

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS**

ALANNA CULTZ

**A CONFIGURAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS
NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA/PR**

PONTA GROSSA

2020

ALANNA CULTZ

**A CONFIGURAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS
NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA/PR**

Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa. Área de concentração: Cidadania e Políticas Públicas. Linha de pesquisa: Estado, Direito e Políticas Públicas.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Lislei Teresinha Preuss

**PONTA GROSSA
2020**

C968 Cultz, Alanna
A configuração da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no município de Ponta Grossa/PR / Alanna Cultz. Ponta Grossa, 2020.
154 f.

Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais Aplicadas - Área de Concentração: Cidadania e Políticas Públicas), Universidade Estadual de Ponta Grossa.

Orientadora: Profa. Dra. Lislei Teresinha Preuss.

1. Sistema Único de Saúde. 2. Redes de Atenção à Saúde. 3. Redes de atenção às urgências e emergências. I. Preuss, Lislei Teresinha. II. Universidade Estadual de Ponta Grossa. Cidadania e Políticas Públicas. III.T.

CDD: 362.1

Dedico este trabalho a todos os usuários do Sistema Único de Saúde: minha família, amigos, eu, você e o restante da população brasileira. Todos nós somos usuários do SUS, não importa sua classe social, o SUS é importante em sua vida. Defenda o SUS!

“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê.” (Arthur Schopenhauer).

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus, por conduzir a minha vida e me permitir chegar até aqui. Aos meus pais, Adriana Ferreira dos Santos Cultz e Aloni Cultz e meu irmão, Lorenzo Cultz, pela força e apoio, sem vocês eu nada seria. Cada telefonema e cada momento juntos me deu forças para continuar. Amo vocês! Ao meu amor Roger Oliveira Dutra, por toda paciência e companheirismo, sempre esteve disposto a me ouvir e me ajudar, colaborando para meu crescimento pessoal e profissional. Obrigada por ser quem és, amo você!

Aos amigos de longa data, em especial Tayná Balzer e Tania Garcia, que não estiveram envolvidas com a pós-graduação, mas que me acompanharam neste processo, agradeço por entenderem meus momentos de ausência. Vocês são muito especiais pra mim! Aos novos amigos que fiz na caminhada do Mestrado, em especial Juliana, Priscila, Rafaela, Sherryl e Thais, obrigada pelas risadas diárias e por tornarem a caminhada acadêmica mais leve. Levarei vocês sempre em meu coração.

Agradeço a minha querida orientadora, Dra. Lislei Teresinha Preuss, pelo incentivo à pesquisa e por acreditar em mim. Desde a graduação, sabe do meu amor pela área da saúde! Sem você não teria o conhecimento necessário para desenvolver o trabalho. Saiba que admiro a profissional que és. Agradeço também a Universidade Estadual de Ponta Grossa, lugar em que iniciei minha graduação em Serviço Social em 2013 e o mestrado, no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas em 2018. Além disso, na UEPG fiz grandes amigos, amadureci e cresci muito! Posso dizer que é a minha segunda casa.

Estendo meus agradecimentos a todos os meus queridos professores que contribuíram para meu crescimento, em especial à professora Jussara Ayres Bourguignon, que foi minha orientadora de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) na graduação e agora membro da minha banca enquanto mestranda! Orgulho em ser UEPG! Aos pontos de atenção à saúde da Rede de Atenção às Urgências e Emergências de Ponta Grossa, que me acolheram tão bem durante as observações e aos sujeitos pertencentes à rede, os quais aceitaram participar das entrevistas e assim colaborar para o desenvolvimento da pesquisa. A todos e todas que me acompanharam nessa jornada, o meu muito obrigada!

RESUMO

Esta dissertação tem como objeto de estudo a Rede de Atenção às Urgências e Emergências no município de Ponta Grossa/PR. As Redes de Atenção à Saúde (RAS) têm como propósito superar a fragmentação dos serviços de saúde, promovendo a interação entre os principais pontos de atenção, onde são ofertados os serviços de saúde, proporcionando cuidado integral, com atenção contínua, de qualidade, responsável e humanizada. As RAS são organizadas por redes temáticas e uma delas é a Rede de Atenção às Urgências e Emergências, foco de discussão deste trabalho, que pretende responder a seguinte pergunta: Como está configurada a Rede de Atenção às Urgências e Emergências no município de Ponta Grossa/PR? Para responder esta indagação, elencou-se como objetivo geral analisar a configuração da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no município de Ponta Grossa/PR, do ano de 2011 até o ano de 2018. Trata-se de uma pesquisa interdisciplinar, de cunho qualitativo e de caráter exploratório descritivo. Primeiramente foi realizada pesquisa bibliográfica e documental à respeito das RAS, com a intenção de se aproximar da realidade a ser pesquisada, ampliando e aprofundando o conhecimento à respeito da Rede de Atenção às Urgências e Emergências. A coleta de dados foi realizada através de observação participante, realizada nos pontos de atenção à saúde desta rede e entrevista semi-estruturada aplicada aos profissionais de referência dos pontos de atenção. A seleção dos sujeitos se deu por conta do espaço em que ocupam no serviço, sendo que a maioria dos entrevistados representa a coordenação ou gestão do serviço. Para a análise destas entrevistas, foi utilizado como técnica a análise de conteúdo (modalidade temática) e o método adotado para a compreensão do objeto foi o método histórico dialético de Karl Marx. A partir do método é analisado as complexidades que envolvem o objeto de pesquisa em todo seu processo, desde o surgimento até a atualidade, levando em consideração o movimento dialético da história. O primeiro capítulo busca realizar um aprofundamento da política de saúde brasileira, mais especificamente após o Movimento da Reforma Sanitária e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e os três níveis de atenção à saúde. No segundo capítulo é descrita e contextualizada a RAS, sendo apresentado o seu conceito, fundamentos, elementos constitutivos e a legislação pertencente às RAS. O terceiro capítulo apresenta a Rede de Atenção às Urgências e Emergências com base na legislação correspondente à temática e de que forma esta rede está estruturada no município. É analisado o funcionamento da Rede de Atenção às Urgências e Emergências em Ponta Grossa, de maneira a compreender a configuração desta rede no local. A partir das categorias eleitas para a análise, que são: A compreensão sobre Rede de Atenção à Saúde e Rede de Atenção às Urgências e Emergências; Atributos de uma Rede de Atenção à Saúde: Atenção Básica como centro de comunicação e formação de relações horizontais entre os diferentes pontos de atenção; As dificuldades no processo de consolidação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências em Ponta Grossa, a conclusão é de que a Rede de Atenção às Urgências e Emergências em Ponta Grossa está configurada conforme as particularidades e os limites do município, ou seja, a rede encontra-se em processo de consolidação e, por conta disso, alguns desafios precisam ser superados para que ocorra de fato o trabalho em rede, tais como: comunicação e compreensão referente à Atenção Básica, diminuição da superlotação nos serviços de média e alta complexidade e recursos humanos.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde (SUS). Redes de Atenção à Saúde (RAS). Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE).

ABSTRACT

This dissertation aims to study the Urgency and Emergency Care Network in the municipality of Ponta Grossa/PR. The Health Care Networks (RAS) aim to overcome the fragmentation of health services, promoting interaction between the main points of care, where health services are offered, providing comprehensive care, with continuous, quality, responsible care and humanized. The RAS are organized by thematic networks and one of them is the Urgency and Emergency Care Network, the focus of this work's discussion, which aims to answer the following question: How is the Urgency and Emergency Care Network configured in Ponta Grossa/PR? To answer this question, the general objective was to analyze the configuration of the Urgency and Emergency Care Network in the municipality of Ponta Grossa / PR, from 2011 to 2018. It is an interdisciplinary, qualitative and exploratory descriptive research. Firstly, bibliographical and documentary research was carried out regarding the RAS, with the intention of approaching the reality to be researched, expanding and deepening the knowledge about the Urgency and Emergency Care Network. Data collection was carried out through participant observation, carried out at the health care points of this network and semi-structured interviews applied to the reference professionals at the care points. The selection of subjects was due to the space they occupy in the service, with the majority of respondents representing the coordination or management of the service. For the analysis of these interviews, content analysis (thematic modality) was used as the technique and the method adopted for understanding the object was Karl Marx's historical dialectical method. Based on the method, the complexities that involve the research object in its entire process, from its emergence to the present, are analyzed, taking into account the dialectical movement of history. The first chapter seeks to deepen the Brazilian health policy, more specifically after the Sanitary Reform Movement and the implementation of the Unified Health System (SUS) and the three levels of health care. In the second chapter, the RAS is described and contextualized, presenting its concept, foundations, constitutive elements and the legislation pertaining to the RAS. The third chapter presents the Urgency and Emergency Care Network based on the legislation corresponding to the theme and how this network is structured in the municipality. The operation of the Urgency and Emergency Care Network in Ponta Grossa is analyzed, in order to understand the configuration of this network on site. From the categories chosen for the analysis, which are: Understanding the Health Care Network and the Urgency and Emergency Care Network; Attributes of a Health Care Network: Primary Care as a center of communication and formation of horizontal relationships between different points of care; The difficulties in the consolidation process of the Urgency and Emergency Care Network in Ponta Grossa, the conclusion is that the Urgency and Emergency Care Network in Ponta Grossa is configured according to the particularities and limits of the municipality, that is, the network is in the process of consolidation and, because of that, some challenges need to be overcome for network work to take place, such as: communication and understanding regarding Primary Care, reduction of overcrowding in medium and high complexity services and human Resources.

Keywords: Unified Health System (SUS). Health Care Networks (RAS). Urgency and Emergency Care Network (RUE).

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1	Principais pontos das Normas Operacionais Básicas	40
FIGURA 1 –	Relação dos níveis de atenção	55
FIGURA 2 –	Os atributos e as funções da Atenção Básica nas RAS	70
FIGURA 3 –	As lógicas de atenção às condições agudas e crônicas	75
QUADRO 2 -	Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Estado do Paraná/PR.....	78
FIGURA 4 -	Pontos de Atenção à Saúde de Ponta Grossa/PR.....	85
QUADRO 3 -	Serviços de saúde.....	86
QUADRO 4 -	Diretrizes do Plano Municipal de Saúde de Ponta Grossa/PR..	87
FIGURA 5 -	Pontos de Atenção da Rede de Atenção às Urgências e Emergências de Ponta Grossa/PR	92
QUADRO 5 -	Caracterização dos sujeitos de pesquisa.....	97

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ACE	Agente de Combate às Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CECOS	Centros de Convivência
CIB	Comissões Intergestores Bipartite
CIR	Comissões Intergestoras Regionais
CIT	Comissões Intergestores Tripartite
COBOM	Central de Operação de Bombeiro
CONASP	Conselho Consultivo em Administração de Saúde Previdenciária
CPN	Centro de Parto Normal
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
EAB	Equipe de Atenção Básica
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
eSF	Equipe Saúde da Família
ESF	Estratégias de Saúde da Família
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IPARDES	Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social
MTS	Protocolo de Triagem de Manchester
NASF-AB	Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica
NASFS	Núcleos Ampliados de Saúde da Família
NOBS	Normas Operacionais Básicas
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAB	Piso Básico Assistencial

PCD	Pessoa com Deficiência
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PPI	Programação Pactuada e Integrada
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RC	Rede Cegonha
RCPCD	Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel às Urgências
SESAC	Semana de Estudos sobre Saúde Comunitária
SF	Saúde da Família
SIATE	Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUDS	Sistemas Unificados e Descentralizados da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TARM	Técnicos Auxiliares de Regulação Médica
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCE	Trauma Crânio Encefálico
TCL	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UEPG	Universidade Estadual de Ponta Grossa
UPA	Unidade Não-Hospitalar de Atendimento às Urgências
USA	Unidade de Suporte Avançado
USB	Unidade de Suporte Básico
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
CAPÍTULO 1 - A POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS.....	25
1.1 UM SISTEMA PARA A SAÚDE: BREVES CONSIDERAÇÕES	25
1.2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): DEFINIÇÃO, PRINCÍPIOS E DIRETRIZES	35
1.3 NÍVEIS E REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)	47
CAPÍTULO 2 - REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS): ESTRATÉGIA DE REESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	57
2.1 O QUE SÃO AS REDES?	57
2.2 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: FUNDAMENTOS, CONCEITOS E ELEMENTOS CONSTITUTIVOS	64
2.2.1 Redes de Atenção à Saúde no Brasil.....	76
CAPÍTULO 3 - A REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA.....	82
3.1 A POLÍTICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA/PR.....	82
3.2 A REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS EM PONTA GROSSA/PR.....	89
3.2.1 A configuração da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no município de Ponta Grossa: a percepção dos sujeitos de pesquisa	96
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	126
REFERÊNCIAS	133
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	143
APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTAS.....	145
ANEXO A - APROVAÇÃO DA PESQUISA NO NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE – NEP	147
ANEXO B - APROVAÇÃO DA PESQUISA NO COMITÊ DE ÉTICA	150

INTRODUÇÃO

Esta dissertação tem como objeto de estudo a configuração da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no município de Ponta Grossa/PR. Integra a área de concentração Cidadania e Políticas Públicas e a linha de pesquisa Estado, Direitos e Políticas Públicas do Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG). A construção do trabalho foi realizada durante os dois anos de mestrado neste Programa, o qual possui como característica a interdisciplinaridade, apresentando um caráter integrador entre os diversos saberes.

A escolha do tema de pesquisa se deu através da elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) no ano de 2017, que teve como tema: A intervenção do Assistente Social em Unidades de Terapia Intensiva - UTI, sendo que para chegar ao objetivo do trabalho, discutiu-se acerca dos três níveis de atenção à saúde - Atenção Básica, Média e Alta Complexidade, bem como a importância que as RAS possuem neste contexto. Ao abordar as RAS no TCC, surgiu o interesse em estar realizando uma pesquisa mais aprofundada em relação às RAS e sobre como se dá o seu funcionamento no município de Ponta Grossa/PR, visto ser um tema atual e relevante.

Mendes (2015) destaca que, mesmo com todos os avanços alcançados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) nos últimos anos, o sistema ainda enfrenta algumas dificuldades no que se refere à oferta dos serviços de saúde, por conta de algumas questões: diversidade de contextos regionais e de situações socio-econômicas, resultando em diferentes necessidades de saúde; financiamento público insuficiente, fragmentado e baixa eficiência na aplicação dos recursos, reduzindo a capacidade do sistema de prover integralidade da atenção à saúde; precarização e carência dos profissionais.

Acredita-se que o problema fundamental do SUS está relacionado à oferta de ações e serviços por conta das dificuldades acima elencadas. Além disso, a configuração dos modelos de atenção à saúde consiste no enfrentamento das condições crônicas na mesma lógica das condições agudas, gerando incoerência entre a situação de saúde da população *versus* a oferta dos serviços de saúde. Ou seja, ao responder aos momentos agudos dos agravos, muitas vezes passa

despercebida a necessidade de uma atenção contínua para que a condição aguda não evolua e passe a ser uma condição crônica. (GRUPO TÉCNICO DA COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE, 2010).

Neste sentido, experiências recentes têm demonstrado que as RAS se apresentam como um mecanismo de superação da fragmentação dos serviços de saúde, além de ser uma estratégia de reestruturação do sistema no que se refere à organização, qualidade e impacto da atenção prestada. Além disso, há uma continuidade do atendimento através dos pontos de atenção à saúde que fazem parte da rede. (GRUPO TÉCNICO DA COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE, 2010).

As RAS são definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, integradas através de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, tendo como objetivo garantir o cuidado integral, além de promover a interação dos serviços de saúde, com atenção contínua, de qualidade, responsável e humanizada. É caracterizada pela formação de relações entre os principais pontos de atenção à saúde (espaços onde são ofertados determinados serviços de saúde). (GRUPO TÉCNICO DA COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE, 2010).

De acordo com Mendes (2011, p. 82) as RAS são:

[...] organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permite ofertar uma atenção contínua e integral à determinada população, coordenada pela Atenção Primária à Saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – e com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população.

Comparado ao conceito de Mendes (2011), o Ministério da Saúde, assim como a Portaria nº 4.279, revogada pela Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017¹, que estabelece as “diretrizes para organização das RAS, no âmbito do SUS”, conceitua as RAS como: “Arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio

¹ Nesta dissertação utiliza-se como base a Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, porém no projeto de pesquisa (em anexo neste trabalho) é utilizada a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, pois na época em que foi elaborado, não se tinha conhecimento da revogação de tal Portaria.

de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2017). Em relação ao seu objetivo, caracteriza-se por:

Promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica. (BRASIL, 2017).

A proposta das RAS é recente na América Latina. Mais especificamente no Brasil, as primeiras experiências da atenção à saúde em rede datam dos anos de 2000, no Ceará, com o objetivo de integrar os serviços de saúde que estavam fragmentados. No Paraná, em 2001 é implantada, na cidade de Curitiba, uma experiência pioneira de atenção à saúde em redes, voltada para a área materno infantil, chamada de Programa Mãe Curitibana. (MENDES, 2011).

Tendo como base vários resultados positivos acerca de tais redes, o Ministério da Saúde estabelece, sob a Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, as “diretrizes para organização das RAS, no âmbito do SUS”. (BRASIL, 2014). A partir desta Portaria, foram estruturados cinco sistemas de saúde baseados nas RAS, que são:

Rede Cegonha: atenção à gestante e de atenção à criança até 24 meses; **Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Saúde Toda Hora**; Rede de Atenção Psicossocial, com prioridade para o Enfrentamento do Álcool e Drogas; Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas: iniciando-se pelo câncer, com intensificação da prevenção e controle do câncer de mama e colo do útero e Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência: Viver Sem Limites. (BRASIL, 2017, grifo nosso).

Para discutir RAS, é importante levar em consideração o atual contexto. Observam-se cortes, cada vez mais profundos, no gasto público, em uma perspectiva neoliberal, o que influencia diretamente na oferta de serviços de saúde do SUS. (FIORI, 2019). O projeto neoliberal apregoa a não intervenção Estatal nas políticas sociais, aqui se tratando da política de saúde, sendo valorizada a área econômica em detrimento da social.

Nesse sentido, o ajuste fiscal tem se tornado cada vez mais custoso para o setor público, principalmente no que se refere à área da saúde, pois há cortes de gastos essenciais. Outra questão que também se modifica é a queda nos salários

dos trabalhadores e a redução de trabalho formal, fazendo com que aumente o número de pessoas inseridas na informalidade, havendo aumento de impostos e diminuição da base de imposição tributária, resultando em privatizações aceleradas, elemento central da estratégia neoliberal.

Teixeira *et al.*, (2018) apontam que, experiências recentes no Brasil, evidenciam que algumas alternativas adotadas na área da saúde ocorreram por conta da dificuldade em operacionalizar o SUS na estrutura burocrática do Estado, as quais fomentam a participação do terceiro setor e estimulam as privatizações.

Outra questão importante a ressaltar é o subfinanciamento da política de saúde, agravado pela edição da Emenda Constitucional nº 95/2016, que limita os gastos federais pelos próximos 20 anos. Além disso, há um debate à respeito da necessidade de enxugamento de contratação direta pelo Estado, sob uma lógica reformista, restringindo direitos sociais conquistados historicamente na Constituição Federal de 1988, ampliando e reforçando a trajetória de implementação de modelos de gestão alternativos à gestão direta. (TEIXEIRA *et al.*, 2018).

O neoliberalismo ganha espaço na área das políticas públicas como um valor instituído e única alternativa de democracia, situação amplamente apoiada pela mídia, incentivando a abertura de mercados, sua auto-regulação, alterando a real função do Estado. Segundo Behring e Boschetti (2007) a tendência é a restrição e a redução de direitos, sob o argumento da crise fiscal do Estado, prevalecendo a privatização, a focalização e a descentralização.

A política social, quando é de cunho neoliberal, acentua a estratificação social, tendo como elemento básico a desigualdade social, acarretando no acesso desigual a serviços, programas e ações. No caso dos serviços de saúde, são estabelecidos mecanismos que estratificam a população em função da sua capacidade de pagamento e risco de adoecer, sendo constituídos dois sistemas paralelos, o privado e o público. (SOARES, 1995).

Neste modelo, o setor privado tem autonomia para não atender os segurados que não são do seu interesse, enquanto o setor público atende à todos. Neste cenário, os segurados com contribuições mais altas tendem a optar pelo sistema privado e o setor público acaba por absorver os de baixa ou até mesmo nenhuma contribuição e alto consumo dos serviços, em suma, os segregados pelo

setor privado. Isto faz com que o setor público, já deficitário, se deteriore cada vez mais.

Diante disso, percebe-se que os princípios do SUS estão cada vez mais ameaçados pela lógica de mercado. Logo, o funcionamento das RAS também pode estar comprometido, de acordo com os interesses neoliberais, os quais visam o enfraquecimento e a diminuição da participação estatal nas políticas sociais, não compreendidas pelo pensamento neoliberal como direitos, mas sim como filantropia, reforçando a terceirização e o voluntariado, desresponsabilizando o Estado.

Neste trabalho, é analisada a Rede de Atenção às Urgências e Emergências no município de Ponta Grossa/PR. Justifica-se o porquê da escolha deste município, como locus de pesquisa, por conta de alguns fatores: localização, número de habitantes e por ser referência na área da saúde. A cidade de Ponta Grossa possui 351.736 habitantes, de acordo com o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2010), faz parte da região dos Campos Gerais e é um município de médio porte² (IBGE, 2010). No que se refere à saúde, Ponta Grossa sedia a 3ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, abrangendo onze municípios: Arapoti, Carambeí, Castro, Ipiranga, Ivaí, Jaguariaíva, Palmeira, Piraí do Sul, Porto Amazonas, São João do Triunfo e Sengés. (PONTA GROSSA, 2019).

O Plano Municipal de Saúde 2018-2021 assume o compromisso de fortalecimento da Atenção Básica no município, considerando a porta de entrada do SUS e organizadora dos demais níveis de atenção em saúde. Para isso, as RAS possuem extrema importância, bem como a Estratégia Saúde da Família neste processo. (PONTA GROSSA, 2017).

As RAS surgem com o objetivo de superar a fragmentação dos serviços de saúde, além de ser uma estratégia de reestruturação do sistema de saúde, no que se refere à organização, qualidade e impacto da atenção prestada. Se estas RAS não funcionam, os serviços continuam fragmentados, e conseqüentemente, não há articulação entre os pontos de saúde.

A escolha para estudar a Rede de Atenção às Urgências e Emergências se deu pelo fato de que no município, das cinco redes anteriormente citadas, já existem

² O município de Ponta Grossa sedia a 3ª Regional de Saúde, abrange onze municípios e conta com 351.736 habitantes. Por conta disso, pode ser considerado como um município de grande porte. Entretanto, é considerado um município de médio porte pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

estudos sobre a Rede Cegonha³ e, dentre as quatro outras redes, a Rede de Atenção às Urgências e Emergências é a rede temática que mais se tem afinidade desde a graduação⁴. Devido à aproximação com a temática durante a graduação, optou-se, portanto, por realizar esta pesquisa voltada para a Rede de Atenção às Urgências e Emergências.

A Política Nacional de Atenção às Urgências e a Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003 apresentam os pontos de atenção à saúde que fazem parte da Atenção Básica, de Média e Alta Complexidade correspondentes a Rede de Atenção às Urgências e Emergências, que são:

Componente Pré-Hospitalar Fixo: unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família, equipes de agentes comunitários de saúde, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias, e Unidades Não-Hospitalares de Atendimento às Urgências, conforme Portaria GM/MS nº 2048, de 05 de novembro de 2002; componente Pré-Hospitalar Móvel: - SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgências e os serviços associados de salvamento e resgate, sob regulação médica de urgências e com número único nacional para urgências médicas – 192; componente Hospitalar: portas hospitalares de atenção às urgências das unidades hospitalares gerais de tipo I e II e das unidades hospitalares de referência tipo I, II e III, bem como toda a gama de leitos de internação, passando pelos leitos gerais e especializados de retaguarda de longa permanência e os de terapia semi-intensiva e intensiva, mesmo que esses leitos estejam situados em unidades hospitalares que atuem sem porta aberta às urgências; componente Pós-Hospitalar: modalidades de Atenção Domiciliar, Hospitais-Dia e Projetos de Reabilitação Integral com componente de reabilitação de base comunitária. (BRASIL, 2003).

A Rede em Ponta Grossa/PR conta com todos os pontos de atenção previstos. No município existem 52 (cinquenta e duas) Unidades Básicas de Saúde/Unidade Saúde da Família, localizadas na área urbana e 10 (dez) na área rural, que abrigam 80 (oitenta) Estratégias Saúde da Família; 80 (oitenta) equipes de Agentes Comunitários de Saúde; 04 (quatro) Centros de Atenção à Saúde⁵; Unidade Não-Hospitalar de Atendimento às Urgências – UPA 24h; SAMU - Serviço de

³ Um dos estudos é a Dissertação defendida por Ana Paula Garbuio Cavalheiro em março de 2017 neste Programa de Pós-Graduação, tendo como tema: O processo de implementação da Rede Mãe Paranaense e sua repercussão na mortalidade infantil no município de Ponta Grossa/PR.

⁴ Cabe destacar ainda que, na graduação, se realizou estágio supervisionado em Serviço Social no Hospital Universitário Regional Wallace Thadeu de Mello e Silva, no setor da UTI geral, um dos pontos da rede do presente estudo. Além do estágio, o Trabalho de Conclusão que teve como tema: A intervenção do Assistente Social em Unidades de Terapia Intensiva – UTI.

⁵ No site da prefeitura consta que há 04 Centros de Atenção à Saúde em Ponta Grossa, porém, de acordo com informações dos profissionais, no momento há apenas 01 Pronto Atendimento (antigo Centro de Atenção à Saúde).

Atendimento Móvel de Urgências e os serviços associados de salvamento e resgate; SIATE - Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência; Centro Hospitalar São Camilo; Hospital Bom Jesus; Hospital Geral Unimed; Hospital Universitário Regional Wallace Thadeu de Mello e Silva; Hospital da Criança João Vargas de Oliveira; Santa Casa de Misericórdia Ponta Grossa; Fundação Municipal Pronto Socorro e 01 Equipe de Atenção Domiciliar. Todos estes pontos de atenção à saúde aqui citados fazem parte da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do município. (PONTA GROSSA, 2017).

Esta dissertação pretende responder a seguinte pergunta: Como está configurada a Rede de Atenção às Urgências e Emergências no município de Ponta Grossa/PR?

As demais questões norteadoras delimitadas foram:

- Quais são as Redes de Atenção à Saúde pertencentes ao município de Ponta Grossa?
- Como é organizada a Rede de Atenção às Urgências e Emergências do município?
- Quais são os pontos de atenção à saúde que fazem parte da Rede de Atenção às Urgências e Emergências?
- Como funciona a articulação entre estes pontos?
- De que forma são feitos os encaminhamentos entre eles?
- Quais são as facilidades e dificuldades para o funcionamento da Rede de Atenção às Urgências e Emergências?

Estas questões delinearão o desenho da pesquisa. Para responder a tais indagações, elencou-se como objetivo geral analisar a configuração da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no município de Ponta Grossa/PR, do ano de 2011 até o ano de 2018.

Definiram-se como objetivos específicos:

- a) compreender como as RAS devem ser constituídas no Brasil a partir da legislação pertinente à temática;
- b) descrever o que são as RAS e como devem funcionar, em um contexto geral;
- c) investigar quais são as RAS pertencentes ao município de Ponta Grossa;
- d) apresentar a Rede de Atenção às Urgências e Emergências e como está

configurada no município de Ponta Grossa;

e) descrever como é o funcionamento da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no município de Ponta Grossa;

f) averiguar as facilidades e dificuldades para a execução da Rede de Atenção às Urgências e Emergências em Ponta Grossa.

Exposto a temática, os objetivos e a justificativa da pesquisa, discorre-se sobre o método empregado para compreender o objeto do trabalho. Uma pesquisa de qualidade deve ter uma metodologia traçada de forma que a construção do trabalho seja claro e preciso. Levando isto em consideração, o presente estudo adota como método de pesquisa o método histórico dialético de Marx, que analisa o objeto através de sua reconstrução sob uma perspectiva crítica.

Ao determinar o objeto de pesquisa, põe-se a questão de como conhecê-lo, que se dá através do método. O método histórico dialético não resulta de descobertas abruptas ou de intuições geniais. Para Marx, o conhecimento teórico é o conhecimento do objeto, sua estrutura e dinâmica, tal como ele é, na sua real e efetiva existência, independentemente das aspirações do pesquisador. Ou seja, a teoria é, para Marx, a reprodução ideal do movimento real do objeto pelo sujeito que pesquisa, objeto este que está em constante movimento e transformação. (MARX, 1982).

O objeto desta dissertação é a Rede de Atenção às Urgências e Emergências do município de Ponta Grossa/PR. Para estudá-la de forma crítica, é necessário entender como se deu o processo de construção das RAS no município e os principais fatores influenciadores durante o processo, como por exemplo: atores envolvidos, conjuntura, dentre outros. Desta forma, a partir do método histórico-crítico é analisado as complexidades que envolvem o objeto de pesquisa em todo seu processo, desde o surgimento até a atualidade, levando em consideração o movimento dialético da história.

O papel do pesquisador é ir além da realidade aparente do fenômeno. A aparência não deixa de ser importante, pois é por onde se inicia o conhecimento, porém, para se compreender o objeto de forma total, é preciso realizar constantes aproximações, por meio de análises e sínteses, a fim de chegar até a essência do objeto investigado. Portanto, o método de Marx propicia o conhecimento teórico partindo da aparência, visando alcançar a essência do objeto. (MARX, 1974).

Analisar a Rede de Atenção às Urgências e Emergências de Ponta Grossa requer uma abordagem crítica. O processo de compreensão da Rede contempla tanto o conhecimento teórico do objeto, o qual existe independentemente da pesquisa, quanto o conhecimento empírico, obtido através das visitas aos pontos de atenção à saúde da rede, quando se utilizou da observação participante⁶ e da entrevista semi-estruturada.

Desta forma, a partir do método, entende-se que a realidade é uma totalidade concreta, que se transforma em estrutura significativa para cada fato ou um conjunto de fatos, no movimento de contradição dialética. A totalidade é dinâmica, ou seja, resulta de contradições que a compõem. Sem as contradições, as totalidades seriam totalidades inertes, sendo que a análise registra a sua contínua transformação. As relações que ocorrem em tal totalidade nunca são diretas, são mediadas pela estrutura de cada totalidade. (NETTO, 2001).

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências (particularidade) está inserida na política de saúde (totalidade). Logo, esta rede se mostra em sua totalidade concreta e é acessível ao pesquisador. A totalidade, aqui se tratando da política de saúde, resulta de contradições, carrega consigo transformações de acordo com o contexto, atores envolvidos e conjuntura, pois a realidade não é estática. Por isso, a Rede de Atenção às Urgências e Emergências não pode ser abordada de forma isolada e, para atingir a sua essência, foi necessário realizar constantes mediações.

Através do método, entende-se que a história está em constante movimento, transformada o tempo todo pelas ações humanas. A natureza não é imóvel, mas sim um todo articulado em que objetos estão relacionados uns com os outros, por isso nenhum objeto pode ser compreendido de forma isolada, deve ser analisado de acordo com a sua relação com os demais fenômenos que o cercam (ENGELS, 1990).

No processo de investigação sobre a Rede de Atenção às Urgências e Emergências, primeiramente foi necessário realizar um resgate histórico, no que se

⁶ Para realizar a observação participante, foi utilizado um roteiro para a observação, contendo questionamentos direcionadores, tais como: característica e funcionamento do serviço, facilidades e dificuldades e articulação com os demais serviços da rede. Tais questionamentos foram baseados na pesquisa bibliográfica e documental que se fez antes de ir a campo.

refere à política de saúde brasileira, com o intuito de analisar as contradições existentes, interesses e relações de poder, para compreender a importância de se trabalhar em rede na atual conjuntura.

A pesquisa que se desenvolve pelo viés do materialismo histórico-dialético contempla os determinantes econômicos, históricos, políticos e culturais, considerando a complexa realidade social presente nos vários momentos históricos. Se relaciona com o tema desta pesquisa, pois é imprescindível levar em conta todos os determinantes presentes nos atores e relações que fazem parte da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, visto que influenciam diretamente em sua configuração.

O materialismo histórico dialético parte do critério de que os objetos carregam sempre consigo contradições, pois todo fenômeno tem seu lado positivo e negativo, seu passado e futuro e a luta entre tais oposições contribui para o processo de desenvolvimento, para a transformação das mudanças. Por isto, o método entende que o processo de desenvolvimento não é um processo harmônico, pois é tensionado por contradições inerentes ao objeto, num processo de “luta” entre as tendências opostas e contrapostas em relação às contradições. Diante disso, considera a Rede de Atenção às Urgências e Emergências um fenômeno permeado por contradições. (NETTO, 2001).

