso – São Miguel do Oeste – SC	
RECURSOS IMEDIATOS (Mês)	
Porta de Entrada Geral (Pt. 2941/2013)	R\$ 100.000,00
07 leitos de UTI Adulto Tipo II qualificados (Pt. 1256/2013)	R\$ 61.565,28
01 leito de UTI Adulto Tipo II qualificado (Pt. 2941/2013)	R\$ 8.795,04
<b>Total mensal a partir de janeiro/2014</b>	<b>R\$ 170.360,50</b>

Fonte: Ministério da Saúde (2014).

O repasse financeiro para custeio mensal foi efetivado. Mas, do início de 2014 até quase no final de 2015 a rede ficou estagnada, não se efetivou nada mais neste período. A coordenação estadual da RUE do Estado de Santa Catarina, neste período, sofreu mudanças acabando no final ficando sem coordenação, pois, ao sair o coordenador, não houve reposição do cargo. Assim, começou a apresentar indícios do início de um processo de descontinuidade nas ações de educação permanente nesta rede. Surgiram atrasos e problemas de gestão. Sinalizava-se que haveria prejuízo na continuidade das ações desta política e do plano, em todo o território catarinense. Estas alterações na gestão afetam o processo de continuidade das ações, também relatada por Bergamini em sua tese:

[...] a alteração da equipe a cada troca de gestão traz descontinuidade e a necessidade de despende tempo para que os novos técnicos tomem conhecimento sobre suas funções e as ferramentas de planejamento. Os representantes do gestor estadual também fizeram referências ao impacto negativo que a rotatividade dos secretários de Saúde causa no CGR. Esse processo, denominado descontinuidade administrativa, adquire um tom problemático quando está relacionado à descontinuidade de atividades e programas independentemente de sua efetividade anterior (2015, p.49).

O grupo condutor em 2015, da MARGOSC parou de se reunir por vários meses, pois, sem ter Coordenação Estadual, subsídios e apoio técnico neste processo se instalou a desmotivação no grupo e na gestão da rede. Na gestão e governança da implementação da RUE, Jorge et al. (2014) apontam a identificação de vários nós críticos a serem enfrentados. Um deles é na “Ação coordenadora das Secretarias de Estado da Saúde (SES): esta função coordenadora tem se mostrado insuficiente para induzir à formação de grupos condutores” (JORGE et al, 2014). Também sinaliza como dificuldade a ausência de

tomada de decisão política de regular, a insuficiência de ferramentas e tecnologias de manejo do ato regulatório, desde a infraestrutura e sistemas informatizados para os complexos reguladores até a construção de fluxos, protocolos e habilidades (JORGE, et al., 2014, p.140).

Estes instrumentos específicos, seriam ideais para que as equipes trabalhassem com o sistema de regulação na rede.

As dificuldades neste processo de implantação da RUE é relatado pelo Diretor:

*Se tudo aquilo que estava previsto no Plano tivesse acontecido lá atrás, nós já atenderíamos todas as condições exigidas nas portarias. (D-3)*

O plano, é o produto de um processo de planejamento integrado e coordenado pelas Secretarias Estaduais de Saúde, discutido e pactuado pelo conjunto de seus municípios, visando à conformação de redes de atenção articuladas, referidas a territórios delimitados, com população adscrita (ROCHA, 2015, p.15).

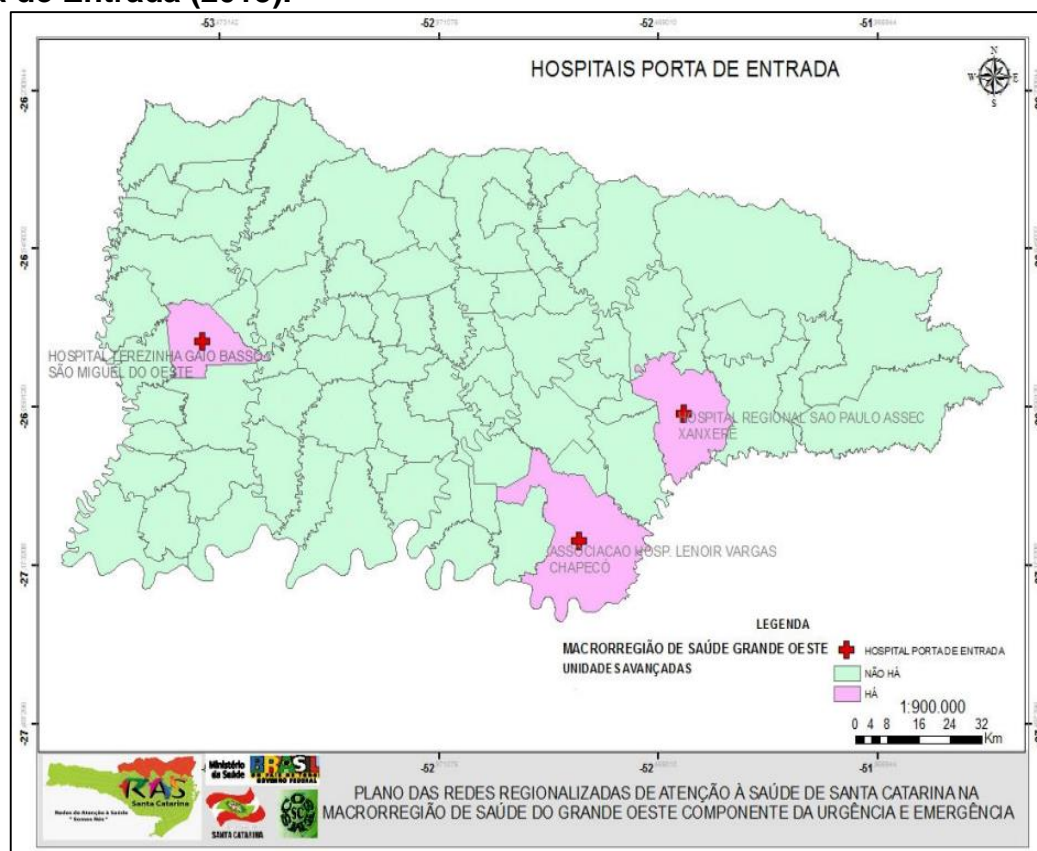
Temos um novo entendimento, revelado pelos resultados da pesquisa, que o Plano teve uma previsão de metas que não foi cumprida pelos seguintes motivos: faltou efetividade no planejamento, comprometimento do Estado e do Ministério da Saúde no acompanhamento e execução. O financiamento previsto em 2013 sofreu descontinuidade nos anos seguintes, conseqüentemente, não houve continuidade nas ações de educação permanente em saúde nesta rede.

Analisando o Plano (SC, 2013), foi solicitado a habilitação e qualificação de vários serviços de pontos estratégicos desta Rede, como consta no documento, a macrorregião desenhou uma proposta que viria ao encontro de suprir vazios assistenciais com os seguintes itens dos componentes deste planejamento: habilitação das três portas de entrada, de leitos de retaguarda clínica e cuidados prolongados, leitos de UTI, novos SAMUs e UPAs, a seguir examinados.

### 2.3 Habilitação das Três Portas de Entrada

Hospital Regional São Paulo - Xanxerê (SC), Hospital Regional Oeste - Chapecó (SC), Hospital Terezinha Gaio Basso - São Miguel do Oeste (SC).

**Figura 4 – Mapa da Macrorregião do Grande Oeste de Santa Catarina, Hospitais Porta de Entrada (2013).**



Fonte: Plano da RUE da Macrorregião do Grande Oeste de SC (2013)

Esses hospitais, destacados no mapa, foram habilitados em 2014 como porta de entrada de referência para a RUE, como estava previsto no Plano de 2013 e começaram a receber o incentivo de manutenção dos serviços. O Hospital Regional

Oeste com especialidade de alta complexidade em neurologia, ortopedia e oncologia. O Hospital Regional São Paulo, com alta complexidade em cardiologia e vascular. O Hospital Regional Terezinha Gaio Basso foi habilitado na média complexidade, pois não atende nenhuma alta, mas como está em local estratégico para o extremo oeste do Estado se habilitou como porta de entrada e até o presente momento segue sem habilitação em alta complexidade.

*As coisas ficaram confusas e deficitárias para as portas de entrada, por falta de recursos, o objetivo do incentivo ele modificou ao longo de sua origem. (D -2)*

*Se houvesse ocorrido um preparo maior do Estado nesta implantação a execução dela já teria um êxito muito maior. (C-1)*

Segundo Merhy, é a partir da década de 90 que, “à medida que o processo de descentralização se intensificava, as Secretarias Estaduais de Saúde (SESs) passaram a viver um processo crônico de indeterminação de seu papel no SUS” (Merhy e Gomes, 2016, p. 82).

Considerando que, as Secretarias de Estado da Saúde (SESs) possuem nas Gerências de Saúde sua extensão deliberativa e organizativa do SUS nas Regiões de Saúde, Pinto (2016) traz sua contribuição na reflexão a respeito da atuação das Gerência de Saúde na Gestão do SUS: “as gerências de saúde das SESs, de modo geral, acabaram se tornando, progressivamente, uma das instâncias de gestão do SUS mais esvaziadas e pouco contribuem para o desenvolvimento das regiões de saúde que há no país” (p. 83).

Em alguns momentos, continua Pinto que estas instâncias de Gestão, “tornaram-se moedas de troca no jogo institucional de concessão de cargos para ocupação das forças políticas locais em busca de apoios de lideranças do executivo municipal e legislativo” (PINTO, 2016, p. 83). Os cargos de Gestão/Gerente nas Gerências são geralmente escolhidos por indicações que desconsideram os critérios técnicos e, somando-se nisso desencadeia-se um processo histórico de esvaziamento de quadros técnicos dos servidores concursados nas gestões estaduais. Com o passar do tempo, apresentam-se como instâncias regionais de gestão de pouca relevância (PINTO, 2016). Sendo assim, temos desafios importantes que são relevantes nestas instâncias.

[...] um dos desafios importantes postos para as Secretarias Estaduais de Saúde seria reconstruir sua atuação no nível regional. Para tanto, deveriam recompor suas equipes nessas instâncias, reorientando seu processo de trabalho de modo a focar a organização de ações que visem a apoiar os gestores municipais e a fortalecer as instâncias regionais de gestão (PINTO, 2016, p. 83).

Como servidora da Gerência de Saúde de Xanxerê/SC, concordamos com o que foi esclarecido por Pinto (2016). Entendemos que, as gerências de saúde terão, nesta conjuntura, que retomar suas responsabilidades como instância de poder na gestão do SUS, como extensão da Secretaria Estadual de Saúde, estarem bem próximas aos municípios. Estes, necessitam de apoio e acompanhamento técnico constante das gerências, para poderem desenvolver as ações de gestão em saúde que estão sob suas responsabilidades, principalmente após o processo de municipalização da saúde, que se iniciou na década de 90.

Neste processo de municipalização, o que ficou claro é o papel do município na gestão, o papel do Estado e das Gerências permanece confuso e obscuro. A princípio, entendemos que caberia ao Estado de Santa Catarina o apoio e suporte técnico aos municípios na implantação de serviços e o repasse dos recursos financeiros estaduais aos municípios que ainda estão sob gestão do Estado. Seguindo esta reflexão, Mendes e Louvison (2015) contribuem na discussão do papel dos Estados, pois estes “[...] precisam constituir seu papel de articulação regional, apoiando solidariamente os municípios de cada território, o que, com alguma frequência, já ocorre em outras políticas públicas compartilhadas regionalmente” (p. 395).

Quanto ao papel do Ministério da Saúde é realizar o repasse de recursos aos municípios e fiscalizar o cumprimento de metas conforme as portarias. Ocorre que a maioria do financiamento das políticas de saúde e o repasse financeiro vêm direto do Ministério aos Fundos Municipais ou diretamente aos prestadores de serviço do SUS. Estes ficam sem clareza da finalidade do recurso no momento de destiná-los ao custeio ou à qualificação do serviço.

A autonomia dos municípios e a ausência de uma definição clara dos papéis a serem desempenhados pelo Estado e união desencadearam complexidades nas negociações em torno da descentralização, o que requer do nível federal e estadual capacidade de normatização, regulação do funcionamento e de monitoramento e avaliação do sistema. (PINAFO; CARVALHO; NUNES, 2016, p.1522).



A falta de entendimento dos papéis desempenhados pelos entes federativos, remete-nos a pensar o quanto são complexas estas negociações: muitas vezes não prevalecem as questões técnicas, e sim, os interesses políticos de favorecimento ou detrimento de determinadas regiões de saúde.

Um dos principais desafios metodológicos é trabalhar com a complexidade de avaliarmos o desempenho de uma rede de serviços e intervenções, homogênea e promover assistência integral, mas que precisa ser desenhada para ser efetiva frente a uma grande heterogeneidade territorial, no que se refere ao perfil de vida e saúde e, portanto, de necessidades a serem atendidas. (DUARTE et al, 2015)

Segundo Pimenta (2013), “o grande desafio do pensamento complexo, para Morin, não é como no pensamento simples a busca pela completude, mas, sim, poder estabelecer uma articulação entre os mais diversos campos de pesquisa e disciplinas” (2013, p.35). Para conseguirmos ir além do que está apresentado numa rede de serviços, devemos entender que existe uma relação de autonomia entre os serviços e os sujeitos envolvidos neste processo. Mais, existe uma relação não explicitada entre o técnico e o político em que o predomínio é o do segundo termo, mesmo que não se argumente ou reconheça.

As Redes representam uma proposta de efetivação articulada dos serviços, com o objetivo produzir saúde na diversidade das realidades regionais, e Jorge, et al., relatam esta articulação na urgência e emergência.

Orquestrar uma rede dessa natureza, de modo a articular todos os seus componentes para atuação integrada e sinérgica, se constitui na única alternativa para a melhoria da efetividade e da atenção ágil e oportuna às diversificadas situações de urgências e emergências (2014, p.127).

A habilitação dos Hospitais porta de entrada na Rede foi concretizada com a intenção de haver qualificação no atendimento de urgência e emergência dentro da proposta da RUE. Esta proposta efetivou-se em 2014. Agora faltam, ainda, os hospitais qualificarem as portas com o cumprimento de todos os itens que estão previstos na Portaria 2.395 de 2011, que trataremos num próximo capítulo desta dissertação. Os itens que seguem abaixo também estão presentes no Plano (SC, 2013), que vamos tratar na sequência deste capítulo.

## 2.4 Habilitação de Leitos Retaguarda Clínica e de Cuidados Prolongados

Seguindo o que orienta a Portaria MS n. 1.101, de 12 de junho de 2002, a Portaria n. 2.809, de 7 dezembro de 2012 e a Portaria 2.395, de 11 de outubro de 2011, utilizando como critério a distância existente entre os hospitais com leitos de retaguarda e o hospital porta de entrada com credenciamento dos leitos de retaguarda clínica, tínhamos previsto no Plano os seguintes Hospitais conforme quadro 3:

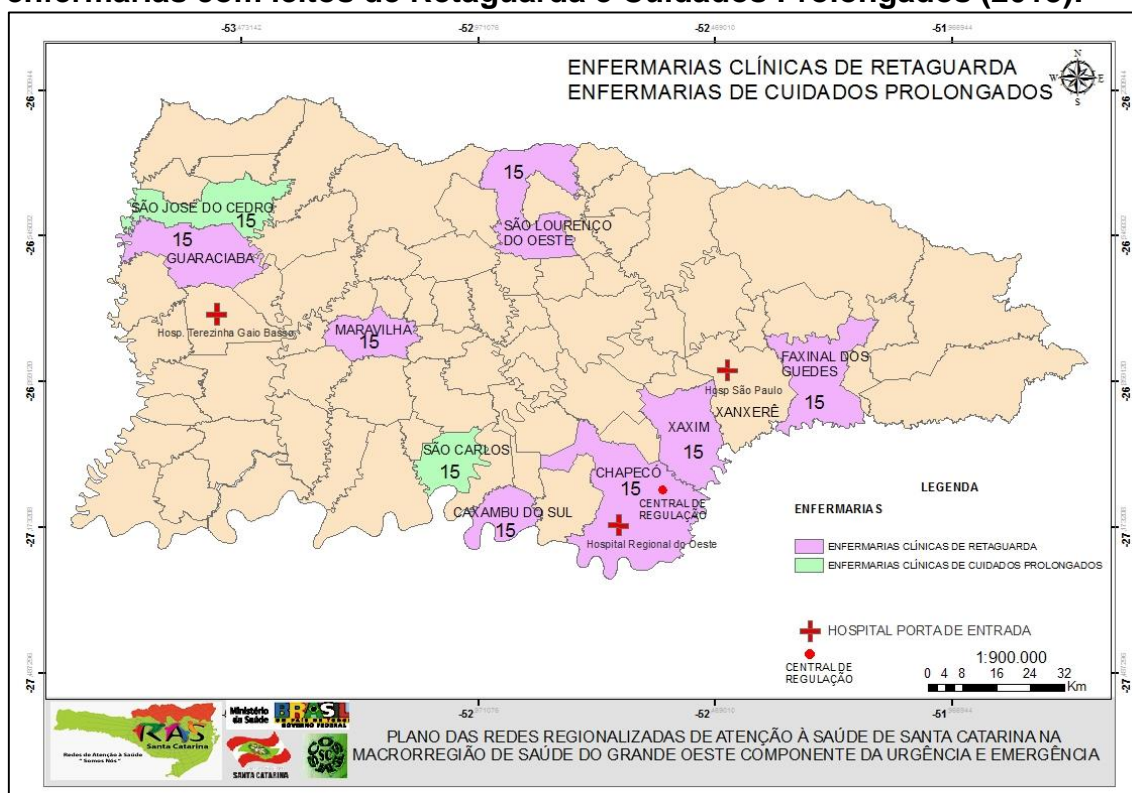
**Quadro 3 – Leitos de retaguarda clínica - pedido de qualificação**

Município	Unidade / Instituição	Leito qualificado	Cronograma
			2014
Faxinal dos Guedes	Soc. Hosp. Benef. São Cristovão	15	X
Guaraciaba	Associação Beneficente Hospital São Lucas	15	X
Xaxim	Frei Bruno	15	X
Caxambu do Sul	Fund. Médico Ass. Do Trabalhador Rural	15	X
Chapecó	Hospital da Criança	15	X
Maravilha	Hosp. São José	15	X
São Lourenço do Oeste	Fund. Médica Assistencial do Trabalhador Rural	15	X
Quilombo	Hospital São Bernardo	15	X
<b>TOTAL</b>		<b>120</b>	

Fonte: Plano da RUE da Macrorregião do Grande Oeste SC (2013).

Conforme a figura 5, abaixo, tínhamos o seguinte desenho de leitos de retaguarda clínica e de cuidados prolongados previstos para serem habilitados conforme cronograma em 2014. Mas, não houve a habilitação na data prevista destes hospitais.

**Figura 5 – Mapa da Macrorregião do Grande Oeste de Santa Catarina, das enfermarias com leitos de Retaguarda e Cuidados Prolongados (2013).**



Fonte: Plano da RUE da Macrorregião do Grande Oeste SC (2013)

Esses hospitais que tínhamos no Plano em 2013, até o momento das entrevistas da pesquisa, não haviam sido habilitados pelo Ministério, e a previsão, conforme o cronograma, era para 2014, logo após a habilitação das portas de entrada.

*Os leitos de retaguarda eram prioridades, temos urgência em implantá-los para desafogar um pouco. (D-3)*

*Nós íamos, com os leitos de retaguarda, dar um passo importante para desafogar os Hospitais porta de entrada. (C- 2)*

Reconhecer que “Alocar mais leitos para a retaguarda das urgências é uma necessidade, mas esse leito tem que ter a lógica da regulação pública e estar, efetivamente, à disposição do serviço demandante como pactuado” (Júnior, 2014, p.31) pressupõe a existência desta lógica e do predomínio de uma política comprometida e compromissada com o bem público.

Os leitos de retaguarda estavam sendo aguardados desde 2014, mas somente no final de 2016 o Ministério da Saúde (MS) sinalizou a habilitação de apenas três dos

seis Hospitais que estavam esperando: Xanxerê (Portaria nº 2.144), Maravilha (Portaria nº 1.867) e Guaraciaba (Portaria nº 1.870).

O grupo condutor deveria promover momentos de integração que exigem educação, nesta rede, para capacitar estes hospitais no uso e na responsabilidade destes leitos, já que não ficarão sob gestão do hospital e, sim, ligados à Central de Regulação de Chapecó. A relevância do processo educativo mostra-se indispensável.

Iniciou-se por este item do Plano, o processo de descontinuidade das ações de implantação por parte do Ministério da Saúde. Em 2014 o Ministério da Saúde (MS) incluiu Xanxerê como Hospital com leitos de retaguarda, também, o que não constava no Plano inicial.

O grupo condutor fez modificações no Plano no final de 2015. O Hospital Frei Bruno, de Xaxim, pediu para sair da rede, “destinamos os leitos deste para outros Hospitais” (Nossa Senhora das Mercês e Associação Hospitalar Padre João Berthier), conforme Quadro - 4 a seguir. Retiramos o Hospital da Criança de Chapecó e o Hospital de São Lourenço do Oeste, este saiu da retaguarda clínica e solicitou leitos em cuidados prolongados.