Ao alcançar a essência do objeto, entendendo a sua estrutura e dinâmica, através de procedimentos analíticos e operando a sua síntese, o pesquisador a reproduz no plano do pensamento. Ou seja, através da pesquisa realizada baseada no método, o pesquisador reproduz, no plano ideal, a essência do objeto investigado, considerando que o objeto da pesquisa possui existência objetiva, independente da consciência do pesquisador. Parte-se do concreto para o abstrato, até que se possa alcançar premissas e, novamente, retornar ao objeto, com um olhar mais sensível. (MARX, 1986). No processo de pesquisa, o pesquisador deve apropriar-se da matéria, analisar suas diferentes formas de desenvolvimento e investigar a conexão que há entre elas. (MARX, 1986).

Para Marx (1987), seu método possibilita a reflexão da realidade concreta da vida humana a partir do abstrato até o concreto, considerando que o pensamento se torna concreto através da síntese. Neste sentido, a tese é a afirmação, a antítese a oposição à tese e a partir delas surge, então, a síntese, a qual apresenta os

resultados dos conflitos entre a tese e a antítese. Este processo de tese-antítese-síntese é um processo infinito, considerando que da síntese poderá surgir uma nova oposição à antítese e assim consecutivamente. A mediação que envolve a Rede de Atenção às Urgências e Emergências de Ponta Grossa abre caminho para compreender o fenômeno e seu desenvolvimento na perspectiva do método, com as significações do passado e se concretizando no presente, ou seja, visando as mudanças com uma abordagem crítica.

Ao estudar sobre as RAS, compreendeu-se como uma Rede deve funcionar, através de tais procedimentos analíticos: pesquisa bibliográfica, pesquisa documental, observação participante e entrevista semi-estruturada. Estes instrumentos de pesquisa, de acordo com Marx (1986), são meios que o pesquisador se utiliza para “apoderar-se da matéria”.

Desta forma, ao realizar esta pesquisa com base no método histórico dialético, foi necessário desconstruir a Rede de Atenção às Urgências e Emergências, até que se chegue ao seu abstrato, para em seguida reconstruí-la demonstrando as contradições existentes, apresentando sua trajetória e papel do homem nesta realidade. Toda pesquisa que se fundamenta na concepção dialética, propõe um projeto de transformação para a sociedade e o fenômeno investigado deve ser visto a partir de uma perspectiva de totalidade, uma das categorias eleitas por Marx. (MARX, 1986).

É analisada a configuração da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do município de Ponta Grossa/PR, partindo de sua representação imediata para atingir seu abstrato e, posteriormente, reconstruí-lo, para enfim atingir seu concreto, de modo que ela se apresente, ao final, com uma perspectiva real e crítica da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no município de Ponta Grossa/PR.

Metodologicamente, a abordagem da pesquisa possui caráter qualitativo. Apresenta dados relacionados à Rede de Atenção às Urgências e Emergências, os quais possuem relação com as entrevistas e as observações. Logo, não se limita aos dados numéricos, sendo que, através das entrevistas realizadas com os profissionais inseridos na Rede, pretendeu-se compreender o seu funcionamento por meio das respostas dos sujeitos.

A pesquisa também tem caráter exploratório, pois explora a realidade ainda

não investigada, no caso a Rede de Atenção às Urgências e Emergências do município de Ponta Grossa/PR. Com base nos estudos teóricos e documentos da área, através da pesquisa bibliográfica, não se identificou estudos similares.

Para alcançar a essência do objeto, primeiramente, foi necessário compreender como deve funcionar a Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Para tanto, realizou-se a pesquisa bibliográfica, buscando autores/as que sejam referência na temática, destacando Mendes (2011, 2015), possibilitando o embasamento teórico-crítico sobre o fenômeno a ser estudado.

Paralelamente à pesquisa bibliográfica, também foi realizada pesquisa documental para levantamento dos documentos relacionados à Rede de Atenção às Urgências e Emergências. No que se refere aos documentos utilizados para a construção deste trabalho, ressalta-se a Portaria nº 4.279, revogada pela Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, que estabelece as “diretrizes para organização das RAS, no âmbito do SUS”; O Plano Municipal de Saúde do município de Ponta Grossa; a Política Nacional de Urgências e a Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003.

Com base nos objetivos, foi delimitado como o universo da pesquisa o município de Ponta Grossa/PR e a política de saúde, especificamente as RAS e como amostra a Rede de Atenção às Urgências e Emergências do município de Ponta Grossa/PR. Ressalta-se que foram selecionados treze pontos de atenção à saúde, porém, participaram da entrevista apenas onze, sendo o Centro Hospitalar São Camilo e a Santa Casa de Misericórdia Ponta Grossa os serviços que não aceitaram participar da pesquisa.

Houve a inserção da pesquisadora no campo para a coleta de dados, utilizando-se como instrumentos de coleta a entrevista semi-estruturada (o roteiro encontra-se no apêndice B) e também de observação participante. Optou-se pela observação participante, pois é um instrumento de pesquisa que insere o pesquisador no ambiente em que se está pesquisando, possibilitando uma maior apropriação ao objeto pesquisado, considerando que permite a captação das significações e experiências subjetivas do objeto. (CORREIA, 2019).

Enquanto observadora, realizou-se visitas aos pontos de atenção à saúde da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, onde se pode acompanhar a rotina de cada serviço durante um dia. A observação permitiu compreender melhor as

atribuições do serviço e como acontecia a articulação dos pontos de atenção à saúde para então entender o funcionamento da Rede de Atenção às Urgências e Emergências.

A Observação Participante é realizada em contato direto, frequente e prolongado do investigador, com os atores sociais, nos seus contextos culturais, sendo o próprio investigador instrumento de pesquisa. Podemos considerar que a Observação constitui uma técnica de investigação, que usualmente se complementa com a entrevista semi-estruturada ou livre, embora também com outras técnicas como análise documental, se bem que a mesma possa ser aplicada de modo exclusivo. Para a sua utilização como procedimento científico, é preciso que estejam reunidos critérios, tais como o responder a objetivos prévios, ser planejada de modo sistemático, sujeita a validação e verificação, precisão e controle. (CORREIA, 2009, p. 31).

Salienta-se que a escolha da entrevista semi-estruturada como instrumento de coleta de dados deve-se pelo fato de possibilitar a fala, a qual revela, além do que está sendo dito, condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas. Além disso, entende-se que a entrevista é o melhor instrumento que responde às questões de pesquisa e os objetivos. Com a coleta de dados, são revelados dados inéditos, que retratam a realidade da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do município de Ponta Grossa/PR.

Em relação à entrevista semi-estruturada, tem-se que:

Podemos entender por entrevista semi-estruturada, em geral, aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa. (TRIVIÑOS, 1987, p. 146).

Os sujeitos da pesquisa foram profissionais⁷ de referência, inseridos nos pontos de atenção à saúde desta rede. A priori, não foi definida uma profissão específica, pois, como a pesquisa é interdisciplinar, entrevistou o responsável pelo serviço, independente de sua profissão. Ressalta-se que a escolha dos sujeitos se deu por conta do espaço em que ocupam no serviço, sendo que a maioria dos

⁷ Profissionais estes que respondem como: diretor (a), coordenador (a), gerente, chefe (a), tenente e Assistente Social, todos profissionais de referência da área da urgência e emergência do ponto de atenção à saúde.

sujeitos representa a coordenação/gestão do serviço e entende-se que, por conta disso, possuem conhecimento à respeito do ponto de atenção à saúde que são responsáveis.

Os contatos com os sujeitos foram realizados através de intermediação de profissionais do serviço (recepcionista e/ou técnico-administrativo, técnico em enfermagem), os quais entravam em contato com o setor de urgência e emergência e indicavam e encaminhavam os devidos profissionais de referência da área para que fosse possível detalhar os objetivos e procedimentos a serem realizados na pesquisa, obedecendo às normatizações de pesquisa em saúde do Comitê de Ética em Pesquisa⁸, incluindo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCL), (apêndice A). Após serem informados sobre o que consiste a pesquisa e o porquê da entrevista, os profissionais puderam decidir se aceitavam ou não participar.

As entrevistas e observações⁹ foram realizadas através de visitas nas instituições. Antes de iniciar o procedimento de coleta dos dados, foi informado ao sujeito do sigilo de sua participação e apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Também, foi questionado ao sujeito se o mesmo autorizava o uso de gravador durante a entrevista, solicitando, também, permissão para a transcrição e análise do material. Após o consentimento, foi iniciada a entrevista.

A análise dos dados coletados foi feita a partir de análise de conteúdo, de modalidade temática, considerando que a análise temática é o tipo de análise considerada mais apropriada para as investigações qualitativas em saúde. (MINAYO, 2008). A escolha desta modalidade de análise se deu, pois as perguntas contidas no roteiro da entrevista foram dirigidas. Ou seja, as perguntas se dirigiram para as características da mensagem propriamente dita, as palavras, argumentos e ideias nela expressos. Isso constitui uma análise temática. Desta forma, as categorias de análise emergiram a partir das respostas obtidas com a entrevista.

Minayo (2008) define alguns passos necessários para que se possa fazer a interpretação dos dados: transcrição de entrevistas, identificação de categorias recorrentes e análise de qual mensagem quer trazer. Trata-se de um processo que permite ao pesquisador compreender o que está por trás das entrevistas e das

⁸ O projeto referente à esta dissertação foi submetido ao Comitê de Ética na Pesquisa e aprovado, parecer número 3.303.309.

⁹ Em alguns pontos de atenção à saúde foram realizadas a entrevista e a observação no mesmo dia, e em outros não, por conta da rotina e horários disponíveis de cada sujeito de pesquisa.

observações realizadas e dos documentos que formulam o material de análise.

Se analisou de forma profunda os dados obtidos, explorando as informações de forma que se possa extrair o conhecimento voltado ao tema pesquisado. Desta forma, nesta dissertação foram estabelecidas três categorias para análise, sobre a configuração da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do município de Ponta Grossa/PR.

A dissertação está estruturada da seguinte forma: o primeiro capítulo se concentra, inicialmente, na política de saúde brasileira, especificamente após o Movimento de Reforma Sanitária, remontando o contexto histórico, econômico, político e social até a sua efetiva constitucionalização em 1998 e regulamentação com o SUS. Além disso, é discutido também os três níveis de atenção à saúde.

Com base em breves considerações, partindo das referências teóricas de Minayo, (1986); Lobato, (2012); Escorel, (2008); Oliveira e Teixeira, (1985); Kleba, (2005), é possível compreender a Política de Saúde desde a Reforma Sanitária até os dias de hoje,

O segundo capítulo se dedica à descrição e contextualização das RAS em âmbito geral. Para isto, são abordadas as principais categorias relacionadas à problemática, que são: RAS, a legislação pertencente às RAS, tendo como base a Portaria GM nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010, que instituiu as RAS no âmbito do SUS e a Portaria nº 1863/GM, de 29 de setembro de 2008, que instituiu a Política Nacional de Atenção às Urgências, bem como a Política Nacional de Atenção às Urgências.

O terceiro capítulo apresenta a pesquisa de campo, ou seja, foram transcritas as entrevistas realizadas com os profissionais de cada ponto de atenção à saúde e realizada a análise, elencando as categorias que emergiram a partir da pesquisa tendo como base teórica o primeiro e o segundo capítulo deste trabalho. Além disso, é apresentada a política de saúde do município e a configuração das RAS em Ponta Grossa/PR. Posteriormente, é apresentada a Rede de Atenção às Urgências e Emergências e de que forma esta rede está estruturada no município.

CAPÍTULO 1 - A POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

Este capítulo foi elaborado com o objetivo de caracterizar a Política de Saúde brasileira, dando ênfase ao período após o Movimento de Reforma Sanitária e a implementação, bem como o funcionamento e particularidades, do Sistema Único de Saúde (SUS). Para isso, primeiramente é apresentado aspectos históricos da saúde no Brasil a partir de meados da década de 1970, as características da época e o caminho percorrido pela saúde até o momento em que passa a integrar a Constituição Federal de 1988 e da Seguridade Social, juntamente com a criação do SUS.

No segundo item é abordado o SUS, definição, princípios e diretrizes do sistema. Por fim, discutido os níveis de atenção à saúde e os pontos de atenção que fazem parte de tais níveis. Como neste trabalho é estudada a Rede de Atenção às Urgências e Emergências, são discorridos, com maior ênfase, os pontos de atenção que fazem parte de tal rede no município de Ponta Grossa/PR.

Diante disto, considera-se relevante, neste trabalho, retomar a Política de Saúde desde a década de 1970, a fim de identificar as principais mudanças ocorridas no sistema de saúde durante este período, até a implementação do SUS, e a importância das RAS neste contexto, considerando que o trabalho em rede tem como objetivo superar a fragmentação do sistema de saúde.

1.1 UM SISTEMA PARA A SAÚDE: BREVES CONSIDERAÇÕES

A saúde é considerada como resultante de condições sociais e históricas. É reflexo de várias situações, tais como a condição de habitação, de alimentação, de renda, dentre outras questões, ou seja, esses fatores, chamados de determinantes sociais, influenciam de forma direta as questões de saúde. (MINAYO, 1986).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) “os determinantes sociais da saúde estão relacionados às condições em que uma pessoa vive e trabalha”. Podem-se considerar também fatores relacionados à situação financeira, cultura, etnia, questões psicológicas e comportamentais, que influenciam a ocorrência de problemas de saúde bem como oferecem risco ao sujeito e a

população, no que se refere à alimentação, moradia, emprego, renda e escolaridade. (BRASIL, 2019).

Os determinantes sociais não devem ser avaliados apenas pelas doenças geradas e sim olhados em uma perspectiva maior, pois influenciam todas as dimensões do processo de saúde da população. Logo, a compreensão que se tem de saúde, nos dias atuais, vai além da dimensão biológica e individual, vista enquanto processo dinâmico, histórico e social. (BRASIL, 2019).

No Brasil, somente com a Constituição Federal de 1988 que o modelo vigente na época, chamado de seguro social, foi superado. Este modelo assegurava direitos de saúde somente para o cidadão que tinha vínculo com trabalho e renda, que estivesse inserido no mercado de trabalho e contribuindo ao sistema, funcionando como um contrato de seguro. Trata-se da cidadania regulada¹⁰. (LOBATO, 2012).

Para entender como funcionava o sistema de saúde anterior à Constituição Federal de 1988 e quais foram as mudanças ocorridas após a promulgação desta, neste trabalho é discutido brevemente sobre a saúde a partir da década de 1970. Desse modo, em meados dos anos 70, haviam três abordagens diferentes no campo da saúde principalmente no que se refere à formação de recursos humanos. Desta forma:

As três correntes de pensamento podem ser divididas a partir da conceituação do 'social' em saúde: para o preventivismo, trata-se de um conjunto de atributos pessoais, como educação, renda, salário, ocupação etc.; para o modelo racionalizador, um coletivo de indivíduos; para a abordagem médico-social, um campo estruturado de práticas sociais. (SCOREL, 2008, p. 396).

A tendência preventivista tinha como espaço, para a prática de saúde, os centros de saúde em geral. Já o modelo racionalizador incorporou o discurso da medicina comunitária, discutindo alguns pontos, tais como: extensão de cobertura,

¹⁰ “No modelo de cidadania regulada, são cidadãos todos aqueles membros da comunidade que se encontram localizados em qualquer uma das ocupações reconhecidas e definidas em lei. A extensão da Cidadania se faz, pois, via regulamentação de novas profissões e/ou em primeiro lugar, e mediante ampliação do escopo dos direitos associados a estas profissões, antes que por expansão dos valores inerentes ao conceito de membro da comunidade. A cidadania está embutida na profissão e os direitos do cidadão restringem-se aos direitos do lugar que ocupa no processo produtivo, tal como reconhecido por lei”. (SANTOS, 1979, p. 75).

integração docente-assistencial e racionalização com base no custo-benefício. Era representada pelas faculdades e, mesmo rompendo com a saúde pública tradicional, não abandonaram por completo o referencial positivista dos problemas de saúde. (ESCOREL, 2008).

A corrente médico-social se diferenciava das outras pelo fato da produção teórica considerar o social como o principal determinante das condições de saúde, além de apontar o profissional de saúde como sujeito da transformação pretendida. A partir disto, iniciou-se uma luta pela hegemonia no interior do movimento preventivista, contestando os sanitaristas tradicionais e os racionalizadores. (ESCOREL, 2008).

Observa-se que, nesta época, abordavam-se questões relacionadas à saúde em uma perspectiva que ia além do aparente, considerando assim outras questões que influenciavam a condição de saúde do cidadão. Isto se expressa principalmente na corrente médico-social.

Em seguida, mais especificamente no final dos anos 1970 e início dos anos 1980, emergiram vários movimentos sociais, que tinham como propósito a constituição de uma sociedade verdadeiramente democrática. Em uma época de profunda crise financeira vivenciada pelo país, reivindicavam por serviços e ações de saúde em uma perspectiva diferente da até então considerada. Lutavam pela saúde na perspectiva de direito. (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985).

Desta forma, os movimentos de reivindicações e de lutas pressionavam o Estado a cumprir suas tarefas. Evidenciava-se a crise do milagre econômico no país, além da dívida externa, a crescente taxa inflacionária e a recessão econômica, ocasionando desgastes para o setor econômico.

A capacidade do Estado em garantir a resposta à crescente demanda da população estava há anos comprometida. Enquanto a demanda por assistência médica nos serviços próprios do INPS aumentava em 52%, nos serviços contratados/conveniados, esta subia em 95%. Em contrapartida, os recursos aplicados pelo Estado na área social diminuía: entre 1970 e 1973, o montante do orçamento para a área social estava em 10%, caindo para 3,4% em 1980. Destes recursos, a parte aplicada em assistência médica era de 30% no ano de 1976, caindo para 24% em 1981 e para 20% no ano de 1982. (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985 *apud* KLEBA, 2005, p. 162).

Além da crise financeira houve, também, a crise estrutural que o setor da saúde pública estava passando e, conseqüentemente, a implantação de mudanças

em sua estrutura. Algumas das mudanças se referem à ampliação da oferta de serviços de saúde pública para todo o país, a restrição dos contratos com serviços privados e a criação do Conselho Consultivo em Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), que tinha por objetivo organizar e melhorar a assistência médica. (KLEBA, 2005).

Este Conselho elaborou um plano reestruturante que diminuía os gastos e melhorava a qualidade da assistência à saúde a toda população, além de estender a oferta de serviços para a população rural. Previa, também, a descentralização de serviços para o nível regional, garantindo a melhoria na relação entre prestadores e usuários de serviços. (KLEBA, 2005).

A crise acima citada e a situação insustentável da saúde no país, juntamente às condições políticas e sociais favoráveis, serviram de impulso para que o governo desse início a um processo de reorganização do sistema de saúde brasileiro. Ou seja, a saúde passaria a ser vista em uma perspectiva de direito, fato pelo qual os movimentos sociais vinham lutando. (KLEBA, 2005).

É neste contexto que inicia o debate à respeito de um movimento de mudança de perspectiva da saúde, resultando no Movimento da Reforma Sanitária. Este movimento não aparece isolado do contexto histórico e social vivenciado na época, foi um processo de amplas mobilizações da sociedade pela redemocratização, expressando a indignação da sociedade frente às desigualdades na área da saúde.

De acordo com Escorel (1988 *apud* KLEBA, 2005, p. 164), “para o Movimento da Reforma Sanitária, a saúde deveria ser respeitada como um direito de todos, garantido pelo Estado.” As várias entidades que faziam parte do movimento clamavam para que toda a sociedade aderisse as propostas que fizessem o país avançar no sentido de ser mais igualitário, justo e também para que todos tivessem acesso à um sistema de saúde público.

O Movimento Sanitário é definido como:

Um processo de mudança das normas legais e do aparato institucional, os quais regulam e executam a assistência à saúde dos cidadãos. Uma mudança assim incorre na transferência de poder político a diferentes grupos populares e lhes dá voz na busca do direito universal à saúde e na construção de um sistema assistencial adequado. (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985, p. 39)

O Movimento Sanitário envolveu profissionais de saúde e pessoas vinculadas ao setor, que partilhavam do referencial médico-social e abordavam os problemas da saúde através de práticas, buscando a transformação da saúde no Brasil, em prol das condições e atenção à saúde da população, na garantia do direito à cidadania. (ESCOREL, 2008).

De acordo com Paim (1997, p. 13) foram identificados três tipos de prática para a caracterização do Movimento Sanitário: “A prática teórica (a construção do saber); a prática ideológica (a transformação da consciência); e a prática política (a transformação das relações sociais).” A produção teórica da época apontava para a emergência de um paradigma alternativo em Saúde Coletiva, voltado à determinação social das doenças e processo de trabalho em saúde, ou seja, a saúde e a doença não poderiam ser explicadas apenas nas suas dimensões biológicas e ecológicas.

Sobre a prática ideológica, esta se refere à formação da consciência sanitária¹¹ à sociedade. A prática política diz respeito à luta da sociedade pela democratização do Estado, bem como na formulação de um projeto contra-hegemônico direcionado à ampliação da consciência sanitária. (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

É possível distinguir três vertentes principais na origem do Movimento: a primeira constituída pelo movimento estudantil setorial e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); a segunda adaptada pelos movimentos de Médicos Residentes e de Renovação Médica; e a terceira por profissionais das áreas da docência, pesquisa e academia. (ESCOREL, 2008).

A respeito das vertentes, destaca-se nesta dissertação o movimento estudantil e o CEBES, primeira vertente, pois esta tem como principal característica a difusão da teoria da medicina social. Novamente, percebem-se indícios de que a saúde deveria ser vista além da ausência de doença. Ressalta-se que as três vertentes foram de extrema importância para o início do Movimento Sanitário.

O movimento estudantil setorial liderou os debates através da organização de um evento denominado Semanas de Estudos sobre Saúde Comunitária

¹¹ Entende-se por consciência sanitária a ação realizada para alcançar a saúde enquanto um direito e interesse das pessoas e da comunidade. (ESCOREL, 2008).

(SESAC), com a proposta de, segundo Escorel (2008, p. 407), “reunir estudantes, professores e profissionais para debater os determinantes sociais, econômicos e políticos da estrutura de saúde, bem como as práticas de saúde comunitária em desenvolvimento.” Neste evento, destaca-se a continuidade da formação da consciência sanitária, agora voltada diretamente aos estudantes.

Uma das produções desta vertente foi a Revista Saúde em Debate, na qual se materializou e difundiu o pensamento médico-social, apontando a saúde como componente do processo histórico-social. Divulgou-se então o pensamento sanitarista, influenciado pelas ciências sociais marxistas. (ESCOREL, 2008).

É importante ressaltar que esta vertente apresentou uma proposta, que se legitimou como princípio na 8ª Conferência Nacional de Saúde, legalizado na Constituição Federal de 1988: “a saúde é um direito de todos e um dever do Estado”. (ESCOREL, 2008).

A segunda vertente se constituiu pelos movimentos de Médicos Residentes e de Renovação Médica. Diferenciam-se da vertente anterior, pois atuaram politicamente no mundo do trabalho. Este Movimento trouxe com ele as relações de trabalho e as regras que existiam durante a época de regime militar. Esta categoria tinha como principal alvo a ser conquistado os sindicatos, instrumento de luta dos trabalhadores, visto que na época haviam intensos conflitos entre a ideologia liberal e a ideologia assalariada trabalhista e como consequência uma divisão de pensamentos entre a categoria médica, os liberais, os assalariados e os empresários. (ESCOREL, 2008).

Outro ponto importante desta categoria é a deflagração de greves, como instrumento de reivindicações. Além do movimento reivindicatório, a greve foi vista como fator político, pois, além de questionarem melhores salários e condições de trabalho, questionavam-se também as condições do mercado de trabalho e a política de saúde, de modo geral. A luta, portanto, deslocou-se para a via trabalhista. (ESCOREL, 2008).

A terceira vertente estava constituída pela academia, docência e pesquisa. Nesta vertente foi construído o marco teórico e o referencial ideológico do Movimento. Foi um período de grande produção intelectual e incorporação da atuação política nas pesquisas. (ESCOREL, 2008).

Nesta época também foram consolidados grandes acontecimentos, como o estabelecimento do mestrado em Medicina Social no IMS/UERJ, criado em 1972, e o financiamento dos Programas de Estudos Populacionais e Epidemiológicos na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP). Desta forma, a pesquisa em saúde coletiva desenvolveu-se na segunda metade da década de 1970, sua principal característica era, de acordo com Escorel (2008, p. 411), “o caráter coletivo e interdisciplinar da produção científica”.

Houve um aumento geral às necessidades de atenção à saúde e ao mesmo tempo um impacto sobre o volume de recursos destinados à saúde. Também diversos eventos foram realizados no país a fim de promover o debate sobre temas como atenção primária e participação social. Nestes encontros, o desafio colocado ao governo era de assumir um compromisso em favor da saúde de todos e não mais apoiar os interesses da iniciativa privada. Assim, implementando uma importante reforma no sistema de saúde brasileiro. (KLEBA, 2005).

É neste cenário que surge o Movimento pela Reforma Sanitária, proveniente do Movimento Sanitário, que, de acordo com Vasconcelos e Pasche (2009, p. 532) foi o “processo político que mobilizou a sociedade brasileira para propor novas políticas e novos modelos de organização de sistema, serviços e práticas de saúde”.

A Reforma Sanitária Brasileira tinha por objetivo ser mais do que uma reforma setorial e tinha proposições concretas, tais como: a saúde como direito de todo o cidadão; as ações de saúde deveriam garantir o acesso da população às ações de cunho preventivo e/ou curativo e para isso deveriam estar integradas em um sistema único de saúde; descentralização da gestão administrativa e financeira. (LOBATO, 2012).

Além disso,

Os elementos/diretrizes apontados pela Reforma Sanitária para as mudanças são os seguintes: - ampliação de uma consciência sanitária na população, ou seja, o conhecimento sobre a interdependência entre a saúde e as condições sociais, políticas e econômicas; a conformação de um novo paradigma na área da saúde pública, baseado nesta compreensão e que transforme a prática médica; o desenvolvimento de uma nova ética profissional; a conquista de parcerias políticas na luta pelo direito à saúde; a criação de instrumentos e a organização de estruturas que possibilitem uma administração democrática. (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985).

É construído um novo conceito de saúde. Com isso, houve a discussão de uma nova proposta de política de saúde nacional e, como consequência, a aprovação do relatório que constituiu o projeto da Reforma Sanitária Brasileira. Processo este para a mobilização do Movimento Sanitário Nacional, que sensibilizou constituintes a aprovarem os princípios da Reforma Sanitária, posteriormente incorporados na Constituição de 1988, os quais são:

Participação: da população e trabalhadores de saúde no controle e decisão dos serviços; Equidade: diminuição das desigualdades; Descentralização: tem sua aplicação através do financiamento a cargo das três esferas de governo e a execução de serviços por conta dos municípios; Integralidade: superação da dicotomia de serviços preventivos versus curativo e além da assistência individual, continuidade do atendimento e cuidado dos usuários em seus diversos níveis; Universalização: igualdade de acesso aos serviços. (COMISSÃO NACIONAL DA REFORMA SANITÁRIA, 1987, *apud* CARVALHO; MARTIN; CORDONI, 2001, p. 36, 37, 38, 39, 40).

Cabe destacar que, durante esta época, são implantadas as Ações Integradas de Saúde (AIS). De certa forma, as AIS continham as mesmas propostas defendidas pelo movimento sanitário. Segundo Pimenta (1993, p. 25), o Plano das Ações Integradas de Saúde tinha como objetivo “integrar os serviços públicos de saúde, descentralizar o sistema de assistência médica, e criar uma “porta de entrada” para o sistema através de uma rede básica de serviços”. Além disso, propunha, também, a regionalização e o gerenciamento do sistema através de órgãos institucionais, com a participação da comunidade e a implantação das Comissões Municipais, Regionais e Estaduais, responsáveis pela coordenação da política de saúde.

No período que compreende os anos de 1985 a 1987 houve, progressivamente, o fortalecimento das AIS, com adesão de praticamente todos os Estados Brasileiros, bem como de seus municípios. Entretanto, na medida em que ocorreram os avanços, foram manifestando-se os limites da forma de organização dos serviços. Por conta das dificuldades que surgiram, inicia-se em 1987 a discussão à respeito da necessidade de avanços no que se refere à descentralização do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e através deste órgão, se propõe um reordenamento do sistema de

saúde. Em julho de 1987, através de um Decreto Presidencial, é criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS):

Em 1987 foram criados os Sistemas Unificados e Descentralizados da Saúde – SUDS, que tinham como principais diretrizes, tais como: universalização e equidade no acesso aos serviços de saúde; integralidade dos cuidados assistenciais; descentralização das ações de saúde; implementação de distritos sanitários. Trata-se de um momento marcante, pois, pela primeira vez, o Governo Federal começou a repassar recursos para os estados e municípios ampliarem suas redes de serviços, renunciando a municipalização que viria com o SUS. (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2009, p. 34).

O SUDS consiste em um aprofundamento das AIS, representando um avanço em relação à descentralização. Os Estados passam a ser descentralizados, unificaram-se as estruturas regionais com as estaduais e criaram-se condições objetivas para que a política de saúde, a nível estadual, tenha um comando único. Em relação ao orçamento, também houveram mudanças, sendo que a forma de financiamento deixa de ser por produção de serviços e passa a ser feita a partir de um Plano Diretor. (PIMENTA, 1993).

Assim, a saúde passa a ser vista como um direito de todos e dever do Estado. Ainda, ultrapassa a visão de apenas assistência em caso de adoecimento, ausência de doença ou enfermidade. A partir de então, é vista como melhoria das condições de vida, prevenindo e combatendo as doenças, significando completo estado de bem-estar físico e mental.

Desta forma, além da Reforma Sanitária, no período que compreende os anos de 1980-1986, acontecem dois importantes eventos: a VII Conferência Nacional de Saúde (1979) e a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), esta última que ocorreu em Brasília, tornando-se um marco na política de saúde no Brasil. (KLEBA, 2005).

Convocada pelo presidente José Sarney, a 8ª Conferência reuniu mais de quatro mil pessoas e contou, pela primeira vez, com ampla participação das organizações da sociedade civil de todo o país como delegados eleitos, incluindo as representações sindicais, das associações de profissionais de saúde, de movimentos populares em saúde, do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco). (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008, p. 435).

Foi a primeira Conferência aberta à sociedade. A população, pela primeira vez em toda a história, foi convidada a participar de um fórum oficial de discussão sobre as questões de saúde, atuando de forma direta nas decisões políticas nesta área. Observa-se que teve ampla participação de várias categorias e, ainda, o relatório final da Conferência significou a consolidação das propostas do movimento sanitário, relatório este que concluiu que as mudanças necessárias para a melhoria do sistema de saúde não seriam alcançadas apenas com uma reforma administrativa e financeira, mas sim que era preciso ampliar o conceito de saúde e revisar a legislação pertinente à área. (FIOCRUZ, 2019).

As principais pautas discutidas nesta Conferência foram:

Saúde enquanto direito fundamental; a reforma do sistema de saúde com ênfase na unificação dos serviços, na descentralização da gestão, na universalidade do acesso e no controle social; redefinição do papel institucional dos diferentes níveis de governo (federal, regional e local) em relação à gestão, organização e oferta de serviços de saúde; financiamento dos serviços públicos e privados. (KLEBA, 2005, p. 171).

Neste contexto, a saúde é reconhecida e repensada pela população, na lógica do direito, quando também são criados os cursos de pós-graduação, mestrado e doutorado na área da saúde pública e medicina social. Sem dúvida, os anos 1980 representam um marco na história da saúde pública no Brasil. (NUNES, 2009).

É importante ressaltar que a 8ª Conferência não se restringiu apenas ao momento de sua realização. Foi um processo que iniciou com pré-conferências estaduais e a conferência em si, culminando em uma discussão a respeito da possibilidade de haver conferências por temas e áreas, como por exemplo: saúde da mulher, da criança, dos índios, do trabalhador, dentre outros. Desta forma, foram realizadas conferências estaduais e nacionais, utilizando-se do Relatório Final da 8ª Conferência como elemento norteador, pois nele continha a consolidação das propostas do movimento sanitário original e também as novas vertentes e integrantes, servindo de base para as outras Conferências. (ESCOREL, 2008).

Um fato importante neste processo foi a inserção, na Constituição, da saúde como direito de cidadania e dever do Estado, deixando de ser apenas a ausência de doenças e sim entendida como qualidade de vida, dando assim força jurídica e relevância pública à saúde. (VASCONCELOS; PASCHE, 2009).

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, evidencia que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988).

A partir da Constituição Federal de 1988, a saúde integra o conceito de seguridade social. A seguridade social aborda as políticas sociais de saúde, assistência social e previdência social, além de cobrir, prevenir e controlar a incidência de riscos e vulnerabilidades sociais. Portanto, a saúde é universal, a assistência social a quem necessitar e a previdência social de caráter contributivo.

O conceito de Seguridade Social foi uma das mais importantes inovações incorporadas à Constituição, impondo uma transformação radical no sistema de saúde brasileiro. Houve um grande reconhecimento da saúde como direito social e definição de um novo paradigma para a ação do Estado na área através de seus princípios, conceituados e estabelecidos no artigo 194 da Constituição: “compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”. (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

A saúde, tanto no que se refere ao bem-estar quanto à prevenção de doenças, passa a ser vista não como uma manifestação apenas individual, mas precisa ser tratada também no âmbito coletivo, envolvendo o Estado e as políticas sociais que visam à proteção do cidadão, através de ações e serviços. (LOBATO, 2012).

No modelo de Seguridade Social, a cidadania é universal e há uma ampliação de direitos para todos, esteja este cidadão incluído no mercado de trabalho ou não. A Constituição deu materialidade à política de saúde através da instituição do SUS, regulamentado pela lei n.º 8.080, foco de discussão do próximo item.

1.2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS: DEFINIÇÃO, PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

Como abordado no item anterior, a Constituição Federal de 1988 estabelece que a saúde seja um direito de todos e dever do Estado, e desta forma, o acesso à

saúde é universal, através do SUS, sistema público nacional de saúde. A Constituição Federal prevê a saúde como um direito essencial à todos. (KLEBA, 2005).

O SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela lei nº 8.080. Tal lei define o SUS como “Conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público.” (BRASIL, 1990).

Este sistema se baseia em diretrizes organizativas e princípios doutrinários, os quais estão incorporados na Constituição e às leis ordinárias, que o regulamentam. Os princípios doutrinários que legitimam o sistema são: universalidade, integralidade e a equidade. (VASCONCELOS; PASCHE, 2009).

O princípio da universalidade assegura o direito à saúde a todos, bem como de suas ações e serviços, sem nenhum tipo de discriminação ou preconceito.

O exercício deste princípio traz a perspectiva da oferta a todos os brasileiros, no sistema público de saúde, da vacina à cirurgia mais complexa, alterando uma situação anterior em que o acesso era diferenciado entre os que tinham vínculos previdenciários e os demais brasileiros tipificados como indigentes. (VASCONCELOS; PASCHE, 2009, p. 535).

Este princípio garante que todo cidadão brasileiro tenha direito aos serviços de saúde, sendo dever do Estado ofertar tais serviços. Além disso, adota-se um conceito ampliado de saúde, que resulta de um conjunto de condições sociais e não apenas a ausência de doença. Isso significa que todo o cidadão brasileiro, sem qualquer tipo de discriminação, tem direito ao acesso às ações e serviços de saúde, e que os determinantes sociais influenciam diretamente em sua condição de saúde.

No que se refere ao princípio da integralidade, este retrata a abordagem do ser humano em sua integralidade, ou seja, a compreensão da saúde relacionada a fatores biológicos, psicológicos, sociais e históricos. Assim, a política de saúde deve levar em conta os condicionantes que tornam a vida de uma pessoa saudável ou não saudável (KLEBA, 2005). Pressupõe considerar todas as dimensões do processo saúde-doença que afetam os cidadãos. Ainda, presume que as ações e serviços sejam prestados de forma continuada. (VASCONCELOS; PASCHE, 2009).

A integralidade na saúde pressupõe uma política ampla, ou seja, está relacionada à condição integral e não parcial do cidadão. De acordo com Kleba (2005, p. 178), “implica, além disto, que as soluções propostas promovam o processo de desenvolvimento individual e coletivo através de ações de prevenção, promoção, proteção, recuperação, cura e reabilitação dos cidadãos e do seu coletivo.” O princípio da integralidade pressupõe que o sistema de saúde deve estar preparado para escutar o cidadão, entendê-lo inserido no contexto social em que está e, a partir disto, atender as suas necessidades e demandas. (KLEBA, 2005).

Em relação ao princípio da equidade, este traduz o debate relativo à igualdade, que está prevista também na Constituição. De acordo com Vasconcelos e Pasche (2009, p. 535), “justifica a prioridade na oferta de ações e serviços aos segmentos populacionais que enfrentam maiores riscos de adoecer e morrer em decorrência da desigualdade e do meio em que estão inseridos, em relação à distribuição de renda, bens e serviços”.

Busca-se, desta forma, atender os indivíduos de acordo com as suas necessidades, reconhecendo as diferenças nas condições de vida e de saúde da população, considerando que o direito à saúde deve atender a toda a diversidade.

O Estado deve estabelecer ações que atendam o cidadão desde a promoção e prevenção de doenças até a assistência curativa, em todos os níveis de complexidade. Para discutir a política de saúde na contemporaneidade é preciso relacioná-la ao contexto histórico, político e social atual.

O direito à informação também é assegurado por Lei e concede a todo o cidadão o domínio das informações a respeito de sua saúde e também a respeito dos riscos e condicionantes que afetam a saúde coletiva, atribuindo a responsabilidade por viabilizar esse direito aos profissionais e aos gestores. (VASCONCELOS; PASCHE, 2009).

Sobre as diretrizes organizativas do SUS, estas visam conferir racionalidade ao seu funcionamento, bem como orientar e organizar o SUS, concretizando o sistema na prática. As principais são: descentralização com comando único, regionalização, hierarquização dos serviços e participação comunitária.

Em relação à descentralização, antes de falar sobre, é importante lembrar que no início dos anos 80, o sistema de saúde tinha sua estrutura centralizada. As decisões, na maioria das vezes, eram realizadas por “grupos de ponta”, indo contra

o interesse da população. A partir da reforma da saúde, as ações e competências passam a ser descentralizadas, ou seja, o planejamento e as decisões, bem como o controle na área da saúde, ocorrem em nível local, direcionando as ações para as reais necessidades da população. (KLEBA, 2005).

Surge a necessidade de superação da desarticulação entre os serviços e o início de um processo de coordenação das ações com direção de um único gestor em cada espaço. Nesta perspectiva, é proposto o trabalho em rede, de forma hierarquizada e regionalizada.

As ações são realizadas da seguinte forma, de acordo com Vasconcelos e Pasche (2009, p. 536), “o secretário municipal de saúde no âmbito do município, o secretário estadual no âmbito do estado e o ministro da saúde no âmbito da união”. Em relação a isto, tem-se que:

Como requisitos mínimos para aderir ao SUS, a administração municipal deveria criar um sistema de controle e avaliação sobre os serviços sob sua coordenação, um Fundo Municipal de Saúde para administrar os recursos financeiros repassados pelos três níveis (nacional, estadual e municipal) e um Conselho Municipal de Saúde, o qual deveria participar efetivamente das decisões para o sistema local de saúde. (KLEBA, 2005, p. 182,183).

Neste sentido, o processo de regionalização da saúde propõem a organização racionalizada dos serviços de saúde, ou seja, os serviços devem ser organizados com o objetivo de serem mais eficientes e eficazes, com maior qualidade e menor custo financeiro. A regionalização entra na agenda como uma preocupação central dos gestores, (DUARTE *et. al.*, 2015) e tem como objetivo:

Distribuir de forma mais racionalizada e equânime os recursos assistenciais no território, com base na distribuição da população, promovendo a integração das ações e das redes assistenciais, de forma que garanta acesso oportuno, continuidade do cuidado e economia de escala. (VASCONCELOS; PASCHE, 2009, p. 536).

A regionalização pressupõe a formação de regiões de saúde funcionais, a contemplação de um planejamento integrado, que compreenda as noções de territorialidade, identificando as prioridades de intervenção e configuração de sistemas funcionais de saúde, não restritos apenas ao âmbito municipal, mas sim respeitando seus limites como unidade indivisível, garantindo à todos os cidadãos o acesso as ações e serviços da saúde. (DUARTE, *et. al.*, 2015).

Com a ideia de hierarquização, busca-se organizar o sistema de saúde a partir de níveis de atenção, os quais são discutidos posteriormente nesta dissertação, e estabelecer fluxos de atendimento entre os serviços, para que seja regulado o acesso aos serviços de média e alta complexidade, levando em conta que os serviços da atenção básica são a porta de entrada do usuário, sendo o serviço de uso mais frequente. (VASCONCELOS; PASCHE, 2009).

A regionalização e a hierarquização exigem que:

Os usuários sejam encaminhados para unidades mais complexas do sistema quando necessário e que possam retornar à sua unidade de origem (correspondente a um nível mais básico do sistema) para acompanhamento (mecanismo de referência e contra-referência). (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008, p. 441).

Para que esta articulação entre os serviços dos diferentes níveis de atenção aconteça de forma eficaz, é necessário que haja um fluxo adequado de informações a respeito do atendimento prestado pelas unidades que compõem o sistema de saúde e que, possivelmente, irão prestar atendimento àquele cidadão. Ou seja, é importante que o primeiro serviço de saúde que o cidadão foi atendido repasse todas as informações possíveis ao serviço que o cidadão será encaminhado e atendido em seguida.

No que se refere à base legal que sustenta o SUS, a regulamentação acontece através das Leis Federais nº 8.080 e nº 8.142, que trazem detalhadamente como está a organização e o funcionamento deste sistema. A Lei nº 8.080 define o SUS como “o conjunto de ações e serviços públicos de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”. (BRASIL, 1990).

Além disso, define as atribuições e competências das três instâncias governamentais do SUS. Dentre as atribuições dos três entes federados, se destacam o planejamento das ações, a formulação e atualização do plano de saúde e a articulação de planos e políticas, juntamente à coordenação das ações, dentre outros. (VASCONCELOS; PASCHE, 2009).

As ações que fazem parte do SUS são:

Atividades dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente, voltadas para promoção de saúde e prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de agravos e doenças; serviços prestados no âmbito ambulatorial, hospitalar e

nas unidades de apoio diagnóstico e terapêutico geridos pelos governos (estaduais ou municipais), bem como em outros espaços, especialmente no domiciliar; ações de distintas complexidades e custos, que variam desde aplicação de vacinas e consultas médicas nas clínicas básicas (clínica médica, pediatria e ginecologia-obstetrícia) até cirurgias cardiovasculares e transplantes; intervenções ambientais no seu sentido mais amplo, incluindo as condições sanitárias nos ambientes onde se vive e se trabalha, na produção e circulação de bens e serviços, o controle de vetores e hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento ambiental; instituições públicas voltadas para o controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, sangue e hemoderivados e equipamentos para a saúde. (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008, p. 438).

Para garantir um melhor funcionamento entre os serviços do SUS, há uma hierarquização entre as ações e serviços e a classificação é feita de acordo com a complexidade da situação. Os serviços de saúde estão divididos em níveis de atenção, que são: Atenção Básica, onde estão as Unidades Básicas de Saúde (UBS), a Média Complexidade, onde estão as clínicas, unidades de atendimento e hospitais e a Alta Complexidade, onde estão os hospitais de grande porte. É preciso que os serviços de cada nível de atenção “conversem entre si”. Neste sentido, evidenciam-se as RAS, responsáveis por garantir a integralidade do cuidado do cidadão e organizar os serviços e ações de saúde.

As Normas Operacionais Básicas (NOB/91, NOB/93 e NOB/96) foram responsáveis por estabelecer o credenciamento dos municípios e as suas competências (VASCONCELOS; PASCHE, 2009). Além disso, estas Normas também definem as competências de cada esfera de governo bem como definem critérios para que Estados e Municípios se habilitem voluntariamente a receber repasses de recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para seus respectivos fundos de saúde. (BRASIL, 2003). Será descrito os principais pontos de cada uma delas no quadro abaixo:

QUADRO 1 – Principais pontos das Normas Operacionais Básicas

(continua)

NORMAS OPERACIONAIS BÁSICAS	PRINCIPAIS PONTOS
NOB/SUS 01/91	- Autorização de internações hospitalares e, com isso, a criação de um sistema de internação hospitalar, fator de estímulo à municipalização.

QUADRO 1 – Principais pontos das Normas Operacionais Básicas

(conclusão)

NORMAS OPERACIONAIS BÁSICAS	PRINCIPAIS PONTOS
NOB/SUS 01/93	<ul style="list-style-type: none"> - Formalização dos princípios aprovados na 9ª Conferência Nacional de Saúde, que teve como tema central: “a municipalização é o caminho”; - Criação da transferência regular e automática (fundo a fundo); - Constituição das Comissões Intergestores Bipartite (de âmbito estadual) e Tripartite (de âmbito nacional), como importantes espaços de negociação, pactuação, articulação e integração entre os gestores.
NOB/SUS 01/96	<ul style="list-style-type: none"> - Representou um salto de qualidade na oferta dos serviços do SUS; - Avanço no processo de descentralização, redefinindo competências dos municípios e Estados, caracterizando as responsabilidades sanitárias dos municípios pela saúde dos seus cidadãos; - Aumento da participação percentual da transferência regular e automática; - Fortalecimento da gestão do SUS, por meio das Comissões Intergestores Bipartites; - Criação do Piso Básico Assistencial (PAB); - Reorganização da gestão dos procedimentos de média e alta complexidade ambulatorial; - Incorporação de ações de vigilância sanitária, epidemiologia e controle de doenças; - Ampliação de cobertura do PSF e dos PACS; - Aprimoramento do planejamento e elaboração da Programação Pactuada e Integrada (PPI); - Definição das responsabilidades: gestão plena da atenção básica, gestão plena do sistema municipal de saúde, gestão avançada do sistema estadual e gestão plena do sistema estadual para os estados.

Fonte: VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: Campos, G. W. S *et al.* **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; 2009.

Ressalta-se nesta dissertação a NOB-96, a qual promoveu um avanço no processo de descentralização e participação e com isso o início das discussões à respeito da criação de redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços de saúde.

A questão da participação nos processos de decisão em relação à saúde é uma reivindicação que vem sendo feita há tempos pelos movimentos e organizações da sociedade brasileira. A participação deve ser um instrumento de democratização da vida pública e não apenas como contribuição à quem planejava e definia. É preciso ir além, entender o indivíduo como cidadão, e como tal, ter o direito de participar das decisões sobre a política e sobre as ações de saúde à serem desenvolvidas, bem como defender seus interesses e pontos de vista, mesmo que sejam divergentes da elite econômica e política. (KLEBA, 2005).

Com a instituição do SUS, a participação social adquire novo caráter. A sociedade assume um novo papel, tornando-se co-responsável pelas decisões e controle social. Em relação à isto, a diretriz de participação é assegurada pela Constituição Federal e regulada pela Lei nº 8.142/90, lei que prevê também a

constituição de dois órgãos de participação, que são a Conferência de Saúde¹² e o Conselho de Saúde¹³. No que se refere à tais órgãos de participação:

Tanto a Conferência quanto o Conselho de Saúde têm sua constituição prevista em todos os níveis (federal, estadual e municipal), devendo sua composição ser paritária, ou seja, 50% representantes de usuários e 50% representantes de prestadores de serviços, estes últimos divididos entre governo, serviços públicos e privados e profissionais de saúde. As conferências têm um caráter consultivo, avaliando a situação de saúde e definindo princípios e diretrizes para a política de saúde no nível em que for realizada. Em nível nacional, a conferência deve ser organizada no mínimo a cada quatro anos, devendo finalizar um processo ascendente de discussão, precedido por etapas municipais, regionais e estaduais. (KLEBA, 2005, p. 185).

Os conselhos de saúde representam uma conquista da sociedade, são espaços deliberativos, a composição é paritária nas instâncias, ou seja, os usuários têm 50% assegurado de representação, e os outros 50% contemplam os trabalhadores de saúde, prestadores de serviços e gestores, composição assegurada pela Lei nº 8.142/90. (VASCONCELOS; PASCHE, 2009).

Ao conselho de saúde é delegada a função de decidir, conjuntamente com o governo, tendo autonomia para exercer o controle sobre a gestão do SUS, atuando de maneira propositiva em todas as instâncias federativas. É importante ressaltar que o Conselho Municipal de Saúde atua na gestão de saúde em diferentes frentes: na fiscalização dos serviços de atendimento à população, na elaboração de políticas e no controle orçamentário e econômico, tendo como suporte resoluções, recomendações e moções. As decisões são realizadas de forma conjunta entre sociedade, gestores, prestadores de serviços e trabalhadores. (LOPES *et al.*, 2015).

Nas Conferências de Saúde, a categoria tem por responsabilidade avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde. Já no

¹² É importante ressaltar que, nos municípios maiores, quando necessário, é realizado conferências locais/distritais antes da conferência municipal e, em estados com muitos municípios, podem ser realizadas conferências regionais antes das estaduais. A representatividade das diversas regiões deve ser assegurada na conferência estadual. (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

¹³ O Conselho de Saúde tem caráter permanente e deliberativo, e seu objetivo é formular estratégias para a política de saúde, controlar e fiscalizar a efetivação da política, no que se refere também aos aspectos econômicos e financeiros. Estes fóruns abrem novas perspectivas em relação à participação da população e a inserção desta população nas esferas de poder. (KLEBA, 2005).

Conselho, os segmentos atuam na formulação de estratégias bem como no controle da execução da política de saúde.

É importante acrescentar a este rol de diretrizes a questão da integração das ações entre os subsistemas que se adequam ao sistema de saúde e dos serviços em redes assistenciais integradas. Esta diretriz é uma condição para a garantia da continuidade das ações, serviços e do cuidado aos usuários. (VASCONCELOS; PASCHE, 2009).

A integração dos recursos, meios e de pessoal na gestão é preconizada na legislação, sendo condição básica para assegurar questões como eficácia e eficiência ao sistema. Desta forma, o SUS é um espaço efetivo de democratização do Estado no país, sendo que prevê a participação da população e o controle social, condição necessária para a construção de um novo modelo para a saúde. (KLEBA, 2005).

O objetivo principal deste sistema é formular, implementar e organizar a política de saúde. De acordo com Vasconcelos e Pasche (2009, p. 538), o SUS é “destinado a promover condições de vida saudável, a prevenir riscos, doenças e agravos à saúde da população, e assegurar o acesso equitativo ao conjunto dos serviços assistenciais para garantir atenção integral à saúde”.

O conjunto de ações e serviços prestados pelo SUS se referem à: vigilância em saúde (vigilância ambiental, vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e vigilância nutricional); assistência nos três níveis de saúde; prestação de assistência terapêutica integral; apoio diagnóstico e de terapia na assistência à saúde; formulação e execução da política de sangue e seus derivados; regulação da prestação de serviços privados; regulação da formação dos profissionais; definição e implementação de políticas de Ciência e Tecnologia e promoção da saúde em articulação intersetorial. (VASCONCELOS; PASCHE, 2009).

O SUS não é apenas um sistema de prestação de serviços assistenciais. Muito pelo contrário, é um sistema complexo, responsável por coordenar e articular ações de promoção e prevenção da saúde. Oferta serviços básicos de atenção à saúde para a população, através das UBS, onde são implementadas as Estratégias de Saúde da Família (ESF). Além disso:

Completam a rede do SUS o conjunto dos serviços ambulatoriais especializados, serviços de diagnose e terapia e a rede hospitalar de média e alta complexidade, que conta com serviços próprios, gerenciados pelos

municípios, pelos estados e pela União, além dos serviços universitários públicos e dos serviços contratados ou conveniados de caráter privado - filantrópicos e lucrativos. (VASCONCELOS; PASCHE, 2009, p. 540 e 541).

O sistema conta, também, com uma ampla rede de serviços privados de saúde, em caráter complementar, quando requeridas se os serviços públicos não dão conta da demanda. São exercidos principalmente em hospitais e unidades de diagnose e terapia. São planos de saúde, que atendem aos trabalhadores formais, mantidos pelos seus empregadores. (NORONHA; LIMA; MACHADO; 2008, p. 439).

Desta forma:

A participação efetiva do setor privado no SUS hoje é mais pronunciada na atenção hospitalar e na oferta de serviços especializados de maior densidade tecnológica e custo, e representa uma proporção importante dos gastos do sistema. Essa dependência do SUS em relação aos serviços privados reflete a insuficiência de investimentos na rede pública e a baixa produtividade da maioria dos serviços sob gerência pública. (VASCONCELOS; PASCHE, 2009, p. 548).

O gasto público em saúde é financiado por tributos, mais especificamente os impostos e as contribuições sociais. Os recursos do orçamento da União são transferidos de forma automática, em parcelas mensais para custear as ações e serviços de saúde. (UGÁ; PORTO, 2008).

Sobre a gestão, de acordo com Noronha, Lima e Machado (2008, p. 444), “os gestores no SUS atuam em dois âmbitos bastante imbricados: o político e o técnico.” O âmbito político se refere ao relacionamento dos gestores do SUS com outros atores sociais, principalmente nos Conselhos de Saúde, nas Comissões Intergestores Tripartite (CIT) e nas Comissões Intergestores Bipartites (CIB). (VASCONCELOS; PASCHE, 2009).

No que diz respeito ao âmbito técnico, a atuação do gestor do SUS acontece através do exercício das funções gestoras na saúde, definidas, de acordo com Vasconcelos e Pasche (2008, p. 445): “como um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão, necessários para a implementação de políticas na área da saúde, exercidas de forma coerente com os princípios do sistema público de saúde e da gestão pública”.

De forma simples, é possível identificar quatro grandes grupos de funções da gestão dos campos da atenção à saúde, englobando: formulação de políticas e

planejamento; financiamento; regulação; prestação direta de ações e serviços de saúde. (VASCONCELOS; PASCHE, 2009).

Ainda sobre a gestão:

A gestão dos recursos orçamentários da saúde deve ser feita, em cada esfera de governo, por meio dos fundos de saúde que agregam todos os recursos alocados para o setor. O gestor é o ordenador de despesas e responsável pela prestação de contas ao conselho de saúde e ao legislativo correspondente, cabendo ao conselho exercer o controle e a fiscalização sobre a utilização desses recursos. Infelizmente, esta diretriz não é seguida em muitos municípios. (VASCONCELOS; PASCHE, 2009, p. 545).

A partir de um debate ocorrido durante a XII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2003, que foram discutidos temas cruciais para a consolidação do SUS, resultou a proposta de um novo pacto de gestão, que é traduzido no Pacto Pela Saúde. De acordo com Vasconcelos e Pasche (2009, p. 555) “tem como objetivo enfrentar os gargalos e produzir inovações na organização e nos processos de gestão do sistema”. Os temas mais discutidos neste debate conformaram a agenda do pacto de gestão. Desta forma, a representação das três esferas do governo:

[...] assumiram o compromisso público da construção do PACTO PELA SAÚDE 2006, que será anualmente revisado, com base nos princípios constitucionais do SUS, ênfase nas necessidades de saúde da população e que implicará o exercício simultâneo de definição de prioridade articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. (BRASIL, 2006).

O Pacto pela Vida deve consistir no esforço dos gestores em assegurar os recursos necessários para resultados sanitários positivos, relacionados a algumas prioridades, tais como: a implantação da Política Nacional de Saúde da pessoa Idosa; a contribuição para a redução da mortalidade por câncer de colo do útero e mama, bem como a mortalidade materna, infantil e neonatal; controle de doenças, como por exemplo: Dengue, Hanseníase, Tuberculose, Malária e Influenza; elaborar e implantar a Política Nacional de Promoção da Saúde e consolidar e qualificar a Estratégia Saúde da Família, como modelo de atenção à atenção básica à saúde. (VASCONCELOS; PASCHE, 2009).

O Pacto em Defesa do SUS, como o próprio nome diz, propõe a mobilização da sociedade no sentido de defender o direito à saúde, bem como a efetivação do

SUS como política Estadual, com garantia do financiamento público suficiente. (VASCONCELOS; PASCHE, 2009).

Finalmente, o Pacto de Gestão tem como proposta a introdução de inovações nas relações intragovernamentais no SUS, entendendo que a partir disto, haverá uma reforma na institucionalidade vigente, tendo como proposta a superação dos entraves que se acumularam no processo de descentralização do sistema de saúde. Dentre as prioridades deste Pacto, as que mais se destacam são: precisar as responsabilidades sanitárias; adotar a regionalização como estratégia prioritária; alterar a lógica de alocação de recursos; revigorar o processo de planejamento e de programação; fortalecer a participação e o controle social; priorizar as iniciativas de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e revisar o processo normativo com a descentralização das decisões. (VASCONCELOS; PASCHE, 2009).

É importante ressaltar que no Pacto de Gestão é estabelecida, também, a necessidade de desenhar redes regionalizadas de atenção à saúde, organizadas nos territórios das regiões de saúde. Novamente, há indicativos para o trabalho em Redes.

Pode-se afirmar que o debate em torno da integração dos serviços adquiriu nova ênfase a partir do Pacto pela Saúde, que contempla o acordo firmado entre os gestores do SUS, ressaltando a importância de investigar o processo de regionalização e de organização do sistema de saúde através de redes como estratégias para consolidar os princípios do SUS, - Universalidade, Integralidade e Equidade.

Para o SUS ser viabilizado, é preciso que seja trabalhado na perspectiva das Redes de Atenção, ou seja, é preciso que haja a articulação entre os serviços e sistemas de saúde e as relações entre os profissionais que atuam, através de relações de interdependência entre os pontos da Rede, tanto no território do município como no território regional, estadual e nacional.

É baseando-se nesta perspectiva do trabalho em redes como superação dos serviços fragmentados da saúde, que, a partir deste momento, convida-se o leitor para a análise do próximo item, que aborda os níveis de atenção à saúde e como os serviços estão relacionados com o objeto de estudo desta pesquisa, que é a Rede de Atenção às Urgências e Emergências.

1.3 NÍVEIS E REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

A atenção à saúde no Brasil é organizada de forma descentralizada, ou seja, estabelece níveis diferentes de atenção de acordo com a complexidade das ações necessárias, visando a garantia de um atendimento mais efetivo e integral, considerando os três princípios fundamentais do SUS: universalidade, integralidade e equidade, já mencionados e explicados no item anterior.

O primeiro nível de atenção é o nível de atenção primário ou básico, em que suas ações podem ser individuais, familiares ou coletivas, voltadas à diminuição do risco de doenças e a proteção à saúde. Envolve a promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, reabilitação, tratamento, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. (BRASIL, 2017).

A oferta dos serviços deste nível de atenção é de responsabilidade das UBS, onde funcionam as ESF, configurando-se como a porta de entrada do SUS. É importante ressaltar que as ações não acontecem apenas dentro das UBS, mas também em diversos espaços da comunidade, tais como centros comunitários, escolas e também nas residências. (BRASIL, 2017).

Nestes espaços são realizadas visitas pela Equipe de Saúde da Família (eSF) ou Equipe de Atenção Básica (EAB), formada no mínimo por técnico ou auxiliar de enfermagem, enfermeiro, médico e agente comunitário de Saúde (ACS), dirigida à população em território definido, podendo fazer parte também agente de combate às endemias (ACE), cirurgião dentista e auxiliar ou técnico em saúde bucal. (BRASIL, 2017).

A Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e estabelece as diretrizes para a organização do componente Atenção Básica, em seu Art 2º define a Atenção Básica como:

O conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. (BRASIL, 2017).

Ainda nesta mesma Portaria, discute-se acerca do termo Atenção Básica - AB e Atenção Primária à Saúde – APS, sendo que são termos equivalentes, pois

ambos associam os princípios e diretrizes definidas na PNAB. Neste trabalho é utilizado o termo Atenção Básica e a escolha se deu pelo fato de que, nas legislações pesquisadas, prevalece o uso da “Atenção Básica”, considerando que o Movimento Sanitário Brasileiro teria buscado uma diferenciação a respeito do reducionismo que reflete o termo Atenção Primária¹⁴. (GIOVANELLA, 2018).

Busca-se, com o termo “Atenção Básica”, se distanciar da noção de uma atenção seletiva, restrita e focalizada, tendo como objetivo um sistema público universal baseado na cidadania ampliada. Além disso, a escolha do termo Atenção Básica se deu também pelo fato de que o governo brasileiro oficializou a expressão “Atenção Básica”, passando a padronizar o termo em secretarias e documentos oficiais. (BRASIL, 2006).

Levando isto em consideração, a Atenção Básica é classificada como sendo a porta de entrada dos serviços de saúde e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde - RAS, coordenadora do cuidado e responsável por ordenar as ações e serviços disponibilizados na rede. Estes serviços deverão ser ofertados à toda a população, gratuitamente e integralmente, de acordo com as suas necessidades e demandas do território, considerando os condicionantes e determinantes da saúde. (BRASIL, 2017).

Ter a Atenção Básica como base do sistema de saúde é essencial para o bom desempenho deste sistema. A PNAB tem como sua estratégia principal a Saúde da Família (SF), como forma de expansão e consolidação da Atenção Básica. A ESF é considerada como:

Uma estratégia de reorientação do modelo assistencial tendo como princípios: a família como foco de abordagem, território definido, adscrição de clientela, trabalho em equipe interdisciplinar, corresponsabilização, integralidade, resolutividade, intersetorialidade e estímulo à participação social. (BRASIL, 2011).

¹⁴ A distinção entre os conceitos de Atenção Primária e Atenção Básica ainda guarda algumas inconsistências na utilização do termo, segundo a pesquisa realizada por Gil (2006) que chegou a conclusão que os dois termos são usados como sinônimos, indicando uma perspectiva de unidades locais de saúde ou nível de atenção. Segundo CONASS (2007), o termo “Atenção Básica” utilizada pelo Ministério da Saúde para designar a atenção primária é resultante da necessidade de diferenciar a proposta da saúde da família da proposta dos “cuidados primários de saúde”, mais ligados a uma lógica de focalização e de atenção primitiva à saúde; sendo assim a nomenclatura Atenção Básica é adotada para definir a APS no país, tendo como sua estratégia principal de atuação a Saúde da Família. (GIL, 2006)

A ESF é a estratégia prioritária de expansão, consolidação e qualificação da Atenção Básica. Se caracteriza por permitir a implementação dos princípios e diretrizes deste nível de atenção, sendo o ponto fundamental para a organização da rede de atenção e o primeiro contato com o SUS.

Dentro deste sistema, há, também os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), os quais complementam as equipes que atuam na Atenção Básica, formado por um equipe multiprofissional e interdisciplinar, por diferentes profissões da área da saúde, atuando de maneira integrada para dar suporte aos profissionais da eSF e de Atenção Básica. Os NASFs não possuem unidades físicas e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo. A partir das demandas identificadas, devem atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus diversos pontos de atenção à saúde.

Quando o sistema de saúde é organizado sob a forma de redes integradas é garantida a atenção integral, efetiva e eficaz às populações contempladas.

Os sistemas de atenção à saúde constituem respostas sociais, deliberadamente organizadas, para responder às necessidades, demandas e preferências das sociedades, devendo ser articulados pelas necessidades de saúde da população, que se expressam em situações demográficas e epidemiológicas singulares. Os Sistemas de Atenção à Saúde podem apresentar-se, na prática social, por meio de diferentes formas organizacionais. Na experiência internacional contemporânea, a tipologia mais encontrada é de sistemas fragmentados e Redes de Atenção à Saúde.” (MENDES, 2011, p. 45).

Na Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização das RAS no âmbito do SUS, estão descritas seis características importantes e inerentes ao que se refere às redes: formar relações horizontais entre os diferentes pontos de atenção; atenção primária à saúde como centro de comunicação; planejar e organizar as ações segundo as necessidades de saúde de uma população específica; ofertar atenção contínua e integral; cuidado multiprofissional e compartilhar objetivos e compromissos com os resultados, em termos sanitários e econômicos. (BRASIL, 2010).

As ações e serviços da Atenção Básica deverão seguir padrões essenciais e ampliados. A PNAB aponta que o padrão essencial diz respeito à ações e procedimentos básicos, devendo ser obrigatoriamente garantido pela equipe. O

padrão ampliado são as ações e procedimentos considerados estratégicos para se avançar e alcançar padrões elevados de acesso e qualidade na Atenção Básica. (BRASIL, 2017).

É importante ressaltar que a Atenção Básica operacionaliza os princípios e diretrizes do SUS, os quais foram descritos no item anterior, e as RAS tem como uma de suas atribuições consolidá-los. Em seguida, descreve-se brevemente como os princípios e diretrizes estão relacionados com as RAS.