**Quadro 4 – Relação dos Hospitais para Leitos de Retaguarda Clínica em 2015.**

Município	Hospital	Nº de leitos
Faxinal dos Guedes	Hospital São Cristóvão	23
Guaraciaba	Associação Beneficente São Lucas	20
Iporã do Oeste	Hospital Nossa Senhora das Mercês	10
Maravilha	Hospital São José	30
São Carlos	Associação Hospitalar Padre João Berthier	20
Xanxerê	Hospital Regional São Paulo	30
Total		123

Fonte: Plano da RUE da Macrorregião do Grande Oeste, atualizado em 2015.

Os leitos de cuidados prolongados também foram escolhidos pelo grupo que conduziu e elaborou este Plano em 2013.

*A proposta do Plano era que nós iríamos tirar de dentro das referências os pacientes para os leitos de retaguarda clínica e cuidados prolongados. (C- 2)*

Como explicita o quadro abaixo:

**Quadro 5 – Leitos de cuidados prolongados – pedido de qualificação – (2013)**

<b>Enfermarias clínicas de cuidados prolongados</b>				
<b>Município</b>	<b>Unidade / Instituição</b>	<b>Total de Leitos Existentes</b>	<b>Leito qualificado</b>	<b>Cronograma</b>
São José do Cedro	Hospital Cedro	31	15	2014
São Carlos	Hosp. Padre João Berthier	67	15	2014
Palmitos	Hospital Regional de Palmitos	47	15	2014
<b>TOTAL</b>		<b>145</b>	<b>45</b>	

Fonte: Plano da RUE da Macrorregião do Grande Oeste de SC (2013).

[...] há uma insuficiência clara de oferta de leitos qualificados de retaguarda para as urgências no SUS, assim como no setor privado, em quase todas as localidades. E ainda com um perfil tecnológico e de composição de equipes incompatível com as necessidades atuais, incluindo a falta de oferta qualificada de profissionais médicos, em especial, em algumas especialidades mais críticas, como ortopedia, clínica, pediatria, anestesiologia e neurocirurgia (JÚNIOR, 2014, p.26).

Na MARGOSC temos falta de profissionais para trabalharem na rede. As Universidades, da nossa região, não ofertam cursos de especialização na área médica que possam suprir a falta destas especializações, para comporem as equipes de trabalho nos hospitais de médio porte, além de enfrentarmos a falta de leitos nos hospitais porta de entrada na macrorregião.

A insuficiente oferta de leitos hospitalares nos serviços da rede assistencial acaba prolongando a permanência dos usuários na espera do leito para dar continuidade à assistência. Os leitos hospitalares de emergência disponíveis nos municípios que são referência de regiões não atendem exclusivamente seus municípios, atendem outros municípios que procuram o Hospital para emergências, por livre demanda e ou por mecanismos de pactuação entre municípios (BARBOSA; BARBOSA; NAJBERG, 2016).

Em 2015 o grupo condutor, em razão de análise das situações vivenciadas, modificou o Plano (SC, 2013) quanto às referências dos leitos de cuidados prolongados, conforme o Quadro 6 abaixo:

**Quadro 6 – Leitos de Retaguarda de Cuidados Prolongados (2015)**

Município	Hospital	Nº de leitos
São José do Cedro	Hospital Cedro	15
São Lourenço do Oeste	Fundação Médica de Assistência ao Trabalhador Rural	20
Palmitos	Hospital Regional de Palmitos	15
<b>Total</b>		<b>50</b>

Fonte: Plano da RUE da Macrorregião do Grande Oeste, atualizado em 2015.

O grupo condutor solicitou no Plano a qualificação de 50 leitos de cuidados prolongados no total para a macrorregião, nos hospitais do quadro 6, mas, não obteve êxito no credenciamento até o momento de análise da pesquisa na primeira quinzena de março de 2017: o item não se efetivou.

**2.5 Leitos de UTI**

No final de 2015, com os cortes orçamentários no governo federal, as regiões, a pedido do Ministério tiveram que priorizar somente mais um dos itens do Plano (SC, 2013) para ser efetivado. Sendo assim, solicitou-se a priorização da criação dos novos leitos de UTI. Tínhamos previsto no Plano os seguintes leitos, conforme quadro abaixo.

**Quadro 7 – Leitos de Unidade de Terapia Intensiva – UTI**

Hospital	Município	UTI Existente	UTI Qualificadas		UTI Novo	UCO Novo	Cronograma
			%	Nº			
<b>Hospital Regional Oeste</b>	Chapecó	10	80%	08	20		2014-2015
<b>Hospital São Paulo</b>	Xanxerê	10	80%	08	04	06	2014-2015
<b>Hosp. Terezinha Gaio Basso</b>	São Miguel do Oeste	10	70%	07	10		2013
<b>Hospital São José</b>	Maravilha	10	70%	07			2013
<b>TOTAL</b>		<b>40</b>		<b>30</b>	<b>34</b>	<b>06</b>	

Fonte: Plano da RUE da Macrorregião do Grande Oeste de SC (2013)

Também, algum tempo depois do prazo que tínhamos previsto no Plano, somente em 2016 os Hospitais iniciaram as adequações na infraestrutura para implantar os novos leitos. Este item também sofreu atraso na implantação e só se

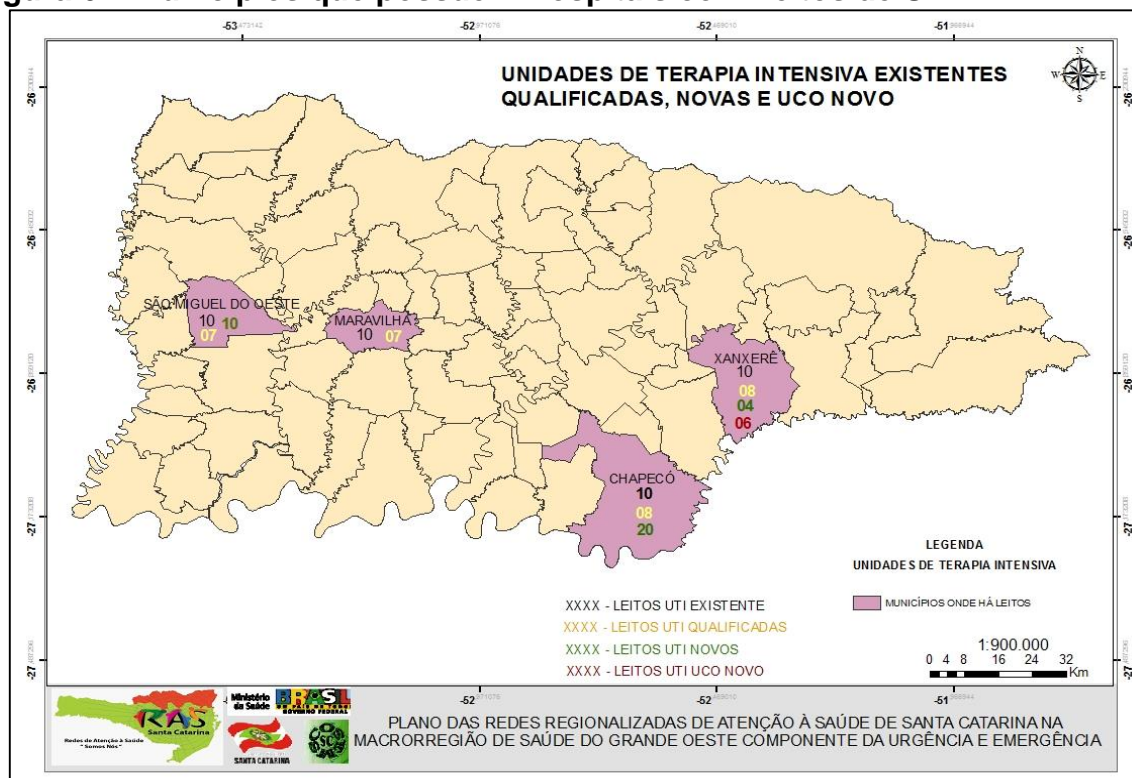
efetivou, porque foi priorizado pelo grupo condutor, frente à escassez dos recursos pelo Ministério da Saúde, em 2015.

*[...] temos falta de leitos tanto de internação como leitos intensivos, devido ao fluxo de pacientes, a demanda está maior que a oferta. (P-2)*

Coutinho (2010) relata que, no Brasil, este fenômeno revela uma desproporção entre a demanda dos usuários que chegam aos serviços e a capacidade de oferta de atendimentos, que se disponibiliza insuficiente para a gestão dos serviços (Cecílio et al., 2014). Os autores, afirmam que: “a indisponibilidade de leitos para a internação nos hospitais, faz com que os pacientes ocupem um espaço valioso no pronto socorro ou fiquem temporariamente colocados em corredores do hospital até que sejam disponibilizados leitos na internação (2014, p.204)

O desenho da distribuição dos novos leitos de UTI estão destacados na figura abaixo:

**Figura 6 – Municípios que possuem Hospitais com Leitos de UTI**



Fonte: Plano da RUE da Macrorregião do Grande Oeste de SC (2013)

Foi ampliado o número de leitos de UTI nos Hospitais Regionais que já possuíam alta complexidade instaladas, ficando apenas os novos leitos com o Hospital Regional São Paulo de Xanxerê - SC e o Hospital Regional Oeste de



Chapecó - SC. Mesmo com estes novos leitos instalados, a região, com frequência apresenta falta de leitos de UTI. A demanda continua maior que a oferta. A regulação sempre acaba buscando fora da macrorregião leitos para atender à necessidade existente, transferindo usuários para outras macrorregiões.

## 2.6 Habilitação de Novos SAMU na Macrorregião

No Plano havia sido solicitado a ampliação de unidades para mais quatro municípios da MARGOSC, para os seguintes municípios, no Quadro 8.

**Quadro 8 – Novas unidades de SAMU**

MUNICÍPIO	UNIDADE/ SAMU	IMPLANTAÇÃO/cronograma
Abelardo Luz	Básica	2014/2015
Campo Êre	Básica	2014/2015
Chapecó	Básica	2014/2015
Maravilha	Suporte Avançado	2014/2015

Fonte: Plano da RUE da Macrorregião do Grande Oeste de SC (2013).

As solicitações de novos SAMU não se efetivaram. As duas ambulâncias básicas solicitadas pelos municípios de Abelardo Luz e Campo Êre foram retiradas da proposta do plano em 2015 pelos municípios de origem, pois não havia viabilidade financeira. Concluíram que o recurso que é repassado pelo Ministério não viabiliza o total da folha de pagamento dos servidores que ficam a cargo do município sede. Chapecó não retirou a proposta, mas não recebeu a aprovação do Ministério. Igualmente foi o caso de Maravilha. O Ministério não disponibilizou verbas de financiamento.

*[...] o SAMU está diretamente ligado nas transferências, destes pacientes, isso no meu entendimento a maior deficiência e neste transporte, a negativa do SAMU em fazer estas transferências. (C-1)*

*[...] se você consegue entrar pelo SAMU você tem preferência, se não vai enfrentar barreiras. (C- 2)*



O atendimento móvel de urgência possui uma significância não só para a população como também para o Sistema Único de Saúde, pois a agilidade e a eficiência deste atendimento fazem com que os índices de agravos e mortes da população assistida sejam reduzidos, refletindo assim a qualidade dos serviços de saúde que o SUS engloba e atua (MOREIRA et al., 2015, p. 95).

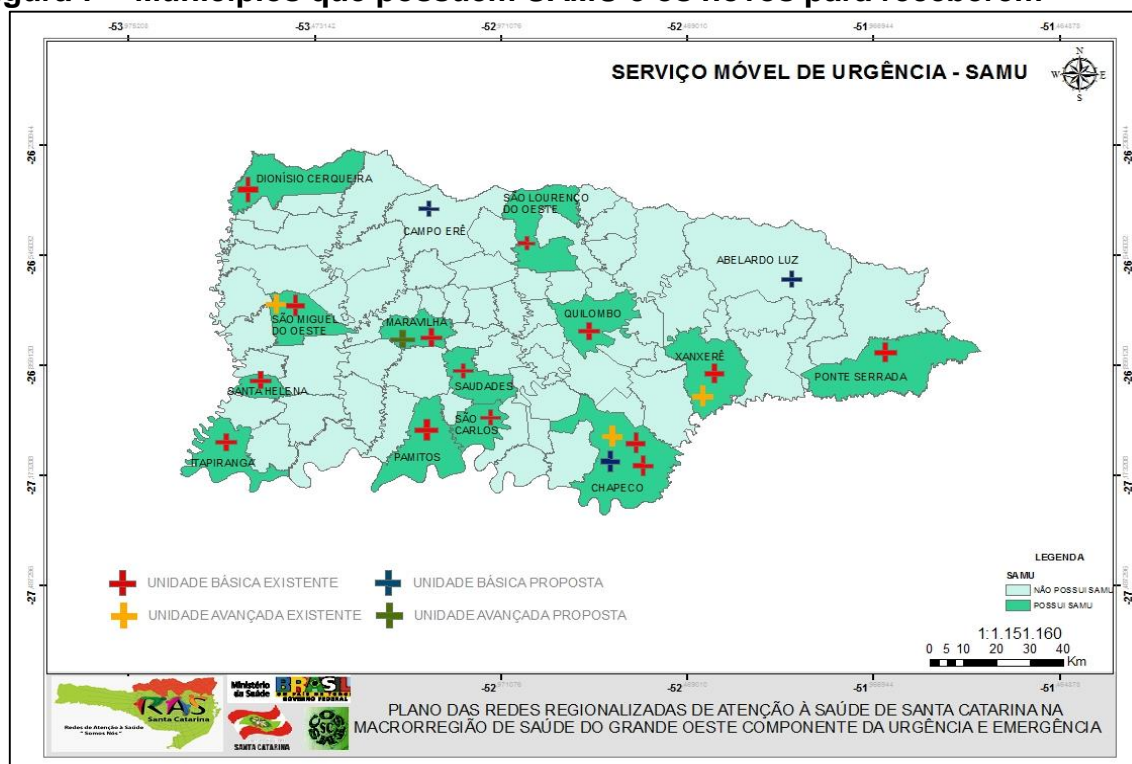
A resolutividade dos SAMUs na macrorregião está sendo questionada, pelos entrevistados (gestores e usuários): o serviço está vinculado à central de regulação, que apresenta dificuldades de estabelecer o fluxo. O Conselho Federal de Medicina emitiu uma Resolução nº2.110/2014 que estabelece as atribuições e fluxo do SAMU, dificultou o entendimento dos gestores sobre este atendimento. A população também percebe que se forem conduzidos pelo SAMU o atendimento hospitalar é mais rápido, como relatam:

*Você vê aqui pessoas com muita dor e eles recebem primeiro quem chega com as ambulâncias (U -1)*

Como há esta percepção do usuário, muitos acabam chamando o SAMU sem necessidade, para chegarem no atendimento e ter prioridade, mesmo sabendo que a queixa não é grave. Com este comportamento, o usuário quebra o fluxo da classificação de risco na porta de entrada. A cultura do levar vantagem instalada no Brasil justifica este tipo de ação dos usuários que reproduzem a busca de privilégios, mesmo no atendimento de necessidade não prioritária, em detrimento dos demais usuários.

Os novos SAMUs que constaram no Plano seriam para os municípios assinalados abaixo na figura 7, os que solicitaram ambulância básica estão sinalizados com a cruz em Azul e a ambulância avançada com a cruz Amarela.

**Figura 7 – Municípios que possuem SAMU e os novos para receberem**



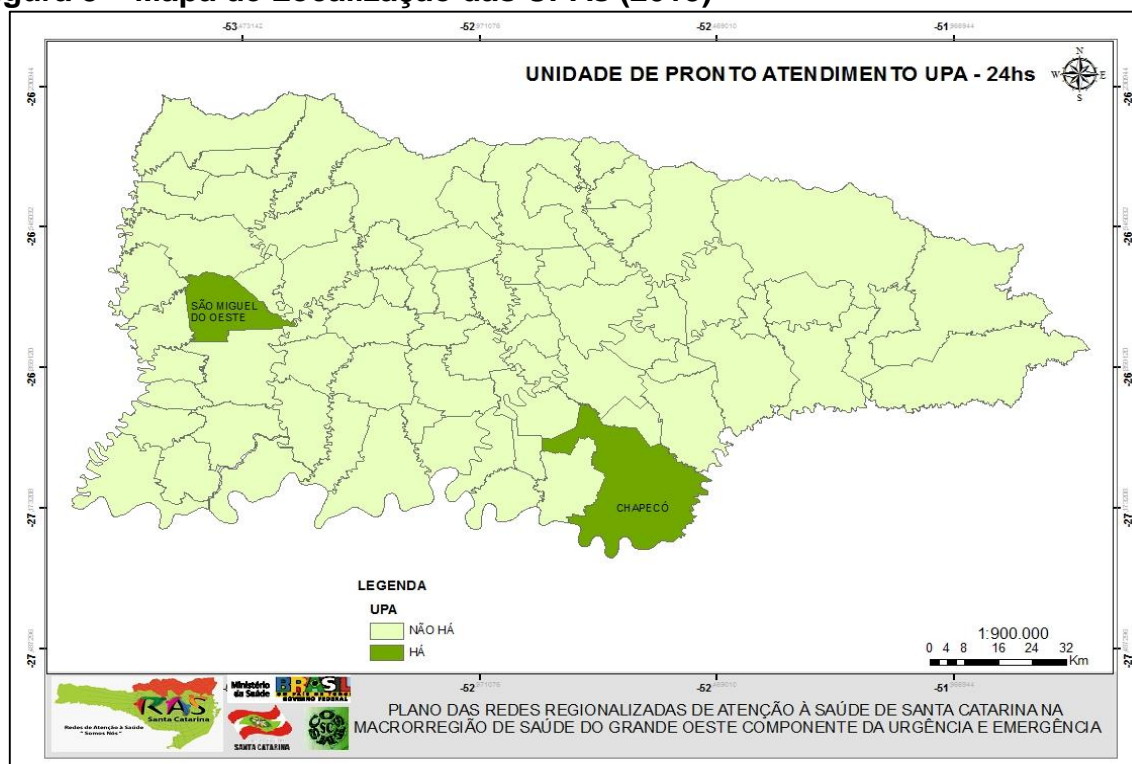
Fonte: Plano da RUR da Macrorregião do Grande Oeste de SC (2013)

Conforme estão sinalizados no mapa acima, se as novas ambulâncias tivessem sido implantadas, conforme o previsto, como demonstra o desenho da figura 7, teríamos boa cobertura geográfica de ambulâncias de SAMU, para atender de forma mais resolutiva à macrorregião. Na sua ausência há sobrecarga do serviço de ambulâncias existentes.

## 2.7 Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Saúde

A Portaria nº 342 de 04/03/2013, redefiniu as diretrizes de implantação da UPA como um serviço no território nacional para atendimento 24 horas na Rede de Urgência e Emergência. No Plano da Rede em 2013, foram solicitadas uma para São Miguel do Oeste e qualificada a do município de Chapecó e, conforme figura abaixo, o município de Xanxerê desistiu da solicitação de UPA, em razão da situação do repasse financeiro do Ministério da Saúde para construção e custeio serem insuficientes para manutenção deste serviço.

**Figura 8 – Mapa de Localização das UPAs (2013)**



Fonte: Plano da RUE da Macrorregião do Grande Oeste de SC (2013)

Os municípios que solicitaram, receberam o incentivo em 2014. São Miguel do Oeste construiu e iniciou o atendimento em 2015. A UPA-Chapecó já estava construída e somente recebeu a qualificação. A falta de resolutividade deste serviço aparece como um achado da pesquisa.

*[...] hoje em dia estamos atendendo tudo aqui, o paciente que poderia estar sendo atendido na UPA e nas unidades (P-3)*

*[...] a UPA deixa de atender e passa para nós, não temos comunicação direta com a UPA (P-2)*

*[...] não melhorou os outros serviços da rede, não temos UPA (P-1)*

As UPAs foram criadas para atuar como porta de entrada aos serviços de urgência e emergência. Dependendo do caso, poderia ser solucionado no local, estabilizado e/ou encaminhado para os hospitais ou redirecionado às UBS. As UPAs deveriam funcionar 24 horas por dia, realizar a classificação de risco dos pacientes, resolver os casos de baixa e média complexidade, estabilizar os casos de pacientes graves e possuir estrutura física, recursos humanos e tecnológico suficientes para o atendimento da população de sua área de abrangência (SILVA et al., 2012).

Conforme relato dos entrevistados acima, percebe-se que as UPAS, onde foram implantadas, na macrorregião, apresentam dificuldades em cumprir com suas atribuições. Acabam contribuindo para aumentar a demanda de usuários nas portas das emergências dos Hospitais porta de entrada da RUE.

Se estes serviços estivessem funcionando adequadamente seriam resolutivos, principalmente no atendimento aos usuários de menor complexidade. A UPA é mais um dos pontos de atendimento dentro da Rede, precisa estar dentro de um protocolo de fluxo de referência e estabelecer comunicação com os demais pontos da Rede para alcançar a cobertura assistencial de seus usuários. Sobre a relação com o sistema de referência e contrarreferência e as UPAs não consta no Plano nenhum aspecto ou comentário sobre educação.

Em todo este percurso de 2013 a 2016, acompanhando este Plano, o grupo condutor desta Rede não parou de se reunir para continuar analisando o desenho da rede, fazendo as modificações que seriam importantes para a região, participando de discussões com os prestadores de serviços hospitalares e demais pontos para conseguir atingir a implantação desta rede com maior efetividade.

A ausência da educação no Plano (SC, 2013) que está focado na gestão e implantação de novos serviços não prevê atividades desta natureza. À RUE falta a preparação educativa no processo de gestão com vistas à operacionalização da sua implantação.

Para que este processo de implantação se efetive, conforme foi planejado, é necessário estarmos também aprofundando a questão da regionalização e da gestão desta rede, dentro da Macrorregião, que se propôs a realizar este processo.

### **3 REGIONALIZAÇÃO E GESTÃO DA REDE NA MACRORREGIÃO DO GRANDE OESTE DE SANTA CATARINA**

Neste capítulo, vamos aprofundar a categoria que emerge na pesquisa: regionalização e gestão na RUE, dentro do contexto da Macrorregião do Grande Oeste de Santa Catarina, com referenciais teóricos, relato dos entrevistados e análises sobre o tema.

A partir do ano 2000, novos desenhos de redes foram organizados tomando a regionalização da saúde como eixo prioritário. Destacam-se nessa perspectiva as Normas Operacionais Básicas de 2001 e de 2002 e o Pacto pela Saúde de 2006. Os Pactos foram tratados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) no documento: Legislação Estruturante do SUS (2011) que buscou esclarecer a diferenciação entre eles:

O Pacto pela Vida é constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos e metas, derivados da análise da situação de saúde da população e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais (BRASIL, 2011, p. 64).

O Pacto de Gestão contempla os princípios do SUS previstos na Constituição Federal de 1988 e na Lei 8.080/90, define a responsabilidade sanitária de cada instância gestora do SUS: federal, estadual e municipal e estabelece as diretrizes para a gestão do SUS, com ênfase em Descentralização; Regionalização; Financiamento; Programação Pactuada e Integrada; Regulação; Participação e Controle Social; Planejamento; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (BRASIL, 2011, p. 64).

O Pacto em Defesa do SUS envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política de Estado; e de defender os princípios basilares dessa política pública, inscritos na Constituição Federal. De acordo com a Portaria a concretização desse Pacto passa por um movimento de repolitização da saúde, com uma clara estratégia de mobilização social envolvendo o conjunto da sociedade brasileira, extrapolando os limites do setor e vinculada ao processo de instituição da saúde como direito de cidadania, tendo o financiamento público da saúde como um dos pontos centrais (BRASIL, 2011, p.64).

Neste cenário, a superação da fragmentação e da falta de coordenação nos sistemas de saúde nacional, estadual e municipal, constitui-se como desafio a ser enfrentado pelo SUS (CUNHA; NORONHA, 2009).

Silva (2011) relata que a organização das redes regionalizadas e integradas no SUS depende de aperfeiçoamento na gestão intergovernamental nas regiões de saúde para qualificar a pactuação de responsabilidades entre as esferas de governo

e de qualificação da atenção primária à saúde para coordenar o cuidado e sua continuidade nos outros níveis do sistema, como corresponsabilidade.

As estratégias e mecanismos voltados à descentralização têm-se aproximado em diferentes graus de um modelo de saúde voltado à integralidade<sup>3</sup>, e a organização de sistemas com redes organizadas segundo diferentes densidades tecnológicas e acessadas conforme as necessidades de saúde da população – que se baseiam nos conhecimentos de planejamento, de epidemiologia e das ciências sociais – têm sido um desafio no cenário da descentralização da saúde (CUNHA; NORONHA, 2009).

A importância da regionalização dos serviços de saúde: é fundamental para a implantação das redes, na pactuação entre as três esferas de governo, para que seja possível organizar novos serviços, possibilitando o acesso dos usuários e garantindo a integralidade na gestão do SUS, conforme cita o material produzido pelo Ministério da Saúde, Painel de Indicadores SUS:

A regionalização é um processo fundamental para o avanço do Sistema Único de Saúde (SUS), envolve negociações e acordos políticos entre as três esferas de governo e o desenvolvimento de estratégias e instrumentos voltados para a integração de serviços, agentes, instituições e práticas em espaços geográficos distintos, a partir da diversidade regional e da articulação dos diversos campos da atenção à saúde no território, visando a organização de uma rede de atenção à saúde na produção da saúde da população (BRASIL, 2013, p.7).

O processo de regionalização está descrito na própria Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), quando trata do Sistema de Saúde como uma rede regionalizada, sendo reforçado pelo Pacto Federativo na Saúde de 2006 (BRASIL, 2006). Esse movimento promoveu inovações nos processos e instrumentos de gestão, com mudanças significativas, como resultado da pactuação interfederativa, nas regiões de saúde. Assim, surgiu o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) que objetivou organizar e integrar as ações e serviços de saúde nas redes regionalizadas.

Na construção deste pacto de gestão, Trevisan e Junqueira (2007) destacam que a descentralização da gestão de saúde sofreu descontinuidade com a edição da Norma Operacional de Assistência à Saúde 01/2001. No aspecto gerencial, a implantação do conceito de rede, a arma mais eficiente para enfrentar a verticalização

---

<sup>3</sup> Sobre o conceito de integralidade os documentos relativos a Lei 8080/1980, o sustentam como um dos cinco princípios do SUS. No entanto, este princípio orientador em muitas situações não se concretiza.

de estruturas decisórias, enfrenta gargalos operacionais e financeiros que impedem a geração de “vínculos” interorganizacionais. O meio mais eficaz seria os participantes do processo falarem a mesma linguagem.

Relatam Silva e Gomes (2014) que regionalizar o SUS implica na construção conjunta de planejamento que dê conta da integração, coordenação, regulação e financiamento da rede de serviço dentro de um território, em um processo contínuo de negociações de toda a natureza.

A regionalização deve ser dividida em dois momentos:

Há o processo de regionalização dos serviços, que é a tentativa de organizar os serviços, como forma de torná-los mais eficientes e eficazes, para atingir os objetivos do SUS, com maior qualidade e ao menor custo financeiro. Há ainda outro processo de regionalização, que é a criação das regiões de saúde a partir das características epidemiológicas de determinada população (DUARTE et al., 2015. p. 5).

Tratando-se dos processos de regionalização temos que também considerar as questões de hierarquias, como trata Misoczki (2003), a qual considera esta hierarquia como aquela que organiza diversos aspectos: administração pública e capacidade de governo, serviços de saúde e regionalização, que vêm instituindo o campo de atenção à saúde, como possibilidade de construção alternativa com o princípio de equidade, a abordagem de redes inter organizacionais, sem deixar de considerar as dificuldades para sua adoção, num contexto social e político marcado por uma cultura de governo autoritária e centralista.

A regionalização aparece na pesquisa como uma das categorias de análise e os entrevistados relatam seus entendimentos sobre este processo:

*[...] regionalização é mapear as necessidades da população e ter desenvolvido dentro de cada necessidade um plano de cuidado. (D -3)*

O *Institute of Medicine (IOM)* em 2010, relata que a regionalização do sistema de emergência é reafirmada por gestores e profissionais como estratégia necessária, pois permite o acesso ao melhor cuidado, ao atendimento especializado e que não poderia ser disponível em centros locais (Torres; Belisário; Melo, 2015). Penso que, mapear as necessidades é uma das formas de assegurar o acesso ao melhor cuidado. Para isto, o espaço físico adequado e o acesso são relevantes:

*[...] regionalizar seria destinar um local específico para receber estes pacientes. (P-2)*

*[...] a regionalização é melhorar o acesso dos usuários aos serviços. (C-1)*

Para entendermos a regionalização e sua complexidade neste contexto da regionalização, trazemos a contribuição de MORIN (2010):

A complexidade é um problema geral. Lembramos que Pascal expressou isso de forma decisiva, formulando o seguinte imperativo do pensamento: “E como todas as coisas são causadoras e causadas, ajudadas e ajudantes, mediatas e imediatas, e todas se mantêm por um laço natural e insensível que liga as mais afastadas e as mais diferentes, tenho como impossível conhecer as partes sem conhecer o todo, bem como conhecer o todo sem conhecer particularmente as partes (2010, p.191).

A complexidade de implantarmos a rede, trabalharmos com os princípios do conhecimento complexo, na regionalização dos serviços, nos leva a refletir sobre a necessidade de conhecermos o todo e também as partes dos pontos que integram esta rede. Sabendo que a tarefa do grupo condutor seria religar as partes ao todo e o todo às partes, na rede, o grupo propôs-se à articular os pontos de atenção. É o conhecimento que vai nos oferecer subsídios para que possamos visualizar a rede como um todo, não somente como pontos isolados, separados da sua totalidade<sup>4</sup>. “Enquanto não religarmos os conhecimentos segundo os princípios do conhecimento complexo permaneceremos incapazes de conhecer o tecido comum das coisas; enxergamos apenas os fios separados de uma tapeçaria” (MORIN, 2010, p.284).

Ainda, o conhecimento complexo tem como contribuição religar distinguindo-os inteiramente, as partes ao todo e o todo às partes. Não se trata de um conhecimento que só considera o todo ignorando as partes, mas, sim, de conhecimento que estabelece o circuito todo-partes (MORIN, 2010).

No processo de regionalização se localiza a noção de que ela se “revestiria de caráter dicotômico: fragmenta e integra. A fragmentação se dá na simples diferenciação, na delimitação do recorte territorial; já a integração aponta que tal recorte pertence a um todo, é parte de uma totalidade” (GONÇALVES et al., 2016, p. 61).

---

<sup>4</sup> O conceito de totalidade aqui apresentado assemelha-se ao de complexidade proposto por Morin e não se refere a outros teóricos que utilizam esta mesma palavra.



*A regionalização é que de certa forma amarra todo o processo, não se refere só a hospitais, mas de ESF, de UPA intermediária, de toda região unida (D- 3)*

*[...] a gente não conseguiu regionalizar, em virtude da própria situação financeira do Ministério e do Estado que estão com dificuldades. Implantar isso, não é só simplesmente criar fluxo e atendimento (C-2)*

Os conceitos de regionalização como categoria da pesquisa aparecem no relato dos entrevistados, revelam-nos a preocupação de entender e trabalhar dentro deste processo na sua totalidade, já que estamos abordando um tema de pesquisa complexo no entendimento dos profissionais, diretores, gestores e usuários do SUS. No pensamento complexo e nas ciências da complexidade, a atividade de pesquisa só poderia ser “um diálogo com a natureza, nunca é o estudo de um cadáver, um fragmento morto sem vida” (ALMEIDA, CARVALHO, 2012).

A vida e a morte como partes do cotidiano dos serviços de Urgência e Emergência têm na fala do Usuário a preocupação com a mudança na gestão do atendimento, por meio da regionalização, e com o impacto desta proposta no serviço de saúde.

*[...] “de repente querem regionalizar e não conseguem dar suporte para todo o pessoal e sempre acaba ficando a desmerecer na saúde” (U-1)*

Segundo Pinafo, Carvalho, Nunes (2016), é necessário na regionalização organizar o processo “para resolver as desigualdades presentes no acesso e na utilização dos serviços para que assim haja uma atenção à saúde mais integral, permitindo a integração de serviços, instituições e práticas no território que favoreçam a formação de arranjos mais cooperativos” (p.1522). O diálogo, a reflexão e o agir articulados incidem sobre a situação da saúde predominantemente em nível local e regional.

Para conseguirmos conceder a garantia de acesso ao cuidado integral, em nível local e regional, Albuquerque e Viana (2015) relatam que “a regionalização deveria ser baseada em territórios de grande porte populacional, com autossuficiência em recursos de saúde em todos os níveis de atenção, subdivididos em distritos, sub-regiões ou microrregiões” (p.31). Este conceito diz respeito a uma divisão técnica, gerencial e territorial do trabalho na saúde, que possui relação com “a hierarquia dos serviços (especialidade do tratamento; variedade de equipamentos e profissionais),

com hierarquia urbana (porte populacional; equipamentos e serviços; função rural ou urbana) e redes de transporte e comunicação” (p.31). Surgindo, assim, uma estrutura organizacional regional, um sistema de saúde, conforme o grau de complexidade e complementaridade dos serviços oferecidos à população. “A rede regionalizada e hierarquizada estaria sob o comando da autoridade única de saúde regional, de cunho administrativo” (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015, p.31).

A regionalização possibilita que os municípios possam estar pensando e se organizando estrategicamente para implantar novos serviços na macrorregião, de acordo com a demanda e com as necessidades dos usuários. Para isso acontecer, é imprescindível haver um acordo de gestão e pactuação entre os municípios por meio da Comissão Intergestores Regional (CIR).

Estas Comissões são inovadoras, pois constituem instâncias de cogestão<sup>5</sup>, no espaço regional, criam uma estratégia permanente de negociações e tomada de decisão entre os municípios e o Estado. Sendo assim, preenchem um vazio na governança regional. (SANTOS; GIOVANELLA, 2014)

*[...] quanto mais serviços especializado descentralizar melhor, nós víamos, na questão das redes, que nós íamos conseguir realizar a implantação e a melhoria dos vários serviços na nossa região (C-2).*

O SUS já conta com governança política nas comissões intergestores. Agora, é necessário haver aprofundamento. Precisamos evoluir, ir além da governança política, possibilitar que uma entidade regional possa operacionalizar os serviços de saúde na região. O processo de gestão caminha a passos lentos no SUS/Brasil, o que permite grande penetração do setor privado na saúde pública (SANTOS; CAMPOS, 2015).

A gestão regional acontece nas regiões de saúde para que as pactuações sejam respeitadas, as decisões tomadas em cima de dados demográficos e epidemiológicos, atendendo à demanda de problemas dos usuários.

As regiões de saúde fazem parte deste processo como afirmam Santos e Campos (2015), a “região de saúde é essencial para integrar as ações e os serviços de saúde dos entes federativos, qualificar a gestão do SUS e garantir a integralidade; e, por isso, deve ser constituída sob a ótica sanitária e não meramente administrativa”

---

<sup>5</sup> Os conceitos de cogestão e corresponsabilidade utilizados por Santos e Giovanella estão ancorados na obra de Gastão Wagner Campos.

(p.441). Além disso, para ter qualidade, deveria não ser concebida como mera divisão administrativa do Estado, mas como local onde acontece a garantia da integralidade, “ela precisa ser capaz de resolver, se não a totalidade, a quase totalidade das necessidades de saúde da população regional” (p.441). Esta deve ser parte organizacional do sistema nacional, estadual e municipal que encontra, na região de saúde, uma força estratégica e um espaço de atuação para o atendimento do usuário. (SANTOS; CAMPOS, 2015)

Aprofundando mais esta análise, temos a contribuição da autora Fleury (2014) e verificamos que há problemas na formação das regiões de saúde:

Elas são compostas por um número geralmente excessivo de municípios autônomos entre si e dirigidos por forças e interesses políticos distintos. Cada município controla separadamente seus próprios recursos – unidades de saúde, profissionais e recursos financeiros. Nenhum outro sistema universal de saúde existente no mundo aventurou-se a montar uma gestão fragmentada desse tipo. Todos contam com algum tipo de autoridade sanitária regional que controla o conjunto dos recursos da rede de ações e serviços de saúde, inclusive os financeiros. Algumas regiões de saúde brasileiras são tão grandes que tornam sua governabilidade altamente improvável (p.342).

Mas, a demora de efetivar a regionalização nas regiões de saúde, pode comprometer e atrasar a implantação das redes de atenção à saúde nas regiões e particularmente na MARGOSC. Analisando o atraso no processo de regionalização no SUS, no Brasil, “arrefeceu a capacidade resolutiva dos sistemas locais de saúde, amplificando disputas entre os municípios por recursos, ao invés de conformar uma rede interdependente e cooperativa” (SANTOS; GIOVANELLA, 2014, p.624).

*O processo na teoria é perfeito, na prática falta: a rede básica funcionar, as pessoas conhecerem os serviços, a velocidade dos exames na rede, os municípios que compõe a rede terem estruturas de atendimento (D- 2)*

*[...] as unidades básicas de saúde deixam de fazer seu papel, o usuário deveria estar sendo atendido primeiro lá, dentro da demanda da unidade, há falhas neste primeiro atendimento da atenção básica. (C -1)*

Os entrevistados identificam a falta de gestão, organização e de pessoal na Rede. Identificar o que falta permite conhecer a totalidade em sua complexidade e, assim, encontrar os fios para a reconstrução dos elos e ligações que poderão unir o tecido formando uma “tapeçaria”, tal como sugere Edgar Morin (2010).

Depois do Pacto pela Saúde (2006), a Atenção Primária em Saúde (APS) deixa de ser apenas um nível de atenção que encaminha os usuários para os demais níveis, para se tornar o ordenador do sistema e exercer seu papel de responsável pela saúde de uma população adstrita. Sem uma APS organizada, preparada, cumprindo seu papel de identificar as necessidades de saúde e planejar com os demais níveis, não haverá Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2010).

O documento do CONASS (2015), que trata da Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde, indica que, para as RAS cumprirem seu papel, será indispensável que a Atenção Primária à Saúde esteja organizada, realizando a coordenação do cuidado e responsabilizando-se pelo fluxo de usuários na Rede. O ponto de ingresso do usuário no SUS está previsto para ser nas Unidades de Atenção Básica. Concordo, pois o papel que a APS tem em relação ao cuidado do usuário na rede é fundamental para o funcionamento das ações e serviços que deverão promover a integralidade nas linhas de cuidado da RUE. Nas situações de urgência e emergência a “porta de entrada” é considerada os Hospitais de referência.

Atualmente como se apresenta a APS na MARGOSC, não conseguimos visualizar, e tampouco ocorre, a cogestão e a coresponsabilização no cumprimento destas responsabilidades, com resolutividade. A RUE corre risco de descontinuidade na sua efetivação se continuar esta conjuntura instalada. Contribuindo também com este pensamento, Barros e Sá (2010), identificam sobre a responsabilidade da estratégia de saúde da família, ao mencionarem que, 85% das demandas que procuram este serviço poderiam estar sendo resolvidos no primeiro nível de atenção. Em contraponto, a grande parte dos atendimentos nos serviços de urgência e emergência são ambulatoriais, possíveis de serem resolvidos na APS, dentro das Unidades de Saúde.

É de responsabilidade da Atenção Básica, “atender urgência e emergência, por demanda espontânea em ambiente adequado, até a transferência ou o encaminhamento a outros pontos de atenção, quando necessário” (Jorge et al., 2014, p.129). Os pressupostos da Atenção Básica, para que possa cumprir seu papel na RUE são: ambiência, Educação Permanente das equipes, implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades. (JORGE et al, 2014)

As falas dos entrevistados afirmam a insuficiência da Atenção Básica nos municípios, fato este que confirma este papel de ordenador, que não está sendo assumido pela APS na rede. Isto emerge da pesquisa que apresenta a

descontinuidade na implantação da rede, pela falta de preparo, de formação e de educação da Atenção Básica em assumir suas responsabilidades.

[...] a falta ou a dificuldade de acesso à assistência nos serviços de atenção primária, a baixa resolubilidade desse nível assistencial e a não viabilidade da contrarreferência do paciente para o acompanhamento ambulatorial induzem os usuários com queixas crônicas e sociais a procurar os serviços de urgência como porta de entrada do sistema de saúde (BARBOSA; BARBOSA; NAJBERG, 2016, p.50).

A fragilidade no atendimento da atenção básica na macrorregião do grande oeste aparece relatada pelo entrevistados abaixo. Ao não receber atendimento resolutivo nas unidades de saúde, o usuário acaba se dirigindo diretamente para porta do hospital, como relatam o Diretor e o usuário:

*Como lá na atenção básica demora muito, eles vêm para a emergência, para investigar, essa investigação não deveria ser feito pela emergência e sim na rede básica (D-2)*

*[...] a gente quando precisa vem direto aqui, você chega se apresenta, a enfermeira vem te avalia, a classificação é rápida, aguarda o médico, você sai daqui com todos os exames feitos (U-3)*

A população “aprende” na relação com os serviços de saúde que é mais fácil procurar o atendimento na emergência quando precisa para ter a solução do seu “problema” de forma mais rápida. O que o usuário quer é ser atendido, e para isso, ele procura os caminhos que são do seu conhecimento e os serviços que lhe dão acesso mais rápido ao atendimento de sua demanda. A forma de funcionamento do sistema de saúde acaba por reforçar a crença popular de que: apenas no hospital se encontram as condições para alívio do sofrimento (BARROS; SÁ, 2010). Mais do que isto, os exames clínicos e físicos parecem não ter relevância para os diagnósticos. Tudo fica na dependência da realização de exames sofisticados e caros para se chegar a uma hipótese diagnóstica.