Todo cidadão tem o direito ao acesso universal e contínuo aos serviços de saúde através da Atenção Básica, como primeiro atendimento. Por ser caracterizada como a porta de entrada das RAS, o serviço deve acolher o cidadão e promover a vinculação e corresponsabilização pela atenção à necessidade de saúde. Ou seja, as equipes que atuam nas UBS devem receber e ouvir o cidadão que procura os seus serviços, de modo universal e de fácil acesso. Isso reflete o princípio da universalidade. (BRASIL, 2017).

É necessário, também, que os serviços oferecidos àquele cidadão que veio até a UBS, sejam ofertados no sentido de reconhecer as diferenças nas condições de vida e da saúde do cidadão, ficando proibido qualquer tipo de exclusão, promovendo estratégias que permitam minimizar desigualdades. Aqui é visto o princípio da equidade. (BRASIL, 2017).

Além disso, é preciso que o atendimento seja realizado de forma integral, ou seja, que o conjunto de serviços executados pela equipe de saúde atenda às necessidades da população no que se refere à promoção, manutenção da saúde, prevenção de doenças, dentre outros. Além disso, deverão ser ofertados os serviços em outros pontos de atenção à saúde e reconhecer as outras necessidades, como biológica, psicológica, ambiental e social, na maioria das vezes causadoras de doenças. Isto representa o princípio da integralidade. (BRASIL, 2017).

Os pontos de atenção das RAS têm a Atenção Básica como ponto de comunicação entre esses. Organizam-se por regiões de saúde, que se refere a um recorte espacial estratégico para fins de planejamento, organização e gestão de redes de ações e serviços de saúde nas localidades, além da hierarquização sobre a organização dos pontos de atenção das RAS entre si. Retrata-se aqui o princípio da regionalização e hierarquização. (BRASIL, 2017).

O planejamento, a descentralização e o desenvolvimento das ações setoriais e intersetoriais devem ter foco em um único território, com impacto na saúde da população que está inserida naquele território, ou seja, está adstrito à ele e presente no território da UBS, seguindo a diretriz de territorialização e adstrição. (BRASIL, 2017).

Um dos atributos de uma Rede de Atenção à Saúde é a ação intersetorial. Junqueira (2000, p. 42) define intersetorialidade da seguinte forma: “a articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeitos sinérgicos em situações complexas visando o desenvolvimento social, superando a exclusão social”.

A intersetorialidade é uma estratégia para integrar políticas públicas e seus respectivos setores, de forma que sejam respondidos os problemas e às vulnerabilidades de uma determinada situação. É uma nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços, buscando garantir acesso igual aos desiguais, alterando a articulação entre os serviços e contribuindo, assim, para o reconhecimento de saberes resultantes da integração entre as áreas setoriais. (JUNQUEIRA, 2004).

Se tratando da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, sabe-se que, em algumas situações o atendimento pode ocorrer de forma restrita e setORIZADA, desconsiderando o cuidado de forma intersetorial. Logo, o trabalho pode ser prejudicado, pois há fragmentação nas ações e o trabalho não é realizado na perspectiva de redes, não garantindo a integralidade no atendimento, conforme prevê o SUS.

Diante disso, de acordo com Bourguignon (2001) trabalhar em rede, hoje, constitui um grande desafio para os profissionais inseridos nas políticas públicas. A articulação entre os serviços se configura como um desafio, sendo necessário reforçar constantemente a importância do trabalho em rede, visto que a intersetorialidade não é um fato existente, mas sim um objeto em plena construção. (BIDARRA, 2009).

É importante considerar, também, o contexto histórico de transição do modelo hierárquico de Atenção à Saúde para o modelo de RAS. Mendes (2011) discorre sobre essa mudança, em que se rompe com a visão de que o hospital é o serviço mais importante, responsável por fazer a regulação, para um modelo em que

a Atenção Básica passa a ser a porta de entrada das RAS. Mesmo com essa mudança, muitas vezes o hospital acaba sendo o primeiro serviço buscado pelo cidadão, justamente pelo contexto que prevaleceu até o surgimento das RAS.

Por exemplo, quando a ação se resume em encaminhamentos para diagnósticos ou até mesmo quando há uma situação de extrema urgência, em que o atendimento precise ser feito de forma imediata, raramente este tipo de atendimento se desdobrará em outras ações. Diante disso, é necessário que, independentemente do tipo de serviço prestado ao paciente, a continuidade da ação seja mantida por todos os pontos da rede, mesmo com a transferência da responsabilidade a outro serviço, enaltecendo a questão da intersetorialidade.

O desenvolvimento de ações deve acontecer de forma singularizada, auxiliando o cidadão à tomar decisões embasadas sobre a sua própria saúde, utilizando de diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada. Este modelo de atenção deverá resolver a grande maioria dos problemas da população e coordenar o cuidado do usuário em outros pontos de atenção das RAS, quando necessário, tendo resolutividade. (BRASIL, 2017).

A Atenção Básica integra, coordena o cuidado e atende as necessidades de saúde da população adstrita ao seu território. Para que a Atenção Básica possa ordenar as RAS, é preciso que sejam reconhecidos as necessidades de saúde da população e reorganizá-las em relação aos outros pontos de atenção à saúde. (BRASIL, 2017).

É responsabilidade da gestão municipal articular e criar condições para que a referência dos serviços seja realizado preferencialmente pela Atenção Básica, sendo de sua responsabilidade, de acordo com a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017: “Ordenar o fluxo das pessoas nos demais pontos de atenção da RAS; Gerir a referência e contrarreferência em outros pontos de atenção; Estabelecer relação com os especialistas que cuidam das pessoas do território”.

Espera-se que, consolidando o fluxo de atendimento, seja evitada a exposição do cidadão a consultas e exames desnecessários, tendo como resultado um atendimento de mais qualidade, além de otimizar os recursos de saúde, impedir deslocamentos desnecessários, fazendo com que haja maior eficiência e equidade às listas de espera. (BRASIL, 2016).

Concomitantemente à Atenção Básica, há a atenção de Média e Alta Complexidade. A Atenção de Média Complexidade é formada por pontos de atenção à saúde, geralmente pelos hospitais e ambulatorios responsáveis por oferecer tratamento especializado à população, além de garantir a estruturação dos serviços hospitalares de urgência e emergência.

A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento. (BRASIL, 2007).

A Média Complexidade demanda adensamento tecnológico e oferta baseada na economia de escala, que se expressa na redução dos custos médios da produção, com base no volume e na demanda de serviços, conforme aumente. Os serviços são regionalizados, localizados em emergências, unidades hospitalares, internações e especialidades, visando a concentração do volume a fim de redução de custos. (PIRES *et al.*, 2010)

Os grupos que fazem parte dos procedimentos de média complexidade são: cirurgias ambulatoriais especializadas; ações especializadas em odontologia; procedimentos traumatológico-ortopédico; patologia clínica; radiodiagnóstico; exames ultrassonográficos; diagnose; fisioterapia; terapias especializadas; próteses e órteses; anestésias; anatomopatologia e citopatologia. (BRASIL, 2009).

O nível de Alta Complexidade diz respeito aos serviços de alta complexidade, representados pelos grandes hospitais e clínicas. Trata-se de cirurgias e exames mais invasivos, que exigem a mais avançada tecnologia em saúde. Se define como:

Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade). Principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, organizadas em redes são: Assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise); Assistência ao paciente oncológico; Cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; Procedimentos da cardiologia intervencionista; Procedimentos endovasculares extracardíacos; Laboratório de eletrofisiologia; Assistência em traumatologia-ortopedia; Procedimentos de neurocirurgia; Assistência em otologia; Cirurgia de implante coclear; Cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; Cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; Procedimentos em fissuras lábio-

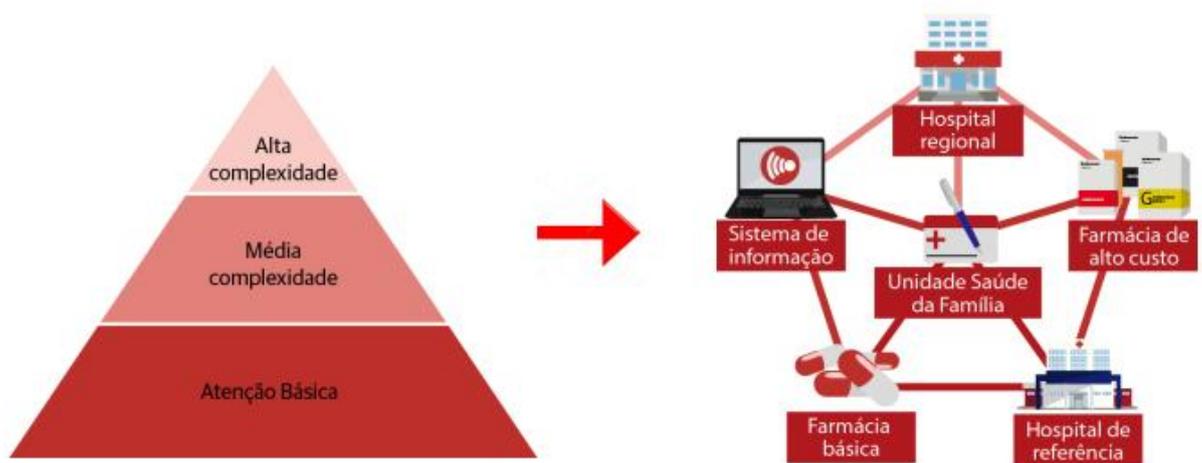
palatais; Reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; Procedimentos para a avaliação e o tratamento dos transtornos respiratórios do sono; Assistência aos pacientes portadores de queimaduras; Assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); Cirurgia reprodutiva; Genética clínica; Terapia nutricional; Distrofia muscular progressiva; Osteogênese imperfeita; Fibrose cística e reprodução assistida. (BRASIL, 2009).

Os pontos de atenção de Média e Alta Complexidade ofertam os serviços especializados e servem de apoio a Atenção Básica. A Alta Complexidade contempla serviços tecnologicamente mais densos, porém, não há relação de subordinação, visto que a rede é poliárquica. (MENDES, 2011).

Para que ocorra a articulação entre os serviços da Atenção Básica e a Média e Alta Complexidade, é preciso que a equipe tenha conhecimento de todas as informações da situação do atendido pelo serviço, para que assim possa ser determinada a necessidade de consulta ou procedimento no serviço especializado, incluindo a classificação de risco do problema em questão. Além disso, é importante que seja estabelecido um fluxo de comunicação entre os serviços através de referência e contrarreferência. Todas as informações consideradas importantes devem ser relatadas.

Em seguida, é apresentada a mudança do sistema de saúde, onde o sistema piramidal deixa de existir, dando lugar a um modelo em que os serviços funcionam de forma articulada em rede, bem como a relação que os níveis de atenção possuem, através da Figura 1.

Figura 1 – Relação dos níveis de atenção



Fonte: MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília, 2011. Disponível em: <<http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/Redes-de-Atencao2012.pdf>>. Acesso em: 19 abr 2018.

Nota: dados trabalhados pela autora.

A pirâmide representa os três níveis de atenção discutidos neste item, tendo como base da pirâmide a Atenção Básica, considerando que é a principal porta de entrada do cidadão ao serviço de saúde, responsável por orientar e manter o vínculo com este cidadão, dando continuidade à atenção, mesmo que esteja sendo cuidado por outro ponto de atenção da rede.

Na organização de serviços de forma piramidal há certa limitação entre os serviços de saúde, predominando o fluxo hierárquico, de um centro menor para seu superior. Como não há caminhos alternativos, podem ocorrer pontos de aperto, impedindo o acesso da população aos níveis superiores da hierarquia. (MENDES, 2011).

Ao lado da pirâmide, alguns dos serviços disponibilizados nos diversos pontos de atenção à saúde e a organização dos serviços sob a forma de redes integradas, tendo a Atenção Básica como centro articulador dos serviços e garantidora de atenção integral, efetiva e eficaz às populações contempladas.

A organização dos serviços sob a forma de redes permite que a população percorra caminhos variados entre os nós da rede, considerando que estão todos interconectados. Respeitando-se as diferenças nas densidades tecnológicas, as relações verticalizadas são rompidas, se configurando em redes policêntricas horizontais. (MENDES, 2011).

Este contexto histórico de transição do modelo hierárquico de Atenção à Saúde para o modelo de RAS rompe com a visão de que o hospital é o serviço mais importante, responsável por fazer a regulação, para um modelo em que a Atenção Básica passa a ser a porta de entrada das RAS. Mesmo com essa mudança, muitas vezes o hospital acaba sendo o primeiro serviço buscado pelo cidadão, justamente pelo contexto que prevaleceu até o surgimento das RAS. (MENDES, 2011).

Considerando o que foi abordado até o momento, entende-se que a atual proposta para a organização dos serviços de saúde de forma integral são as RAS. Nas RAS não há hierarquia entre os serviços, ou seja, cada serviço tem o seu papel específico, não havendo gradação de importância entre eles, possibilitando assim a comunicação de forma horizontal e não autoritária. (TANAKA, 2011).

CAPÍTULO 2 – REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS): ESTRATÉGIA DE REESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) é a base do presente estudo. Tendo em vista o método adotado para a realização desta dissertação – materialismo histórico dialético – é necessário explorar o objeto através de sua reconstrução sob uma perspectiva crítica, aprofundando a análise de forma a revelar a essência da aparência e assim, sobretudo, tensionar as contradições para esclarecer os processos em curso no presente que apontam para o futuro.

Este capítulo trata das RAS em âmbito geral e se dispõe da seguinte forma: primeiramente é realizado um resgate histórico da RAS, para posteriormente trazer a sua definição, com base nas principais referências da área. Em seguida, discute-se acerca de seus fundamentos, elementos constitutivos e as redes temáticas existentes no Brasil, bem como se organiza uma Rede de Atenção à Saúde.

2.1 O QUE SÃO AS REDES?

Do latim *rete*, o termo *rede* é um conceito que vem sendo empregado com diferentes sentidos, utilizado em diferentes organizações. Surge associado a novos e antigos processos de organização social. Existem múltiplos tipos de rede: internet, informática, elétrica, social, dentre outras. Em relação à rede social, esta faz referência a uma estrutura em que os indivíduos interagem constantemente, construindo novas relações e produzindo novos conhecimentos. (BONFIM, 2019).

Moura (1998, p. 69) aponta alguns traços característicos sobre as redes:

A abordagem de redes, como expressão dos novos arranjos interorganizacionais que emergem na atualidade, indica o incremento dos processos de interdependência entre atores e organizações e, particularmente, entre agentes públicos e privados. Ao mesmo tempo, identifica-se nessa emergência certo esgotamento da capacidade de integração e de coesão social das instituições representativas tradicionais e da eficácia das organizações burocráticas e do modelo de planejamento global e centralizado.

Rede não é a simples junção de serviços ou organizações. É preciso que sejam adotados elementos que deem sentido a esse entrelaçamento de ações, organizando a rede com o objetivo de potencializar seus recursos e meios. Todos os

integrantes da rede devem conhecer suas dependências e interdependências, inexistindo poderes centralizados e imposições. Todos devem, juntos, construir condições para operar serviços, sistemas e organizações. (SANTOS; ANDRADE, 2011).

Em relação à rede de serviços de saúde, pode-se dizer que é a forma de organização das ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, nos três níveis de complexidade: Atenção Básica, Média e Alta Complexidade, de um determinado território, para que o cidadão possa acessá-los, de acordo com a sua necessidade, de forma integral. (SANTOS; ANDRADE, 2011).

As RAS tiveram origem na década de 1920, no Reino Unido, a partir de um debate sobre mudanças no sistema de proteção daquele país, proposta no relatório Dawson, após a 1ª Guerra Mundial. Neste documento é discutido pela primeira vez à respeito de uma proposta de organização do sistema regionalizado de saúde, em que os serviços devem ser acessíveis a toda a população, oferecendo cuidados preventivos e curativos. (BRASIL, 2012).

A missão desse relatório era a busca por formas de organizar os serviços de saúde, para que assim fossem providenciados para toda a população de uma dada região. Caracteriza-se por ser um relatório marcado pela abrangência e profundidade, propondo a organização de serviços de forma integral à população, com a base em serviços “domiciliares”, apoiados por serviços como centros de saúde, laboratórios, internamentos, dentre outros. Esta atenção domiciliar seria a “porta de entrada” do cidadão ao serviço de saúde. (KUSCHINIR; CHORNY, 2010).

Os centros primários, localizados em vilas, estariam ligados a centros de saúde secundários, localizados nas cidades maiores, com oferta de serviços especializados, cuja localização deveria se dar de acordo com a distribuição da população, os meios de transporte e os fluxos estabelecidos, variando "em tamanho e complexidade, segundo as circunstâncias". (KUSCHINIR; CHORNY, 2010, p. 2308, 2309).

Coube então ao Relatório Dawson introduzir a territorialização no sistema de saúde, formular os conceitos de níveis de atenção e os mecanismos de integração, como os sistemas de informação e os transportes. (KUSCHINIR; CHORNY, 2010).

Em setembro de 1978, novamente é discutido acerca da reestruturação dos serviços de saúde, desta vez em uma Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em

Alma-Ata.¹⁵ Nos Estados Unidos, a discussão data-se da década de 1990 e no Canadá também foram registradas experiências semelhantes à respeito das RAS. (MENDES, 2004).

No Brasil, a implementação das RAS é recente, porém o seu conceito já vem sendo discutido desde a reforma sanitária e a institucionalização do SUS, tendo em vista que a proposta das RAS é coordenar os pontos de atenção à saúde para que assim seja prestada uma assistência contínua e integral ao cidadão, garantindo a integralidade, universalidade e equidade da atenção à saúde. A Constituição Federal de 1988, em seu Art. nº 198, propõe ações integradas em saúde ao estabelecer que:

As ações e serviços públicos de saúde 'integram' uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, pautado nas diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. Na lei orgânica nº 8080, promulgada em 1990 e que estabelece o SUS, a integralidade da assistência é entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços. (ARRUDA *et al.*, 2015, p. 170).

Mesmo com esta configuração do sistema de saúde, proposto em 1988, tão somente em 2010 estabelecem-se diretrizes para a organização das RAS no âmbito do SUS, culminando com a publicação da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que foi revogada pela Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Neste documento, as RAS são classificadas como:

Arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que são integradas por meio de sistemas de apoio técnico logístico e de gestão e buscam garantir a integralidade do cuidado, parecendo estar mais alinhada com a estrutura complexa que configura um sistema de saúde. (ARRUDA *et al.*, 2015, p. 170).

De acordo com Mendes (2011, p. 82) as RAS são:

Organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a

¹⁵ “Em setembro de 1978 foi realizada a primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, organizada pela OMS e UNICEF em Alma-Ata, capital do Kazaquistão. A Conferência foi assistida por mais de 700 participantes e resultou na adoção de uma Declaração que reafirmou o significado da saúde como um direito humano fundamental e uma das mais importantes metas sociais mundiais.” (MENDES, 2004, p. 447).

qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – e com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população.

Dessa definição surgem os conteúdos básicos das RAS: objetivos e missão comum, operam de forma cooperativa e independente, não há hierarquia entre os pontos de atenção à saúde, continuidade da atenção nos níveis de atenção à saúde de forma integral, funcionando sobre a coordenação da Atenção Básica, focando no ciclo completo de atenção à saúde, com responsabilidades sanitárias e econômicas, gerando valor para a população. (MENDES, 2011).

Outra definição muito conhecida à respeito das redes é a de um grupo pioneiro de sistemas organizados de prestação de serviços de saúde nos Estados Unidos, que caracteriza a rede por alguns atributos:

Foco nas necessidades de saúde da população; coordenação e integração do cuidado através de um contínuo de atenção; sistemas de informação que ligam as pessoas usuárias, os prestadores de serviços e os gestores nesse contínuo de cuidados; informações sobre custos, qualidade e satisfação das pessoas usuárias; uso de incentivos financeiros e estruturas organizacionais para alinhar governança, gestores e profissionais de saúde em busca dos objetivos; e contínua melhoria dos serviços prestados. (SHORTELL, 1996 *apud* MENDES, 2011, p. 80).

Com base nesses elementos, Shortell (1996) afirma que os sistemas de saúde se constituem sob: “redes de organizações que prestam um contínuo de serviços a uma população definida e que se responsabilizam pelos resultados clínicos, financeiros e sanitários relativos a essa população”. A ênfase dada por este autor é numa população definida e na integração das funções de financiamento e provisão. (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

Compreende-se por Redes, no SUS, um sistema que integra e interconecta serviços de saúde, que são organizados de forma que contemplam todos os níveis de atenção à saúde e densidades tecnológicas, em um determinado território, tendo por objetivo atender integralmente toda a população. (SHIMIZU, 2013).

A OMS considera que as redes contêm seis modalidades de integração:

Um conjunto amplo de intervenções preventivas e curativas para uma população; os espaços de integração de vários serviços; a atenção à saúde contínua, ao longo do tempo; a integração vertical de diferentes níveis de atenção; a vinculação entre a formulação da política de saúde e a gestão; e o trabalho intersetorial. (BRASIL, 2019).

A partir disso a gestão e a oferta dos serviços de saúde funcionarão de forma que a população receba um contínuo de serviços preventivos e curativos, de acordo com as suas necessidades, durante o tempo que precisar e por meio dos diferentes níveis de atenção à saúde.

Um marco conceitual para a organização das redes, no caso brasileiro, foi a proposta da Organização Pan-Americana da Saúde (OPS), no documento “Redes integradas de Serviços de Saúde Baseadas na Atenção Primária”, que trouxe a seguinte versão de redes:

As Redes Integradas de Serviços de Saúde podem definir-se como uma rede de organizações que provê, ou faz arranjos para prover, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve. (OPS, 2009, p. 9).

Esta definição fundamenta as redes na Atenção Básica e introduz o conceito de serviços de saúde equitativos e integrais, alinhando-se no campo das redes regionalizadas dos sistemas públicos. Além disso, uma grande contribuição do documento é a separação entre os atributos de uma rede e os mecanismos e instrumentos de coordenação utilizados para a sua implementação. (OPS, 2009).

Ainda, traz que, por conta da grande diversidade de contextos, não é possível prescrever um modelo único de organização, sendo possível vários esquemas organizacionais e imprescindível a política pública propor um desenho que satisfaça as necessidades organizacionais de cada sistema. (OPS, 2009).

Mattos e Magalhães (2006) destacam três aspectos fundamentais para entender a importância das redes:

O primeiro é o da integralidade no seu sentido vertical, que pressupõe a busca das necessidades dos usuários a partir de um olhar integral, ampliado, procurando captar holisticamente o que pode beneficiar sua saúde nos seus contatos com os diferentes pontos do sistema. O segundo é o da integralidade horizontal, no qual se evidencia que as respostas às necessidades dos usuários geralmente não são obtidas a partir de um primeiro ou único contato com o sistema de saúde, havendo necessidade de contatos sequenciais, com diferentes serviços e unidades, e monitorização do trajeto de uns aos outros. O terceiro diz respeito à interação entre políticas públicas e, portanto, à intersectorialidade.

Desta forma, as redes não se restringem ao setor saúde, mas sim incluem políticas de outros setores, relacionadas ao processo saúde-doença. Os serviços

inseridos na rede precisam estabelecer vínculos mais estáveis e duradouros com os usuários, instituindo mecanismos de longitudinalidade, que promovam ações de promoção e proteção.

É neste contexto que destaca-se o trabalho intersetorial. Junqueira (1997) traz que a intersetorialidade é entendida como a articulação, tanto de saberes quanto de experiências, fundamentais para o planejamento, realização e avaliação de ações, tendo como objetivo comum alcançar resultados integrados em situações complexas, visando um efeito sinérgico no desenvolvimento social.

Para se trabalhar na perspectiva de redes é necessário a integração em programas intersetoriais de enfrentamento dos determinantes sociais da saúde e o estabelecimento de ações intersetoriais, para garantir a integralidade do cuidado. Logo, o compromisso da equipe de saúde, bem como da política de saúde, é a corresponsabilização pela atenção e cuidado de saúde.

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências não é intersetorial, pois sendo uma rede temática atende a diferentes condições, sejam elas: clínicas, cirúrgicas, traumatológicas, em saúde mental, dentre outras, as quais demandam um atendimento urgente e, por conta disso, na maioria das vezes o problema de saúde imediato é resolvido logo no primeiro atendimento e então não se entra em contato com os outros pontos de atenção à saúde da rede.

Por conta da especificidade e da característica desta rede, nem sempre é feita a articulação entre todos os pontos de atenção à saúde, sendo realizado um atendimento pontual e resolutivo sobre a necessidade do paciente no momento da intervenção. Porém, dependendo da condição de saúde do paciente e das possibilidades de continuidade de tratamento é realizado encaminhamento para os demais níveis de atenção à saúde e o atendimento vai ser realizado de forma intersetorial.

Mesmo com algumas distinções, percebe-se que as concepções apresentadas sobre redes possuem elementos em comum: relações estáveis, autonomia, inexistência de hierarquia, cooperação, compartilhamento de objetivos comuns, confiança e interdependência e tem por objetivos melhorar a qualidade da atenção; os resultados sanitários do sistema de atenção à saúde; eficiência em relação à utilização e aplicação dos recursos e equidade em saúde. (MENDES, 2011).

Nas RAS, a hierarquia é substituída pela poliarquia, ou seja, não há hierarquia entre os pontos de atenção à saúde e sim uma rede horizontal de tais pontos, de distintas densidades tecnológicas, sem sistemas de apoio e sem ordem e sem grau de importância entre eles. Todos os pontos de saúde são igualmente importantes para que os objetivos das RAS sejam cumpridos, se diferenciando apenas pelas densidades tecnológicas que os caracterizam.

As RAS organizam o Sistema de Atenção à Saúde de modo que permitam responder as demandas da população de forma efetiva, eficaz e com qualidade. De acordo com a Portaria nº 3, de 28 de setembro de 2017, é possível identificar seis características importantes e inerentes às RAS: Formar relações horizontais entre os diferentes pontos de atenção; Atenção Básica como centro de comunicação; Planejar e organizar as ações segundo as necessidades de saúde de uma população específica; Ofertar atenção contínua e integral; Cuidado multiprofissional e Compartilhar objetivos e compromissos com os resultados, em termos sanitários e econômicos. (BRASIL, 2010).

Todos os pontos de atenção à saúde, onde são ofertados os serviços de saúde, são igualmente importantes para cumprir os objetivos das RAS. As ações são ofertadas de forma contínua nos diferentes níveis de atenção à saúde. Ou seja, uma UBS e um hospital são igualmente importantes na garantia de atenção ao cidadão, pois cumprem papéis específicos para a melhora da condição de saúde daquele cidadão, diferenciando-se apenas no que se refere à densidade tecnológica.

É importante ressaltar, também, que a Atenção Básica é o centro de comunicação de todos os pontos de atenção à saúde. Significa que este nível de atenção tem a responsabilidade de ordenar os fluxos e contrafluxos da demanda entre os diferentes pontos de atenção da rede. Além disso, deve garantir a continuidade da atenção entre os pontos, mantendo o vínculo com a pessoa que foi atendida, potencializando a garantia da integralidade, continuidade e eficácia do sistema de saúde.

O país conta com diversos contextos regionais e as ações e serviços de saúde devem ter como base o diagnóstico da população adscrita à equipe de saúde, considerando todos os fatores e determinantes de saúde daquela população. A situação de saúde da população vem mudando e, atualmente, é expressa por uma situação de tripla carga de doenças, que se refere à:

Uma agenda não concluída de casos: infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva. O desafio das doenças crônicas e de seus fatores de risco (tabagismo, obesidade, estresse, alimentação inadequada). O forte crescimento da violência e das causas externas. (MENDES, 2011).

Isto é, a situação de saúde de tripla carga de doenças não pode ser atendida se o sistema de saúde for fragmentado, voltado para responder apenas as condições agudas e das agudizações das condições crônicas. Paralelamente à isto, a composição das equipes deve ser multiprofissional, visto que os problemas de saúde são, em sua maioria, multicausais e complexos e necessitam de diferentes olhares profissionais.

Este item teve como propósito apresentar o que é uma RAS e como estão organizadas no sistema de saúde. No próximo item são abordados os fundamentos, conceitos e elementos constitutivos para o bom funcionamento de uma RAS.

2.2 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: FUNDAMENTOS, CONCEITOS E ELEMENTOS CONSTITUTIVOS

As redes não são um objeto em si, mas sim um fato social, uma metodologia para a ação que permite manter, ampliar ou criar alternativas para os membros que fazem parte de determinada rede. É uma construção coletiva e se define na medida em que é realizada, expressas através de um conjunto de pessoas e organizações, as quais se relacionam para responder demandas e necessidades da população de maneira integrada, respeitando a autonomia de cada membro da rede. (JUNQUEIRA, 2000).

No que diz respeito às redes de saúde, as RAS e os serviços de saúde correspondentes a ela, estruturam-se a partir de pontos de atenção à saúde, compostos por equipamentos de diferentes densidades tecnológicas, que devem ser distribuídos conforme a necessidade. Os serviços de menor densidade, como por exemplo, os serviços da Atenção Básica, devem ser dispersos, ou seja, mais distribuídos, para que toda a população possa ter acesso, independente de sua localização. Os serviços de maior densidade tecnológica, como por exemplo, os hospitais, tendem a ser mais concentrados. (MENDES, 2011).

Os níveis de atenção à saúde são compreendidos como elementos indissociáveis da mesma rede, atendem aos mesmos usuários, de acordo com a necessidade, não havendo uma valoração maior ou menor entre os níveis, apenas diferenciação à respeito da complexidade referente à densidade tecnológica dos serviços. (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

A relação entre os níveis de atenção à saúde na rede assistencial é de extrema importância e a maneira de articulação entre os níveis não pode ser piramidal, ou seja, os serviços de saúde interagem entre si em diferentes fluxos, em uma relação horizontal, com interdependência entre os serviços. (SILVA, 2011).

As RAS são sustentadas teoricamente e estruturadas através de seus fundamentos: economia de escala; disponibilidade de recursos, qualidade e acesso; processos de substituição; integração horizontal e vertical; territórios sanitários e níveis de atenção. (MENDES, 2011).

Em relação à economia de escala, ocorre quando há a diminuição dos custos de médio e longo prazo, conforme aumentam os volumes das atividades e aos custos, que são redistribuídos por um maior número. As economias de escala acontecem quando os custos fixos são altos relativamente aos custos variáveis de produção, o que é comum nos serviços de saúde. (MENDES, 2011).

Quando o custo médio dos procedimentos diminui por conta do bom aproveitamento da capacidade instalada, pode-se dizer que a economia de escala foi atingida. Além disso, os custos fixos também deverão ser distribuídos para o maior número possível de procedimentos, eliminando qualquer tipo de ociosidade e/ou desperdícios. (SILVA, 2011).

A disponibilidade de recursos diz respeito aos recursos físicos, financeiros, humanos e tecnológicos, ou seja, quanto mais o recurso for escasso, mais concentrado deve ser e, quanto mais disponível, mais disperso deve ser na Rede de Atenção à Saúde. (MENDES, 2011).

Os recursos devem ser reagrupados continuamente entre os serviços de saúde, para que assim possam gerar melhores resultados, tanto sanitários, como por exemplo, o aumento do aleitamento materno na região adscrita, quanto econômicos, relacionado à melhor alocação de recursos humanos, tecnológicos e financeiros, fazendo referência aos processos de substituição. (MENDES, 2011).

Estes processos são importantes para que se possa atingir o objetivo das RAS, de prestar a atenção certa, no lugar certo, com o custo e tempo certo.

A substituição é definida como o reagrupamento contínuo de recursos entre e dentro dos serviços de saúde para explorar soluções melhores e de menores custos, em função das demandas e das necessidades da população e dos recursos disponíveis. Em outros termos, numa RAS, unidades de saúde, equipes e processos podem ser reorganizados para se produzirem melhores resultados sanitários e econômicos. (SALTMAN e FIGUERAS, 1997 *apud* MENDES, 2011, p. 77).

É preciso que o manejo das condições de saúde seja adequado e que os recursos estejam presentes em quantidade suficiente para atender a demanda e conseqüentemente a população, apresentando suficiência e qualidade nos serviços.

Além disso, é necessário que haja articulação e coordenação entre as organizações de saúde responsáveis pelos diferentes níveis de atenção, com o objetivo de agregar valor aos serviços, tornando-os integrado e integral, concretizando um dos objetivos do SUS. Ou seja, é a articulação dos serviços de diferentes níveis de atenção, incidindo na integração vertical. (MENDES, 2011).