*[...] a falta de compromisso e comprometimento dos profissionais também prejudica, não podemos culpar somente o usuário pela demanda, existem profissionais de todas classes, em todas as áreas e que nem todos atendem como deveriam (P-1)*

Precisamos não culpar os usuários dos problemas do sistema de saúde, por utilizar os serviços na busca de atender suas necessidades e até por não aderirem às ações de prevenção e promoção de saúde. Expressões como: “muitos usuários vão aos serviços de emergência desnecessariamente e precisam ser orientados a ir para as Unidades Básicas de Saúde” ou “é necessário educar os usuários, revelam uma racionalidade técnica<sup>6</sup> que não dialoga com as razões do comportamento dos usuários”. Isso submete o usuário a uma rede idealizada, mesmo quando isso não se sustenta na realidade (Silva, 2014). Neste sentido, continua o autor:

Os usuários geralmente procuram as unidades de saúde ou desenvolvem seu autocuidado a partir de sistemas explicativos próprios e da representação que fazem dos serviços assistenciais. É de se esperar, por exemplo, que resistam a ir a uma UBS que não se legitimou como uma unidade resolutive, preferindo o pronto-socorro em muitas situações simples, mesmo que tenham que esperar mais (SILVA, 2014, p.171).

A procura demasiada dos usuários pelo atendimento da porta de entrada dos hospitais faz com que seja questionada a resolutividade da atenção básica no atendimento das queixas dos usuários. Muitos não procuram mais, pois já tem uma determinada resistência como foi relatada por (SILVA, 2014), quanto à efetividade dos resultados. Mais, a eficiência e a eficácia também são problematizadas pelos usuários.

Observa-se que o usuário deseja é que seu problema ou queixa seja resolvido imediatamente: ele, muitas vezes, não quer pensar sobre os motivos ou responsabilidade que deram causa ao problema de saúde, mesmo que, nós profissionais da saúde, saibamos que a maioria dos problemas estão diretamente ligado aos hábitos de vida. Isso necessitaria mudanças de comportamento individual e social, e nem sempre eles estão dispostos a mudar rotinas, estilo e hábitos, para prevenção da doença e a promoção da saúde.

*[...] quando a gente é bem atendido aqui, vem sempre, é feito os exames de sangue e urina que antes demorava mais nos postos, aqui agora saem em algumas horas o resultado para diagnosticar. (U-3)*

É preciso considerar que:

---

<sup>6</sup> O modelo analítico habermasiano trabalha com o conceito de racionalidades: técnica-instrumental, político-estratégica e filosófico-emancipatória. Para SILVA (2014) os usuários apresentam uma racionalidade emancipatória individual.

O Serviço de Emergência tem disponível exames de laboratório e raio x, podendo ser acionado a pedido do plantonista em qualquer momento com entrega do resultado em tempo hábil para definição da conduta médica. Se necessário, o usuário fica em observação ou interna no próprio hospital, conforme o problema de saúde apresentado. Portanto, o usuário tem garantida a continuidade da assistência caso precise de um maior aparato tecnológico (BARROS; SÁ, 2010, p. 2476).

Percebemos que o usuário vem em busca de agilidade na consulta e nos exames, para obter diagnóstico de seu problema de saúde, mesmo que seja uma queixa leve. Ele deseja na porta de entrada do hospital, obter a consulta, o exame e o tratamento, em um prazo curto de tempo, atendendo sua expectativa, mesmo que para isso tenha que esperar. A questão do tempo de espera dentro desta categoria de regionalização aparece como uma subcategoria relatada principalmente pelos usuários na pesquisa:

*Enfrentei dificuldades pela demora, de mais de 2 horas de espera, tirando o ponto negativo, que é a demora, com certeza tem bastante coisa boa aqui. Faltaria mais médicos para atender, é demorado. (U-1)*

*Acontece muitos imprevistos e acaba demorando o atendimento (U-2)*

*É um pouco demorado por falta de pessoal para atender (U-3)*

Pode não se limitar ao aspecto quantitativo do tempo medido em horas ou em dias de espera, mas a outros critérios mais subjetivos, que são próprios do usuário e que estão vinculados muito mais à complexidade atribuída por ele à sua experiência de sofrimento do que a qualquer outra coisa, traduzem também a contradição entre os “tempos lentos” necessários à promoção e à assistência integral à saúde e os “tempos rápidos” ou o “domínio da urgência” como modalidade predominante de subjetivação e sociabilidade na sociedade contemporânea (BARROS; SÁ, 2010, p.2477).

Continuando neste mesmo raciocínio os autores afirmam “[...] se não houver mudança na forma de produzir a assistência na USF, não haverá redução da demanda de atendimentos ambulatoriais na emergência hospitalar e nem produção de cuidado com qualidade e resolutividade” (BARROS; SÁ, 2010, p.2480).

Se considerarmos as falas dos usuários, eles estão preocupados com a questão do tempo de espera, atribuem a demora à falta de pessoal: observamos que os usuários não consideram que a questão da demora esteja ligada à demanda de pessoas que aguardam pelo atendimento, que isso é um dos fatores que dificulta a agilização dos atendimentos na porta de entrada hospitalar.

*[...] a demanda está além da oferta, a qualificação do atendimento da população, conforme as portarias, está longe de acontecer. (C-3)*

Ao mesmo tempo, a relação entre o serviço e a população tem mostrado a ausência de diálogo ou de um elo educativo que informe e atribua sentido ao trabalho realizado na AB. O conhecimento da população acerca da rede de atenção à saúde “envolve um processo complexo, estruturado em vários momentos, sob a responsabilidade fundamental da atenção primária: o processo de territorialização”<sup>7</sup> (MENDES, 2010, p. 2301).

O conhecimento da população, em relação ao funcionamento da rede, pode ou não acontecer. O processo educativo vai depender do conhecimento que se estabelece entre o serviço e seus usuários, bem como se, neste contexto, há de se considerar se existe interesse na compreensão dos atores envolvidos na construção deste.

O conhecimento complexo objetiva reconhecer o que liga ou religa o objeto a seu contexto, o processo ou organização em que ele se inscreve. Na verdade, um conhecimento é mais rico, mais pertinente a partir do momento em que religamos a um fato, um elemento, uma informação, um dado, de seu contexto (MORIN, 2010, p.190).

A Atenção Básica, precisa cumprir seu papel com conhecimento de causa, como relata Mendes (2010). O que é necessário para que isso aconteça é que ela deve ser reformulada para cumprir papéis importantes na rede de atenção à saúde, para que possa atingir resultados positivos: a resolução, a capacidade de resolver 85% dos problemas de saúde de sua população, a coordenação, a capacidade de orientar os fluxos e contra fluxos de pessoal, informações e produtos entre os componentes das redes e a responsabilização (MENDES, 2010), e, assim, religar AB – usuários – serviços de saúde.

Outra questão preocupante nesta discussão é que a atenção básica está conforme as Portarias nº4.279 de dezembro de 2010 e a nº 2.488 de outubro de 2011,

---

<sup>7</sup> A territorialização pode ser entendida como o processo de apropriação do espaço pelos serviços de atenção primária à saúde (UNGLERT, 1993; 1995). Em termos práticos, pode ser entendida como o processo de criação de territórios de atuação de unidades de atenção primária à saúde, justificando, assim, o uso do termo territorialização, ou seja, processo de criação de territórios. Esse foi o modo encontrado para se resolver a questão da definição das áreas de atuação dos serviços de atenção primária, ou seja, territorializando os serviços e cadastrando (adscrição de clientela, como é chamada) a população no seu interior.



ordenadora da Rede de Atenção à Saúde, e esta responsabilidade envolve o atendimento direto dos usuários.

Os usuários procuram as unidades de saúde ou desenvolvem o autocuidado a partir de ações educativas na Atenção Básica nas redes temáticas de saúde. As narrativas de usuários identificaram três categorias: uma considera que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) têm produzido valores de uso e se legitimam como posto avançado do SUS; outra, que a rede básica é um lugar de coisas simples; e a terceira categoria, mesmo reconhecendo que a AB<sup>8</sup> deveria coordenar o cuidado na rede, compartilha um sentimento de impotência com as equipes de saúde pelo fato de que as UBS não reúnem condições materiais e simbólicas para exercerem o papel formalmente solicitado (SILVA, 2014).

A pesquisa aponta pelos relatos dos entrevistados que foram registrados aqui, nesta categorização sobre a regionalização, que a atenção básica é um dos pontos de divergência. Entendemos que seu papel de ordenadora da rede, não foi assumido, pelos profissionais deste ponto de atenção, pois não se colocam como ordenadores do cuidado. Continuam fazendo o papel de encaminhar casos de baixa complexidade para os hospitais porta de entrada, sem resolver o que seria de sua atribuição.

A regionalização não se efetivou, pois falta implantar serviços conforme haviam sido previstos no Plano da Rede (2013). Para haver um acordo entre gestores de saúde a respeito da pactuação de ações destes serviços de saúde, seriam necessários investimentos de recursos para custear novos serviços, comprometimento dos componentes da rede quanto seu funcionamento, adequação da central de regulação na organização e efetivação dos fluxos. Entender este processo, tanto no interior dos hospitais porta de entrada da RUE como nos encaminhamentos dos demais serviços referenciados, implica em analisar a legislação e, em particular, a Portaria 2.395, na relação com as práticas e os processos educativos vividos por profissionais, gestores e usuários.

Os desafios da Rede de Urgência e Emergência no SUS, estão na construção de vínculos nas linhas de cuidado; nos processos de comunicação como a construção de fluxos e gestão na rede, que permita acompanhar o usuário em qualquer ponto que ele se encontre, de forma articulada. Em relação à educação, o que se revela é a falta de informação e compreensão dos processos de formação propostos por esta política

---

<sup>8</sup> Sobre a APS ver a dissertação de Jéssica Lima junto ao PPGENSAU/UFRGS no ano de 2017.

pública, tanto pelos usuários como pelos profissionais da área que trabalham nos hospitais e nas condições dos profissionais que atendem na APS.

#### **4 A PORTARIA N°2.395 DE 11/10/2011 E OS ACHADOS DE PESQUISA**

Neste capítulo será analisado especialmente o Artigo 10 da Portaria 2.395 dialogando com as falas dos entrevistados e com os autores que abordam temáticas afins, de modo a elaborar uma teia capaz de mostrar a complexidade da qualificação da porta de entrada dos hospitais da RUE.

A Portaria n°2.395 trata do componente Hospitalar na qualificação da Rede de Urgência e Emergência, no âmbito do SUS. Para analisarmos a portaria, em seu art.10, questionamos na pesquisa os entrevistados a respeito de como estavam atendendo os critérios desta legislação. A partir da noção de complexidade, as entrevistas indagaram sobre esta Portaria e dialogaram com as categorias analíticas propostas. Na Portaria destacamos dois aspectos da gestão dos serviços, a Regulação e o Fluxo para conhecer as possibilidades da educação e saúde.

Em relação a questão do cumprimento ou não do itens da Portaria, os entrevistados fizeram os seguintes relatos:

*Na maioria estamos conseguindo cumprir, o que está preconizado. (P-3)*

*Eles estão sendo cumpridos parciais, algumas metas estão sendo cumpridas, porém outras não. (P-1)*

*[...] mas dentro do que está na portaria ainda temos algumas coisas que estão a desejar, estamos avançando lentamente. (C-1)*

*[...] a portaria está longe de atender a sua plenitude, é excelente, porém longe de sua execução estar completa, os motivos do não cumprimento da portaria se dá por questões Financeira, profissionais, equipamentos, entendimento da população, que se direciona diretamente na porta. (C-3)*

Os profissionais analisam que os Hospitais, estão conseguindo cumprir a portaria parcialmente, porém, os presidentes de CIRs, apontam a lentidão deste processo, inclusive os motivos do não cumprimento. Com relação à organização típica do componente hospitalar na construção da rede de urgências e emergências, “o processo foi dificultado pela crise dos hospitais, principalmente os filantrópicos, agravada pela situação financeira dessas instituições, seu perfil assistencial e de

gestão inadequados e seu fraco processo de inserção locorregional” (Ibañes, 2015, p.39). Este processo contribui para uma parca inserção dos hospitais na rede de urgências e emergências, “a despeito de o governo federal ter alocado recursos financeiros com regras de contratualização” (IBANES, 2015, p.39).

O Ministério da Saúde vem adotando formas de financiamento das redes que acabam dificultando a gestão financeira desta política, pois entendemos que, os repasses por contrato e incentivos, acabam precarizando a continuidade das ações hospitalares nas redes, uma vez que, quase sempre, estes hospitais não conseguem cumprir as regras de contratualização e, a maioria deles, recebem pelo quantitativo de atendimentos, que realizam o chamado “recebimento por produção”. Ainda não há articulação destes com os demais pontos da rede.

São muitos os desafios dessa rede: o maior deles tem sido a reorganização da atenção hospitalar para as urgências e emergências. “O hospital, historicamente trabalhando de forma isolada e desarticulada dos demais pontos de atenção, conta com uma complexidade e muitas facetas de difícil mudança” (Jorge et al., 2014, p.133). O trabalho fica focado no médico e no enfermeiro, e na atenção curativa, desvinculada de qualquer articulação ou contato com as RAS, acrescida em alguns momentos de “uma busca incessante dos pacientes por seus cuidados, sendo, muitas vezes, visto como tábua de salvação para todos os problemas de saúde” (JORGE et al., 2014, p.133).

Os hospitais nas redes de atenção à saúde deveriam desenvolver papel fundamental de ser referência no atendimento de urgências e emergências, dando o suporte de maior complexidade aqueles casos que extrapolam a resolutividade da atenção básica. Fenômeno complexo é este, em nosso entendimento. Cada componente ao participar da rede, desempenha suas responsabilidades de atendimento aos usuários, garantindo a continuidade, a integralidade do cuidado e a partilha de conhecimentos entre os pontos de atenção.

O conhecimento, é uma navegação num oceano de incertezas em meio a arquipélagos de certezas. É isso que é necessário ensinar: a nos despertar para as incertezas e saber enfrenta-las, saber modificar o desenvolvimento das ações em função do desenvolvimento das situações (MORIN, 2010, p.296).

Continua Morin, explicando que “O pensamento complexo pode ajudar a cada um de nós a suplantar a barbárie do conhecimento, que não só é ilusão ou erro, mas

fragmentação e compartimentalização” (2010, p.246). Nas redes, estamos enfrentando a todo momento este desafio de obtermos conhecimento para trabalharmos com serviços fragmentados, com problemas sociais e organizacionais que aparecem na articulação dos pontos, de ligarmos os pontos isolados na totalidade da rede. Para modificarmos situações, desenvolvermos ações e organizarmos os serviços.

Esta complexidade dos problemas sociais, particularmente os da saúde, dada a diversidade de sujeitos e também os interesses conflitantes entre os envolvidos, levam à crescente mobilização da sociedade civil a moverem-se para cobrar a “atenção diferenciada que respeite as diferenças sociais, a organização de um setor não governamental que atua cada vez mais no campo das políticas sociais e o aumento da ação social das empresas”, como ilhas de um arquipélago que “impulsionam e explicam o florescimento das redes de políticas sociais” (FLEURY, 2005, p.86).

Entendo que a política de implantação das redes no SUS está baseada na proposta de articulação do Ministério da Saúde com a intenção de trabalhar com a sustentabilidade do SUS em tempos de recessão de financiamentos por parte do governo federal, descentralizando aos municípios formas de organização de serviços regionais na construção de redes de atenção à saúde no território nacional.

Quanto à Portaria 2.395, o texto a seguir apresenta as falas dos entrevistados entremeadas com o texto correspondente a cada um dos incisos do artigo 10 implicado. Dando voz aos sujeitos da pesquisa, tivemos os seguintes relatos:

*Art. 10. As Portas de Entrada Hospitalares de Urgência serão consideradas qualificadas ao se adequarem aos seguintes critérios:*

*I - estabelecimento e adoção de protocolos de classificação de risco, protocolos clínico-assistenciais e de procedimentos administrativos no hospital; (BRASIL, 2011).*

*Ponto crítico é: a entrada do hospital com classificação de risco, a execução dos protocolos, o transporte sanitário, a implantação da UPA, o empurra-empurra de responsabilidade desta central de regulação. O hospital tem que melhorar na implantação dos protocolos previsto na portaria e dentro do que foi planejado. Acho que falta a execução disso, não só da classificação de risco, mas os protocolos clínicos assistenciais também, isso iria facilitar os serviços, tem usuários que estão na porta de urgência e emergência e não deveriam estar. (C-1)*

*A classificação de risco melhorou o fluxo interno, na logística o mais grave é atendido de imediato e os demais que são queixas leves tem que aguardar mais tempo. (D-2)*

*[...] foi feito os protocolos, estamos de certa forma atendendo o itens da portaria. (D-3)*

*[...] o hospital está fazendo aquilo que se propôs, de fazer a classificação de risco, valorizar o agravamento do paciente dentro das especialidades e dá agilidade no atendimento. (C-2)*

*Eles fazem a triagem, tem classificação de risco, o acolhimento, as fichas e toda a parte burocrática, é passado pelo médico e se necessário chama o especialista para atender. (C-3)*

*[...] a rotatividade de pessoal faz com que alguns protocolos não sejam cumpridos, eles ainda vem aprender a trabalhar os protocolos, quando aprendem vão embora. (P-1)*

*[...] montamos os protocolos, de enfarte, de dor abdominal, de fraturas, a gente sempre procura atender o paciente dentro de sua prioridade. Temos a classificação de risco, método Manchester, cumprindo o protocolo, atendendo com prioridade o paciente grave que precisa do atendimento de urgência e emergência. (P-3)*

*Com a implantação do Manchester há dois anos, na classificação de risco a gente da prioridade com as cores vermelho, laranja, amarelo, verde e azul, o que for urgência e emergência e os demais vão ser atendidos conforme gravidade específica. Hoje se sabe que atendeu o paciente com tempo curto e isso colaborou muito com a assistência e a melhora dele. São protocolos que direcionam estes pacientes para o melhor atendimento e também facilita aos profissionais de enfermagem e a equipe médica. (P-2)*

*II - implantação de processo de Acolhimento com Classificação de Risco, em ambiente específico, identificando o paciente segundo o grau de sofrimento ou de agravos à saúde e de risco de morte, priorizando-se aqueles que necessitem de tratamento imediato; (BRASIL, 2011).*

*[...] foi implantado agora o acolhimento responsável na porta já pensando nesta meta que é o acolhimento com classificação de risco, não montamos ainda a classificação de risco e acabamos postergando algo que devia ter sido feito há muito tempo atrás, pois estávamos esperando um do Estado que não se efetivou. (P-1)*

*A classificação de risco tem funcionado foi implantado há dois anos, pelo menos estamos conseguindo diferenciar os pacientes, da emergência e dar prioridade no atendimento. (P-2)*

O objetivo do acolhimento com classificação de risco é priorizar o atendimento do paciente de acordo com o risco clínico ao invés da tradicional ordem de chegada. Para esta diretriz transversal atingir todos os pontos de atenção de urgência e poder ser implementada é imprescindível que o paciente seja acolhido por uma equipe qualificada e capaz de definir o nível de gravidade, assegurando o encaminhamento para atendimento especializado e específico de acordo com o protocolo. “O uso de protocolo de classificação de risco seguro é validado, bem como a efetiva capacitação da equipe, são condições essenciais para que as unidades de atendimento de urgência possam implantar o acolhimento com classificação de risco” (CECÍLIO et al., 2014, p.206).

III - articulação com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e com outros serviços da rede de atenção à saúde, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência; (BRASIL, 2011).

*[...] não existe referência e contrarreferência, não está organizado isso. A gente fica dias com o paciente aqui na porta, na emergência tentando um leito, um transporte que venha levar o paciente para outra porta não se consegue trabalhar direito. (P-2)*

*[...] os fluxos os atendimentos, a gente percebe que depende muito mais da boa vontade de quem se comprometeu em atender. [...] quando o município não consegue entrar pelo SAMU a gente começa enfrentar as barreira e o nosso SAMU está muito fragilizado na região. (C-2)*

*[...] o transporte do paciente de SAMU é deficiente, com o paciente que precisa ser transferido do atendimento básico da urgência e emergência para um atendimento mais complexo. Precisamos avançar é a questão do transporte sanitário dos pacientes, que isso até então não ficou claro dentro do que foi planejado. (C-1)*

*Definir os fluxos de encaminhamentos aos hospitais porta de entrada estratificando os grupos, diminuindo o encaminhamento de usuários passíveis de tratamento em centros menores. (D-3)*

A organização das Redes de Atenção à Saúde e a definição dos fluxos assistenciais provendo acesso equânime, integral e qualificado aos serviços de saúde por meio de uma oferta regulada possibilitarão o cumprimento do conjunto de compromissos sanitários do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2010, p.31).

IV - submissão da Porta de Entrada Hospitalar de Urgência à Central Regional de Regulação de Urgência, à qual caberá coordenar os fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência; (BRASIL, 2011).

*[...] as transferências fica de médico para médico, condutas clínicas e se torna mais individual de cada profissional do que um serviço que a regulação deveria administrar esta rede. [...] prioridade é ter os protocolos de atendimento, os fluxos, definidos pela regulação, que tipo de paciente que deve vir para Xanxerê ou deve ir para Chapecó, este fluxo não está fluindo teria que organizar para o paciente não perder tempo na mesa, no transporte e tudo mais que tem que ser feito. [...] a regulação tem que ser ativada o quanto antes para ela fazer este processo, de realmente regular esta demanda de pacientes (P-1)*

*[...] um serviço que precisa ser complementado, desde a entrada deste paciente, e a regulação é que deveria regular. (C-1)*

*[...] temos aversões e limitações e acaba limitando o acesso, teria que ter uma regulação. [...] criar um filtro que estes pacientes viriam com os critérios melhores estabelecidos, isso desafogaria os atendimentos, ter uma espécie de regulação destes encaminhamentos para nós, estamos atendendo todos e quais quer pacientes que estão vindo. (D-3)*

*[...] a submissão hospitalar à central de regulação, levou os hospitais receberem um monte de pacientes, porém o que aconteceu ao paciente, ele foi atendido pelo mesma quantidade de pessoas, o serviço não foi qualificado. (D-2)*

*[...] é necessário garantir o gerenciamento de fluxo e eficiência dos leitos devido a grande demanda na porta de entrada. (D-1)*

*[...] a dificuldade é o fluxo que muitos pacientes não seriam de emergência mas acabam procurando a porta aqui (P-2)*

A regulação, conforme veremos a seguir é um dos apontamentos mais críticos que aparece na pesquisa, quando da análise desta portaria. Sinaliza que na RUE está faltando a Regulação assumir o papel de regular o fluxo, principalmente após conseguirmos com que todos os itens do Plano (SC, 2013) forem habilitados pelo Ministério da Saúde. Até o final deste estudo, somente estavam sendo regulados os leitos de UTI e as transferências de usuários para outras referências.

A pesquisa demonstrou que falta integração deste serviço com a RUE. Existe a intenção da SES em ampliar a equipe da Central de Regulação da MARGOSC, ainda neste primeiro semestre de 2017, pois está com número reduzido de médicos. Fato este, faz com que o serviço, sem equipe completa, fique sem integração e resolutividade.

Este desafio de integração da Política de Regulação e as Urgências, é tratado por Barbosa, Barbosa e Najberg (2016), como sendo:

[...] um enorme desafio na construção do sistema de governança para o SUS, pois impõe exigências em relação à expertise para desenvolvimento no âmbito da regulação, que abrangem: investimento em tecnologia da informação, para integrar e articular as bases de dados das várias centrais; capacidade de contratualização junto ao Sistema de Saúde Suplementar, no âmbito de cada região; provisão de recursos para investimentos na ampliação de serviços na rede pública; desenvolvimento de competências no campo da avaliação em saúde, com ênfase na capacidade resolutiva dos sistemas regionais; implementação de financiamento para atenção às urgências com foco no financiamento global e não no pagamento por procedimentos; desenvolvimento de projetos de corte intersetorial para redução dos riscos que incidem sobre a demanda na área de urgência. ( p.53)

Este desafio que requer criar todos os itens necessários acima para que a regulação se desenvolva e funcione, vai exigir inclusive que ocorra a definição no processo de organização de responsabilidades entre os gestores do sistema de governança no SUS, em especial para a organização da oferta e da demanda em uma de suas áreas mais sensíveis, que é a atenção às urgências e emergências” (BARBOSA; BARBOSA; NAJBERG, 2016).

Ainda assim, necessário é acrescer a educação dos profissionais e dos usuários para efetivar a implementação destas condições e propósitos de modo a tornar exequível o preconizado pela legislação, tal como anuncia o inciso IX desta mesma Portaria.

Continuam os autores, conceituando a regulação:

O conceito de regulação deriva da Economia e tem como significado o controle sobre as falhas de mercado, observando-se os dois polos da relação em ambientes de mercado – a oferta e a demanda. O debate no campo de ação do setor saúde se inicia com o escopo dessa atividade (regulatória) voltada para o mercado de planos e seguros de saúde. No âmbito do SUS, ela visa ordenar a relação entre as necessidades dos usuários e a capacidade de oferta de sistemas e serviços (BARBOSA; BARBOSA; NAJBERG, 2016, p.51).

Ao organizar esta ação regulatória, enquanto membro do grupo condutor da RUE, teremos como desafio auxiliar no planejamento e condução deste processo junto aos serviços e aos pontos de atenção que compõe a rede. Garantir o acesso, o atendimento do usuário e levantarmos a real capacidade instalada na MARGOSC, para dar suporte ao funcionamento da Central de Regulação.

V - equipe multiprofissional compatível com o porte da Porta de Entrada Hospitalar de Urgência; (BRASIL, 2011) está reconhecida pelos profissionais como presente no local:



*[...] as metas relacionadas a equipe qualificada na porta a gente tem, o processo de acolhimento está em andamento. (P-2)*

VI - organização do trabalho das equipes multiprofissionais de forma horizontal, em regime conhecido como "diarista", utilizando-se prontuário único compartilhado por toda a equipe; (BRASIL, 2011).

*[...] não tem prontuário único na rede, cada hospital monta novamente o seu prontuário, os exames que fazem fora daqui voltam para os hospitais de origem. (P-2)*

VII - implantação de mecanismos de gestão da clínica, visando à:

a) qualificação do cuidado; (BRASIL, 2011).

*[...] dificulta bastante o cumprimento da parte da qualificação de cuidado, de eficiência, de organização de fluxo, sem estes mecanismos de gestão a gente não consegue trabalhar direito. (P-2)*

*[...] em vez de nós qualificar o cuidado aqui se dilui muito em várias possibilidades com pacientes diversos que vem. (D-3)*

*[...] você gostaria de ser atendido com agilidade, com eficiência, principalmente nas linhas de cuidado que foi proposta. (C-2)*

b) eficiência de leitos (BRASIL, 2011).

*[...] o que não conseguimos cumprir por uma questão estrutural mesmo é a otimização dos leitos. (P-1)*

c) reorganização dos fluxos e processos de trabalho (BRASIL, 2011).

Conforme o que foi já relatado no item (a) acima, pelos entrevistados em relação ao Fluxo, organização e processos de trabalho, enquanto mecanismos de gestão podem inviabilizar o trabalho, mas não têm sido objeto de reorganização interna aos hospitais, mostrando que os incisos VI e VII não acompanham os processos de acolhimento em curso.

d) implantação de equipe de referência para responsabilização e acompanhamento dos casos; (BRASIL, 2011).

Embora os entrevistados falem de referência e contrarreferência, em nenhum momento, e nenhum deles citam a responsabilização das equipes na continuidade do cuidado.

VIII - garantia de retaguarda às urgências atendidas pelos outros pontos de atenção de menor complexidade que compõem a Rede de Atenção às Urgências em sua região, mediante o fornecimento de procedimentos diagnósticos, leitos clínicos, leitos de terapia intensiva e cirurgias, conforme previsto no Plano de Ação Regional; (BRASIL, 2011).

*[...] Tem vários pontos que não se tem cumprido, há deficiência de leitos pela demanda e o fluxo de atendimento a estrutura não comporta mais a demanda que se atende (P-2)*

*[...] se estivesse tudo funcionando - os leitos de retaguarda, poderíamos agilizar mais. (C-2)*

*[...] algumas propostas da Rede ainda não foram pactuadas como por exemplo, a abertura dos leitos de retaguarda ocasionando com isso uma superlotação do hospital porta de entrada. (D-1)*

*[...] a falta de implantação dos leitos de retaguarda e tem alguns itens por fatores externos que está interferindo. (D-3)*

*[...] é aproximar mais os serviços, utilizar os leitos e espaços ociosos, utilizar melhor estes serviços. (C-1)*

IX - garantia de desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes, por iniciativa própria ou por meio de cooperação; (BRASIL, 2011).

*[...] o mais difícil de se sustentar são as atividades relacionadas ao treinamento contínuo das equipes. Os treinamentos relacionados ao atendimento na porta de entrada têm sido planejados anualmente. Foi investido no curso de urgência e emergência. (D-1)*

*[...] estão sendo trabalhadas, não só pela portaria, mas por iniciativas que tínhamos como prioridades, desenvolvendo os protocolos, a qualificação e a educação continuada. [...] trabalhamos com educação continuada com equipe multiprofissional, o médico está inserido neste processo também. (D-3)*

*[...] a questão das capacitações continuadas, tudo isso paralisou na rede. Nós não evoluímos o tanto quanto a gente gostaria que fosse. (C-2)*

O conceito de educação permanente não faz sentido para os entrevistados pois o modo como se referem aos processos educativos e ou de formação, não diferenciam este termo de treinamentos, capacitações e educação continuada. Mesmo sem clareza sobre o termo, indicam que há uma dificuldade e precarização na formação que está sendo oferecida aos profissionais e usuários. Entre a vontade, o possível e o realizado o último termos é o mais precário e ausente.

No inciso “X - realização do contrarreferenciamento responsável dos usuários para os serviços da rede, fornecendo relatório adequado, de forma a garantir a continuidade do cuidado pela equipe da atenção básica ou de referência” (BRASIL, 2011), se evidencia a ausência de formação que consolide o funcionamento do sistema e referência e contrarreferência.

*[...] o funcionamento efetivo das referências e contrarreferência deveria ter o que cada um tem que atender, o que deve vir para os hospitais de complexidade. O problema central que não evoluiu nada é o processo de referência e contra referência, e a livre demanda acaba fazendo não evoluir. (D-2)*

*[...] existe um distanciamento, uma demora para acontecer algumas coisas, quando falamos referência e contrarreferência. (D-3)*

§ 1º As Portas de Entrada Hospitalares de Urgência deverão se qualificar em um prazo máximo de 06 (seis) meses após o início do repasse do incentivo de custeio diferenciado, previsto pelo art. 8º desta Portaria, ou em um prazo de 12 (doze) meses após o recebimento do incentivo de investimento para adequação da ambiência, previsto pelo art. 7º desta Portaria (BRASIL, 2011).

Os prazos de seis e doze meses previstos, em que os hospitais teriam para fazer a qualificação, considerando que estão recebendo os recursos desde 2014, não foram cumpridos na íntegra. Principalmente os itens que não dependiam somente dos Hospitais portas de entrada, o Ministério atrasou a implantação junto ao Estado dos itens: leitos de retaguarda, longa permanência, central de regulação, transporte sanitário. Tais fatos atrasaram a gestão da rede e percebemos a fragmentação do serviço, dos fluxos na porta de entrada e o funcionamento da rede. O previsto não se efetivou.

No “§ 2º Em caso de inobservância dos prazos previstos no § 1º deste artigo, o repasse do incentivo financeiro será cancelado, devendo ser restituído todo o valor recebido” (BRASIL, 2011). Mesmo não sendo cumpridos os prazos, os três hospitais continuaram recebendo o incentivo financeiro e nenhum deles, até o momento, teve

valores cancelados, até porque não houve visita/fiscalização do Ministério da Saúde no acompanhamento da portaria desde 2014.

§ 3º Uma vez cancelado o incentivo financeiro, novo pedido somente será deferido com a qualificação integral, demonstrado o cumprimento de todos os requisitos deste artigo, caso em que o incentivo voltará a ser pago a partir do novo deferimento pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011).

Não tendo ocorrido nenhum cancelamento, a sanção anunciada não se concretizou.

§ 4º O incentivo financeiro de custeio diferenciado de que trata o art. 8º desta Portaria continuará a ser repassado aos fundos de saúde e, em seguida, aos prestadores de serviço hospitalares, mediante o cumprimento dos critérios de qualificação estabelecidos neste artigo e das metas pactuadas entre os gestores e os prestadores de serviços hospitalares, de acordo com as normas estabelecidas no Anexo II desta Portaria (BRASIL, 2011).

Conforme consta no Quadro-1 de distribuição de recursos imediatos do MS, apresentados anteriormente, o incentivo financeiro foram classificados em: Hospital Geral, Tipo I e Tipo II.

§ 5º Para a avaliação e o acompanhamento dos critérios de qualificação dispostos neste artigo, será realizada visita técnica à unidade, em parceria com o Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção às Urgências e representantes do Comitê Gestor da Rede Regional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2011).

Nem o MS, tampouco o Grupo Condutor Estadual da Saúde de Santa Catarina, realizaram visita técnica nos hospitais porta de entrada da RUE, como o previsto. Sendo assim, o grupo condutor da macrorregião, não encontrou apoio e sustentação para realizar a visita e avaliar a qualificação destes hospitais.

§ 6º O Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção às Urgências e os representantes do Comitê Gestor da Rede Regional de Atenção às Urgências farão o acompanhamento e monitoramento semestral do cumprimento dos requisitos e critérios previstos nos artigos 8º e 10 desta Portaria e das metas pactuadas entre o gestor e o prestador dos serviços de saúde (BRASIL, 2011).

O grupo condutor da rede não realizou o monitoramento na rede, pois ficou aguardando capacitação do grupo condutor do Estado e o apoio do MS, o que não ocorreu neste período de implantação até a realização da pesquisa. Também deixou

de realizar as ações de educação e saúde na Rede de Urgência e Emergência, fato este sobre o qual vamos refletir no próximo capítulo, aprofundando esta discussão junto com os achados da pesquisa.

## 5 EDUCAÇÃO E SAÚDE NA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Trazemos neste capítulo o processo de implantação da RUE nos hospitais regionais da MARGOSC, objeto desta pesquisa, enfocando o processo de formação/educação e saúde nela presente.

A organização da Rede de Atenção às Urgências e Emergências tem a finalidade de articular e integrar no âmbito do SUS todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência nos serviços de saúde de forma ágil e oportuna (BRASIL, 2013).

A RUE ainda está em fase de implantação na MARGOSC, desde 2013 e do ano de implantação até o final de 2016, somente se efetivou frente ao Ministério da Saúde o recurso de custeio para os hospitais porta de entrada da RUE, a central de regulação de leitos que ficou no município de Chapecó e os leitos de retaguarda clínica em apenas 3 Hospitais, dos 6 que estavam esperando, sendo que estes 3 ainda terão 6 meses para realizarem as adequações.

Segundo o que consta no Plano Macrorregional da Rede de Urgência e Emergência (SC, 2013), faltam efetivar os seguintes itens: qualificar as portas de entrada; implantar acolhimento com classificação de risco; regular os leitos de retaguarda clínica em mais 3 hospitais, próximos aos Hospitais porta de entrada, os leitos de longa permanência em hospitais de pequeno porte, o transporte sanitário, pois a responsabilidade do SAMU, continua sendo questionada pelos gestores municipais quanto à atuação e custeio das ambulâncias básicas; constituir UPA (Unidade de Pronto Atendimento) 24 horas, faltando uma em Xanxerê, bem como capacitar profissionais de saúde para trabalharem integrados na efetivação das diretrizes da Rede, pautados nos processos de educação e saúde.

Para que a RUE se concretize na sua totalidade dentro da Macrorregião é necessário, além das ações de Educação e Saúde, o componente hospitalar que também faz parte da rede, se efetivar. Os hospitais estarem cumprindo uma série de diretrizes, para funcionar como referência de porta de entrada na RUE, conforme a Portaria nº 2.395 (BRASIL, 2011b), que organiza este componente na rede de atenção às urgências no âmbito do SUS. Esta Portaria trata principalmente da universalidade, equidade e integralidade, de acordo com os princípios do SUS, no atendimento às urgências, da regionalização do atendimento com articulação dos pontos de atenção,

do acesso e atenção multiprofissional, por práticas cuidadoras, baseadas na gestão de linhas de cuidado.

As linhas de cuidado de que tratam as portarias ministeriais em relação à RUE são: cardiovascular, neurologia/neurocirurgia, pediatria e traumato-ortopedia. O desafio acontece na medida em que será necessário provocar mudanças no processo de gestão e de formação profissional.

O cumprimento destas diretrizes são desafios que os serviços possuem no processo de implantação e funcionamento da rede. Oportunizar a qualificação dos profissionais, por meio da educação em saúde, para atuarem neste processo de gestão da política de saúde, é uma necessidade como cita a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) no art. 200, que estabelece que ao SUS compete ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde.

Transformar a formação e a gestão do trabalho em saúde, não podem ser consideradas questões simplesmente técnicas, já que envolvem mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas. São questões tecnológicas e implicam a articulação de ações para dentro e fora das instituições de saúde, na perspectiva de ampliação da qualidade da gestão, do aperfeiçoamento da atenção integral, do domínio do conceito ampliado de saúde e do fortalecimento do controle social no sistema (CECCIM; FEURERWERKER, 2004, p.50).

Para entendermos a diferença que há neste desafio na formação dos recursos humanos sobre a Educação /Saúde, a dissertação da Silva (2016) auxilia-nos neste entendimento, baseada no que prevê os termos utilizados pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde (2012), conforme o Quadro 9, a seguir.

Conforme a Portaria nº 1.996 (BRASIL, 2007), a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde afirma que se deve considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades, a formação e desenvolvimento para o trabalho e a capacidade instalada de ofertas de ações de educação em saúde.

**Quadro 9 - Diferentes conceituações sobre Educação em relação à Saúde**

EDUCAÇÃO EM SAÚDE	Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população e não à profissionalização ou à carreira na saúde. O conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores para alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades. Potencializa o exercício do controle social sobre as políticas e os serviços de saúde para que esses respondam às necessidades da população e deve contribuir para o incentivo à gestão social da saúde
EDUCAÇÃO NA SAÚDE	A produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular.
EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	Ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho em saúde e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, a reorganização da gestão setorial e a ampliação dos laços da formação com o exercício do controle social em saúde.
EDUCAÇÃO CONTINUADA	Educação continuada: processo de aquisição sequencial e acumulativa de informações técnico-científicas pelo trabalhador, por meio de escolarização formal, de vivências, de experiências laborais e de participação no âmbito institucional ou fora dele.

Fonte: Ministério da Saúde. Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde. Brasília, 2012.

Analisando esta política e seus precedentes temos a contribuição neste contexto histórico de SILVA (2016):

O conceito de educação permanente em saúde começa a ser utilizado na década de 1980, inserido numa conjuntura de mudanças que o setor saúde enfrentava frente às necessidades do capitalismo. Ou seja, o conceito ganha vida num momento em que o modelo neoliberal de desenvolvimento sofre ajustes com o aumento da miséria e da insatisfação social. (p.116)

Considerando que estes Hospitais atendem à demanda de emergências em geral da população, as demais linhas de cuidado também são atendidas, mas sem ter muita tecnologia e profissionais capacitados para trabalhar, tendo de rever suas práticas de atendimento e gestão.

Há que considerar também a Portaria nº 354 (BRASIL, 2014) que trata a proposta de projeto de Resolução: "Boas Práticas para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência", em que consta que o serviço de Urgência e Emergência deve promover treinamento e educação permanente para todos os



profissionais na atenção aos pacientes, mantendo disponíveis os registros de sua realização e da participação.

Uma das maiores fragilidades neste contexto, na nossa análise é atender os usuários na porta de entrada da RUE, sem que esta porta tenha todas as qualificações necessárias, como está previsto na Portaria 2.395 (BRASIL, 2011), que trata dos critérios de qualificação como a implantação da classificação de risco, acolhimento, articulação entre SAMU e UPA, central de regulação, equipe multiprofissional, gestão da clínica, retaguarda de leitos e desenvolvimento de atividades de educação permanente para os profissionais, possibilitando a continuidade do cuidado a nível local do sistema de saúde (MICCAS; BATISTA, 2014, p.171).

Considerando os cortes orçamentários divulgados pelo Ministério da Saúde para o ano de 2015, o Estado e os municípios estão sujeitos a ficarem no prejuízo, envolvidos num processo de implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) inacabado. Para finalizar este processo de gestão é necessário o apoio financeiro, ficando os usuários do SUS prejudicados, no acesso e na qualificação dos serviços oferecidos, sem terem o cuidado continuado nos demais pontos da Rede.

Silva e Gomes (2013) destacam que os entraves que costumam dificultar o processo de regionalização estão relacionados às tensões e aos conflitos entre objetivos, integração e fatores políticos.

Outro entrave que entendemos que está presente é a questão da descentralização de responsabilidades das redes para gestão municipal, que assume uma série de responsabilidades na ordenação, como é destacado por Pinafo, Carvalho e Nunes (2016) “[...] o que se questiona hoje é a capacidade da esfera municipal em gerir as políticas públicas locais de forma eficiente, diante do sub financiamento do SUS” (p.1512).

Na rede de urgência e emergência, temos vários entraves, além do sub financiamento do SUS, um dos mais críticos, que apareceu na pesquisa é a rotatividade dos médicos na porta de entrada dos hospitais que são referência para rede, como foi relatada pelo entrevistado:

*[...] a rotatividade médica na porta de entrada é imensa, a gente percebe que são os recém formados que vem, ficam pouco tempo, fazem a prova de residência e vão embora. (P-1)*

Um dos maiores desafios entendido por Jorge et al (2014) na área de urgências é: “[...] a alta rotatividade, a multiplicidade de vínculos dos trabalhadores e a falta de

uma política efetiva de Educação Permanente nas instituições de saúde no Brasil, para uma adequada capacitação com vistas à RUE” (p.141).