A integralidade remete a integração de serviços através de sistemas, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações. É indispensável que seja desenvolvido mecanismos de cooperação e coordenação próprios de uma gestão eficiente e responsável, tendo em vista responder as necessidades de saúde individuais e coletivas, em âmbito local e regional. (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Quando se fala em integração vertical, esta acontece entre unidades produtivas diferentes com o objetivo de configurar uma cadeia produtiva com maior agregação de valor. A integração horizontal acontece entre unidades produtivas iguais, com o objetivo de impregnar a cadeia produtiva e obter ganhos de escala, aumentando a eficiência e a competitividade. No desenvolvimento das RAS, as duas integrações acontecem. (MENDES, 2011).

Um exemplo de integração horizontal é quando, por exemplo, dois hospitais se fundem em um só, aumentando a escala por conta da somatória dos leitos e diminuindo assim os custos, ao reduzir a um só hospital. Outro exemplo é quando se mantêm as duas unidades produtivas e os serviços são coordenados de modo que cada uma se especialize em determinados serviços, eliminando a

competição entre elas. É o caso de quando dois hospitais entram em um acordo de que seus serviços não sejam concorrentes, mas sim complementares. Desta forma, haverá, também, ganhos de escala e de produtividade. (MENDES, 2011).

A integração vertical se faz através de uma completa integração entre redes, por meio de uma gestão única e comunicação fluída entre as unidades que fazem parte da rede. Colocam-se sob a mesma gestão todos os pontos de atenção da rede, desde a Atenção Básica até os serviços de Média e Alta Complexidade, os quais devem se comunicar e buscar informações através de sistemas logísticos, que são os cartões de identificação de cada usuário do SUS e o prontuário eletrônico. (MENDES, 2011).

Os integrantes de um serviço, de uma determinada rede, se ligam horizontalmente a todos os demais serviços diretamente ou através dos que o cercam. Todos tem o mesmo poder de decisão, sem grau maior ou menor de importância, pois decidem sobre sua própria ação, são co-responsáveis, fazem com que o poder se desconcentre. (NEVES, 2009).

A RAS deve cobrir uma determinada área de abrangência, denominados geralmente de distritos, territórios ou regiões sanitárias. Para delimitar este território, leva-se em consideração exclusivamente o critério geográfico. As redes, ainda que se dirijam à uma população definida, prescindem de territórios sanitários. (MENDES, 2011).

Geralmente, cabe ao ente federativo de maior porte responder, na região, por serviços de maior complexidade, que poderão ser acessados por cidadãos de outros municípios. Ou seja, se um cidadão de um município pequeno precisar de um serviço de maior complexidade, recorrerá aos serviços de outro município, de maior porte, dentro da região de saúde. (SANTOS, 2017).

Essa forma de integração é regional, cabendo ao Estado, conforme disposto no Art. 25 da Constituição Federal de 1988, em acordo com os municípios, demarcá-las, sendo do Estado o que é regional, visando agregar municípios limítrofes para o desenvolvimento de atividades comuns. (SANTOS, 2017).

É preciso que o cidadão não encontre barreiras no momento em que chega ao sistema de saúde, bem como quando precisa da continuidade da atenção. As barreiras se referem à acessibilidade geográfica, disponibilidade de serviços, profissionais e grau de acolhimento. Desta forma, é preciso que os serviços de

saúde sejam de fácil acesso, de qualidade e de quantidade suficiente, que responda as necessidades de saúde da população. (MENDES, 2011).

Quando se fala em qualidade de vida é preciso que haja, por parte dos profissionais, uma visão integrada dos problemas que levaram aquele cidadão a buscar um serviço de saúde. A ação em rede surge como uma possibilidade para resolver os problemas que incidem sobre uma população em um determinado território, apontando, assim, para uma visão integrada dos problemas do cidadão e também para a sua solução. (JUNQUEIRA, 2000).

Além disso, deve haver uma junção entre as unidades e os serviços de saúde, uma integração horizontal, com o intuito de agregar serviços do início ao fim para obter ganhos. Por fim, os níveis de atenção estão relacionados com os arranjos produtivos segundo as densidades tecnológicas. São fundamentais no que se refere ao uso racional de recursos e economia de escala. (MENDES, 2011).

Os serviços ofertados de forma dispersa são aqueles que se beneficiam menos de economias de escala, em que há recursos suficientes e a distância é um fator fundamental para a acessibilidade. Os serviços concentrados são aqueles que se beneficiam das economias de escala, que os recursos são mais escassos e a distância tem menos impacto sobre o acesso. (MENDES, 2011).

Pode-se considerar que as RAS estão em perfeito funcionamento quando há a concomitância entre economias de escala e oferecimento dos serviços com qualidade, de forma acessível ao cidadão. Não há como prescrever um modelo de organização único para o funcionamento das redes, porém, alguns atributos são fundamentais para o seu funcionamento:

População e territórios definidos; Extensa gama de estabelecimentos de saúde prestando diferentes serviços; APS como primeiro nível de atenção; Serviços especializados; Mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e assistência integral fornecidos de forma continuada. Atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e nas comunidades, levando em consideração as particularidades de cada um; Integração entre os diferentes entes federativos a fim de atingir um propósito comum; Ampla participação social. Gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico; Recursos suficientes; Sistema de informação integrado; Ação intersetorial; Financiamento tripartite e; Gestão baseada em resultados. (MENDES, 2011).

Além dos atributos, a Rede de Atenção à Saúde possui três elementos fundamentais: população, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde. É

preciso ter o entendimento de que a população de responsabilidade da RAS vive em territórios sanitários diferentes, singulares e organiza-se em famílias. A população total deve ser conhecida pela RAS e registrada em sistemas de informações, devendo ser segmentada e subdividida em subpopulações por fatores de risco e sedimentada por riscos em relação às condições de saúde estabelecidas. (MENDES, 2011).

Tais elementos são definidos pelo Plano Diretor de Regionalização e Investimento. Para isso, é preciso que seja reconhecido o processo de territorialização e realizado o cadastramento das famílias e classificação destas por riscos socio sanitários. A partir disto, realizar a vinculação das famílias a UBS e, paralelamente a isto, a identificação das subpopulações com fatores de risco e condições de saúde estratificadas por risco ou com situações muito complexas. (MENDES, 2011).

O segundo elemento constitutivo das RAS é a sua estrutura operacional, que é formada pelos pontos de atenção das redes e as ligações que integram estes serviços, possuindo cinco componentes que fazem parte da estrutura operacional: a APS, como centro de comunicação; os pontos de atenção à saúde; os sistemas de apoio (diagnóstico e terapêutico, assistência farmacêutica e sistema de informação em saúde); os sistemas logísticos e os sistemas de governança. (MENDES, 2011).

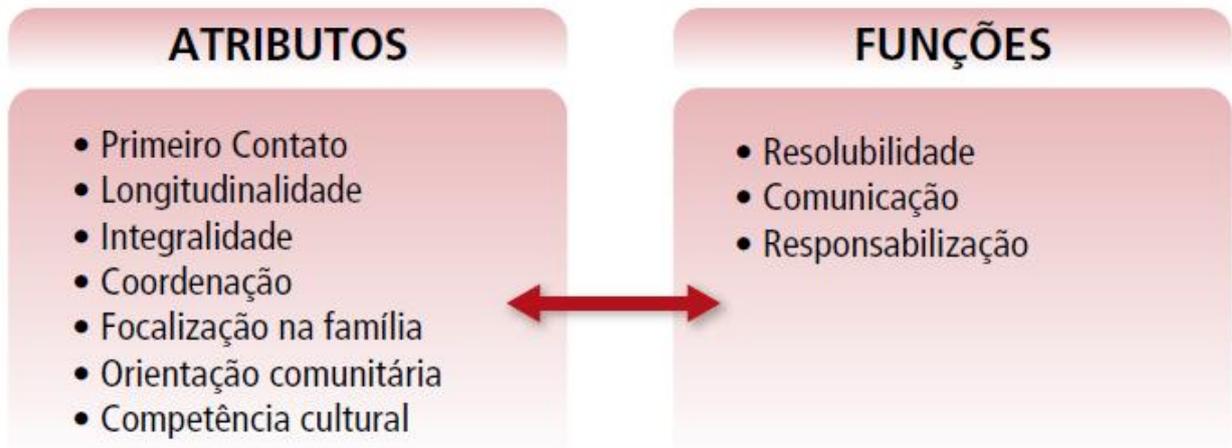
Os três primeiros elementos citados acima se referem aos “nós” da rede, e os dois últimos às ligações que comunicam os “nós”. O centro de comunicação da RAS é chamado de nó intercambiador, responsável por coordenar os fluxos e os contrafluxos do sistema de atenção à saúde, sendo constituído pela Atenção Básica, mais especificamente a UBS ou a equipe do Programa Saúde da Família. (MENDES, 2011). Os sistemas de atenção à saúde que tem a Atenção Básica como centro de comunicação são mais adequados porque:

Se organizam a partir das necessidades de saúde da população; mais efetivos porque são a única forma de enfrentar consequentemente a situação epidemiológica de hegemonia das condições crônicas e por impactar significativamente os níveis de saúde da população; mais eficientes porque apresentam menores custos e reduzem procedimentos mais caros; mais equitativos porque discriminam positivamente grupos e regiões mais pobres e diminuem o gasto do bolso das pessoas e famílias; e de maior qualidade porque colocam ênfase na promoção da saúde e na prevenção das doenças e porque ofertam tecnologias mais

seguras para as pessoas usuárias e para os profissionais de saúde. (MENDES, 2011, p. 94, 95).

A Atenção Básica, quando ofertada com qualidade, deverá se estruturar a partir de sete atributos e três funções.

FIGURA 2 - Os atributos e as funções da Atenção Básica nas RAS



Fonte: MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. 2011. Disponível em: <<http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/Redes-de-Atencaomendes2.pdf>>. Acesso em: 19 abr 2018.

De acordo com a figura acima, o primeiro contato que o cidadão terá com a Atenção Básica se refere à acessibilidade e o uso de serviços para resolver a sua situação-problema. A longitudinalidade requer a existência do aporte de cuidados pela equipe de saúde. A integralidade diz respeito à prestação de serviços que atendam a população adscrita em relação à promoção, prevenção, cura e reabilitação, bem como à responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento dos problemas biológicos, psicológicos e sociais, que causaram as doenças. (MENDES, 2011).

A coordenação é a capacidade de garantir a continuidade da atenção, através da equipe de saúde. A focalização na família significa considerar a família como foco de intervenção, o que exige uma interação entre a equipe de saúde com essa unidade social e o conhecimento integral de seus problemas de saúde. A orientação comunitária diz respeito ao reconhecimento das necessidades da família de acordo com o contexto em que está inserida; a competência cultural exige uma relação horizontal entre a equipe de saúde e a população, respeitando

as singularidades culturais e as preferências do cidadão e da família. (MENDES, 2011).

Juntamente à estes atributos, a Atenção Básica deverá cumprir com três funções essenciais: a resolubilidade, a comunicação e a responsabilização. A resolubilidade significa que a Atenção Básica deve ser resolutiva e capacitada, ou seja, cognitiva e tecnologicamente pronta à atender pelo menos 1/3 dos problemas que chegam até ela. A comunicação é o exercício de ser o centro de comunicação das RAS bem como estar capacitada para ordenar os fluxos e contrafluxos do sistema. A responsabilização implica o conhecimento e o relacionamento com os territórios sanitários em que a população está inserida e o exercício de responsabilização econômica e sanitária em relação à população. (MENDES, 2011).

Os pontos de atenção à saúde têm sua estrutura determinada pelas RAS, sendo secundários e terciários. Distribuem-se de acordo com o processo de territorialização: os pontos de atenção secundários nas microrregiões sanitárias e os pontos de atenção terciários, nas macrorregiões sanitárias. Se articulam com os níveis de atenção à saúde, ou seja, os pontos de atenção secundária compõem o nível de média complexidade e os pontos de atenção de alta complexidade o nível de alta complexidade. (MENDES, 2001).

Nestes pontos de atenção, são ofertados serviços especializados, que se diferenciam pelas densidades tecnológicas, sendo os serviços de alta complexidade mais densos tecnologicamente e por este motivo são mais concentrados, porém não há relação de subordinação. Em geral, os pontos de atenção de média e alta complexidade são constituídos por unidades hospitalares e unidades ambulatoriais. (MENDES, 2011).

É importante salientar que os pontos de atenção à saúde não têm a mesma função e atribuição que os estabelecimentos de saúde. Isso significa que, por exemplo, um hospital pode conter vários pontos de atenção à saúde dentro dele, cada um correspondente a uma rede temática específica. Por exemplo: a unidade de terapia intensiva de adultos é um ponto de atenção da rede de urgências e emergências e a unidade de terapia intensiva de neonatologia e a maternidade são pontos de atenção à saúde da rede de atenção à mulher e a criança. (MENDES, 2011).

As tecnologias de informação e comunicação constituem-se como elementos importantes na interatividade entre os pontos de atenção à saúde. Complementam as relações face a face com os sujeitos e as instituições que integram as redes. As tecnologias antecedem, sucedem e mantêm as relações, ampliando as redes. (GUARÁ, 2010).

Os sistemas logísticos se referem a soluções tecnológicas que garantem uma organização racional dos fluxos e contrafluxos de informações, produtos e pessoas nas RAS, permitindo um sistema eficaz de referência e contrarreferência através de sistemas logísticos potentes. Estes sistemas logísticos estão ligados ao conceito de integração horizontal entre os pontos de atenção à saúde. (BRASIL, 2015).

A tecnologia da informação inovou os modelos organizacionais vigentes, estabelecendo soluções inovadoras no que se refere ao processo de planejamento, coordenação e controle das atividades, oportunizando uma articulação virtual, em tempo real, entre os serviços dos pontos de atenção à saúde. (TEIXEIRA, 2002).

A integração dos pontos de atenção à saúde se faz através de sistemas logísticos potentes, que são os cartões de identificação das pessoas usuárias, prontuário clínico eletrônico, sistema de acesso regulado à atenção e sistema de transporte em saúde. São sistemas fechados, sem possibilidade de acesso direto pela pessoa se não foi referido pela Atenção Básica, a não ser que sejam casos de urgência ou emergência. (BRASIL, 2015).

O cartão de identificação proporciona um número único a cada usuário do SUS e armazena informações importantes à respeito da sua saúde. O prontuário clínico é um instrumento de comunicação entre os profissionais de saúde, alimenta os sistemas de informação em saúde, podendo se apresentar em versão de papel ou eletrônica. (MENDES, 2011).

No que se refere aos sistemas de apoio, estes são os lugares que se realizam os serviços comuns a todos os pontos de atenção, nos campos de apoio diagnóstico e terapêutico, assistência farmacêutica e informação em saúde. O diagnóstico é relacionado, por exemplo, ao diagnóstico por imagem, endoscopias e patologia clínica. O sistema de assistência farmacêutica é voltado à entrega de medicação, ações assistenciais e farmácia clínica; e os sistemas de informação à

saúde sobre informações de mortalidade, nascidos vivos e informações do SUS. (MENDES, 2011).

O acesso regulado à atenção à saúde é relacionado às estruturas operacionais que racionalizam o acesso de acordo com graus de riscos e normas definidas em protocolos de atenção e fluxos assistenciais. Por fim, o sistema de transporte em saúde tem por objetivo estruturar os fluxos e contrafluxos das RAS. Devem transportar as pessoas e também o material biológico, resíduos dos serviços de saúde e das equipes de saúde. É importante ressaltar que, o transporte de pessoas que estão em situação de urgência ou emergência é parte do Serviço Móvel de Urgência (SAMU). (MENDES, 2011).

O sistema de governança é voltado a um arranjo organizativo que permite a gestão de todos os componentes da rede, com o objetivo de gerar a cooperação entre os atores da rede, aumentar a interdependência entre eles e obter bons resultados, tanto econômicos como sanitários para a população adscrita. Sobre isto, tem-se que:

Os sistemas de governança envolvem diferentes atores, estratégias e procedimentos nos âmbitos local, regional, estadual e federal, buscando gerir, de forma compartilhada e interfederativa, as relações entre as outras quatro estruturas operacionais citadas anteriormente. Essa estratégia tem em vista a obtenção de uma maior interdependência e melhores resultados sanitários e econômicos. (MENDES, 2011).

A governança regional abrange as atividades de coordenação, gerenciamento e financiamento da saúde na região de abrangência, visando construir propostas que motivem os participantes para integração e transparência na gestão e na execução das ações de saúde. Além do financiamento em volume mínimo suficiente, é necessária, também, uma adequação do sistema de incentivos, para que assim os prestadores de serviços da rede se motivem a aderir aos objetivos estabelecidos para o trabalho em rede. (SILVA, 2011).

Por meio destes sistemas, se articulam os elementos das RAS e governam as relações entre os pontos de atenção, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos. É um sistema transversal à todas as redes temáticas. A governança das redes no SUS é feita pelas Comissões Intergestoras Tripartite (CIT), no âmbito federal, as Comissões Intergestoras Bipartites (CIB), no âmbito estadual e as Comissões Intergestoras Regionais (CIR), nas regiões de saúde e

tem três dimensões fundamentais: o desenho institucional, o sistema gerencial e o sistema de financiamento. (MENDES, 2011).

Por fim, o modelo de atenção à saúde se refere a um sistema logístico que organiza o funcionamento da RAS e as relações entre a população e as suas subpopulações, os focos das intervenções do sistema e os diferentes tipos de intervenções sanitárias. O ideal é que o modelo de atenção à saúde seja proposto para condições agudas e crônicas. Sobre as condições agudas e crônicas, tem-se que:

A necessidade de se mudarem os sistemas de atenção à saúde, para que possam responder com efetividade, eficiência e segurança a situações de saúde dominadas pelas condições crônicas, levou ao desenvolvimento dos modelos de atenção à saúde as condições agudas e crônicas, ainda que convocando modelos distintos de atenção à saúde, são como faces de uma mesma moeda. Para melhorar a atenção às condições agudas e aos eventos decorrentes das agudizações das condições crônicas, é necessário implantar as redes de atenção às urgências e às emergências. Contudo, para que essa rede funcione de forma efetiva, eficiente e humanizada, há que se distribuir, equilibradamente, por todos os seus pontos de atenção à saúde, os usuários, segundo seus riscos. (MENDES, 2011).

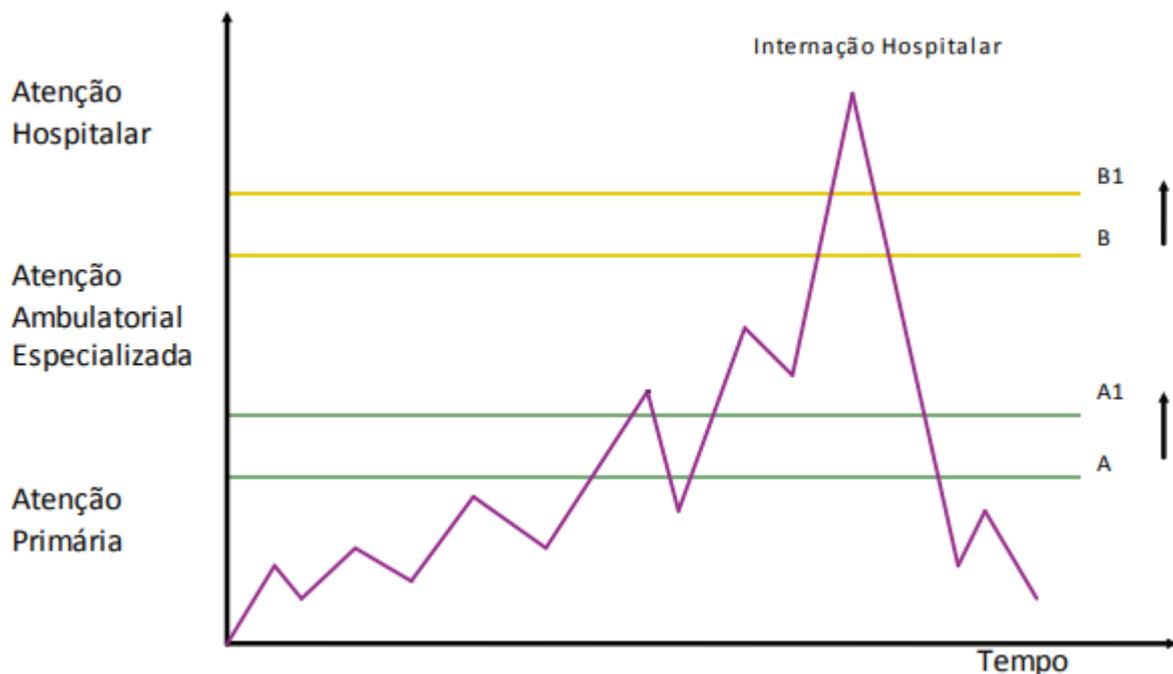
As condições agudas apresentam um curso curto, de aproximadamente 03 meses e tendem a se autolimitar, são doenças na maioria das vezes transmissíveis, como por exemplo, a dengue, gripe e doenças infecciosas. Iniciam-se rapidamente, são de curta duração e respondem bem aos tratamentos. O modelo de atenção às condições agudas tem como objetivo identificar a gravidade de um paciente e, assim, classificá-lo como uma situação de urgência ou emergência e definir o ponto de atenção adequado a ser atendido. (MENDES, 2011).

As condições crônicas têm características diferentes das condições agudas, pois tem um período de duração longo, e, no caso de algumas doenças, podem se tornar definitivas. Um exemplo disso são as doenças infecciosas de longo prazo. Diferentemente das condições agudas, as doenças crônicas se iniciam e evoluem lentamente. Ressalta-se que muitas condições agudas podem se transformar em condições crônicas, como por exemplo, um trauma que deixa sequelas de longa duração. Por outro lado, as condições crônicas também podem apresentar períodos de agudização. (MENDES, 2011).

O modelo de atenção voltado para as condições crônicas é construído a partir de um modelo seminal, modelo de atenção crônica. Deste modelo derivam várias adaptações, porém para todos se aplica a mesma estrutura operacional de uma RAS, ou seja, a Atenção Básica, os pontos de atenção, os sistemas de apoio, sistemas logísticos e o sistema de governança. (MENDES, 2011).

Na figura abaixo, pode-se observar a lógica de atenção às condições agudas e as condições crônicas.

Figura 3: As lógicas de atenção às condições agudas e crônicas



Fonte: MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Oficinas de qualificação da atenção primária à saúde em Belo Horizonte: Oficina 2 – Redes de Atenção à Saúde e Regulação Assistencial. Guia do Participante. Belo Horizonte: ESPMG, 2011.

A figura acima demonstra a severidade de uma doença crônica. A região inferior (base do gráfico até a linha A) representa o grau de severidade da doença que pode ser administrado pela atenção primária. O espaço entre a linha A e B representa o grau de severidade da doença que pode ser enfrentado pela atenção ambulatorial e o espaço superior a linha B demonstra o grau de severidade da doença que necessita de internação hospitalar.

Por isso é de extrema importância que o modelo de atenção à saúde seja baseado nas RAS, que responda aos momentos de agudização das condições crônicas nas unidades de pronto atendimento ambulatorial e hospitalar. Faça um seguimento contínuo e proativo dos portadores de doenças crônicas, sob a coordenação da equipe de Atenção Básica, com o apoio dos serviços da média e alta complexidade, atuando equilibradamente sobre os determinantes, os riscos, os danos e as doenças.

Desta forma, foram criadas grandes redes temáticas de cuidado, coordenadas pela Atenção Básica, que funciona como centro de comunicação no interior das redes. No próximo item apresentam-se as principais redes temáticas que estão em funcionamento no Brasil.

2.2.1 Redes de Atenção à Saúde no Brasil

No Brasil, a partir da Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, algumas Redes Temáticas de Atenção à Saúde têm sido construídas, com as suas respectivas portarias: Rede Cegonha (RC) - Portaria nº 1459, de 24 de junho de 2011; Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) - Portaria nº 1600; Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) - Portaria nº 3088; Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência - Portaria nº 793 e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas - Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014. (MENDES, 2011).

A primeira rede temática pactuada foi a Rede Cegonha (RC). Esta rede visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto, ao puerpério e também à criança o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudável. Tem como objetivo fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança, além de reduzir a mortalidade materna e infantil, tendo como foco o componente neonatal. (BRASIL, 2015).

A Rede Cegonha parte do princípio de que as mortalidades materna e infantil permanecem elevadas, com intensa medicalização do nascimento e também uso de tecnologias sem evidências científicas. Isso demonstra a

necessidade de reorientação do modelo de saúde ao pré-natal, parto, nascimento e puerpério. (CAVALCANTI *et al.*, 2013).

A RC prevê ações para a melhoria do acesso e da qualidade da assistência à mulher e à criança, por meio da vinculação da gestante à unidade de referência para o parto e o transporte seguro e da implementação de boas práticas na atenção ao parto e nascimento, incluindo o direito a um acompanhante de livre escolha da mulher no momento parto. (CAVALCANTI *et al.*, 2013, p. 1301).

Estas ações se inserem em quatro componentes: Pré-Natal; Parto e Nascimento; Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e Sistema Logístico, Transporte Sanitário e Regulação. (CAVALCANTI *et al.*, 2013). Para o alcance dos objetivos, a Rede Cegonha leva em consideração a correta operacionalização dos seus Elementos Constitutivos: pontos de atenção à saúde e sistemas de apoio logístico, de apoio e de governança. (GARBUIO, 2017).

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) foi instituída em 2011, pelo Ministério da Saúde, como estratégia de consolidação do SUS no que se refere às ações e serviços de saúde no âmbito da atenção às situações de urgência e emergência. O enfrentamento de tais situações requer não apenas a assistência imediata, mas também ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, tratamento contínuo das doenças crônicas, reabilitação e cuidados paliativos. (SOARES *et al.*, 2015).

A RUE tem como prioridade as linhas de cuidados cardiovasculares, cerebrovasculares e traumatológicos. Nesta rede é realizado o acolhimento com classificação de risco, tendo como base a qualidade e a resolutividade da atenção. É também chamada de Rede Saúde Toda Hora, tem por objetivo ampliar o acesso e acolhimento aos casos agudos demandados pelos demais pontos de atenção. Os componentes da RUE são:

Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; • Atenção Primária à Saúde; • Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências e emergências; • Sala de Estabilização; • Força Nacional de Saúde do SUS; • Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; • Hospitalar; • Atenção Domiciliar. (BRASIL, 2015, p. 70).

Acerca dos estabelecimentos de saúde que fazem parte das redes temáticas, são apresentados dados referentes a Rede de Atenção às Urgências e Emergências, O Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

(DATASUS)¹⁶ disponibiliza várias informações à respeito. É apresentada, no quadro abaixo, a quantidade de serviços por tipo de estabelecimento segundo a região do Brasil referente ao mês de novembro do ano de 2019.

QUADRO 2 - Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Estado do Paraná/PR

TIPO DE ESTABELECIMENTO	QUANTIDADE
Unidades Básicas de Saúde	1.892
Hospitais Gerais	387
Unidades Móveis de Nível Pré-Hospitalar	270
Prontos Atendimentos	91
Hospitais Especializados	46
Hospitais Dia	45
Unidades Móveis Terrestre	34
Pronto-Socorro Geral	15
Centrais de Regulação Médica das Urgências	13
Pronto-Socorro Especializado	2

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS**. Informações de saúde. 2019. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204&id=6906&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?cnes/cnv/estab>. Acesso em: 22 nov 2019.

Conforme as informações do quadro acima, percebe-se que o serviço mais encontrado nas Redes de Atenção às Urgências e Emergências do Paraná é as UBS, seguidas dos Hospitais Gerais e as Unidades Móveis de Nível Pré-Hospitalar. Mesmo a UBS não se caracterizando como um serviço de urgência e emergência faz parte da rede como primeiro atendimento e centro articulador dos serviços. Os hospitais são serviços de alta complexidade e responsáveis por atender situações de urgência e emergência.

Sendo esta rede o foco de estudo e discussão desta dissertação, posteriormente, no capítulo 3, é abordado cada um dos pontos de atenção à saúde acima citados e como estão constituídos no município de Ponta Grossa/PR.

¹⁶ O DATASUS surgiu em 1991 com a criação da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), pelo Decreto 100 de 16.04.1991, publicado no D.O.U. de 17.04.1991 e retificado conforme publicado no D.O.U. de 19.04.1991. Na época, a Fundação passou a exercer a função de controle e processamento das contas referentes à saúde que antes era da Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social (DATAPREV). Foi então formalizada a criação e as competências do DATASUS, que tem como responsabilidade prover os órgãos do SUS de sistemas de informação e suporte de informática, necessários ao processo de planejamento, operação e controle. (BRASIL, 2019).

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) tem a responsabilidade de criar, ampliar e articular os pontos de atenção à saúde destinados à pessoas que estejam passando por sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Os pontos de atenção desta rede são as UBS, equipes de Atenção Básica formadas pelas Equipes de Consultório na Rua, Equipes de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório e os Centros de Convivência (CECOS). (BRASIL, 2015).

Além disso, a RAPS conta com Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), enfermarias de saúde mental em hospitais, oficinas de geração de renda, unidades de acolhimento e o Programa de Volta para Casa. É importante ressaltar que a Atenção Básica, como integrante desta rede, tem a função de articular os demais serviços da rede. Também, a RAPS foi implantada para que assim o modelo hospitalocêntrico fosse extinto e implantada uma rede integral de atenção em saúde mental, superando o modelo de práticas asilares. A rede é aberta e centrada na comunidade, a qual potencializa o exercício da cidadania e inclusão social das pessoas em sofrimento mental. (LEITE; BARROS, 2018).

A Atenção Psicossocial Especializada é realizada nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas diferentes modalidades. É constituído por uma equipe multiprofissional e realiza atendimentos às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, bem como as pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo. (BRASIL, 2015).

As atividades desenvolvidas nos CAPS são realizadas, majoritariamente, em espaços coletivos e em articulação com os pontos de atenção à saúde das redes e o cuidado oferecido é através do Projeto Terapêutico. Os CAPS estão organizados em modalidades: CAPS 1, CAPS 2, CAPS 3 e CAPS AD, cada um com as suas especificidades. (BRASIL, 2015).

Os CAPS são serviços que articulam as ações de saúde mental junto à atenção básica, ambulatorios, leitos de internação e hospitais e também reabilitação psicossocial. Assim, subvertem a lógica da hierarquização, se organizando e agregando os diferentes níveis de atenção à saúde em uma só unidade. Prestam atendimento especializado nos casos de transtornos mentais e

se responsabilizam pelo acompanhamento dos pacientes internados em hospitais. (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006).

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD) tem como objetivo ampliar o acesso, qualificar o atendimento em saúde e vincular as pessoas com deficiência bem como suas famílias aos pontos de atenção à saúde, garantindo a articulação e a integração destes pontos nos territórios. (BRASIL, 2015).

Para que a atenção à saúde seja qualificada é de fundamental importância conhecer a realidade da pessoa e da família que será atendida, com o objetivo de fornecer elementos para o planejamento da ação a ser desenvolvida e definição de prioridades pelo sistema de saúde, para o enfrentamento qualificado das deficiências, contribuindo para a valorização da coordenação e continuidade do cuidado. (DUBOW *et al.*, 2018).

Por fim, a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas tem por objetivo realizar a atenção integral à saúde das pessoas com condições crônicas, através de ações e serviços voltados para essa categoria. Esta rede é responsável por elaborar e desenvolver estratégias de comunicação, materiais informativos à população e aos profissionais relacionados à doenças crônicas e seus fatores de risco, bem como a estimular à população à participação e ao controle social. (BRASIL, 2014).

Entendem-se como doenças crônicas aquelas que apresentam início gradual, com duração longa ou incerta. Em geral, essas doenças apresentam múltiplas causas e o tratamento envolve mudanças no estilo de vida. Desta forma, esta rede fomenta a mudança do modelo de atenção à saúde, qualificando a atenção integral às pessoas com doenças crônicas, ampliando as estratégias para a promoção da saúde e prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações. (CONASS, 2012).

Em relação aos serviços que fazem parte desta rede, os quais perpassam todos os níveis de atenção à saúde, tem-se a Atenção Básica, representada pelas Unidades Básicas de Saúde e a Estratégia Saúde da Família e a atenção de média e alta complexidade representada pela atenção ambulatorial especializado, atenção hospitalar e atenção de urgência e emergência. (BRASIL, 2014).

Sintetizando, é importante pensar que a coordenação de todas as redes temáticas abordadas assumirá diferentes configurações, pois irão depender dos diferentes contextos locorregionais do SUS em que estiverem inseridas. A forma de organização das RAS, de modo geral, é de característica poliárquica, tendo como coordenadora da atenção a Atenção Básica e a comunicação entre os componentes são realizadas por sistemas logísticos eficazes. (BRASIL, 2011).