A rotatividade de profissionais nos hospitais tem sido uma realidade na macrorregião, fato este que acaba desqualificando a continuidade do cuidado, pois as ações de educação e saúde, realizadas com os profissionais, não são colocadas em prática, em razão das trocas constantes de plantonistas, isto, compromete o serviço e o atendimento qualificado aos usuários do SUS. Nestas trocas quem chega ao serviço não recebeu a formação já propiciada nos serviços e quem sai não socializa as informações e a formação recebida.

*[...] os médicos estão muito ocupados para te olhar, estão sempre atarefados, não tem este tempo, e a fila tem que andar rápido. (U- 2)*

Esta relação médico/paciente, precisa ser trabalhada no contexto educacional, social e cultural com a sociedade. Enquanto somente processo de formação profissional na medicina, talvez não seja o suficiente para mudanças de postura profissional, tal como relatam Abreu, Manfroi e Machado:

*[...] no terreno do relacionamento com o paciente, a medicina está reconsiderando alguns aspectos, a dificuldade em proporcionar a ele um cuidado integral não depende somente da formação oferecida pelo curso de medicina: valores prevalentes em nossa sociedade pouco contribuem para o fazer reflexivo e para soluções integrais (2015, p.268).*

A atenção à urgência e à emergência realizada “em tempo oportuno e de forma qualificada reveste-se de grande importância por salvar vidas, evitar sequelas e reduzir o sofrimento das pessoas no momento em que elas mais necessitam dos serviços de saúde” (SANTOS, 2015, p.23).

Para desenvolvermos a qualificação dos profissionais que atendem à Rede de Urgência e Emergência, é necessário que os sujeitos envolvidos planejem ações de educação e saúde, como prevê a Política de Educação Permanente, (Portaria nº 1.996 de 2007), pois em todos os lugares que produzem o cuidado é primordial haver capacitações que envolvam trabalhadores e gestores. Como se referem Merhy e Gomes (2014), quando trata da Educação Permanente dos trabalhadores:

Um dos principais desafios dos trabalhadores e gestores municipais é promover EPS nas redes de atenção. [...] mas é fundamental reafirmar que, em todos os lugares onde se produz o cuidado, há necessidade de se refletir sobre a micropolítica que se desenvolve nesses ambientes, não sendo um privilégio de certas modalidades assistenciais essa característica (p.85).

A consulta de emergência realizada desta forma rápida, como aparece nas falas dos entrevistados, pela falta de tempo, pode desqualificar o atendimento e o cuidado. Sem “olhar” o paciente, o atendimento humanizado não ocorre de maneira a garantir a integralidade do cuidado. Estas consultas de avaliação dos usuários realizadas pelos médicos nas portas da emergências precisam ser melhor qualificadas. Para que isso ocorra será necessário as Universidades melhorarem a formação destes profissionais.

A escola (como Instituição) e os professores necessitam capacitar-se para formar médicos competentes, com visão integral, considerando o eixo biopsicossocial, o nível ético, e que sejam capazes de compreender as necessidades do contexto histórico no seu tempo (ABREU, MACHADO, MANFROI, 2005, p.267)

A Política Nacional de Humanização (PNH), elaborada pelo Ministério da Saúde (2003), trouxe nova proposta de mudança nos modelos de atendimento e gestão realizados pelos profissionais de saúde, é “entendida como um instrumento para a mudança nos modelos de atenção e gestão, tendo como foco as necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho” (Andrade et al., 2011, p.1116). Contribuiu para que as instituições de saúde mudassem a forma de gestão e atenção, promovessem capacitações no processo de educação e saúde, mas na maioria dos hospitais, ocorre muitas vezes somente em forma de palestras e treinamentos, como relatam os profissionais:

*[...] Internamente a gente faz palestras constantes, está no nosso planejamento de ações da comissão de EPS do hospital. (P-1)*

*[...] educação permanente a gente faz o que é de específico da unidade, reúne e passa as rotinas do setor ou de cuidado específico. (P-2)*

*Aqui dentro a gente sempre faz os treinamentos internos, conforme as dificuldades, sempre teve adesão, fizemos dentro do horário de serviço. (P-3)*

Temos de pensar as ações de Educação Permanente de forma mais ampla que envolvam os processos gerenciais e o mundo do trabalho como relata Flores, Oliveira e Zocche (2016), como também cita Silva et al., “a educação permanente é uma proposta centrada no enfrentamento dos problemas que emergem do trabalho cotidiano nos serviços de saúde” (SILVA et al., 2012, p.490). Também relatada por Lopes neste contexto de análise que a educação é indicada como uma das estratégias para se alcançar o desenvolvimento da relação entre o trabalho e a educação, a atividade do trabalhador pode ser o ponto de partida de seu saber, determinando sua aprendizagem subsequente (LOPES, 2007).

Ao analisarmos os contextos em que se inserem os trabalhadores de saúde na área hospitalar, percebemos que existem ações de educação, focadas em questões pontuais do mundo do trabalho, faltam o desenvolvimento destas iniciativas junto à rede de urgência e emergência.

*Em relação à educação permanente com a rede, assim que conseguirmos finalizar a rotina de classificação de risco que vamos implantar, vamos estar chamando a rede. (D-1)*

*[...] poucas atividades de educação com os gestores das outras instituições que compõem os outros eixos foram feitas. (D-2)*

*[...] o desafio é levar e envolver educação permanente com o externo, queremos muito nos envolver e capacitar o externo. (D-3)*

Os hospitais com referência de urgência e emergência como porta de entrada na Rede, tem o desafio de modificar seu processo de trabalho, não somente ao fazer educação permanente interna, mas estar junto com a rede desenvolvendo práticas educativas e de gestão nos processos de trabalho, que irão oportunizar integração de ações conjuntas na rede.

A importância da mudança destas práticas é destacado por Pinto (2016), ao sinalizar acredita que,

a ação de mudança das práticas, do processo de trabalho, dos próprios sujeitos e de suas relações, necessária à qualificação da atenção, gestão, educação e participação em saúde, demanda processos de educação” nos quais objetiva-se que os sujeitos que promovem a ação se tornem “sujeitos da problematização e transformação de suas práticas (PINTO, p.24, 2016).

Para que isso ocorra, torna-se necessário ao SUS implantar ações e políticas, não só nas três esferas de governo, mas na gestão dos serviços e contextos coletivos

que por meio do processo de educação possam identificar as necessidades da realidade.

Esta discussão também traz a contribuição de Neta e Alves (2016), que identificam a importância de tratarmos este assunto: “A educação dos profissionais da saúde é um assunto de elevada importância quando se concebe um serviço público de saúde que contemple as necessidades dos usuários em sua complexidade” (p. 226).

As ações de educação e saúde para os profissionais da rede tem sido um grande desafio: temos que levar em consideração que esta política, envolvendo os profissionais, com a participação dos serviços ocorre num contexto complexo. Qualificar diferentes profissionais em diferentes pontos para que a rede funcione com resolutividade, garantindo aos usuários os atendimentos de suas necessidades e complexidades, remete-nos a entender este processo de forma mais profunda.

As ações de educação estão ligadas ao aprofundamento do conhecimento e o funcionamento da rede, da regulação, da regionalização, dos acordos e pactuações realizados. Para conseguirmos religarmos nosso conhecimento com as ações educativas, é necessário o entendimento de como conseguirmos abstrair novos conhecimentos,

Nossa mente é governada pelos princípios da disjunção, da redução e da abstração, o que sem dúvida, permitiu durante três séculos, imensos progressos no conhecimento científico. Contudo essa divisão de realidade e dos problemas é mutiladora: o todo não é jamais a soma das partes, ele é alguma coisa a mais, na medida em que produz qualidades que não existem nas partes separadas. As consequências nocivas deste tipo de pensamento revelam-se de maneira marcante no século XX, quando os conhecimentos tornaram-se cada vez mais disjuntos e fracionados, tornando impossível a observação da rede comum (MORIN, 2010, p.193).

Seguindo o compasso de MORIN (2010), ao refletirmos sobre a temática pensamos que dentro desta política de redes, teremos que trabalhar o conhecimento, unindo o todo com as partes, nunca levando em consideração somente a soma das partes separadas. Unir todos os pontos da rede e trabalharmos de forma interligada, conjunta com todos os componentes de forma dinâmica, religando os serviços e os pontos de atenção de modo a garantir as atividades que promovam a integralidade do cuidado ao usuário na rede.

Modificações na formação inicial das diversas profissões envolvidas foram propostas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais entre 2000 e 2006 e tem sido

rediscutidas na atualidade. No entanto, embora toda a ênfase, empenho e compromissos de formadores, muito há para ser feito no sentido de desenvolver atividades que promovam a integralidade do cuidado numa perspectiva da complexidade.

As ações de educação na rede, desencadeadas por profissionais formados noutro modelo teórico que não o da complexidade, em sua maioria, podem ser analisadas com base nos seguintes relatos, apresentados pelos presidentes de CIR:

*[...] poderia ter sido melhor realizada pelos três entes, tanto por parte do Ministério, como pelo Estado, se pecou muito em relação a isso, e também os municípios, [...] é na educação permanente que a gente vai começar a resolver as falhas. (C-1)*

*[...] não conseguimos continuar as atividades, parou, não houve evolução de continuar a educação permanente na rede, a gente via nisso a grande necessidade de qualificar as equipes e tudo aquilo que estávamos nos propondo. (C-2)*

*[...] os municípios não participam, isso era uma das grandes reclamações, uma dificuldade. O hospital promove orientações sobre um determinado assunto e os municípios não vão. (C-3)*

Por intermédio dos relatos dos entrevistados, percebemos que há preocupação quanto ao desenvolvimento das ações de educação na rede, e ainda, - que faltou a realização desta Política na implantação da urgência e emergência na macrorregião, - que houve descaso por parte do Ministério, do Estado e dos profissionais dos municípios. As observações apontam que, para ser efetivada a educação em saúde, este processo ainda necessita passar por transformações na gestão dos serviços e na capacitação dos profissionais envolvidos nesta rede. Contribuindo com esta análise, Neta e Alves (2016), apontam algumas complexidades neste processo de educação:

A educação em saúde é um processo e, como tal, está em permanente transformação. A complexidade de seu objeto, bem como o fato de se desenvolverem em seu interior processos conflitantes, há muito a aprender sobre os movimentos que constituem esse espaço de ensino-aprendizagem. O caminho que se faz na direção desse conhecimento pode, por mais estranho que possa parecer, revelar conhecimento, não numa perspectiva de linearidade, mas como resultante das vivências de todos os envolvidos e à revelia do que estava estabelecido como correto, aceitável ou esperado (p. 232).

*[...] o profissional precisa estar incluído neste processo, saber sobre o funcionamento da rede, ele não conhece o funcionamento, muitos carecem deste conhecimento, dentro da educação em saúde nas redes, teria que ser mais intensificado isso. (C-1)*

Os relatos apontam que faltou intensificar ações de educação em saúde na rede. Estas ações poderiam ter gerado uma transformação no processo de implantação. Se compartilharia o conhecimento, possibilitando aos envolvidos momentos de ensino-aprendizagem de trocas e vivências. Para isso ter sido realizado teríamos de ter planejado a realização de Educação Permanente na Rede. Como encontramos na contribuição de Silva (2016) sobre Educação Permanente, validando um conceito de pensadores do Ministério da Saúde (Brasil, 2004):

*[...] a Educação Permanente vem afirmada como “o conceito pedagógico para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços e entre docência e atenção à saúde”, sendo ampliado, no contexto da Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre “formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde (...) realiza a agregação entre aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho e resolutividade da clínica e da promoção da saúde coletiva (BRASIL, 2004, p. 1).*

Esta proposta da Educação Permanente, remete-nos à reflexão sobre o trabalho desenvolvido pelo grupo condutor na rede com os trabalhadores nos diversos pontos de atenção. Se pensarmos que as ações nesta rede não foram suficientes para agregar conhecimento, reflexão e crítica sobre os processos de trabalho que foram propostos pela implantação, teremos de entender que será necessário uma mudança cultural dos profissionais e responsáveis pelos serviços envolvidos e no entendimento dos usuários quanto ao uso adequado da porta de entrada hospitalar.

*[...] a rede de urgência não mudou a cultura da população de não procurarem a porta de emergência quando não é emergência, e sim procurar outros serviços da rede. Aí continua a demanda muito grande na porta. (P-1)*

A questão da mudança cultural, trazida pela implantação das redes, propõe entrosamento entre os serviços, e destes com os usuários, envolve processos de trabalho, que tenham responsabilidades com a resolutividade das portas de entrada e demais pontos de atenção. Este é um grande desafio: trabalhar na transformação cultural de uma população que já vem ao longo de muitos anos, entendendo que o Hospital é mais resolutivo que os demais pontos da rede. A reversão desta cultura

poderá oportunizar uma mudança nos processos de trabalho e talvez resolver a superlotação hospitalar.

A redução da superlotação por meio da revisão de processos de trabalho com o apoiador inserido no cotidiano da atenção tem proporcionado a melhora dos indicadores de gestão hospitalar. Além disso, a capacitação das equipes na gestão de emergências e processos assistenciais, a melhoria da área física e a aquisição de novos equipamentos dos hospitais envolvidos constituem-se em importantes avanços alcançados” (JORGE et al., 2014, p.138).

Esta questão da superlotação hospitalar acaba interferindo no desempenho dos profissionais que atendem estas portas. A demanda de usuários aguardando atendimento, diariamente nos hospitais, muitos destes demonstram-se insatisfeitos frente à espera. As equipes muitas vezes reduzidas, ou até despreparadas para atuarem nas emergências e trabalharem sob pressão, acumulam um determinado estresse, fato este desqualifica o atendimento em várias circunstâncias. Como relatam Barbosa, Barbosa e Najberg (2016):

[...] as emergências estão superlotadas, comprometendo a agilidade e a qualidade da assistência, fato que ganha repercussão frequente na grande mídia, com expressão de descontentamento da população. São apontadas deficiências da estrutura física, da gestão e de recursos humanos nos serviços de urgência como fatores que têm causado insatisfação e insegurança dos profissionais e usuários. Sobrepõem-se a essas dificuldades, a propensão ao agravamento dos quadros de urgência com progressão para a letalidade ou a maior incidência de sequelas” (p.50).

Continuam os autores: “A organização do fluxo de usuários dentro das redes e unidades de saúde problematiza, constantemente, a capacidade de resposta do sistema e informa sobre as dificuldades para sua legitimação junto à sociedade” (BARBOSA; BARBOSA; NAJBERG, 2016, p. 52).

Entendemos que é possível conseguir resolver a superlotação hospitalar com trabalho em equipe de todos os componentes da Rede, fazendo com que os hospitais se aproximem dos demais pontos da rede e elaborem planejamento compartilhado de educação e saúde, com capacitações e troca de saberes, somando conhecimentos e práticas. Existe intencionalidade nas falas dos pesquisados em desenvolverem ações de educação na rede, como relatam:

*[...] vamos envolver a rede, nas capacitações, pois tem muitas situações que eles não tem vivência, quanto mais conseguirmos melhorar o atendimento,*



*melhor vai ficar é para as equipes trabalhar juntas. É a primeira vez que vamos tentar envolver as equipes, uma parte teórica e depois uma parte prática. (P-2)*

*[...] o hospital ofereceu palestras para os profissionais da nossa região, mas a participação foi muito baixa principalmente da parte médica. (P-1)*

*[...] as capacitação e qualificações é intenção nossa fazer, na rede, no que precisar a gente pode fazer isso, as pessoas aqui são parceiros, temos algumas limitações não sei se a política deles é trabalhar assim, é novo este processo. (D-3)*

As capacitações propostas pelos Hospitais, fazem parte de um planejamento na implantação da rede, que sinaliza uma necessidade identificada pelos entrevistados quanto à qualificação dos demais componentes da rede. Para que esta proposta possa se efetivar, deverá estar pautada no planejamento regional de ações que venham ao encontro de atender às necessidades locais.

O planejamento em educação é importante ser realizado como trata Bergamini (2015) ao destacar a promoção de educação permanente em planejamento como “atividade de capacitação que deve ser compartilhada por Estado e municípios, para profissionais que atuam nesse âmbito, em todos os níveis de governo” (p.70). O desenvolvimento das práticas de ensino/aprendizagem mais adequadas produziriam conhecimento nas instituições, tendo como base a realidade vivenciada pelos sujeitos sociais envolvidos, bem como os problemas enfrentados diariamente no processo de trabalho.

Essa prática se fundamenta no conceito de “ensino problematizador” que estimula a crítica sobre a realidade e se fundamenta na produção de conhecimento que responde às inquietações pertencentes ao universo de vivências do educando” (BERGAMINI, 2015, p.70), nas relações com seus educadores.

*[...] planejamento de atividades de educação permanente dentro do Hospital nós realizamos. Também foi realizado um treinamento para a implantação do acolhimento responsável humanizado na porta (D-1)*

*O treinamento de classificação de risco, sempre se faz aqui, se faz revisão de protocolos e o treinamento sobre atendimento de urgência e de emergência. (D-2)*

*Existe aqui uma política bem forte voltada de educação permanente, mesmo com foco em desenvolvimento para qualificar mais, o atendimento esta política está bem estruturada. (D-3)*

Os Diretores entrevistados relatam que são realizadas atividades de educação no ambiente hospitalar, internamente para os trabalhadores, que atuam nas emergências. O necessário é que estas capacitações ocorram no horário de trabalho, para haver adesão dos trabalhadores. O que tenderá a acontecer nesta hipótese é que os usuários poderão reclamar da ausência dos profissionais no setor, nos momentos de capacitação. Este assunto é abordado por SILVA (2016) na sua tese:

Efetivar espaços de discussão coletivos dentro do horário de trabalho esbarra na questão de interromper o atendimento, o que, por sua vez, leva a protestos da população que busca ser atendida em sua necessidade de cuidado. Manifesta-se a contradição, presente no espaço de trabalho, entre usar o tempo do trabalho em atividades formativas, com vistas a qualificar o atendimento, e tirar este tempo da atividade de assistência (p.212).

Pensamos ser necessário que ocorram estes momentos de capacitação das equipes de emergência, dentro do horário de trabalho, proporcionando aos trabalhadores a participação. As equipes poderiam se revezar na assistência nos dias de capacitação, permitindo, com isso, intensificar os encontros e que todos tenham acesso a estes momentos de formação profissional. Como relatam Batista e Gonçalves:

Apesar de alguns avanços, a formação dos profissionais de saúde ainda está muito distante do cuidado integral. O perfil dos profissionais de saúde demonstra qualificação insuficiente para as mudanças das práticas. Uma necessidade crescente de educação permanente para estes profissionais com o objetivo de (re)significar seus perfis de atuação, para implantação e fortalecimento da atenção à saúde no SUS é um grande desafio. (2011. p.886)

Neste percurso dos hospitais porta de entrada da RUE estarem desenvolvendo ações de educação aos seus colaboradores internamente é necessário que: “servir para preencher lacunas e transformar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho”. Para que isso aconteça de forma efetiva dentro das instituições “não basta apenas transmitir novos conhecimentos para os profissionais, pois o acúmulo do saber técnico é apenas um dos aspectos para a transformação das práticas e não o seu foco central”. (BATISTA; GONÇALVES, 2011, p. 895).

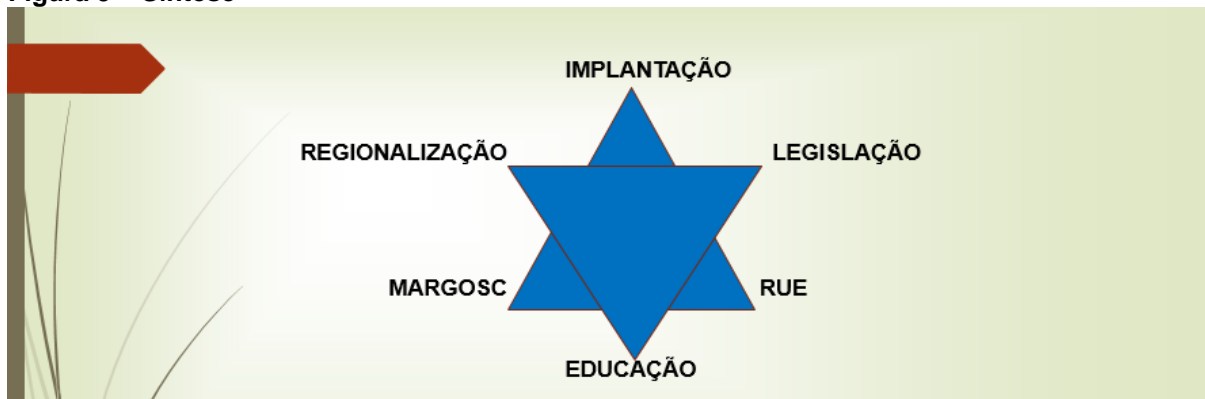
O desafio desta política educacional nos processos de trabalho dos profissionais inseridos no atendimento das urgências e emergências é podermos perceber os resultados destas ações nas práticas dos profissionais e na vivência da

equipe no atendimento. Como foi relatado por Batista e Gonçalves (2011) ao dizerem que, não basta só transmissão de informações. O conhecimento por si só nunca atingirá sua plenitude, como afirma Morin, “que fique bem entendido, nós jamais atingiremos um conhecimento total: o todo do universo permanecerá inacessível para nós. Mas devemos aspirar a um conhecimento multidimensional. (MORIN, 2010, p. 292)

[...] o ensino deve ajudar a mente a utilizar suas aptidões naturais para situar os objetivos em seus contextos, em seus complexos, em seus conjuntos. Ele deve opor-se à tendência a se satisfazer a partir de um ângulo de visão parcial. Deve promover um conhecimento simultaneamente, analítico e sintético que religa as partes ao todo e o todo às partes. Deve ensinar os métodos que permitem compreender as relações mútuas, as influências recíprocas, as interretroações. (MORIN, 2010, p. 292)

As *interretroações* permitem compreender as relações múltiplas e influências recíprocas onde a educação aparece como instrumento de análise e ápice invertida de um dos triângulos que forma a estrela de seis pontas síntese do processo analítico desta pesquisa.