Os sistemas logísticos são integrados a partir de cartões de identidades das pessoas usuárias e de prontuários eletrônicos, os quais devem ser articulados em todos os pontos de atenção da rede. A organização territorial se dá a partir de territórios sanitários definidos pelos fluxos sanitários da população que busca a atenção. O financiamento acontece por valor global ou por capitação de toda a rede e a participação social é ativa, acontece por meio de conselhos de saúde com presença da governança da rede. (MENDES, 2011).

As intervenções se caracterizam por ser promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas, atuando sobre determinantes sociais da saúde e a ação a ser desenvolvida com o cidadão é de característica proativa e contínua, baseada em plano de cuidados de cada cidadão, que é realizado em conjunto por todos os profissionais e pela pessoa usuária com a busca ativa. Volta-se para uma população adscrita estratificada por subpopulações de risco e sob responsabilidades das RAS e o cidadão é corresponsável pela própria saúde. (MENDES, 2011).

Nas RAS, em geral, o modelo de atenção à saúde é integrado, ou seja, com estratificação dos riscos e voltados para os determinantes sociais e o planejamento das necessidades é definido pela situação das condições de saúde da população adscrita, seus valores e preferências. O cuidado é realizado por uma equipe multiprofissional, pessoas usuárias e suas famílias, com ênfase no autocuidado apoiado, sendo que o conhecimento e ação clínica são partilhadas pela equipe e pelas pessoas usuárias. (MENDES, 2011).

CAPÍTULO 3 - A REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA/PR

Neste último capítulo, tendo em vista as questões de pesquisa e os objetivos propostos nesta dissertação, se analisa a configuração da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no município de Ponta Grossa/PR. Para isto, primeiramente descreve-se a política de saúde do município, com base no Plano Municipal de Saúde e, em seguida, a configuração das RAS em Ponta Grossa/PR.

Na sequência, caracteriza-se a Rede de Atenção às Urgências e Emergências com base na Política Nacional de Atenção às Urgências e a Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003, que instituiu a Política Nacional de Atenção às Urgências, para então apresentar de que forma esta rede está estruturada no município.

Por fim foram analisadas as entrevistas realizadas nos pontos de atenção à saúde da Rede de Atenção às Urgências e Emergências na pesquisa de campo. A partir da análise de tais entrevistas, foram elencadas três categorias de análise, que são: A compreensão sobre Rede de Atenção à Saúde e Rede de Atenção às Urgências e Emergências; Atributos de uma Rede de Atenção à Saúde: Atenção Básica como centro de comunicação e formação de relações horizontais entre os diferentes pontos de atenção; As dificuldades no processo de consolidação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências em Ponta Grossa, as quais possibilitaram responder as questões de pesquisa, o objetivo geral e os objetivos específicos desta dissertação.

3.1 A POLÍTICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA/PR

Este item tem por finalidade descrever a política de saúde em Ponta Grossa. Para isto, é utilizado como base o Plano Municipal de Saúde 2018/2021¹⁷ do município. O município de Ponta Grossa sedia a 3ª Regional de Saúde do Estado do Paraná e abrange onze municípios: Arapoti, Carambeí, Castro, Ipiranga, Ivaí,

¹⁷ Por conta disso, entrou-se em contato com a Secretaria de Saúde do Município a fim de obter informações sobre os demais materiais oficiais voltados à temática (online e/ou físico), porém a resposta obtida foi de que o Plano Municipal de Saúde é, no momento, o único documento disponível.

Jaguariaíva, Palmeira, Piraí do Sul, Porto Amazonas, São João do Triunfo e Sengés. (PONTA GROSSA, 2019).

O Plano Municipal de Saúde 2018-2021 assume o compromisso de fortalecimento da Atenção Básica no município, considerando que é a porta de entrada do SUS e organizadora dos demais níveis de atenção em saúde. Para isso, as RAS possuem extrema importância, bem como a Estratégia Saúde da Família neste processo. (PONTA GROSSA, 2017).

O documento enfatiza a continuidade e o aperfeiçoamento do SUS no município através das RAS. O plano tem como objetivo: “[...] aperfeiçoar a gestão do SUS no município, de forma a garantir, por meio das RAS, o acesso integral da população a ações e serviços resolutivos de promoção, prevenção e reabilitação à saúde”. (PONTA GROSSA, 2017, p. 13).

A partir da identificação dos principais problemas de saúde da população do município, a atual gestão¹⁸ estabeleceu quatro marcos a serem realizados e esperados pela população: reduzir a Mortalidade Materno-Infantil por causas evitáveis; reduzir a Mortalidade por Causas Externas; reduzir a morbimortalidade por doenças crônicas degenerativas e reduzir o impacto decorrente dos transtornos mentais e do uso abusivo de álcool e outras drogas. (PONTA GROSSA, 2017).

Estes marcos foram estabelecidos por conta do alto índice de mortalidade do município. Conforme dados disponibilizados pela Secretaria de Saúde do município, no ano de 2018 o maior índice de mortalidade esteve relacionado à doenças crônicas degenerativas, seguidas por causas externas de morbidade e mortalidade. O gráfico abaixo demonstra as principais causas de mortalidade:

¹⁸ A atual gestão da Fundação Municipal de Saúde é composta por uma Secretária Municipal; um Secretário Adjunto de Gestão Administrativa; um Diretor Inf. do Hospital Dr. Amadeu Puppi; um Diretor Técnico HM Dap; uma Coordenadora de Farmácia; um Supervisor de Gestão; uma Coordenadora Hospitalar e onze Assessores de Gabinete; (PONTA GROSSA, 2019).

GRÁFICO 1– Principais causas de mortalidade no município de Ponta Grossa referente ao ano de 2018



Fonte: A Autora, 2019

Percebe-se que todas as doenças acima elencadas são doenças crônicas, exceto “causas externas de morbidade e mortalidade”, que se refere à acidentes por diversas causas, lesões e agressões, todas de caráter emergencial. A principal causa de morte foram as doenças do aparelho circulatório, seguida por neoplasias (tumores) e doenças do aparelho respiratório, todas classificadas como doenças crônicas.

Destaca-se aqui que tanto as doenças crônicas quanto as causas externas de morbidade e mortalidade são atendidas pela Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Com isso, fez-se necessário e fundamental, para uma adequada resposta às demandas de urgência e emergência, a implantação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Também, ressalta-se que a rede deve estar preparada para atender tanto doenças crônicas, quanto doenças agudas.

Com isso, foram definidas perspectivas estratégicas de intervenção, algumas delas são: Instituir a Política Municipal de Saúde e Instituir as RAS prioritárias (Saúde Mental, Saúde do Idoso, Urgência e Emergência, Doenças Crônico Degenerativas e Saúde da Mulher). Levando isto em consideração, atualmente o município conta com tais pontos de atenção à saúde, apresentados na figura abaixo:

Figura 4 – Pontos de Atenção à Saúde de Ponta Grossa/PR

QUADRO 30 - TIPOS DE ESTABELECIMENTOS	
TIPO DE ESTABELECIMENTO	PÚBLICO
Centro de Saúde/Unidade Básica	49
Posto de Saúde	13
Clinica Especializada/Centro de Especializado	07
Central de Gestão em Saúde	01
Rede Hospitalar	09
Pronto Atendimento - UPA	01
SIATE/SAMU	01
Total	81

Fonte: PONTA GROSSA, Prefeitura Municipal de. **Plano Municipal de Saúde**. Elaborado em 2017. Disponível em: <http://www.pontagrossa.pr.gov.br/files/sms/ps-2018-2021.pdf>. Acesso em: 20 abr 2018

Nesse sentido, percebe-se a grande quantidade de UBSs no município, que são organizadas por distrito, ou seja, cada região de Ponta Grossa conta com uma UBS, facilitando o acesso da população ao serviço. Porém, salienta-se que, para além de números, é importante que sejam feitas constantes capacitações nas Unidades, para que assim a Atenção Básica seja fortalecida cada vez mais no município, conforme o que preconiza o Plano.

Além disso, é importante que a Atenção Básica esteja preparada para atender condições agudas e condições crônicas de saúde, visto que, conforme mostra o gráfico 01, a maior causa de morte em Ponta Grossa, no ano de 2018, foi por doenças crônicas, as quais se classificam como urgentes. Se uma condição crônica de saúde for tratada devidamente na Atenção Básica, é muito provável que as chances de se tornar urgente diminuam.

Além destes serviços, o Caderno Estatístico do Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES), referente ao município de Ponta Grossa, traz outros serviços de saúde pertencentes ao município que não são descritos no Plano de Saúde, apresentados no quadro a seguir:

QUADRO 3 – Serviços de saúde

SERVIÇOS DE SAÚDE	QUANTIDADE
Consultórios	631
Clínicas Especializadas/Ambulatórios Especializados	97
Unidades de serviço de apoio de diagnose e terapia	20
Policlínicas	11
Unidade móvel de nível pré-hospitalar – urgência e emergência	7
Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)	4
Unidade de vigilância em saúde	1

IPARDES. **Caderno Estatístico Município de Ponta Grossa.** Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=84000&btOk=ok>. Acesso em: 26 nov. 2019.

Percebe-se que o município conta com vários pontos de todos os níveis de atenção à saúde necessários para o funcionamento da RAS. Consta no plano que a atual gestão está reestruturando a Atenção Ambulatorial Especializada, com o intuito de facilitar o acesso à população. (BRASIL, 2017).

No que se refere às RAS, no município de Ponta Grossa há cinco redes temáticas sendo desenvolvidas: Rede Cegonha; Rede de Atenção às Urgências e Emergências; Rede de Atenção Psicossocial; Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. É preconizado, no plano, o aprimoramento de todas as redes temáticas do município:

Com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção; o fortalecimento da Rede de Saúde Mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas; a garantia da assistência farmacêutica; a redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde; à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações de trabalho e relações do SUS, bem como, e, principalmente a implementação de um novo modelo de gestão, com centralidade na garantia do acesso, da gestão participativa, do controle social, e do financiamento estável. (PONTA GROSSA, 2017).

A rede abordada com maior ênfase no documento é a Rede de Atenção Psicossocial, a qual conta com os seguintes componentes para atendimento da

população: CAPS-AD, CAPS 2, CAPS i e Ambulatório de Saúde Mental, cada um com suas especificidades:

CAPS-AD: Destinado à atenção aos adultos que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Acesso ao serviço “portas abertas”. II) CAPS – II: Atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Acesso ao serviço “portas abertas”. III) CAPS i: Atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Acesso ao serviço “portas abertas”, não necessitando de encaminhamento. IV) Ambulatório de saúde mental: Consulta eletiva via guia de referência emitida pela UBS ou ESF. atendimentos psiquiátrico e psicológico de transtornos leves e moderados. (PONTA GROSSA, 2017).

Além de ser preconizado o aprimoramento das redes temáticas, o plano conta, ainda, com 12 diretrizes, as quais são descritas no abaixo:

QUADRO 4 – Diretrizes do Plano Municipal de Saúde de Ponta Grossa/PR

(continua)

DIRETRIZES DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE	DESCRIÇÃO
DIRETRIZ 1	Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar.
DIRETRIZ 2	Aprimorar e implantar as Redes de Atenção à Saúde, com ênfase na articulação da Rede de Urgência e Emergência, Rede de assistência ao pré-natal, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas e Rede de Atenção à Saúde Bucal.
DIRETRIZ 3	Promover o cuidado integral às pessoas nos ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adultos e idosos), considerando as questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia, situações de vulnerabilidade, as especificidades como as pessoas com deficiência – PCD, gênero e a diversidade sexual, religiosa e étnica (quilombolas e povo cigano) na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção à saúde.
DIRETRIZ 4	Qualificar o acesso da população a medicamentos, promover o uso racional e qualificar a assistência farmacêutica no âmbito do SUS.
DIRETRIZ 5	Aprimorar a relação interfederativa e a atuação da Secretaria Municipal de Saúde como gestora plena do sistema municipal de saúde.
DIRETRIZ 6	Melhorar o padrão de gasto, ampliar e garantir o financiamento da Atenção Primária, assumir a gestão dos recursos do Fundo Municipal de Saúde, na perspectiva do financiamento estável e sustentável do Sistema Municipal de Saúde.

QUADRO 4 – Diretrizes do Plano Municipal de Saúde de Ponta Grossa/PR

(conclusão)

DIRETRIZES DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE	DESCRIÇÃO
DIRETRIZ 7	Reduzir e prevenir riscos e agravos à saúde da população, considerando os determinantes sociais, por meio das ações de vigilância, promoção e proteção, com foco na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, no controle das doenças transmissíveis e na promoção do envelhecimento saudável.
DIRETRIZ 8	Promover a produção, a disseminação de informações e análises de situação de saúde, em tempo oportuno, qualificando as estratégias de planejamento das ações locais.
DIRETRIZ 9	Promover, para as necessidades do SUS, a formação, a educação permanente, a qualificação, a valorização dos trabalhadores, a desprecarização e a democratização das relações de trabalho.
DIRETRIZ 10	Fortalecer as instâncias do controle social e os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã, tendo como meta realizar ouvidorias itinerantes nos serviços de saúde com maior número de queixas no ano e realizar capacitações sobre o papel estratégico da ouvidoria.
DIRETRIZ 11	Fortalecer as instâncias do controle social e os canais de interação com o usuário, com garantia de transparência e participação cidadã, tendo como meta implantar conselhos locais de saúde conforme área distrital. (Uvaranas, Oficinas, Nova Rússia, Santa Paula e Esplanada).
DIRETRIZ 12	Aprimorar o marco regulatório e as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, para assegurar a proteção à saúde e o desenvolvimento sustentável do setor.

Fonte: PONTA GROSSA, Prefeitura Municipal de. **Plano Municipal de Saúde**. Elaborado em 2017. Disponível em: <http://www.pontagrossa.pr.gov.br/files/sms/ps-2018-2021.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2018

Em suas diretrizes, é reiterado o comprometimento com a ampliação e a qualificação de acesso aos serviços de saúde, aprimorando a Atenção Básica, Especializada, Ambulatorial e Hospitalar, dando ênfase à garantia no atendimento qualificado da demanda de exames laboratoriais e de diagnósticos de acordo com as RAS. (PONTA GROSSA, 2017).

A Diretriz 2 contempla às RAS, visando: “Aprimorar e implantar as Redes de Atenção à Saúde, com ênfase na articulação da Rede de Urgência e Emergência, Rede de Assistência ao pré-natal, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas e Rede de Atenção à Saúde Bucal”. Além disso, é preconizado também à respeito da implementação de protocolos e fluxos de referência e contra referência nas RAS do município. (PONTA GROSSA, 2017).

Percebe-se que o Plano Municipal de Saúde do município de Ponta Grossa/PR, o qual encontra-se em vigência, tem como premissa, no que se refere à saúde, o fortalecimento das RAS. No item seguinte é apresentada a Rede de Atenção às Urgências e Emergências, com base em portarias e políticas relacionadas à ela e como esta está estruturada no município.

3.2 A REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS EM PONTA GROSSA/PR

Considerando a necessidade de estruturar uma rede de serviços, regionalizada e hierarquizada, de cuidados integrais às urgências, foi instituída através da Portaria nº 1863, de 29 de setembro de 2003, a Política Nacional de Atenção às Urgências. A Rede de Atenção às Urgências e Emergências tem por objetivo: “articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna.” (BRASIL, 2017).

Os componentes que fazem parte desta rede são:

Promocão, Prevenção e Vigilância à Saúde; Atenção Básica em Saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; Hospitalar e Atenção Domiciliar. (BRASIL, 2017).

Os serviços de Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde, Atenção Básica em Saúde e as Unidades de Pronto Atendimento fazem parte do componente Pré-Hospitalar Fixo; o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), os serviços associados de salvamento e resgate e suas Centrais de Regulação Médica fazem parte do componente Pré-Hospitalar Móvel; os serviços hospitalares são classificados como componente Hospitalar e a Atenção Domiciliar faz parte do componente Pós-Hospitalar. (BRASIL, 2017).

À respeito de cada componente, primeiramente sobre a Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde, este tem por objetivo incentivar o desenvolvimento de ações de saúde e educação permanente, relacionadas à vigilância e prevenção

de violências, acidentes, lesões, mortes no trânsito e doenças crônicas não transmissíveis. (BRASIL, 2017).

A Atenção Básica em Saúde tem por finalidade ampliar o acesso, fortalecer o vínculo e responsabilização e fornecer orientações à respeito do primeiro cuidado em uma situação de urgência e emergência até o momento de transferência a outros pontos de atenção, quando necessário, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades. (BRASIL, 2017).

À respeito do SAMU e de suas Centrais de Regulação Médica, estes tem como objetivo ir rapidamente até a vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde, seja de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátricas, dentre outras, as quais possam levar a vítima ao sofrimento, sequelas e até mesmo a morte, sendo necessário o atendimento e transporte adequado para outro ponto de atenção. (BRASIL, 2017).

Quando o pedido de socorro for feito por um cidadão, é classificado como atendimento primário e quando a solicitação é feita por um serviço de saúde onde o paciente já tenha recebido o primeiro atendimento, mas necessita ser conduzido a outro serviço de maior complexidade para a continuidade do tratamento, é classificado como atendimento secundário. (BRASIL, 2017).

As Centrais de Regulação Médica são constituídas por médicos, telefonistas, auxiliares de regulação médica e rádio-operadores, os quais fazem orientação e/ou atendimento de urgência através de uma classificação e priorização das necessidades de assistência em urgência. (BRASIL, 2017).

A sala de estabilização é onde o paciente crítico será estabilizado e assistido durante 24 horas, sala está vinculada a um equipamento de saúde, articulado a outros níveis de atenção, para encaminhar a outros serviços da rede através da central de regulação das urgências. O componente Força Nacional de Saúde do SUS objetiva garantir a integralidade na assistência em situações de risco ou emergenciais para a população com vulnerabilidade ou localizada em região de difícil acesso. (BRASIL, 2017).

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA) é o serviço de urgência 24 horas, estabelecimento de complexidade intermediária, entre as Unidades Básicas de Saúde e a Rede Hospitalar. O atendimento prestado por este serviço volta-se aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e o

primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, onde os pacientes serão estabilizados e realizado o diagnóstico inicial para definir a necessidade ou não de encaminhamento a serviços hospitalares. (BRASIL, 2017).

No que se refere ao Componente Hospitalar, este se constitui pelas Portas Hospitalares de Urgência, enfermarias de retaguarda, leitos de cuidados intensivos, serviços de diagnósticos por imagem e de laboratório e pelas linhas de cuidados prioritárias. Por fim, o componente de Atenção Domiciliar se refere às ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação que ocorrem no domicílio, sendo o cuidado na atenção primária, ambulatorial e hospitalar. (BRASIL, 2017).

É importante que a base do fluxo assistencial entre os componentes da rede seja constituída por acolhimento com classificação de risco, qualidade e resolutividade na atenção, devendo ser requisitos de todos os pontos de atenção acima citados. Ainda, a Rede de Atenção às Urgências e Emergências deverá priorizar as linhas de cuidado cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica. (BRASIL, 2017). A figura a seguir ilustra a Rede de Atenção às Urgências e Emergências do município de Ponta Grossa/PR.

interdisciplinar, a qual visita e presta o atendimento necessário a pacientes que estão com sua situação de saúde agravada e que, geralmente, recebem alta dos hospitais. A equipe é responsável por fazer o monitoramento necessário a fim de evitar o internamento. A periodicidade das visitas depende do quadro clínico do paciente.

Outro ponto de atenção à saúde de média complexidade é o Pronto Atendimento, este que se encontra em anexo ao Pronto Socorro Municipal. Porém, o Pronto Atendimento está encerrando suas atividades, considerando que no ano de 2020 se dará início a criação da segunda UPA no município. A nova unidade será construída no centro e vem com a proposta de “desafogar” o atendimento da UPA Santa Paula, facilitando o acesso dos moradores de bairros distantes da Santa Paula ¹⁹.

Em relação à Alta Complexidade, o município conta com 7 (sete) hospitais: apenas 1 (um) – Hospital da Unimed - não possui credenciamento com o SUS, sendo 100% particular; 2 (dois) - Pronto Socorro Municipal e Hospital da Criança - são hospitais públicos do município, 3 (três) – Santa Casa de Misericórdia, Centro de Saúde São Camilo e Hospital Bom Jesus são hospitais particulares, conveniados ao SUS; e 1 (um) – Hospital Universitário Regional – do Estado do Paraná.

Todos estes hospitais possuem a sua especialidade. O Hospital da Unimed, por ser um hospital 100% particular, não possui contato frequente com os pontos da rede, sendo que conta com todas as especialidades em seu próprio serviço. Todavia, se um paciente que não possui convênio chegar ao hospital, será atendido até sua situação de saúde ser estabilizada e então a equipe entra em contato com o SAMU, para que leve o paciente até um hospital público.

O Pronto Socorro Municipal fica localizado no centro da cidade, é um hospital de porta aberta, ou seja, recebe pacientes de toda a região de Ponta Grossa. Atende clínica geral, especialidade cirúrgica, ortopedia, neurologia e alguns casos de psiquiatria, não fazendo apenas cirurgia de alta complexidade, caso em que será encaminhado para o Hospital Regional.

¹⁹ Informações obtidas através de entrevista e observação participante que a autora realizou nos pontos de atenção à saúde da rede.

O Hospital da Criança está localizado no bairro Vila Estrela, atende crianças de 0 a 12 anos incompletos. É um hospital de pequeno porte, que realiza alguns procedimentos de alta complexidade e atende todos os casos clínicos.

Em relação aos hospitais particulares conveniados ao SUS, a Santa Casa e o Centro de Saúde São Camilo não aceitaram participar da pesquisa, por este motivo não foi realizada entrevista com os profissionais e observação participante nestes dois pontos de atenção, não sendo possível coletar informações sobre os serviços.

O Hospital Bom Jesus fica localizado no bairro Nova Rússia, é um hospital de alta complexidade, porém não é porta aberta, só será atendido se o paciente vier encaminhado de outro ponto de atenção à saúde. Particular, porém conveniado ao SUS, referência na cardiologia, neurocirurgia e neuroclínica ²⁰.

O Hospital Universitário Regional é o único hospital estadual do município. Fica localizado no bairro Uvaranas e não é um hospital de porta aberta, ou seja, só atende se o paciente vir encaminhado de outro ponto de atenção à saúde. É um hospital de alta complexidade na especialidade de ortopedia, sendo de média e baixa complexidade nas demais especialidades.

Por fim, o SAMU e o SIATE são os serviços de transporte da rede. O SAMU é o serviço que atende pelo número 192. Fica localizado no centro e conta com a Central de Regulação de Urgências, estrutura física equipada e constituída por profissionais (médico, telefonista e técnico auxiliar de regulação médica), capacitados em relação aos chamados telefônicos que demandam orientação e/ou atendimento.

Após o atendimento na central, é despachada a ambulância até o local do ocorrido. Importante salientar que pode acontecer de não precisar despachar a ambulância, quando se identifica, nos chamados telefônicos, que se trata de uma situação que não é urgência ou emergência. Quando isto acontece, através do telefone o médico faz uma orientação e a situação é resolvida.

No local da ocorrência, é realizada a abordagem primária e dentro da ambulância a abordagem secundária. Após entra-se em contato com a central

²⁰ A partir do mês de fevereiro do corrente ano, a modalidade de neurologia e neurocirurgia de alta complexidade foi descredenciada do SUS.

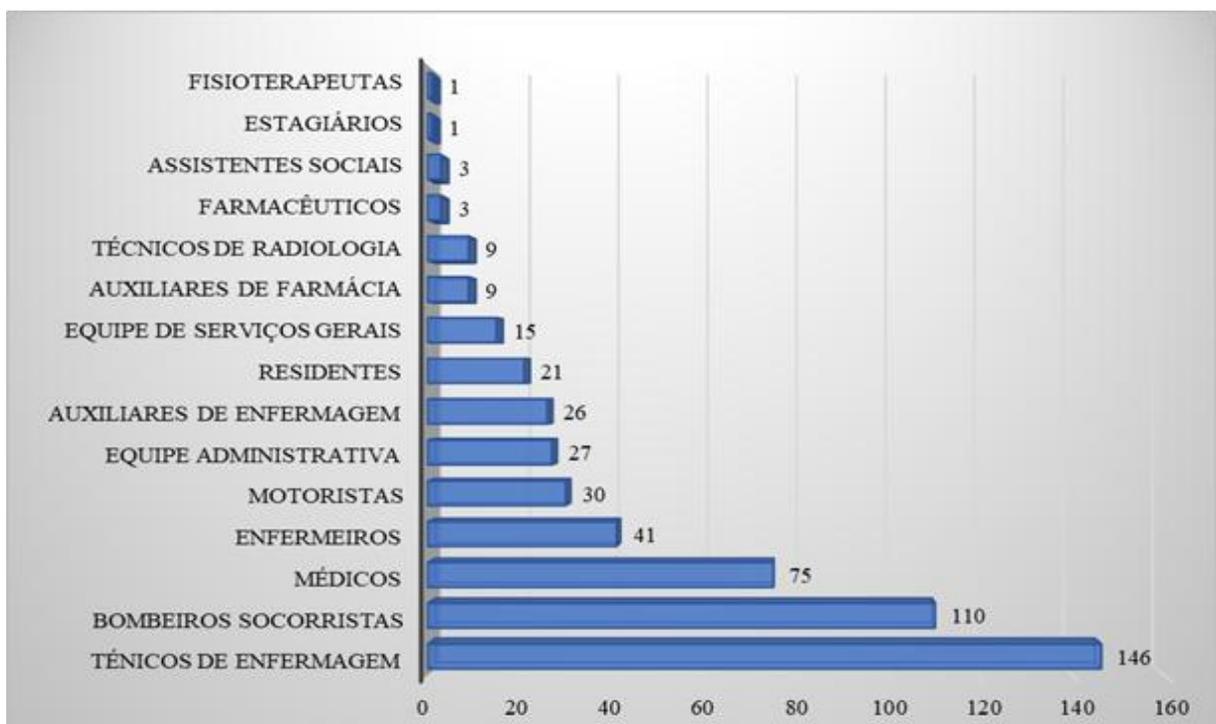
novamente, informando a situação do paciente, então o profissional da central determinará qual porta levará o paciente.

O SIATE é o serviço que atende pelo número 193. Localiza-se no centro e conta com a Central de Operação de Bombeiro (COBOM), onde fica o atendente e o rádio operador e é feita a comunicação via rádio com os pontos de atenção à saúde da rede. Da mesma forma que o SAMU, após o atendimento na central, se necessário é despachado a viatura. Após o atendimento, entra-se em contato com a central do SAMU para o médico regular o paciente para algum hospital. Isso ocorre, pois, em Ponta Grossa, a central do SIATE não conta com médicos no momento.

Ressalta-se que o SAMU atende ocorrências clínicas e o SIATE atende situações em que houve trauma. Importante ressaltar que todos os pontos de atenção da rede utilizam da classificação de risco, de forma que o paciente seja atendido conforme a sua situação de saúde e não por ordem de chegada.

Cada ponto de atenção à saúde, descrito acima, possui uma equipe multiprofissional, de caráter interdisciplinar. No gráfico a seguir é apresentado como está composta a equipe de toda a Rede de Atenção às Urgências e Emergências do município de Ponta Grossa/PR.

GRÁFICO 2 – Equipe da Rede de Atenção às Urgências e Emergências em Ponta Grossa/PR



Fonte: A Autora, 2019

O gráfico acima apresentou a equipe pertencente à Rede de Atenção às Urgências e Emergências de Ponta Grossa/PR. Para facilitar a visualização, optou-se por demonstrar de modo geral, e não por ponto de atenção à saúde. Dessa forma, destaca-se o número de técnicos de enfermagem, sendo os profissionais de maior número na rede e que estão incluídos em todos os pontos de atenção à saúde, com exceção ao SIATE.

Em seguida estão os bombeiros socorristas, os quais estão inseridos exclusivamente no SIATE. Posteriormente, estão os médicos, os quais, assim como os técnicos de enfermagem, são necessários à todos os pontos da rede. Há exceção do SIATE, o qual trabalha em parceria com o SAMU em relação ao atendimento médico, ou seja, quando o SIATE necessita de um médico, seja para ir até o local da ocorrência ou para fazer a regulação do paciente para outro ponto de atenção, é acionado o SAMU, que irá ceder um médico do seu serviço.

Em relação aos demais profissionais da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, percebe-se que há um menor número em relação aos três primeiros. Entretanto, todos possuem a mesma importância dentro da rede, visto que cada um tem o seu papel específico na garantia do acesso à saúde à população.

É necessário que todos os pontos de atenção à saúde da rede atuem de forma integrada, articulada e sinérgica, para que assim a rede ofereça assistência qualificada aos usuários. (BRASIL, 2020). Em seguida, é analisada a rede a partir dos sujeitos de pesquisa, ou seja, os profissionais inseridos em cada ponto de atenção da Rede de Atenção às Urgências e Emergências.

3.2.1 A configuração da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no município de Ponta Grossa: a percepção dos sujeitos de pesquisa

Neste item são realizadas as análises das entrevistas coletadas no campo da pesquisa. Foram realizadas doze entrevistas semiestruturadas nos pontos de atenção à saúde da rede. O primeiro contato foi com os respectivos profissionais do serviço (receptionista, técnico-administrativo, técnico em enfermagem), os quais entravam em contato com o setor de urgência e emergência e indicavam/encaminhavam os devidos profissionais de referência da área para que

fosse possível detalhar os objetivos e procedimentos a serem realizados na pesquisa e fazer o convite para participação na pesquisa. Após serem informados sobre o que consiste a pesquisa e o porquê da entrevista, os profissionais puderam decidir se aceitavam ou não participar.

As entrevistas foram realizadas no período de junho a dezembro de 2019, todas gravadas e depois transcritas. A receptividade foi positiva em todos os serviços. Cabe salientar que o Centro Hospitalar São Camilo e a Santa Casa de Misericórdia Ponta Grossa foram os serviços que não aceitaram participar da pesquisa. No quadro abaixo, apresenta-se o perfil profissional dos sujeitos:

QUADRO 5 - Caracterização dos sujeitos de pesquisa

SUJEITO	PONTO DE ATENÇÃO	PERFIL
Entrevistada 1	ATENÇÃO PRIMÁRIA	Feminino, dentista, diretora, estatutária, 26 anos de trabalho no respectivo ponto de atenção
Entrevistado 2	UNIDADE NÃO-HOSPITALAR DE ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS – UPA 24H	Masculino, enfermeiro, gerente, celetista, 07 anos de trabalho no respectivo ponto de atenção
Entrevistada 3	UNIDADE NÃO-HOSPITALAR DE ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS – UPA 24H	Feminino, enfermeira, coordenadora, celetista, 04 anos de trabalho no respectivo ponto de atenção
Entrevistada 4	PRONTO ATENDIMENTO	Feminino, possui ensino médio completo, chefe, celetista, 14 anos de trabalho
Entrevistado 5	SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIAS (SAMU)	Masculino, enfermeiro, coordenador, estatutário, 01 ano e 03 meses de trabalho
Entrevistada 6	FUNDAÇÃO MUNICIPAL PRONTO SOCORRO	Feminino, possui ensino médio completo, coordenadora administrativa, estatutária, 18 anos de trabalho
Entrevistada 7	HOSPITAL DA CRIANÇA JOÃO VARGAS DE OLIVEIRA	Feminino, enfermeira, gerente, estatutária, 03 anos de trabalho
Entrevistada 9	HOSPITAL GERAL UNIMED	Feminino, enfermeira, coordenadora do pronto atendimento, celetista, 01 ano e 03 meses de trabalho
Entrevistado 10	SERVIÇO INTEGRADO DE ATENDIMENTO AO TRAUMA (SIATE)	Masculino, bacharel em segurança pública, 2º tenente, estatutário, 04 anos e 04 meses de trabalho
Entrevistada 11	HOSPITAL BOM JESUS	Feminino, enfermeira, coordenadora do pronto atendimento, celetista, 03 anos e 06 meses de trabalho
Entrevistada 12	EQUIPE DE ATENÇÃO DOMICILIAR	Feminino, assistente social, estatutária, 08 anos de trabalho
Entrevistado 13	HOSPITAL REGIONAL DE PONTA GROSSA	Masculino, enfermeiro, chefe de seção de atendimento, estatutário, 09 anos

Fonte: Entrevistas semiestruturadas. Dados sistematizados pela autora, 2019.

A grande maioria dos entrevistados é do sexo feminino, totalizando nove mulheres e quatro homens. Todos estão há mais de 01 ano atuando no ponto de atenção à saúde e demonstraram, durante as entrevistas, entenderem o necessário sobre o serviço em que atuam. Alguns estão trabalhando em regime de trabalho celetista, outros em regime estatutário. Importante ressaltar, também, que a fala dos sujeitos evidenciam o lugar que ocupam dentro do serviço em que estão inseridos.

A análise das respectivas entrevistas foi realizada com base nas respostas dos sujeitos entrevistados. Utilizou-se a análise de conteúdo, com modalidade de análise temática, proposta por Minayo (2008). Os passos foram os seguintes: primeiramente foram transcritas as entrevistas, para, em seguida, realizar uma leitura aprofundada das mesmas. A partir da leitura, foram identificadas três categorias, que foram reunidas a fim de analisar qual mensagem elas querem trazer.

Cabe ressaltar que, durante a realização das entrevistas, novas informações apareceram. Por conta da relevância, também foram analisadas. Desta forma, foram eleitas categorias de análise: I – A compreensão sobre Rede de Atenção à Saúde e Rede de Atenção às Urgências e Emergências; II - Atributos de uma Rede de Atenção à Saúde: Atenção Básica como centro de comunicação e formação de relações horizontais entre os diferentes pontos de atenção; III As dificuldades no processo de consolidação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências em Ponta Grossa.

CATEGORIA 1: A compreensão sobre Rede de Atenção à Saúde e Rede de Atenção às Urgências e Emergências

Para entender como está configurada a Rede de Atenção às Urgências e Emergências do município, primeiramente foi preciso explorar a compreensão que os sujeitos, inseridos na rede pesquisada, têm sobre uma Rede de Atenção à Saúde. Sobre isso, os resultados revelam que os sujeitos têm conhecimento da evolução que o sistema de saúde passou e a compreensão do que é uma RAS, conforme demonstrado na fala a seguir:

Entrevistada 1 (Atenção Primária): As redes, é uma nova forma, não tão nova, mas é uma forma como os serviços de saúde estão se organizando

atualmente. [...] é nova porque antes a gente tinha um modelo bem diferente da pirâmide, onde tinha a base, a média e a alta complexidade. A rede, ela consegue fazer com que você visualize no plano, todos os serviços interligados, então, rede de atenção à saúde pra mim seria basicamente isso, é uma organização dos serviços.

É importante que os profissionais inseridos na rede tenham conhecimento sobre as transformações que ocorreram no sistema de saúde, desde quando os serviços funcionavam de forma piramidal até o trabalho em rede. Ou seja, como os serviços se organizavam anteriormente à implementação das RAS, conforme demonstrado no primeiro capítulo, para que então percebam a relevância de trabalharem em rede.

Com a implementação das RAS, a atenção básica passa a ter papel chave na estruturação das redes, atuando como ordenadora e coordenadora dos fluxos e contra-fluxos do cuidado. A visão de que o hospital é o serviço mais importante deixa de existir, sendo valorizada a atenção básica. (BRASIL, 2012).

O trabalho em rede trouxe diversos avanços para o sistema de saúde, principalmente no que se refere às ações ofertadas à população, visto que o objetivo do trabalho em rede é conferir fluidez entre os pontos de atenção à saúde e fazer com que a comunicação entre os serviços seja mais rápida, melhorando a integralidade do cuidado. (MENDES, 2011).

Estes avanços são reconhecidos pelos profissionais atuantes nos pontos de atenção à saúde, os quais entendem que o trabalho em rede confere certa organização aos serviços, em todos os níveis de atenção à saúde, além de perceberem a RAS como uma organização necessária para assegurar uma assistência integral e equânime.

Destaca-se a fala de dois sujeitos, os quais utilizaram de outras nomenclaturas quando se referiam aos pontos de atenção à saúde, como por exemplo: ferramentas, órgãos, estruturas. Isso se dá pois estes sujeitos estão inseridos em serviços, os quais utilizam suas próprias nomenclaturas. Ressalta-se que embora utilizando outras nomenclaturas, o entendimento de tais sujeitos à respeito de uma RAS é o mesmo que os demais.

Entrevistado 5 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): Para mim as Redes de Atenção são todas as ferramentas que compreendem o

sistema público de saúde, que dão toda a funcionalidade do serviço, se dividindo em atenção primária, secundária, terciária, que forma toda a rede.

Entrevistado 9 (Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma – SIATE): As RAS são redes de atendimento integrado ao necessitado, envolvendo diferentes órgãos e estruturas especializadas.

Percebe-se que os sujeitos acima fazem parte dos serviços de transporte da Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Ambos ressaltaram a importância de se trabalhar em conjunto com os demais níveis de atenção à saúde, dando ênfase ao trabalho integrado. Isso ocorre, pois os serviços de transporte ordenam o fluxo assistencial, disponibilizando atendimento imediato, transporte adequado e resolutivo.

Destaca-se a importância de constantemente estar sendo reforçado aos profissionais inseridos nos pontos de atenção à saúde da rede, que a integralidade só é concretizada a partir do momento em que seja reconhecida a interdependência dos serviços, no sentido de que nenhum serviço dispõe de todos os recursos necessários para a solução dos problemas de saúde da população. (ANDRADE *et al.*, 2013).

De acordo com as falas dos sujeitos, a RAS vem apresentando bons resultados no município, pois representa uma ligação entre vários serviços. Além disso, os relatos remetem à compreensão da interdependência e complementaridade entre todos os serviços que fazem parte da rede, com o objetivo de garantir a integralidade, em ações de prevenção, promoção e recuperação.

Entrevistada 10 (Hospital Bom Jesus): As Redes de Atenção à Saúde que eu entendo, elas tem que ser subdividas no processo curativo e no processo preventivo. Então as Redes de Atenção, a gente começa com a Atenção Primária, que são os serviços de PSF, onde vai fazer o processo preventivo e manutenção, para que a gente já não tenha esse aglomerado de pessoas no processo curativo, e o processo curativo nada mais é que o processo hospitalar, onde o paciente ele vem com uma patologia instalada, onde a gente vai fazer o processo curativo e devolvê-lo pra sociedade com todo um processo de orientação e assim devolver ele de novo pra atenção básica. Eu acredito que as redes funcionariam em processos preventivos e curativos, então eu hoje em dia to inserida no processo curativo.

Uma das tendências apontadas na categoria compreensão foi o trabalho em rede contemplando todos os níveis de atenção. Observa-se que os sujeitos possuem o entendimento de que quando se fala em RAS, envolvem-se todos os níveis de atenção à saúde, desde a Atenção Básica até a Alta complexidade. Porém, se

tratando da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, nem sempre o paciente passa por todos os níveis de atenção, justamente pela característica da rede, como já foi discutido no segundo capítulo.

Conforme o relato anterior, entende-se que a Rede de Atenção às Urgências e Emergências é uma rede pontual, porém há a necessidade de pensar e retomar a parte da prevenção e promoção em saúde dentro da própria rede, para que assim diminua o número de casos urgentes e a rede atenda somente os casos necessários de urgência e emergência.

Entrevistado 2 (Não-Hospitalar de Atendimento às Urgências – UPA 24h): Rede de Atenção à Saúde, no sentido amplo, para nós aqui da UPA, é onde engloba todos os níveis de atendimento à população de Ponta Grossa, seja na sua Atenção Primária, seja na sua Atenção Intermediária, seja na de Alta Complexidade, que são onde são os hospitais e os procedimentos especializados, as áreas mais específicas da atuação em saúde. Na questão de UPA, que é uma atenção intermediária, onde a gente atende a população proveniente das UBS, onde foge do escopo deles essa atenção já em um nível intermediário, que são as suturas, os pacientes com dor torácicas, são as patologias que estão agudizadas dentro da população, então eles procuram a UPA como uma forma de porta aberta e, também, nós recebemos alguns pacientes provenientes de órgãos de transporte, como o SAMU, dessa atenção, dessas equipes que trazem esses pacientes da Rodonorte, SIATE, e aí essa é a atenção intermediária e, nós encaminhamos esses pacientes que não são atendidos aqui, que provavelmente necessitem de internamento ou procedimentos de maior complexidade, nós nos comunicamos com os hospitais, então essa Rede de Atenção geral a atenção, são três níveis, divididos conforme a sua gravidade, conforme o perfil do paciente, conforme o perfil epidemiológico desse paciente.

A fala do sujeito reitera que a rede em Ponta Grossa conta com vários pontos de atenção à saúde, dos três níveis de atenção, os quais estão em constante articulação, visando o bem estar do paciente. Observa-se, nas falas, que os sujeitos evidenciam a importância e necessidade da articulação entre os pontos, pois cada ponto de atenção da rede possui sua particularidade e especialidade, sendo todos igualmente importantes.

Além dos serviços públicos, foi entrevistado também um representante, gestor e/ou coordenador de um hospital particular do município, considerando que fazem parte de uma RAS serviços públicos e privados. A compreensão sobre rede que o sujeito tem é o mesmo dos demais entrevistados, em algumas situações o serviço se difere por conta de não estar vinculado ao SUS:

Entrevistado 8 (Hospital Geral Unimed): Rede de Atenção à Saúde na verdade, no meu entendimento, é todo serviço que serve pra assistência a um paciente, seja unidade básica, seja hospitalar, seja algum centro especializado, local em que esteja sendo ofertado a assistência à saúde.

Nos relatos abaixo dois sujeitos apontam outros serviços que não integram a RAS: o CRAS e o CREAS, serviços da política da Assistência Social:

Entrevistado 6 (Hospital Municipal Doutor Amadeu Puppi – Pronto Socorro): São todos os meios, os mecanismos que são utilizados na saúde, como as Unidades de Saúde, o CMM, o CME, o CREAS, o CRAS.

Entrevistado 7 (Hospital da Criança João Vargas de Oliveira): São desde as Unidades de Saúde, Estratégia Saúde da Família, CRAS, Atenção Primária, Secundária e Terciária.

Acredita-se que tal compreensão decorre por conta das ações intersetoriais entre as políticas sociais. A intersetorialidade está presente na política de saúde, principalmente em alguns pontos da Lei 8.080/90, no que se refere à integração com as políticas de meio ambiente e saneamento básico. A intersetorialidade é importante para as ações serem maximizadas e potencializadas. (SILVA, 2018).

Um exemplo disso, no município de Ponta Grossa, é a Atenção Domiciliar. Ou seja, no serviço a única profissional que fica em período integral é a Assistente Social, a qual entra em contato diariamente com os serviços da política de Assistência Social - CRAS, CREAS, para fazer os devidos encaminhamentos. Por conta disso, parte dos profissionais entende que estes serviços também fazem parte da Rede de Atenção às Urgências e Emergências.

O documento intitulado “Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas”, divulgado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), traz que:

O princípio da intersetorialidade necessita da criação e da manutenção de vínculos entre os setores público e privado, tanto dentro como fora dos serviços de saúde, incluindo, mas sem limitar-se aos seguintes fatores: trabalho e emprego, educação, habitação, agricultura, produção e distribuição de alimentos, meio ambiente, água e saneamento, assistência social e planejamento urbano. (OPAS, 2008, p. 11).

Diante disso, percebe-se a importância da intersetorialidade entre as políticas sociais, aqui se tratando da política de saúde e da política de assistência social. Uma atenção integral às famílias só é possível quando é pensada a

articulação entre todos os serviços ofertados em um determinado território. (SILVA, 2018).

Ou seja, dependendo da situação em que se encontra o paciente, será preciso acionar outros serviços, não só da área da saúde, mas também da área socioassistencial, judiciária, dentre outras. Contudo, todos os sujeitos possuem conhecimento de quais serviços e níveis de atenção fazem parte da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do município, como se pode ver nas falas de dois entrevistados:

Entrevistada 11 (Programa de Atenção Domiciliar): Redes de Atenção à Saúde são todos os serviços de atenção que o SUS preconiza de atendimento aos usuários, entram todos os serviços de alta complexidade, os hospitais que são conveniados com o SUS, também os serviços móveis, de urgência, SAMU, SIATE, seria o Melhor em Casa, também, que ele é uma ponte entre a secundária e a terciária, é o Melhor em Casa que é a Atenção Domiciliar, e as unidades de saúde, mesmo sendo atenção básica elas também fazem parte porque tem muitos casos que chegam na unidade e que são, pacientes já agudizados, com quadro mais grave que também a unidade precisa tá acionando, então assim, rapidamente seriam todos os serviços, dentro do nosso município seriam os hospitais, as unidades de saúde, o Melhor em Casa e também outros serviços que fazem parte do município que muitas vezes também recebem esses pacientes, as UPAS, as vezes tem alguns ambulatórios, do CME também, que o paciente chega, mais em um determinado momento ele se agrava, então o pessoal do CME também acaba acionando, mas é resumidamente isso.

Entrevistado 12: (Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais): As Redes de Atenção, pelo meu entendimento é assim: elas têm que estar interligadas, a unidade de saúde, fazendo a prevenção, daí a gente como hospital já entra na parte secundária e terciária, isso tudo regulado pelo gestor, que no nosso caso é o estado e o município.

Entende-se, nesta categoria, que há entendimento e conhecimento por parte dos sujeitos do que vem a ser uma RAS, bem como uma Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Além disso, alguns destacaram em suas falas, a transformação pela qual o sistema de saúde passou, deixando de funcionar de forma piramidal, substituindo-a por redes, bem como a importância de se trabalhar em conjunto, sendo que ressaltavam a todo o momento a questão da integralidade.

Os documentos e as portarias, já discutidas, relacionadas à RAS, preconizam que, para se trabalhar de fato sob a perspectiva de redes, é preciso que se leve em consideração as características essenciais, estabelecidas pela Portaria

nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, conforme discutido no capítulo 1. Desta forma, a próxima categoria aborda os atributos de uma RAS.

CATEGORIA 2: Atributos de uma Rede de Atenção à Saúde: Atenção Básica como centro de comunicação e formação de relações horizontais entre os diferentes pontos de atenção

A segunda categoria eleita após a leitura e análise das entrevistas está voltada aos atributos essenciais de uma RAS, que, de acordo com a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, já abordada no capítulo 1, são: formar relações horizontais entre os diferentes pontos de atenção; ter a atenção primária à saúde como centro de comunicação; planejar e organizar as ações segundo as necessidades de saúde de uma população específica; ofertar atenção contínua e integral; cuidado multiprofissional; compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados, em termos sanitários e econômicos. (BRASIL, 2010).

São seis atributos, porém, durante as entrevistas, destacou-se na fala dos sujeitos apenas dois deles: Atenção Básica como centro de comunicação e formação de relações horizontais entre os diferentes pontos de atenção. Por conta disso, foram selecionados estes dois atributos como categoria de análise. Ressalta-se que os outros quatro atributos também apareceram em algumas das falas dos sujeitos, porém não com tanta ênfase como os dois selecionados.

A Atenção Básica é responsável por ofertar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, de forma integral e continuada. Se organiza a partir de quatro atributos essenciais: a atenção no primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação. Para a atenção básica oferecer um serviço de qualidade, é preciso que estes atributos funcionem em sintonia. (OLIVEIRA, 2013).

Este nível de atenção se caracteriza como primeiro contato, pois seus serviços estão organizados de forma que estejam preparados para cada novo problema ou episódio de um problema de saúde, relacionado à atenção básica. Considera-se um serviço acessível, logo, a longitudinalidade implica a existência de aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso contínuo ao longo do tempo, fazendo com que se crie uma relação humanizada entre equipe de saúde, indivíduos e família. (OLIVEIRA, 2013).

A integralidade se refere à prestação de um conjunto de serviços de saúde que atendam as necessidades mais comuns da população, tendo a responsabilidade pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças. Por fim, a coordenação diz respeito à capacidade de garantir a continuidade da atenção. (OLIVEIRA, 2013).

Nesse sentido, a Atenção Básica é o centro de comunicação da rede. Levando isto em consideração, percebe-se que os sujeitos têm conhecimento a respeito disso, porém as UBSs nem sempre são o primeiro serviço a ser acessado pelo paciente. Tal situação ocorre por conta de alguns fatores, como por exemplo, o fato de as redes temáticas ainda estarem sendo implementadas no município.

Entrevistado 1 (Atenção Primária): Ponta Grossa, nesses últimos anos, está tentando deixar mais consolidada a rede. Ela já existe há muito tempo, mas a gente percebe que nos últimos anos Ponta Grossa está consolidando. Hoje a gente pode dizer, com certeza, que tem uma rede de Atenção à Saúde e uma Rede de Atenção à Urgência e Emergência. **Hoje o que Ponta Grossa preconiza: que nós temos uma rede, não está totalmente, mas deve ser coordenada e direcionada pela Atenção Primária para os demais serviços, com referência e contrarreferência. Então como se a Atenção Primária realmente estivesse nesse centro e os outros serviços de apoio: laboratório, hospitais, pronto-atendimentos, que daí entra a rede de Urgência e Emergência, as próprias unidades, enfim, esse desenho ainda não tá pronto.** (grifo nosso).

Entrevistado 1: A Atenção Primária ela deve nortear, organizar e ser a porta de entrada para os outros serviços. O objetivo principal é o atendimento do usuário e esse usuário tá dentro de um território adscrito que é conhecido pela Atenção Primária, é como se começasse a descentralização do serviço, porque a Atenção Primária tá em contato direto com esse usuário, ela acaba sendo a porta de entrada, a referência central desse usuário, ele vai para os serviços e volta, ele vai pra rede mas ele também vai continuar sendo acompanhado pela Atenção Primária, ele não pode se desvincular, por isso que é como se tivesse a rede desenhada, Atenção Primária no centro e os serviços de vai e vem com os outros setores.

Entrevistado 2 (Unidade Não-Hospitalar de Atendimento às Urgências – UPA): Essa rede, ela tem esses três níveis e eles se conversam, **eles se comunicam através das portas de entrada de Atenção Primária**, para as doenças comunitárias, para os controles, populacionais, é, as doenças epidemiológicas [...]. (grifo nosso).

Entrevistado 6 (Hospital Municipal Doutor Amadeu Puppi – Pronto Socorro): Os pacientes sempre iniciam nas Unidades de Saúde, quando eles são referenciados por especialidades eles são encaminhados pro CMM ou pro CME, via as UBS, e quando é uma emergência e precisa de atendimento médico eles vem até o hospital ou de meios próprios, com encaminhamento das UBS ou através do SAMU.

Nota-se que a Atenção Básica do município está se inserindo na Rede de Atenção às Urgências e Emergências. No que se refere à organização dos serviços em rede, existe desde o ano de 2011, porém o funcionamento como tal está em fase de consolidação. Contudo, há a compreensão da importância em ter a Atenção Básica como centro articulador, bem como a definição de fluxos de atendimento, o que vai ao encontro ao segundo atributo analisado: formação de relações horizontais entre os diferentes pontos de atenção.

A Atenção Básica, quando cumpre com o seu papel, possui extrema importância, pois é onde serão realizadas ações de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, a fim de evitar que a situação de saúde do paciente venha a se agravar. (BRASIL, 2017).

Se a situação de saúde do paciente estiver estabilizada, ele (a) não precisará acionar o serviço de urgência e emergência. Também, dependendo da gravidade da situação, a mesma poderá ser resolvida na UBS, evitando assim a aglomeração nas UPAS e nos hospitais. De acordo com a Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002, as UBS, quando se tratar de situações de urgência e emergência, deverá realizar o acolhimento dos quadros agudos crônicos ou crônicos agudizados e os recursos humanos deverão estar devidamente capacitados, dispondo de uma estrutura de recursos físicos.

Não se pode admitir que um paciente em acompanhamento em uma unidade básica de saúde, por exemplo, por hipertensão arterial, quando acometido por uma crise hipertensiva, não seja acolhido na unidade em que habitualmente faz tratamento. Nesta situação se aplicaria o verdadeiro conceito de pronto atendimento, pois, numa unidade onde o paciente tem prontuário e sua história pregressa e atual são conhecidas, é possível fazer um atendimento rápido e de qualidade, com avaliação e re-adequação da terapêutica dentro da disponibilidade medicamentosa da unidade. Quando este paciente não é acolhido em sua unidade, por ausência do profissional médico, por falta de vagas na agenda ou por qualquer outra razão e recorre a uma unidade de urgência como única possibilidade de acesso, é atendido por profissionais que, muitas vezes, possuem vínculo temporário com sistema, não conhecem a rede loco regional e suas características funcionais e, freqüentemente, prescrevem medicamentos não disponíveis na rede SUS e de alto custo. Assim, o paciente não usa a nova medicação que lhe foi prescrita porque não pode adquiri-la e, tão pouco, usa a medicação anteriormente prescrita e disponível na unidade de saúde, pois não acredita que esta seja suficiente para controlar sua pressão. Esta situação problema é apenas ilustrativa de uma grande gama de situações semelhantes, que acontecem diariamente, não apenas com hipertensos,

mas com diabéticos, pacientes portadores de dor aguda e/ou crônica, cardiopatas, portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica, mulheres em acompanhamento ginecológico e/ou obstétrico, crianças em programa de puericultura e etc. (BRASIL, 2002).

Percebe-se que a UBS possui um papel extremamente importante na rede, justamente pelo fato de acompanhar toda a situação de saúde do paciente. Por conta disso, se a unidade estiver preparada para atender situações de urgência e emergência, caso ocorra uma situação em que o paciente busque o serviço com sua situação de saúde agudizada, será mais resolutiva. E, provavelmente, a depender do caso, o paciente não precisará acessar um serviço de urgência e emergência, o qual geralmente não conhece o histórico de saúde do paciente.

Ressalta-se, também, que os profissionais inseridos nas UBS do município passaram por uma capacitação²¹, conforme detalhado na fala a seguir. Quando se faz necessário entrar em contato com um serviço de urgência, as UBSs do município utilizam um sistema interno próprio da Atenção Básica, além de contato telefônico quando preciso.

Entrevistado 1 (Atenção Primária): Hoje em cada unidade nossa a gente teve treinamento, capacitação dos profissionais que no ponto de atenção, algumas Urgências e Emergências são passíveis de ser resolvidas nesse local, elas são atendidas, existe uma caixa de emergência, que a gente tem em cada unidade, com equipamentos mínimos de utilização, tanto pelo médico quanto da enfermeira, que são medicamentos, ambu, oxigênio, material de sutura... é um mínimo recomendado mas sempre dentro de uma limitação. A unidade ela não é considerada um ponto de Urgência e Emergência, ela tem que tá pronta pra receber esse paciente, mas ela aciona, até ela acionar outro serviço ela tem que ter pelo menos a estabilização desse paciente, essa observação.

Por conta da especificidade da rede temática pesquisada, ou seja, por se tratar de uma rede que atende situações de urgência e emergência, nem sempre o paciente irá acessar a Atenção Básica como primeiro serviço. Os sujeitos têm consciência disso e alguns trouxeram que, mesmo a Atenção Básica devendo ser o primeiro serviço a ser acessado, muitas vezes o paciente busca outro serviço, por se tratar de uma urgência e/ou emergência.

²¹ A capacitação teve como objetivo preparar os mesmos para algumas situações de urgência e emergência, para que então consigam estabilizar o paciente até acionarem outro serviço, ou até mesmo não precisarem entrar em contato com os serviços de urgência.

Entrevistado 2 (Unidade Não-Hospitalar de Atendimento às Urgências – UPA 24h): Nós sabemos que existem três portas de entrada de urgência e emergência no município: UPA Santa Paula, complexidade intermediária, porém nós somos porta aberta para qualquer tipo de paciente e também Pronto Socorro – PSM, que é de alta complexidade, sabendo que lá no Pronto Socorro tem um pronto socorro para pacientes de alta complexidade e do lado, que era o antigo CAS, que é um anexo, fica o pronto socorro parecido com o que nós somos aqui na UPA, que é de nível intermediário com os pacientes de menor gravidade, e o hospital da criança, que atende urgência e emergência também criança, tanto como nós atendemos, que aqui dentro da UPA também tem o pronto atendimento infantil, que nós atendemos adultos e crianças, então o município, eles têm essas três a quatro portas de entrada, com níveis de urgência e emergências para poder atender a população de Ponta Grossa.

Entrevistado (10 Hospital Bom Jesus): [...] urgência e emergência do município funciona da seguinte forma: o eixo principal, aquele que faz o processo de sustentação é a UPA e o Pronto Socorro, então a UPA e o Pronto Socorro ele é o eixo principal de procura direta, ou seja, o paciente vai chegar lá e ele vai ser atendido independente do processo.

Entrevistado 10 (Programa de Atenção Domiciliar): A porta de entrada pra atenção terciária sempre é, aqui no município, é o Pronto Socorro, é ele que faz essa primeira abordagem do paciente e dependendo da situação ele faz o encaminhamento para os hospitais de referência, mas o Pronto Socorro é... o Pronto Socorro e a UPA dependendo das situações, né, dependendo do que é o caso, do qual é a gravidade ali exigida sempre a porta de entrada é o Pronto Socorro e é a UPA e o Hospital da Criança também.

A partir das entrevistas e observações nos pontos de atenção à saúde da rede pesquisada, os sujeitos relataram que os serviços que a população mais procura como primeiro atendimento, no município de Ponta Grossa, é a UPA e os hospitais públicos municipais e, quando necessário, acionam os serviços de transporte de urgências. Conforme o relato acima, a UPA, por exemplo, se caracteriza como uma atenção intermediária, a qual atende situações que fogem do escopo da Atenção Básica.

Por se tratar de um serviço de porta aberta, o que ocorre é que muitos pacientes acessam este serviço, mas nem sempre é caso de atendimento, acarretando em uma superlotação no serviço e fazendo com que o atendimento à quem realmente necessita, demore mais. Importante reforçar aqui que não só a UPA é vista como primeiro serviço a ser buscado, mas também os hospitais municipais e os transportes de urgência, conforme relatos a seguir.

Entrevistado 5 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e Emergência (SAMU)): A Rede de Urgência e Emergência aí se for falar do sistema público né, as portas de entrada hoje do sistema público, hoje é o Hospital Municipal e a UPA.

Entrevistado 11 (Programa de Atenção Domiciliar): A porta de entrada pra atenção terciária sempre, aqui no município, é o Pronto Socorro, é ele que faz essa primeira abordagem do paciente e dependendo da situação ele faz o encaminhamento para os hospitais de referência, mas é o Pronto Socorro e a UPA dependendo das situações.

Entrevistado 12 (Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais): Do município a única porta de entrada que é procura direta, é o Pronto Socorro Municipal.

Percebe-se, pelos relatos dos entrevistados, que no município de Ponta Grossa ainda é muito forte a presença do imaginário que o hospital é a referência para os cuidados relacionados à saúde, visão “hospitalocêntrico” por parte dos usuários. Ou seja, a população ainda enxerga o hospital como um serviço que resolverá todos os seus problemas, levando-nos a compreensão de que a população, em sua grande maioria, deixam as doenças chegarem ao ponto de precisarem de uma intervenção aguda, não havendo a cultura do autocuidado, do cuidado preventivo e se esse tipo de cuidado é praticado, ainda assim não é tão visto como tão importante quanto a agudização do quadro.

Em relação aos serviços particulares, o primeiro atendimento acessado pelo paciente geralmente é o hospital e não a UBS, justamente pelo fato de possuir o convênio, mesmo acontecendo de muitas vezes a situação ser passível de ser resolvida na Atenção Básica.

Entrevistado 8 (Hospital Geral Unimed): Nós não temos encaminhamento de outros hospitais porque nós somos particular, se o paciente não tem convênio ele não vem pra cá, então a maioria vem por procura direta, claro, o paciente que o SAMU faz assistência e é unimed, ele vem pra cá obrigatoriamente, então tem convênio ele vem pra cá, a gente faz assistência, se ele precisa de alguma especialidade a gente encaminha ou ele acaba ficando internado conosco, mas vir de outro hospital, só se ele tiver um convênio e precisar de uma assistência nossa.

Depreende-se que, no município de Ponta Grossa, no que se refere à Rede de Atenção às Urgências e Emergências, a Atenção Básica não é o serviço acessado pela população como a única porta de entrada da rede, sendo a UPA, o Pronto Socorro Municipal e o Hospital da Criança os serviços vistos como primeiro atendimento e porta de entrada da rede.

A formação de relações horizontais existentes entre os diferentes pontos de atenção ocorre quando os pontos passam a ser entendidos como espaços que ofertam diferentes serviços de saúde, sendo todos eles igualmente importantes para

o bom funcionamento da rede. Ou seja, uma UBS e um hospital, por exemplo, são igualmente importantes na garantia de atenção ao paciente, pois ambos cumprem papéis específicos para as necessidades específicas da população. (MENDES, 2011).

Sobre a formação de relações horizontais entre os diferentes pontos de atenção, os sujeitos, em seus relatos, trazem a importância da comunicação entre os serviços, justamente por conta de cada um possuir sua própria especificidade, ocorrendo assim o trabalho em rede. A todo o momento, em suas falas, trouxeram a particularidade de cada serviço e o entendimento de quando e qual o serviço a ser acionado.

Além disso, outra questão apresentada pelos sujeitos foi os consórcios intermunicipais. Os consórcios representam uma parceria entre os governos municipais, os quais têm por objetivo trazer aos hospitais particulares especialidades médicas ou serviços de maior complexidade, onde serão administrados os fundos públicos alocados por sistemas fixos.

Entrevistado 2 (Unidade Não-Hospitalar de Atendimento às Urgências – UPA 24h): O paciente procura essas portas abertas, que são quatro, eles são estabilizados e encaminhados para leitos de internamento. Se, porventura esse leito de internamento dos hospitais, principalmente da criança e do PSM não der conta, por motivos de especialidade, então existe um plano B no município que seriam as outras portas: “ah, eu queria uma cardiologista? O cateterismo é lá no hospital Bom Jesus. “ah, mas o hospital Bom Jesus não é do município, é um hospital filantrópico”. O que acontece é que ele recebe verba, um contrato com o Estado, com o **consórcio**, onde quando ele vai produzindo, quanto mais ele produz, mais ele ganha. Os pacientes que não tem especialidades nos hospitais municipais, vão encaminhados para outros hospitais: Santa Casa, Bom Jesus, São Camilo, então ele é bem desenhado, com essa rede configurada para poder atender.

A fala do sujeito apontou o consórcio e as pactuações, no que se refere às especialidades não encontradas nos hospitais municipais. Quando isso ocorre, o paciente é encaminhado aos hospitais que possuem as referências desejadas. Se tratando de hospitais particulares que tem convênio com o SUS, os mesmos também possuem a sua especialidade de referência.

Por conseguinte, a rede está bem configurada no que se refere à organização de especialidades. O município conta com diversos pontos de atenção que fazem parte da rede, cada qual com a sua especificidade. Caso ocorra de surgir uma situação em que o município não tenha a especialidade necessitada, poderá

pactuar com outros municípios pertencentes à região de saúde de Ponta Grossa, que tenham a especialidade desejada, através dos consórcios. A legislação que dispõe sobre os consórcios é a Lei nº 8.080, de 1990:

Art. 10. Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

§ 1º Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.

§ 2º No nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS), poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde. (BRASIL, 1990).

Os consórcios foram projetados com o objetivo de viabilizar a ação pública, facilitando o planejamento local e regional em saúde, além de viabilizar o investimento financeiro e contribuir para a superação de desafios locais no processo de implementação do SUS. É possível oferecer a população um atendimento de maior amplitude e qualidade. Ainda, o consórcio intermunicipal pode otimizar a rede de serviços, principalmente no que se refere à organização, referências e especialidades. (BRASIL, 2014).

Entrevistado 5 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e Emergência (SAMU)): Conforme a pactuação dos hospitais com o Estado, a gente tem as referências, que são as mesmas referências que o SAMU acaba utilizando, por exemplo TCE – Trauma Crânio Encefálico, TCE grave acaba indo pro Bom Jesus, tudo vai depender da situação que se apresenta, existem algumas referências, por exemplo cirurgia geral, preciso de cirurgia geral, é a Santa Casa, temos o Hospital Regional esses hospitais particulares aí que nem o Bom Jesus e a Santa Casa que é filantrópica, eles tem uma pactuação nas portas das especialidades, a gente usa essa pactuação pra determinar onde o paciente tem que ir o médico regulador ele é conhecedor disso, pra saber colocar o paciente certo na porta certa, no tempo certo, então a princípio funciona assim.

Com as pactuações, o que se pretende é garantir o acesso da população a todas as especialidades e os níveis de atenção à saúde. Importante ressaltar que anteriormente à pactuação, há um processo de programação no que diz respeito à análise da situação de saúde e as necessidades da população, para que sejam definidas as prioridades da política de saúde em cada município.