**Figura 9 – Síntese**



Fonte: PANZERA, C.S.T. (2017)

O conhecimento que está sendo tratado aqui, envolverá iniciativas de educação com os profissionais, consolidado no processo de ensino/aprendizagem no local de trabalho. Este ensino necessita ser entendido na sua complexidade. Abranger a formação inicial dos profissionais, o seu acolhimento na RUE, a atualização sempre que ocorrer a reposição de trabalhadores nos pontos de atenção da RUE e ainda, a constante reflexão sobre os processos vividos com a socialização por meio de um ensino problematizador. As *interretroações* entre o ensino, o papel da educação e o trabalho na saúde consolidam uma leitura da implementação da RUE.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação oportunizou-nos aproximação à RUE como membro do grupo condutor e pesquisadora do tema que objetivava a “Análise do processo de educação e saúde na implantação da RUE na MARGOSC” e o problema de pesquisa, foi um dispositivo disparador de questões que originou este estudo. Um panorama do planejado e da execução do Plano (SC, 2013), a análise da Portaria 2.395 da qualificação das portas de entrada dos Hospitais e as categorias que apareceram com os relatos dos entrevistados foram importantes no aprofundamento teórico sobre as Redes de Atenção à Saúde, a RUE, a Regionalização, a Educação e Saúde.

Os objetivos específicos foram desenvolvidos e atingidos oportunizando várias descobertas que obtivemos neste estudo. Vamos apontar as principais que mais se destacaram nos relatos dos entrevistados e nas demais análises.

Uma das descobertas da pesquisa foi a percepção dos entrevistados acerca de que houve descontinuidade no processo de implantação da rede no período de 2013 a 2016, por parte do Ministério da Saúde. Esta descontinuidade surge na pesquisa como ausência do repasse de recursos financeiros para habilitação dos itens que faltam serem implantados na rede, bem como a inexistência de acompanhamento e supervisão de parte do MS, acarretando fracasso do processo. O Estado ficou sem coordenação estadual da RUE por um longo período, o que culminou no impacto nas macrorregiões e, com isso, o processo paralisou por um tempo. O grupo condutor parou de se reunir em alguns momentos, desmotivado por esta conjuntura. Atualmente, o grupo foi recomposto e se rearticulou em reuniões mais sistemáticas.

A Atenção Básica na macrorregião não vem sendo representada no grupo condutor desta rede, o que impede a ampla comunicação no sistema de referência e contra referência. Outro achado de pesquisa foi que, a Atenção Básica, não assumiu a coordenação do cuidado dos usuários na rede. Percebemos, pelos relatos dos entrevistados, que continuam encaminhando a maioria dos casos que poderiam estar sendo resolvidos nas UBSs para os hospitais porta de entrada da RUE, sobrecarregando as emergências hospitalares. Sinalizam, assim, ausências de condições para os profissionais da Atenção Básica possam assumir a coordenação do cuidado do usuário na rede.

A falta de ações de educação com as equipes de Atenção Básica, e destas com a população, foi percebida em vários momentos pelos entrevistados: relatam que

muitos usuários poderiam estar sendo atendidos nas UBSs e acabam sendo direcionados para os Hospitais. Compreende-se que, pelos relatos apresentados, há despreparo e desconhecimento destas equipes para trabalharem em rede. AAPS está desarticulada com os demais pontos da rede. Este tema “O papel da atenção básica nas redes” poderá ser objeto de futuras pesquisas a respeito do entendimento das responsabilidades das ESFs em relação às Redes de Atenção à Saúde.

Nos Hospitais porta de entrada pesquisados foi possível constatar uma educação permanente voltada mais aos profissionais que fazem parte das equipes internas. Sinalizaram que teriam intenção em capacitar a rede e os demais pontos, mas não apresentam planejamento quanto à realização destas ações com efetividade. Tais ações seriam importantes terem sido realizadas desde o início desta implantação, de forma contínua, com todos os pontos de atenção da RUE, para que pudéssemos organizar os fluxos e integrar os serviços de forma resolutiva.

O grupo condutor desenvolveu poucas ações de educação na rede, fato este percebido nos relatos dos entrevistados que os momentos educativos deveriam ter continuado, pois foram feitos somente no início deste processo, com os responsáveis pelos pontos de atenção da RUE, de forma breve e descontinuada em palestras e curtas reuniões. Os poucos momentos de discussão e debates acerca da RUE com os componentes dos serviços, foram insuficientes para garantir o processo de continuidade na implantação desta rede.

A população representada pelos usuários na pesquisa, demonstra não ter conhecimento a respeito do funcionamento da RUE, nem de como usar de forma correta as portas de emergências hospitalares para atendimentos em situações graves. Continua dirigindo-se aos hospitais pela facilidade do acesso, em busca da agilidade na realização de exames que permitam obter diagnóstico e proposta de tratamento mais rápido. Esta realidade de busca excessiva pelos serviços acaba superlotando as emergências, comprometendo a qualidade do atendimento hospitalar realizado pelas equipes de referência da RUE.

Outra descoberta da pesquisa. Desde 2014, quando os Hospitais porta de entrada da RUE foram habilitados, até o momento do término da pesquisa, ainda faltam vários itens para adequações no cumprimento da Portaria 2.395, em relação à qualificação destes hospitais. Alguns itens desta qualificação das portas não foram realizados por falta de recursos do MS, outros, dependeriam dos hospitais, alguns ficaram sem serem realizados. Como não ocorreu acompanhamento no cumprimento

desta Portaria de forma sistemática por parte do MS, do Estado e do grupo condutor, acabou havendo uma descontinuidade nesta execução.

Considerando que este processo de implantação da RUE na MARGOSC sofreu descontinuidade, não foi implantado o Plano (SC, 2013) conforme o previsto em 2015. A ausência de prioridades do Ministério da Saúde e do Estado de Santa Catarina comprometeram esta execução. O Grupo condutor desta rede encontra-se envolvido num processo inacabado, sem previsão de finalização desta implantação na sua totalidade. Esta conjuntura prejudica a formação da rede, compromete a organização dos fluxos e está deixando os usuários do SUS sem assistência de qualidade possível nos vários pontos de atenção da RUE. A continuidade do cuidado dos usuários na rede não se efetivará até que haja a implantação da RUE, na sua totalidade, como preveem as Portarias Ministeriais.

A falta de organização da regulação na RUE na MARGOSC, nesta pesquisa emerge como uma das maiores dificuldades, tanto nos Hospitais, quanto na Atenção Básica, UPAS, SAMU e Central de Regulação. Sem habilitação e adequação dos serviços, que faltam serem finalizados no Plano (SC, 2013) e a retomada das ações de educação na rede, não haverá avanços neste processo.

A precarização das ações de educação e saúde na rede, também foi outro achado de pesquisa. Foram feitas algumas ações iniciais em 2013, como salientados pelos entrevistados. Depois, enquanto grupo, deixamos de realizá-las de forma sistemática. Estas ações educativas, possibilitariam a continuidade do processo de implantação da RUE, com a realização de capacitações. Seria indispensável a realização de um plano de educação nesta rede, com o envolvimento do grupo condutor e dos profissionais de todos os pontos de atenção. Poderíamos, assim, dar sustentação a esta política evitando a descontinuidade no processo da RUE na MARGOSC, que foram dados descobertos pela pesquisa e apresentados nesta dissertação.

A questão da regionalização, categoria emergente dos relatos, também sinaliza a preocupação e aponta fragilidades na gestão do SUS na MARGOSC. Temos um quantitativo expressivo de municípios com população menor de 20.000 habitantes. Esta característica regional pode comprometer a implantação da rede, pois faltam serviços de referência (UPA, SAMU, UBS, Leitos de Retaguarda Clínica e Cuidados Prolongados) dentro da macrorregião. A Região de Saúde do Extremo Oeste é um exemplo disso. Não há, até o momento, alta complexidade em nenhuma especialidade

para oferecer, possui um Hospital Regional que atende 100% SUS e dispõe de ótima estrutura física; foi construído pelo Estado e precisa ser melhor qualificado, para otimizarmos o processo de regionalização da RUE dentro da macrorregião.

As Redes de Atenção à Saúde, são uma proposta nova de política pública com característica social-democrata e estão sendo implantadas no Brasil numa realidade neoliberal. Isso nos faz refletir se elas irão tornarem-se viáveis e sustentáveis nesta conjuntura social, econômica e política contraditória. Este estudo futuramente poderá ser outro tema de pesquisa.

O desconhecimento por parte de usuários sobre o funcionamento da RUE, as faltas de ações de educação com as equipes de atenção básica e destas com a população, ou dos profissionais da saúde, embasam a necessidade da discussão entre as RAS, a RUE e o contexto educacional. Para que a complexidade e o pensamento complexo possam ser compreendidos, eles não se podem reduzir a uma explicação clara, ou a uma lei simples, pois para entendê-los torna-se mister situar o exposto na Figura 9. Ela mostra uma síntese das categorias analíticas conectadas, apresentadas neste trabalho, onde a educação está na base da estrela como sustentáculo do conhecimento complexo.

No contexto de aprovação da PEC 241/2016 que, numa clara manifestação neoliberal, propôs e aprovou o congelamento por um período de 20 anos do orçamento básico da União para os setores da saúde, da educação e da previdência social, anunciam acirramento desta descontinuidade na implantação de várias políticas sociais e públicas e, entre elas, a da implantação democrática das Redes de Atenção à Saúde no SUS.

## REFERÊNCIAS

ABREU, J.R.P.; MANFROI, W.C.; MACHADO, C.L.B. Contexto Atual do Ensino Médico: Metodologias Tradicionais e Ativas-Necessidades Pedagógicas dos Professores e da Estrutura das Escolas. In: MANFROI, W.C. (Org). **Educação e Saúde: Um Caminho em Construção**. wwlivros: Porto Alegre, 2015.

ALBUQUERQUE, M. V.; VIANA, A.L.D. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. Especial, p. 28-38, Dez.2015.

ALMEIDA, Maria da Conceição, CARVALHO, Edgard de Assis. **Cultura e Pensamento Complexo**. Porto Alegre. Editora Sulina, 2012.

ANDRADE, et al. Humanização da saúde em um serviço de emergência de um hospital público: comparação sobre representações sociais dos profissionais antes e após a capacitação. **Ciência & Saúde Coletiva**, n 16. Rio de Janeiro. (Supl. 1): 1115-1124, 2011.

BARBOSA, D. V. S.; BARBOSA, N. B.; NAJBERG, E. Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, 24 (1): 49-54, 2016.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARROS, D.M.; SÁ, M.C. O processo de trabalho em saúde e a produção do cuidado em uma unidade de saúde da família: limites ao acolhimento e reflexos no serviço de emergência. **Ciência & Saúde Coletiva**, n.15. (5) Rio de Janeiro. 2473-2482, 2010.

BATISTA, K.B.C.; GONÇALVES, O.S.J. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde Soc**. São Paulo. V.20. n.4. p.884-899, 2011.

BERGAMINI, F. **Instrumentos de planejamento: ferramentas para a qualificação da gestão pública em saúde**. 2015. 106 f. Dissertação de Mestrado em Saúde na Comunidade. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2015.

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

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 342** de 4 de março de 2013. Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviço de urgência 24h não hospitalares da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) em conformidade como a Política Nacional de atenção às Urgências e dispõe sobre incentivos financeiros de investimento para novas UPA 24h (Nova) e UPA 24h (Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. Brasília. 2013.



BRASIL. Ministério Da Saúde. **Portaria nº 354**, de 10 de março de 2014. Publica a proposta de Resolução “Boas Práticas para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência”. Brasília, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 373**, de 27 de Fevereiro de 2002. Norma Operacional da Assistência À Saúde / SUS - NOAS-SUS 01/2002. Brasília. 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 399**, de 22 de fevereiro de 2006. *Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília. 2006.*

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.010**, de 21 de maio de 2012. Redefine as diretrizes para implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. Brasília. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.101**, de 12 de junho de 2002. Estabelecer, na forma do Anexo desta Portaria, os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.256**, de 25 de junho de 2013. Aprova a Etapa III do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências do Estado de Santa Catarina e Municípios e aloca recursos financeiros para sua implantação - Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar. Brasília. 2013.

BRASIL, Ministério Da Saúde. **Portaria nº 1.600**, 07 de Julho de 2011. Reforma a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Urgência no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília. 2011a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.863**, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília. 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.867**, de 17 de outubro de 2016. Estabelece recursos do Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar a serem incorporados ao Componente Limite Financeiro da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar do Estado de Santa Catarina e do Município de Maravilha. Brasília. 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.870**, de 17 de outubro de 2016. Estabelece recursos do Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar a serem incorporados ao Componente Limite Financeiro da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar do Estado de Santa Catarina e do Município de Guaraciaba. Brasília. 2016.

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Portaria nº 1.996**, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.048** de 5 de novembro de 2002. Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília. 2002

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.144**, de 17 de outubro de 2016. Estabelece recurso do Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar a serem incorporados ao Componente Limite Financeiro da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar do Estado de Santa Catarina e do Município de Xanxerê. Brasília. 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.203**, de 5 de novembro de 1996. Norma Operacional Básica SUS 1/96. BRASÍLIA. 1996.

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Portaria nº 2.395**, de 11 de outubro de 2011. Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção à Urgência no âmbito do Sistema Único de Saúde(SUS). Brasília, 2011b.

BRASIL, Ministério Da Saúde. **Portaria nº 2.488** de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para organização da Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília. 2011c.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.941**, de 4 de dezembro de 2013. *Aprova a Etapa IV do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências do Estado de Santa Catarina e Municípios, e aloca recursos financeiros para sua implantação - Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar. Brasília. 2013.*

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.809**, de 07 de dezembro de 2012. Estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção à Urgências e Emergências (RUE) e as demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília. 2012.

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Portaria nº 4.279** de 30 dezembro de 2011. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília. 2011d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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. Brasília. 1990.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS. Coleção Para entender a gestão do SUS**, vol. 9. Brasília: CONASS, 2011e.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As oficinas para a organização das redes de atenção à saúde: CONASS**, 108 p. (CONASS Documenta; 21). Brasília. 2010.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Decreto Presidencial nº 7.508** de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei 8.080 de 19/09/90, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Brasília, 2011f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. 2. ed. Brasília, 2012.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: CONASS, 2015. 127 p.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Articulação Interfederativa. **Principais Marcos Normativos da Gestão Interfederativa do SUS**. 2 reimp. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Articulação Interfederativa. **Painel de Indicadores do SUS nº 8: Temático Regionalização da Saúde** v. V. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Toda Hora**. Disponível em: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br). Acesso em 23 de outubro de 2015. Brasília. 2013.

CARVALHO, G, et al. SILVA, S. F. (Org). **Redes de atenção à saúde no SUS**. O Pacto pela Saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde. CONASEMS. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. São Paulo. 2008.

CECÍLIO, L.C.O. et al. Programa SOS Emergências: uma alternativa de gestão e gerência para as grandes emergências do Sistema Único de Saúde. In: Redes de Atenção à Saúde Construindo o Cuidado Integral. **Revista Divulgação em saúde para o debate**. n. 52 - ISSN 0103-4383. Rio de Janeiro, Outubro. 2014.

CECCIM, R. B; FEUERWERKER, L.C.M. O Quadrilátero da Formação para a área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. In **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.14, p.41-65, 2004.

COSTA, H.O.G.; KALIL, M. E.X.; SADER, N.M.B. REDE Unida: um novo ator social no campo das políticas públicas. In. ALMEIDA, Marcio et al. **A educação dos profissionais de saúde na América Latina**. Teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo: HUCITEC, 1999. (p. 97-108).

CRM, Conselho Regional de Medicina. **RESOLUÇÃO CFM Nº 2.110/2014**. Dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Pré-Hospitalares Móveis de Urgência e Emergência, em todo o território nacional. 2014.

CUNHA, M. L. S. NORONHA, M. F. de. Redes Integrais e Territórios: é necessário um elemento organizador da atenção à saúde. In: FERREIRA, S. C. C. MONKEN, M. (Org.). **Gestão em Saúde Contribuições para Análise da Integralidade**. Rio de Janeiro. EPSJV, 2009. Cap. 3, p. 43-72.

DOURADO, D. de A. ELIAS, P. E. M. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Rev. Saúde Pública**. v.45, n.1, p. 204-211. São Paulo. 2011.

DUARTE, C.M.R. et al. Regionalização e desenvolvimento humano: uma proposta de tipologia de Regiões de Saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 31(6):1163-1174, jun, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00097414>.

DUARTE, L.S. et al. Regionalização da Saúde no Brasil: Uma perspectiva de análise. **Rev. Saúde & Sociedade**. v. 24. n 2. São Paulo. abr./jun 2015.

FLEURY, S. Redes de políticas: novos desafios para a gestão pública. **Administração em Diálogo**, n.7, pp. 77-89, São Paulo. 2005.

FLEURY, S. Uma rica avaliação da construção da gestão democrática da saúde no nível local. Rio de Janeiro: **Cebes**; Editora Fiocruz; **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. Especial, p. 340-344, 2014.

FLORES, G. E.; OLIVEIRA, D. L.L.; ZOCHE, D.A.A. Educação Permanente no contexto Hospitalar A experiência que ressignifica o cuidado em Enfermagem. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro. v. 14. nº 2. P. 487-504 maio-agosto 2016. ISSN-1678-1007.

GOMES, R. M. **Redes de atenção à Saúde do SUS: 25 anos de uma contradição fundamental**. 2014. 226 f. Dissertação de Mestrado em Políticas Públicas, Estratégias e Desenvolvimento. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

GONÇALVES, C.U. et al. Região, Regionalização e Políticas Territoriais: Escalas, Experiências, Atores. **Revista da Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Geografia (Anpege)**. p.57-76, v.12, n.18, GT Anpege. Dourados(MS) 2016.

HORA, D. L, et al. Propostas inovadoras na formação do profissional para o Sistema Único de Saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11 n. 3, p. 471-486, set./dez. 2013.

IBAÑEZ, N. Conceitos de Regionalização e organizações das Redes. In, BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CONASS. **Redes de Atenção às Urgências e Emergências: Avaliação da Implantação e do Desempenho das Unidades de Pronto Atendimento**. Brasília. (CONASS Documenta, 28). 2015. 400 p. ISBN 978-85-8071-017-5.

IBAÑEZ, N.; GRANJA, G.F., VIANA. A.L.D. . In, BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CONASS. **Redes de Atenção às Urgências e Emergências: Avaliação da Implantação e do Desempenho das Unidades de Pronto Atendimento**. Brasília. (CONASS documenta, 28), 2015. 400p. ISBN 978-85-8071-017-5

IBGE (Instituto Brasileiro De Geografia e Estatística). **Censo Demográfico**. Rio de Janeiro. 2010.

JORGE, A.O. et al. Entendendo os desafios para a implementação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Brasil: uma análise crítica. In: Redes de Atenção à Saúde Construindo o Cuidado Integral. **Revista Divulgação em saúde para o debate**. n. 52 - ISSN 0103-4383. Rio de Janeiro, Outubro. 2014.

JÚNIOR, H.M.M. Redes de Atenção à Saúde: rumo a integralidade. In: Redes de Atenção à Saúde Construindo o Cuidado Integral. **Revista Divulgação em saúde para o debate**. n. 52 - ISSN 0103-4383. Rio de Janeiro, Outubro. 2014.

KUSCHNIR, R. CHORNY, A. H. Redes de atenção à Saúde: Contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.15, n.5, agosto, 2010.

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

LIMA, L.D. et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. 17(11):2881-2892, 2012.

LOPES, M. C. *(Im)possibilidades de pensar a inclusão*. Trabalho apresentado na **30ª Reunião da ANPED**. Programa e textos [www.anped.org.br/](http://www.anped.org.br/). Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação. Caxambú: (ANPED), 2007.

MACHADO, C.L.B. MANFROI.W.C. **Práticas Educativas em Medicina**. 1 ed. Porto Alegre: Dacasa Editora, 2005.

MENDES, Á. et al. O processo de construção da gestão regional da saúde no Estado de São Paulo: subsídios para a análise. **Saúde soc**. v.24, n.2, p. 423-437. 2015.

MENDES, Á.; LOUVISSON, M. O debate da regionalização em tempos de turbulência no SUS. **Saúde Soc**. São Paulo, v.24, n.2, p.393-402, 2015.

MENDES, E.V. As Redes de Atenção à Saúde. **Ciências & Saúde Coletiva**. n. 15, Rio de Janeiro, 2010.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde. 2 ed. Brasília: OPAS, 2011.

MENDES, E.V. Comentários sobre as Redes de Atenção à Saúde no SUS. In: Redes de Atenção à Saúde Construindo o Cuidado Integral. **Revista Divulgação em saúde para o debate**. n. 52 - ISSN 0103-4383. Rio de Janeiro, Out. / 2014.

MENDES, E. V. **A Atenção Primária no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MERHY, E.E.; GOMES, L.B. Colaborações ao Debate Sobre a Revisão da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. In: GOMES, L.B.; BARBOSA, M.G.; FERLA, A.A. (Org). **A educação permanente em saúde e as redes colaborativas: conexões para a produção de saberes e práticas** – Porto Alegre: Editora Rede UNIDA, 2016.

MICCAS, F. L.; BATISTA, S. H. S. Educação Permanente em Saúde: Metassíntese. **Rev. Saúde Pública**. n. 48, p. 171-185, São Paulo, 2014.

MISOCZKY, M. C. Gestão participativa em saúde: potencialidades e desafios para o aprofundamento da democracia. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 336-347, set./dez. 2003.

MOREIRA, J.B.L. et al. **Fazendo Saúde Pelo SUS e para o SUS: Rede de Urgência e Emergência**. SANARE. Suplemento n.2. ISSN: 2447-5815, v.14. MOSTRA PET SAÚDE. 2015.

MORIN, E. **Meu Caminho**. Entrevistas com Djénane Kareh Tager. Tradução: Edgar Assis Carvalho, Marisa Perassi Bosco. Rio de Janeiro. Editora Bertrand Brasil. 2010.

MORIN, E. Complexidade e Liberdade. In; TORRES. J. J. M.– Web Site: [www.juliotorres.ws](http://www.juliotorres.ws). **Saúde & Educação**. Publicado em 31/05/2012.

NETA, A.A.; ALVES, M.S.C.F. A Comunidade como local de protagonismo na integração ensino-serviço e atuação multiprofissional. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14 n. 1, p. 221-235, jan./abr. 2016.

PIMENTA, A. C. Resenha: Introdução ao Pensamento Complexo de Edgar Morin. **Revista Científica da FHO|UNIARARAS**. Fundação Hermínio Ometto. Arraras. São Paulo. v. 1, n. 2, 2013.

PINAFO, E.; CARVALHO, B.G.; NUNES, E.F.P.A. Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. 21(5):1511-1524, 2016.

PINTO, A. H. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: aprender para transformar. In: GOMES, L.B.; BARBOSA, M.G.; FERLA, A.A. (Org). **A educação permanente em saúde e as redes colaborativas: conexões para a produção de saberes e práticas**. Porto Alegre: Editora Rede UNIDA, 2016.

ROCHA, C. R. O Estudo do Princípio da Subsidiariedade e a Importância do Poder Local para o Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde SUS. **XII seminário nacionais de demandas sociais e políticas públicas na sociedade contemporânea**. Santa Cruz do Sul: UNISC, 2016.

RODRIGUES, L. B. B, et al. A Atenção Primária à Saúde na Coordenação das Redes de Atenção. **Ciências & Saúde**. n.19, Rio de Janeiro, 2014.

RODRIGUES, P. H. de A. Desafios políticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde: uma abordagem histórica. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio

de Janeiro, v.21, n.1, p.37-59, jan.-mar. 2014.

SANTA CATARINA, Secretaria de Estado da Saúde. **Plano da Rede de Urgência e Emergência do Grande Oeste de Santa Catarina**. 2013. w.w.w.saude.sc.gov.br

SANTOS, L.; ANDRADE, L.O.M. Redes Interfederativas de Saúde. In: SILVA, S.F. (Org.) **Redes de Atenção à Saúde no SUS**. São Paulo: CONASEMS, 2008. 202p.

SANTOS, F.P. Secretaria de Atenção à Saúde/MS. In, BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CONASS. **Redes de Atenção às Urgências e Emergências: Avaliação da Implantação e do Desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)**. Brasília. CONASS, Documenta, 28. 2015. 400p. ISBN 978-85-8071-017-5

SANTOS, L.; CAMPOS, G. W. de S. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. **Saúde Soc.** São Paulo, v.24, n.2, p.438-446, 2015.

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. **Rev. Saúde Pública**. 48(4):622-631, 2014.

SILVA, G. S. et al. Redes de atenção às urgências e emergências: pré-avaliação das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) em uma região metropolitana do Brasil. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 12, n. 4, p. 445-458, 2012.

SILVA, E.C. da. GOMES, M.H. de A. Impasses no processo de regionalização do SUS: tramas locais. **Saúde soc.** [online]. 2013, v.22, n.4, p. 1106-1116. 2013.

SILVA, E. C. da. GOMES, M. H. de A. Regionalização da saúde na região do Grande ABC: os interesses em disputa. **Saúde soc.** [online], v.23, n.4, p. 1383-1396. 2014.

SILVA, J.P.V. da. GULJOR, A. P. Gestão em Redes e Construção da Integralidade da Atenção e do Cuidado em Saúde: notas para um debate. In: FERREIRA, S. C. C. (Org.). **Gestão em Saúde: Contribuições para a análise da Integralidade**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. p. 23-42.

SILVA, S.F. (Org). **Rede de Atenção à Saúde no SUS**. CONASEMS. São Paulo: EDISA, 2008. 202 p.

SILVA, S.F. da. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciênc. saúde coletiva** [online], v.16, n.6, p. 2753-2762, 2011.

SILVA, S.F. Contribuindo para a análise da implantação de Redes de Atenção à Saúde no SUS. In: Redes de Atenção à Saúde Construindo o Cuidado Integral. **Revista Divulgação em saúde para o debate**. n. 52 - ISSN 0103-4383. Rio de Janeiro, Out./ 2014.

SILVA, M. N. da. **Educação Permanente em Saúde: O Estado entre a Política e as Práticas**. 2016. 242 f. Tese de Doutorado. Faculdade de Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS, Porto Alegre. 2016.

STAKE, R. E. **Pesquisa Qualitativa estudando como a coisa funciona**. Porto Alegre. Penso, 2011.

TORRES, S.F.S.; BELISÁRIO, S.A., MELO, E.M. A Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião Norte de Minas Gerais: um estudo de caso. **Saúde Soc.** São Paulo, v.24, n.1, p.361-373, 2015.

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

TRIVIÑOS, A.N.S. Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação. Atlas. São Paulo, 1987.

UNGLERT, C. V. de S. Territorialização em Sistemas de Saúde. In: MENDES, Eugênio Vilaça (org). Distritos Sanitários: processo social de mudança nas práticas sanitárias para o Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec: Abrasco, 1993, p 221-235.

UNGLERT, C. V. de S. Territorialização em saúde: a conquista do espaço local enquanto prática do planejamento ascendente. São Paulo: Tese (Livre docência). Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 1995

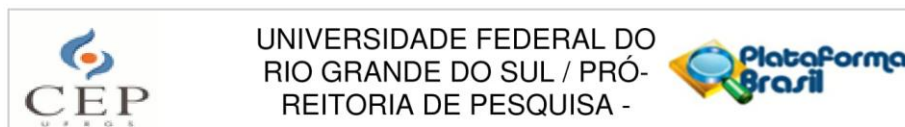
VIANA, L.B.F.; BRITO, R.L.; SANTOS, F.P. Financiamento e Governança em Saúde: um ensaio a partir do cotidiano. In: Redes de Atenção à Saúde Construindo o Cuidado Integral. **Revista Divulgação em saúde para o debate**. n. 52 - ISSN 0103-4383. Rio de Janeiro, Out. 2014.

VIANA, A.L.D.et al. Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. **Saúde Soc.** São Paulo, v.24, n.2, p.413-422, 2015.



**ANEXOS**

## ANEXO I



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
RIO GRANDE DO SUL / PRÓ-  
REITORIA DE PESQUISA -

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA DE REDES DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA MACRORREGIÃO DO GRANDE OESTE DE SANTA CATARINA.

**Pesquisador:** Carmen Lucia Bezerra Machado

**Área Temática:**

**Versão:** 4

**CAAE:** 57264216.2.0000.5347

**Instituição Proponente:** Faculdade de Medicina da UFRGS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.782.678

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um projeto de mestrado de Carla Simone Teló Panzera, sob orientação da Profª Carmen Lucia B. Machado. Tem delineamento qualitativo, exploratória, com análise crítica reflexiva, embasada na técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 2011). Propõe-se a analisar a Implantação da Política de Redes de atenção à Urgência e Emergência na Macrorregião do Grande Oeste de Santa Catarina. Tem como foco os três hospitais porta de entrada na rede de urgência e emergência: Hospital Regional São Paulo, Hospital Regional Oeste e Hospital Regional Teresinha Gaio Basso. Será feito um levantamento das fragilidades e possibilidades que ocorreram entre 2013 e 2016 no processo de implantação desta rede. Para tal, serão realizadas entrevistas semiestruturadas a 12 participantes e será feita análise documental primária do Plano de Implantação da Rede de Urgência e Emergência de 2013 a 2016 da macrorregião.

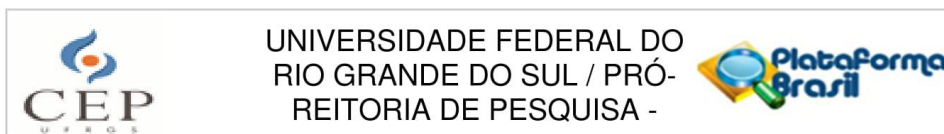
**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Geral:** Analisar o processo de implantação da rede de urgência e emergência na macrorregião do grande oeste de Santa Catarina

**Objetivos Específicos:**

- Analisar o Plano de implantação da rede de urgência e emergência da macrorregião, apontando as fragilidades, levantando as prioridades no período de 2013 a 2016.

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farroupilha **CEP:** 90.040-060  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 1.782.678

- Analisar os hospitais porta de entrada, segundo os critérios da Portaria 2.395 do Ministério da Saúde, no que trata o art. 10 da qualificação.
- Confrontar o planejado e o executado no processo de implantação da rede de urgência e emergência.
- Conhecer a forma dos hospitais porta de entrada trabalharem no atendimento da urgência e emergência e o processo de educação permanente realizado na rede.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

As autoras apontam como riscos para os entrevistados aqueles que são os inerentes ao convívio humano, seguido dos riscos éticos de problematizar o ambiente de trabalho no espaço físico da instituição onde se realizam tanto o trabalho como a pesquisa. E como cuidados a pesquisadora responsável pela coleta dos dados realizará visitas aos locais das entrevistas em hora e dia apazados entre as partes para esta finalidade.

No que se refere aos benefícios, os autores apontam que será proporcionado aos gestores dos serviços de saúde uma melhor articulação dos serviços entre si, organizando os fluxos e melhorando os pontos de comunicação dentro do sistema de gestão, o que visa a promover a integralidade do cuidado e a melhoria do acesso aos usuários no SUS. Aos entrevistados a participação oferece uma oportunidade de pensar, posicionar-se e compartilhar relatos acerca das descobertas e experiências vivenciadas nos hospitais porta de entrada da Rede de Urgência e Emergência na macro região do oeste de Santa Catarina.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um estudo pertinente, com justificativa social, embasado bibliograficamente e adequado do ponto de vista ético. Todas as solicitações deste CEP para ajuste do projeto foram atendidas.

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

São apresentados os Termos de Autorização Institucional, bem como o parecer consubstanciado da COMPEAQ/FAMED-UFRGS de fevereiro de 2016 aprovando o projeto e com a indicação de que fosse submetido ao CEP da UFRGS.

O TCLE e o TCUD estão anexados e adequados.

**Recomendações:**

Aprovação.

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

Aprovado.

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farroupilha **CEP:** 90.040-060  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propeq.ufrgs.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
RIO GRANDE DO SUL / PRÓ-  
REITORIA DE PESQUISA -



Continuação do Parecer: 1.782.678

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Aprovado.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	TUDados_AIPRUESC.pdf	17/10/2016 11:24:31	MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_676462.pdf	13/10/2016 16:48:40		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Proj_AIRUEOSC_CARLA_TELLO.pdf	13/10/2016 16:47:51	Carmen Lucia Bezerra Machado	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_D_TCLE_AIRUEOSC.pdf	13/10/2016 16:43:48	Carmen Lucia Bezerra Machado	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_13_10_AIRUEOSC.pdf	13/10/2016 16:43:24	Carmen Lucia Bezerra Machado	Aceito
Folha de Rosto	FRostoAIPRUESC_TELLO.pdf	20/09/2016 17:34:36	Carmen Lucia Bezerra Machado	Aceito
Parecer Anterior	Parecer_PPesq_ComPesqFAMed.pdf	16/09/2016 09:21:07	Carmen Lucia Bezerra Machado	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Concordancia_das_Instituicoes.pdf	08/04/2016 15:39:10	Carmen Lucia Bezerra Machado	Aceito

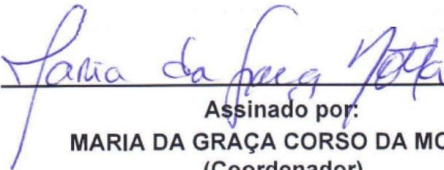
**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PORTO ALEGRE, 20 de Outubro de 2016

  
Assinado por:  
MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA  
(Coordenador)

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farroupilha **CEP:** 90.040-060  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



## ANEXO II

## APÊNDICE B



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENSINO NA SAÚDE/ MESTRADO  
PROFISSIONAL

## AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COLABORADORA

Eu, Fábio Ivonei Lunkes abaixo assinado, Diretor Administrativo do HOSPITAL REGIONAL São Paulo autorizo a realização da Pesquisa: ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA DE REDES DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO GRANDE OESTE DE SANTA CATARINA, a ser conduzido pelas pesquisadoras: Carla Simone Teló Panzera, orientada pela Professora Doutora Carmen Lucia Bezerra Machado, fui informado pelas mesmas sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento.

Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e para tanto autoriza a realização das entrevistas e da observação na Porta de Emergência, referente a proposta deste projeto. A presente pesquisa garantirá o anonimato do paciente entrevistado na recepção da porta de entrada da Emergência, bem como do profissional de saúde.

Xanxerê 09 de dezembro de 2015.

**Fábio I. Lunkes**  
Diretor Administrativo  
CRA/SC/20.466 - HRSF-ASSEC

Assinatura e Carimbo do Responsável pela Instituição

## APÊNDICE A



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENSINO NA SAÚDE/ MESTRADO  
PROFISSIONAL

## AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COLABORADORA

Eu, VÂNIA MARIA LOVERA abaixo assinado, (cargo) DI RETORA do HOSPITAL REGIONAL OESTE, autorizo a realização da Pesquisa: ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA DE REDES DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO GRANDE OESTE DE SANTA CATARINA, a ser conduzido pelas pesquisadoras: Carla Simone Teló Panzera, orientada pela Professora Doutora Carmen Lucia Bezerra Machado, fui informado pelas mesmas sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento.

Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e para tanto autoriza a realização das entrevistas e da observação na Porta de Emergência, referente a proposta deste projeto. A presente pesquisa garantirá o anonimato do paciente entrevistado na recepção da porta de entrada da Emergência, bem como do profissional de saúde.

(Local) CHO, (data) 09, (Mês) 12, 2015.

Assinatura e Carimbo do Responsável pela Instituição

*Vânia Maria Lovera*  
Gerente de Serviços  
CRA/SC 9502

## APÊNDICE C



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENSINO NA SAÚDE/ MESTRADO  
PROFISSIONAL

## AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COLABORADORA

Eu, Sergio Thomazoni, abaixo assinado, Diretor Administrativo, do HOSPITAL REGIONAL TEREZINHA GAIO BASSO, autorizo a realização da Pesquisa: ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA DE REDES DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO GRANDE OESTE DE SANTA CATARINA, a ser conduzido pelas pesquisadoras: Carla Simone Teló Panzera, orientada pela Professora Doutora Carmen Lucia Bezerra Machado, fui informado pelas mesmas sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento.

Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e para tanto autoriza a realização das entrevistas e da observação na Porta de Emergência, referente a proposta deste projeto. A presente pesquisa garantirá o anonimato do paciente entrevistado na recepção da porta de entrada da Emergência, bem como do profissional de saúde.

São Miguel do Oeste/SC, 07 de Dezembro de 2015.

HOSPITAL REGIONAL TEREZINHA GAIO BASSO  
Sergio Thomazoni  
Diretor Administrativo  
CNPJ 09.208.005

Sergio Thomazoni  
Diretor Administrativo do HRTGB/ABHP

## APÊNDICES



## APÊNDICE I

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Convidamos você a participar voluntariamente da pesquisa intitulada, “Análise da Implantação da Política de Redes de Atenção à Urgência e Emergência no Grande Oeste de Santa Catarina”, com a coordenação e orientação da professora doutora Carmen Lucia Bezerra Machado, de autoria da pesquisadora Carla Simone Teló Panzera, mestranda do Programa de Mestrado Profissional de Ensino na Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Os dados necessários para o estudo serão coletados por meio de entrevista semi-estruturada individual, a ser realizada pela pesquisadora, com duração estimada entre 30 e 50 minutos. As entrevistas acontecerão em uma sala reservada, assegurando a privacidade ao sujeito de pesquisa. A mesma será gravada e transcrita de forma literal. Todos os registros serão utilizados unicamente para fins desta pesquisa e serão armazenados pela pesquisadora durante cinco anos, sendo destruídos após esse período. Não serão divulgados, sob hipótese alguma, os nomes dos participantes envolvidos na pesquisa. Sua privacidade está assegurada. Usuários, profissionais da saúde, diretores dos hospitais e Presidentes das CIRs, serão apresentados no texto final com letras e números para preservar as individualidades.

A realização desta pesquisa não terá nenhum custo para o participante e não há riscos previsíveis durante a coleta dos dados, que não os inerentes ao convívio humano. O mesmo poderá deixar de participar do estudo a qualquer momento, sem que isto lhe acarrete qualquer prejuízo.

Eu, ....., declaro que fui informado dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e que aceito participar da mesma de forma livre e sem constrangimentos. Durante o contato com a pesquisadora pude esclarecer minhas dúvidas e estou certo de que a qualquer momento poderei solicitar novas informações.

Estou ciente de que meus dados serão confidenciais e terei liberdade de retirar meu consentimento de participação na pesquisa, se julgar oportuno, a qualquer momento, sem que isto traga prejuízo.

Qualquer dúvida, poderei entrar em contato com a pesquisadora Carla Simone Teló Panzera, pelo telefone (51) 33085599, ou e-mail carlatello2007@gmail.com.

Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento.

(Local) ....., ..... de ..... de 2016.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante  
Nome:

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador  
Carla Simone Teló Panzera

## APÊNDICE II

## ROTEIRO DE ENTREVISTA:

Para: Diretores, Profissionais de Saúde e Presidentes da CIRs

- Como você analisa o processo de implantação da Rede de Urgência e Emergência (RUE) na nossa macrorregião?
  
- Em relação a proposta que consta no Plano da RUE em 2013, como você avalia o que foi planejado frente ao que foi executado até o momento?
  
- Qual seu entendimento a respeito do processo de regionalização dos serviços, propostos pela implantação das redes de atenção à saúde?
  
- Quais as prioridades ou possibilidades que considera necessárias no processo de implantação da Rede de Urgência e Emergência?
  
- No que trata da qualificação das portas de entrada de emergência dos hospitais, que consta na portaria 2.395, no art 10, como estão sendo atendidos os critérios previstos nesta legislação? Estão sendo cumpridos? De que forma? Caso negativo, quais são os motivos?
  
- O hospital tem enfrentado dificuldades na realização dos atendimentos aos usuários na emergência? Quais seriam as principais?
  
- Os atendimentos realizados aos usuários na porta da emergência de 2013 até o momento estão sendo realizados de que forma?
  
- Estão sendo desenvolvidas as atividades de educação permanente em saúde nesta rede? Relate quais?
  
- Houve avanços na qualidade do atendimento realizado na porta de entrada da emergência de 2013 até o momento? Quais?

## APÊNDICE III

## ROTEIRO DE ENTREVISTA

Para: Usuários das portas de entrada

- Como você avalia o atendimento realizado pela emergência do Hospital?
- Houve alguma melhora no atendimento prestado de 2013 até o momento?
- Existe alguma dificuldade no atendimento prestado à população? Quais são?
- Você teria alguma sugestão para melhorar o atendimento prestado?
- O que você sabe a respeito da regionalização?
- O que você pensa dos novos serviços de saúde serem implantados de forma regionalizada no SUS na macrorregião?