Entrevistado 10 (Hospital Bom Jesus): As Redes de Atenção à Saúde seria os prontos, os PSFS, que é a atenção básica, a preventiva, a situação de urgência e emergência, hoje o município trabalha com o pronto socorro

municipal, que vai atender os pacientes com maior complexidade geral e redirecionar os pacientes pra referência, nós temos a UPA que ela vai atender o processo de média complexidade, então ou seja, as classificações de média a baixa classificação de risco do paciente, redirecionar pra especialidade também, e nós temos os processos hospitalares que vão trabalhar com especialidades. O Estado ele redireciona, através do processo de especialidade, ou seja, a atenção de urgência e emergência identificou problema ou diagnóstico, vai redirecionar essa referência de acordo com a especialidade, por exemplo, é, o Hospital Bom Jesus ele é referência na neurocirurgia e na neuroclínica, então AVC isquêmico, AVC hemorrágico, traumas graves, traumatismo craniano encefálico é nosso, paciente teve um infarto, precisa fazer um cateterismo, ele é nosso, por exemplo, que nem um hospital a Santa Casa, ela é especialidade pra redirecionar pra SUS é nefrologia, cirurgia torácica e a oncologia. O Hospital Vicentino tá entrando agora no convênio do SUS, a gente ainda tá vendo quais que vão ser as referências especiais deles, mas eles, o São Camilo hoje em dia, a referência é a psiquiatria, tem essa boa referência pra redirecionar de acordo com a especialidade.

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências do município está configurada de forma que cada hospital particular conveniado ao SUS tenha a sua especialidade, a depender do convênio estabelecido entre o sistema público e o sistema privado, como já foi explicado anteriormente. Há também os hospitais particulares que não possuem convênio com o SUS, como explicitado a seguir.

Entrevistado 8 (Hospital Geral Unimed): Como que se procede a nossa assistência aqui a nível particular. Chega qualquer paciente que ele precisa, que ele tá em uma situação de emergência, a gente vai assistir ele, embora nós sejamos um hospital particular, nós temos essa obrigatoriedade de assistir e aí depois que a gente estabiliza esse paciente nós fazemos o encaminhamento, se ele tem convênio ele permanece conosco, se ele não tem convênio nós encaminhamos pra uma rede SUS, nós não podemos negar uma assistência ao paciente independente de ele ser particular ou convênio unimed ou o que for, então a gente presta a primeira assistência pra ele e depois a gente vê qual serviço vai se encaixar diante da necessidade que ele precise. Todo o processo de um hospital particular ele é uma regulação diferenciada, então quando nós temos que transferir um paciente ou precisamos de algum serviço nesse sentido, a gente tem um documento que tem a listagem de todos os serviços que recebem esse nosso paciente pra que a gente possa fazer essa transição e essa referência de serviço, pra que ele possa ser assistido.

Notam-se algumas diferenças entre os hospitais públicos, os hospitais particulares conveniados ao SUS e os hospitais particulares não conveniados ao SUS. No caso da entrevistada acima, a mesma trabalha em um hospital particular, sendo inexistente a presença de convênios. Além disso, a forma de transferência de pacientes a outro serviço também é feito de forma diferenciada, sendo que

utilizam um documento, o qual conta com todos os hospitais privados, seja de Ponta Grossa ou de outro município da regional, que possa receber o paciente.

No que se refere aos hospitais públicos e aos particulares conveniados ao SUS, a transferência dos pacientes para outros serviços é feito via Central de Regulação de Leitos do Estado do Paraná. Quando necessário, paralelamente ao cadastro na Central, a equipe entra em contato via telefone, para explicar a situação e informar o motivo da necessidade de transferência para o outro serviço, agilizando assim o deslocamento do paciente.

Entrevistado 2 / Entrevistado 3 (Unidade Não-Hospitalar de Atendimento às Urgências – UPA 24h): O encaminhamento aqui na UPA acontece via Central de Regulação de Leitos do Estado, então mesmo para a gente encaminhar o paciente para os hospitais do município, que são as nossas portas iniciais, precisa ser cadastrado esse paciente pela Central de Regulação, para que tenha todo o andamento ali, e controle do leito através da Central. Tem um cadastro lá que é através de um sistema específico do Estado, e aí é acessado para que seja cadastrado e informado a situação do paciente. Aí é a Central de Leitos que escolhe o lugar, por exemplo, preciso de um neurologista, o hospital que for ter neurologista, eles ligam lá e solicitam a vaga, todos esses hospitais estão interligados com essa Central, então ele tem um mapa dentro lá do sistema, ele consegue ver os hospitais que têm vagas em aberto, pra que ele possa conseguir fazer essa transferência desse paciente pro melhor lugar possível, ou pra neurologia, cardiologia, ortopedia, psiquiatria, pra que o paciente não fique pulando de hospital em hospital.

Entrevistado 3: A gente conhece algumas portas já pré-determinadas pra encaminhamento, então paralelo a esse cadastro na Central de Regulação, o médico plantonista também tenta o contato por telefone, pra poder também antecipar essa situação, informa o médico por telefone, lá no hospital, referência pra tentar a liberação de uma vaga, se isso acontece aí a gente informa também a Central de Regulação, pra fazer o contato com o médico e o hospital específico que o plantonista da UPA já tentou o contato por telefone. Isso é uma forma de agilizar o serviço informal, mas é uma forma informal de realizar.

A implantação da Central de Regulação de Leitos do Estado do Paraná é vista de forma positiva pelos sujeitos, porém pode ocorrer, em algumas situações, de o paciente não conseguir uma vaga imediatamente e, por conta da sua situação de saúde, a equipe entra em contato diretamente com o serviço, para tornar mais rápida a transferência.

Destaca-se aqui que, quando se tratar de situações em que o paciente precise de atendimento emergencial, é acionada a “vaga 0”. Ou seja, o serviço em que estiver tratando o paciente aciona o SAMU ou o SIATE, os quais levam o paciente até o serviço necessitado, mesmo que ainda não tenha sido encontrada

uma vaga pela Central. Chegando ao local, o SAMU e/ou SIATE informa ao serviço que é paciente de vaga 0 e então o serviço precisará encontrar uma vaga imediatamente.

É importante ressaltar, também, que com a Central, os gestores de saúde podem acessar e tomar conhecimento de onde existe a maior demanda por atendimento e qual especialidade que mais se precisa. As informações geradas pelo sistema orientam ações estratégicas para que então sejam resolvidos os gargalos presentes nos serviços.

Entrevistado 7 (Hospital da Criança João Vargas de Oliveira): Todos os pacientes que procuram a gente atende, se é um paciente grave que nós não atendemos a nossa demanda a complexidade do hospital, a gente coloca via Central de Leitos e é transferido.

Entrevistado 12 (Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais): Para a gente aqui do nosso hospital atender, ele tem que ser regulado pela Central de Regulação, senão eu não consigo atender esse paciente, ou ele vem pela Central de Regulação, ou ele vem, no caso das urgências e emergências, pelo SIATE, SAMU ou os outros serviços de pré-hospitalar, que no caso é das rodovias, é a rodonorte, caminhos do Paraná, entre outras assim.

A Central de Regulação é uma ferramenta importante de gestão em saúde pública. Garante proteção e acesso aos serviços, estabelecendo um padrão de qualidade do atendimento. Ainda, une as ações das áreas hospitalares e ambulatoriais, propiciando atendimento às necessidades imediatas da população. Em relação aos serviços de transporte da rede, o SAMU é o serviço regulador e gerenciador da urgência e emergência, como se pode perceber no relato a seguir.

Entrevistado 5 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e Emergência (SAMU)): Toda a Rede de Atenção de Urgência e Emergência é gerenciada pelo SAMU, através da Central de Regulação. Nós possuímos a Central de Regulação com três médicos que ficam de plantão 24 horas por dia, o cidadão entra em contato solicitando o atendimento, seja ele qual for e através do 193 que seria o SIATE, também é uma ferramenta de porta de entrada do sistema. Todas essas solicitações passam pela Central de Regulação, passa por um médico, que determina qual recurso disponibilizar, se é recursos de suporte básico ou suporte avançado, dependendo da situação, então, a princípio mais de 90% acredito de toda a urgência e emergência é regulado pelo SAMU, a ligação acaba caindo aqui, e o SIATE quando precisa de intervenção no SAMU também pede apoio pro SAMU ou pro médico do SAMU pra tá no local, pra dar assistência, o SAMU indo ao local, faz uma abordagem primária e secundária, passa a abordagem pelo médico regulador do SAMU, o médico regulador do SAMU que vai determinar qual porta levar, de acordo com a gravidade, de acordo com os dados passados pelos socorristas que tá atendendo no local, daí o médico

determina a porta e a equipe desloca, então o SAMU tem bastante participação nessa, no funcionamento da Rede de Urgência e Emergência.

Enfatiza-se que a Central de Regulação das Urgências apresentada pelo sujeito acima não é a mesma Central de Regulação de Leitos do Estado do Paraná, utilizada para transferência de pacientes. A Central de Regulação das Urgências utilizada pelo SAMU é pertencente ao próprio serviço, que é acessado pelo número “192”. Esta Central é uma estrutura física equipada com recursos tecnológicos e uma equipe composta por profissionais médicos, técnicos auxiliares de regulação médica (TARM) e rádio-operadores, todos capacitados em relação aos chamados telefônicos que demandam orientação e/ou atendimento de urgência e emergência. Pode-se observar que na fala do sujeito, o mesmo relata que quando o SIATE necessita de intervenção médica, aciona a Central do SAMU, pois não contam com uma Central própria²².

Percebe-se que nas situações de urgência e emergência, o SAMU, na maioria das vezes, faz a abordagem primária e a abordagem secundária na própria viatura e, em seguida, encaminha o paciente para o serviço que necessita, conforme a situação. O objetivo do serviço é prestar o atendimento a vítima no menor tempo possível, sendo enviada tanto Unidade de Suporte Básico (USB), quanto Unidade de Suporte Avançado (USA), conforme a gravidade do caso.

Entrevistado 5 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e Emergência): Como que funciona, o médico do Pronto Socorro liga pro médico regulador do SAMU e diz assim: olha, eu to com um paciente infartado e não tenho condições de tratar aqui, e o médico regulador do SAMU vai achar a porta certa pra colocar esse paciente, entendeu, então o SAMU não só manda o paciente pro hospital, ele dá essa retaguarda também, de se o paciente tá em uma porta que não tem condições de tratamento o SAMU também assume a responsabilidade de transferir ele dessa porta e colocar em uma porta correta, o ideal é que todo paciente seja regulado corretamente, mas acontece nesses outros casos que são regulados, a princípio a suspeita do diagnóstico era uma, mas chega no hospital é outra, então precisa regular pra uma porta de referência, ou também por procura direta, as vezes a própria família leva o paciente com dor no peito lá no Pronto Socorro, então por exemplo, chega lá, é, confirma-se infarto, então eles entram em contato com o SAMU, entendeu, o SAMU faz essa regulação na porta, vê por exemplo, ou Bom Jesus ou Santa Casa tem condições de receber, então a gente daí disponibiliza todos os recursos necessários pra transferência de cada caso.

²² Esta questão é abordada mais detalhadamente na próxima categoria de análise.

Desta forma, os serviços de transporte de urgências visam qualidade, eficiência e segurança, desde o momento da ligação telefônica até o atendimento *in loco*. Enquanto o SAMU cuida de casos clínicos e regula a urgência e emergência do município, o SIATE cuida de traumas. Importante ressaltar que, após o acionamento das viaturas, a Central acompanha o atendimento até o seu término, dando apoio à equipe e preparando a recepção das portas hospitalares, com o objetivo de garantir o atendimento da urgência.

Em relação à forma de acolhida nos serviços da Rede de Urgência e Emergência, em 2004 o Ministério da Saúde lançou uma cartilha da Política Nacional de Humanização (PNH), a qual trouxe mudanças no trabalho da atenção e produção em saúde (SOUZA, 2015). O acolhimento nos serviços de urgência apresentam alguns desafios a serem superados e por este motivo foi preciso repensar e criar novas formas de agir em saúde que representem uma atenção resolutiva, humanizada e acolhedora.

Desde então, todos os serviços de urgência e emergência do município de Ponta Grossa trabalham com o sistema de classificação de risco. Ou seja, o paciente será atendido conforme a sua gravidade clínica, potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento. Segue-se um protocolo, chamado de Protocolo de Triagem de Manchester (MTS), que irá direcionar a classificação de risco, realizado por uma enfermeira ou técnica de enfermagem, durante a triagem do paciente.

A escala de triagem classifica o paciente em cinco níveis de prioridade, baseado em cinco cores: vermelho (emergente, deve receber atendimento médico imediato); laranja (muito urgente, avaliação médica deve ser feita em até 10 minutos); amarelo (urgente, avaliação médica em até 60 minutos); verde (pouco urgente, avaliação médica em até 120 minutos) e azul (não urgente, pode aguardar até 240 minutos para ser atendido, sendo a maioria dos casos situações em que poderiam ser atendidas em Unidade Básica de Saúde). (SOUZA, 2015).

Todos os pontos de atenção à saúde de Ponta Grossa que fazem parte da Rede de Atenção às Urgências e Emergências utilizam a classificação de risco durante a triagem do paciente.

Entrevistado 6 (Hospital Municipal Doutor Amadeu Puppi – Pronto Socorro):
O nosso hospital ele recebe os pacientes, oriundos das unidades ou de busca espontânea, eles chegam no hospital, conforme o protocolo do

hospital, elas passam pelo pronto atendimento, uma triagem, com enfermeiro que verifica os dados vitais, encaminha os pacientes pra consulta conforme a classificação de risco e se é uma emergência, conforme o protocolo estabelecido aqui pelo hospital, eles entram aqui na emergência e passam direto pro médico, onde eles são encaminhados, ou pra clínica médica, ou pra clinica cirúrgica, e quando há necessidade, após avaliação, de um paciente ser transferido para um hospital de alta complexidade, nós colocamos na Central de Leitos, que é uma Central que ela é coordenada pelo Estado e o paciente aguarda a transferência até liberarem um leito nessas unidades.

Desta categoria, é possível captar que a Rede de Atenção às Urgências e Emergências de Ponta Grossa cumpre com os atributos necessários ao funcionamento de uma rede, porém com a ressalva da função da Atenção Básica na rede. Este nível de atenção está se inserindo na rede aos poucos e se capacitando para realizar alguns atendimentos de urgência e emergência, para que então só sejam feitos encaminhamentos para os serviços de média e alta complexidade quando realmente for necessário, colaborando assim na diminuição da superlotação nos serviços.

Todavia, a depender da situação, a atenção básica é o primeiro serviço a ser buscado, além da UPA, dos hospitais públicos municipais e dos serviços de transporte. Também, é de conhecimento de todos os pontos de atenção à saúde que a UBS é o centro articulador da rede, o que significa que em algum momento em seu atendimento, precisará passar pelo atendimento da atenção básica.

Cabe lembrar, ainda, que é preciso levar em consideração a própria característica e particularidade da Rede de Atenção às Urgências e Emergências: atender situações emergenciais. Ou seja, em uma situação de iminente risco de perder a vida, a pessoa não será encaminhada à UBS, mas sim a um serviço de urgência e emergência, pois é o serviço que, no momento, está preparado para atender esse tipo de situação.

A configuração da rede está bem estruturada, de forma que cada serviço tenha a sua especialidade, os quais trabalham com reciprocidade. A partir da inserção nos pontos de atendimento desta rede, entende-se que se faz necessário a produção de materiais didáticos e a constante realização de capacitações aos profissionais inseridos nos serviços da rede, para que sejam demonstrados os atributos pertencentes a uma RAS e reforçado o papel da Atenção Básica na Rede de Atenção às Urgências e Emergências do município.

CATEGORIA 3: As dificuldades no processo de consolidação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências em Ponta Grossa

A terceira categoria que se revelou nas entrevistas está relacionada às dificuldades encontradas pelos profissionais no que se refere ao funcionamento da Rede de Atenção às Urgências e Emergências. O que se nota é que as dificuldades apresentadas pelos sujeitos são comuns em todos os serviços de saúde que fazem parte da rede.

É importante observar que, dentro desta categoria, foram determinadas duas subcategorias, que aprofundaram e desdobraram, detalhadamente, cada dificuldade presente no processo de consolidação da rede. São elas: Compreensão do papel da Atenção Básica e Carência de Recursos Humanos.

Compreensão do papel da Atenção Básica

Destaca-se que em várias entrevistas, quando perguntado sobre as facilidades e as dificuldades, os sujeitos enfatizaram as dificuldades. Uma das questões mais relatadas pelos sujeitos foi a dificuldade que a população tem a respeito de compreender o papel da Atenção Básica, conforme discutido na segunda categoria, e quando procurar o serviço:

Entrevistada 1 (Atenção Primária): As dificuldades é, em algumas vezes, a má utilização do serviço. Muitas vezes pelos próprios usuários, porque o usuário por demanda espontânea pode acionar o serviço pelo telefone também, e muitas vezes não era essa demanda, ele podia ter ido à unidade. A gente dispensa muito tempo, estrutura do serviço de urgência em situações que não eram necessárias. Essa é uma das dificuldades da nossa rede. A outra dificuldade que a gente considera que também está em processo de melhoria é a integração de profissionais que trabalham nos serviços de Urgência e Emergência e de profissionais que trabalham na Atenção Básica. A gente ainda não tem isso consolidado, é como se cada um trabalhasse no seu nicho e não houvesse integração. Seria bem importante que houvesse essa troca, pelo menos de informações, até para que as equipes de Atenção Primária se sentissem mais seguras na hora de acionar.

Entrevistada 7 (Hospital da Criança João Vargas de Oliveira): A dificuldade são os pacientes que não são urgências que ficam vindo, que as vezes você deixa de fazer uma classificação mais específica do paciente devido ao alto fluxo, alguns pacientes que não deveriam estar na unidade hospitalar e sim na Unidade Básica de Saúde.

Essa dificuldade é justificada pela entrevistada 1. Para ela, é preciso haver uma melhor integração entre os profissionais inseridos nos pontos de atenção, para que a rede funcione de forma mais organizada. Além disso, é preciso que seja repassada à população a importância e a função da Atenção Básica, através de ações que levem informação à sociedade, evitando que o paciente se dirija ao local errado e evitando também o alto fluxo, conforme relato da entrevistada 7.

“O sistema de saúde brasileiro está organizado de forma fragmentada, sendo que as unidades de Atenção Primária à Saúde não se comunicam adequadamente com os serviços de saúde de nível secundário e esses dois níveis também não se comunicam com a atenção terciária à saúde”. (SOUZA, 2015, p. 142).

Observa-se que o problema de comunicação entre a Atenção Básica e os demais serviços de saúde ocorre em diversos lugares, justamente pela forma que o sistema de saúde se organizou ao longo do tempo. A implantação de Redes de Atenção à Saúde vem justamente com a proposta de possibilitar a comunicação integrada entre todos os serviços da rede, pois quando trabalham isoladamente, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população e, para isso, faz-se necessário mais diálogo entre todos os sujeitos envolvidos na rede.

Uma forma de solucionar o problema organizacional dos serviços de urgência e emergência foi a implementação do acolhimento com avaliação e classificação de risco. A partir de então, o paciente será atendido conforme a sua situação de saúde e não por ordem de chegada. (SOUZA, 2015). A classificação de risco contribui positivamente para a organização e priorização do atendimento nos serviços de urgência e emergência, proporcionando uma resposta mais rápida aos usuários com agravos agudos, que necessitam de intervenção imediata.

Mesmo com a utilização da classificação de risco, os sujeitos relatam que continua sendo alto o número de pacientes que possuem situações clínicas passíveis de serem resolvidas em serviços de menor complexidade, como por exemplo, a UBS, mas que buscam serviços de média e alta complexidade, conforme o relato a seguir.

Entrevistada 3 (Unidade Não Hospitalar de Atendimento às Urgências – UPA): Outra dificuldade que a gente encontra é o número de pacientes classificação de risco azul, que são pacientes que advêm de um perfil de Unidade Básica de Saúde e buscam atendimento aqui na Unidade de

Pronto Atendimento. A gente consegue identificar alguns motivos, geralmente é por causa do período que a UBS é aberta.

A entrevistada cita o período de funcionamento da UBS, que ao contrário da UPA, não funciona 24 horas. Por conta disso, dependendo do horário para o atendimento, o paciente acaba buscando o serviço disponível naquele momento, fazendo com que haja uma superlotação nos demais serviços, como por exemplo, a UPA, os Pronto-Atendimentos e os hospitais, os quais contam com poucos leitos de internamento, conforme demonstrado nas falas a seguir:

Entrevistado 5 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)): Tem a questão de vagas. A gente sabe que, todos os hospitais, nenhum deles tem vaga sempre, todo mundo tá no seu limite, todos os hospitais, principalmente os de referência de paciente grave, por exemplo, o Bom Jesus, o Hospital Regional, que são hospitais que estão sempre com a lotação quase no limite, então essa é uma dificuldade que a gente encontra bastante no nosso serviço.

Entrevistada 7 (Hospital da Criança João Vargas de Oliveira): A dificuldade são os pacientes que não são urgências que ficam vindo, que as vezes você deixa de fazer uma classificação mais específica do paciente devido ao alto fluxo, alguns pacientes que não deveriam estar na unidade hospitalar e sim na Unidade Básica de Saúde.

Nota-se que a superlotação é uma das dificuldades mais constante nos serviços de urgência e emergência, justamente pelo fato de que para muitos pacientes a sua situação de saúde poderia ser resolvida na UBS e estão nos serviços de urgência. Pelo fato do serviço já estar superlotado, nem sempre a classificação de risco é feita de forma específica.

Pode-se dizer que grande parte dos sujeitos, quando perguntado sobre as dificuldades presentes na rede, trouxe a questão do não entendimento, por parte da população, sobre qual serviço acessar e por este motivo procurarem um serviço de urgência, pois acreditam que é onde sua situação de saúde será resolvida.

Para que isso seja resolvido, a Atenção Básica precisa ser fortalecida no município, investindo em profissionais e na estrutura deste nível de atenção à saúde, para que assim a população entenda qual é a função da UBS e quando acessá-la. Ou seja, é necessário mudar a visão de que a UBS não funciona, que há falta de profissionais e dificuldade de conseguir consulta.

É importante reforçar que não se deve culpabilizar o sujeito quando o mesmo não se dirige ao serviço e/ou ponto de atenção de referência, pois isso acontece pela falta de compreensão sobre qual serviço buscar e pela forma que o

sistema de saúde está organizado. Por isso, a importância de repassar e esclarecer à população o papel e função da Atenção Básica e quando buscá-la, através de ações informativas.

Conforme a próxima fala, quando perguntado sobre a principal dificuldade encontrada na rede, a entrevistada responde sobre o papel da Atenção Básica.

Entrevistada 10 (Hospital Bom Jesus): A Atenção Básica. A partir do momento que a atenção básica consiga fazer o seu processo preventivo, o número de pessoas procurando processos curativos diminui, por quê? A conscientização da população vem através do que? Através da Atenção Básica, se o PSF falha com o cidadão, infelizmente ele vai adoecendo, e aí começa o aglomerado de pessoas com procura em hospitais, aumento de demanda nos leitos, falta de vagas de UTI, isso não deveria acontecer hoje em dia, porque quando o SUS ele foi desenhado, ele é lindo quando a gente vê o processo do SUS, é o único país que você chega e tem um convênio sem ter que pagar nada, ele é muito bonito, ele é muito desenhado, ele é bem articulado, só que infelizmente a falha da Atenção Básica faz com que haja uma procura maior nos hospitais, e aí o que acontece? Não foi desenhado para isso.

Os serviços de urgência e emergência, no município de Ponta Grossa, funcionam acima da sua capacidade de suporte, ocasionando forte impacto no que se refere à qualidade de atendimento, atrasando o atendimento ao paciente, podendo até levar o risco de mortalidade. Isso também representa uma ameaça aos direitos da população, que aguardam atendimento em situações críticas, sem nenhuma perspectiva de atendimento. (SÁ, 2014).

Percebe-se, na fala do sujeito, a importância da Atenção Básica na Rede de Atenção às Urgências e Emergências; quando cumpre com o seu papel, contribui tanto na situação de saúde do paciente, quanto aos serviços de média e alta complexidade da rede.

Carência de Recursos Humanos

Outra dificuldade presente, destacada nas entrevistas, está relacionada aos recursos humanos, mais especificamente a falta de médicos, sendo que foi relatado por vários profissionais de diversos serviços. Quando se fala em Atenção Básica, isso leva a população a não acessar a UBS, pois, como há falta de médicos no serviço, a população sabe que irão chegar ao serviço e terão que esperar pelo

atendimento (muitas vezes não sendo atendido no dia em que acessarem o atendimento).

Em relação a isso, é importante destacar o “Programa Mais Médicos”, programa destinado a levar um maior número de profissionais médicos para regiões onde há escassez ou ausência desses profissionais. Além disso, o programa prevê, também, mais investimentos para construção, reforma e ampliação de UBS. (BRASIL, 2020).

Lançado pelo Governo Federal de Dilma Roussef no ano de 2013, o programa tem por objetivo melhorar o atendimento aos usuários do SUS. Destacam-se os médicos cubanos, contratados por meio do convênio da Organização Pan-Americana de Saúde/OPAS na 1ª fase do programa. A intenção primordial do programa é resolver a questão emergencial do atendimento básico à saúde do cidadão. (MARTINS *et al.*, 2019).

Em novembro de 2018, o governo de Cuba anunciou o fim de sua participação no Programa e, com isso, 56 médicos cubanos deixaram de atender nas UBSs de Ponta Grossa por conta do corte do Programa. De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde todas as UBSs do município contavam com o atendimento dos integrantes do programa. Após a reposição conduzida pela prefeitura, em média um profissional atende em cada UBS, repercutindo na falta de profissionais nas UBSs. (MAXIMO; AGUIAR; CAVASSANA, 2020).

Entrevistada 1 (Atenção Primária): A gente não tem tantas ambulâncias, não tem tantos médicos de plantão, então as vezes pode demorar, embora a gente se mobilize rapidamente, quando isso começa a travar, toda a rede se mobiliza, mas poderia ser um pouquinho melhor. Basicamente é isso.

Entrevistado 4 (Pronto Atendimento de Ponta Grossa): A dificuldade é que os postinhos não têm médico, isso que eles falam, aí o que acontece, a demanda fica tudo aqui, daí o paciente chega quer ser atendido em coisas que podem aguardar. O PA é para atendimento de consultas, urgência e emergência, se o médico atender lá (UBS) e achar necessidade de fazer exames, ele vai encaminhar para o Pronto Socorro, que é feito ultrassom, tomografia, exames de laboratório. Se o médico achar necessidade, ele vai encaminhar para o hospital, para a emergência, para internamento e investigação.

Entrevistada 11 (Programa de Atenção Domiciliar): Sem recursos humanos, sem tá lá o médico, a equipe completa, é complicado, e eu sei que esse problema de recursos humanos é o mesmo dos outros serviços também, tanto dos hospitais, tanto do SAMU e do SIATE também que eu sei que sempre tem dificuldade em manter médico lá.

Percebe-se que a própria profissional da Atenção Básica trouxe como dificuldade a carência de recursos humanos, principalmente em relação a ambulâncias e aos médicos. Isso faz com que o paciente que já conhece a realidade da UBS, acesse outro serviço, pois já sabe da realidade que irá encontrar quando chegar até lá.

Na segunda categoria de análise foi comentado rapidamente sobre o SIATE não possuir sua própria Central de Regulação de Urgências. Isso faz com que, conseqüentemente, o serviço não tenha dentro de sua equipe um médico próprio do SIATE. Ocorre que, após o atendimento, o serviço precisa que um médico faça a regulação de onde será levado o paciente. Por não contarem com médicos na equipe, o SIATE recorre à equipe do SAMU, fazendo com que a Central fique sobrecarregada e o atendimento à vítima demore mais.

Entrevistado 9 (Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma – SIATE):
Uma das soluções pra essa dificuldade seria fazer uma central única de atendimento, como é feito em Curitiba, que existe bombeiros militares policiais, médicos, pessoal do SAMU também, todos juntos nessa central única e quando da ocorrência, dali mesmo a gente já decide qual viatura que vai ser despachada, como que vai ser feito esse atendimento, talvez seja uma das formas de sanar essa dificuldade.

Percebe-se que a falta de médicos, em alguns serviços de saúde em Ponta Grossa, é um problema que afeta todos os serviços da rede. Se não há médicos na UBS, o paciente irá acessar o serviço que tem médicos, independente de sua situação de saúde. Acontece que muitas vezes não é o serviço em que ele deveria estar, acarretando assim em uma superlotação. O mesmo acontece com o SIATE, que precisa recorrer aos médicos do SAMU, fazendo com que a central fique sobrecarregada, demorando mais o atendimento à vítima.

Como já demonstrado na segunda categoria de análise, o encaminhamento do paciente para outro serviço é feito através da Central de Regulação de Leitos do Estado do Paraná, responsável por organizar o fluxo de internações. Esta Central faz parte de um Complexo Regulador, que tem por objetivo permitir uma utilização mais adequada dos serviços, levando em consideração os níveis de complexidade da situação clínica do paciente. (BRASIL, 2006).

Um profissional apontou como dificuldade a demora em o paciente ser regulado para o serviço que necessite o que é inadmissível se tratando de situações

graves, as quais precisam de todo o atendimento necessário o mais rápido possível, pois caso contrário, sua situação poderá se agravar, podendo levar à morte.

Entrevistada 3 (Unidade Não-Hospitalar de Atendimento às Urgências – UPA 24h): Uma das dificuldades que a gente identifica aqui na UPA é realmente a dificuldade da Central de Regulação de Leitos, acho uma das principais impactantes no nosso serviço, justamente pela dificuldade do tempo para fazer o encaminhamento desse paciente para o hospital de referência caso o município não consiga absorver. Essa é uma das principais dificuldades.

A demora da transferência da Central de Regulação tem sido polemizada, causando desentendimentos entre familiares e a equipe. É importante ressaltar que quando a situação envolve instabilidade clínica, a equipe deverá buscar intervenções para além da Central de Regulação, visando o bem estar do paciente. Paralelamente ao cadastro do paciente na Central, é importante, também, que o médico registre no prontuário do paciente a tentativa de transferência.

Os sujeitos inseridos nos hospitais relataram sobre a superlotação em seus serviços, acarretando em falta de leitos. Entende-se que isso se dá, pois o município de Ponta Grossa possui 351.736 mil habitantes e sedia a 3ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, abrange mais onze municípios. O município possui vários serviços, porém por conta de atender um grande número de pessoas, acaba ocorrendo a superlotação. (IBGE, 2010).

É notório que alguns serviços não se articulam tanto com os outros pontos da rede como os demais. Isso faz com que a rede não funcione como deveria, conforme os atributos estabelecidos, gerando assim percalços em sua consolidação, o que deve ser constantemente discutido a fim de que todos os serviços estejam trabalhando conjuntamente.

Ainda, a Rede de Atenção às Urgências e Emergências em Ponta Grossa possui suas particularidades. Ou seja, em 2011 iniciou o processo de construção da rede, porém os serviços de saúde de urgência e emergência existiam no município antes da implementação da rede e, por conta disso, tinham sua própria maneira de trabalhar, alguns isoladamente, outros não. Por conta disso, é preciso que sejam feitas capacitações entre os profissionais inseridos nos serviços da rede, bem como fortalecer o diálogo entre eles, para que a rede funcione de acordo com o que está preconizado.

Além disso, grande parte da população não tem conhecimento sobre o funcionamento da rede. Em uma situação de saúde agudizada, normalmente se procura um hospital e não uma UBS, por conta de vários fatores: localização, receptividade e entendimento sobre o serviço. Isso é agravado a partir do momento em que a UBS não conta com uma equipe preparada para atender situações de urgência, dentre outras questões já comentadas anteriormente, além do fato de que a UBS não é um serviço de atendimento de urgência de emergência, pois não faz parte de sua competência.

Há exceção para algumas situações: as que envolvem risco iminente de vida. Nesses casos, a Atenção Básica não será o primeiro serviço a ser buscado nem mesmo o centro regulador. Se a pessoa estiver em uma situação aguda, o centro regulador será o primeiro serviço em que o paciente acessou. A partir do momento que sua situação de saúde passa a ser crônica, deixando de ser uma urgência, será encaminhado para a Atenção Básica e este serviço será o centro regulador.

Desta forma, na Rede de Atenção às Urgências e Emergências, a UBS é um serviço que faz parte como componente pré-hospitalar, ou seja, é responsável pelo atendimento em primeiro nível de atenção. Ainda, faz parte da Atenção Básica o acolhimento às urgências de baixa gravidade ou complexidade. (UNA-SUS/UFMA, 2015).

As RAS foram implementadas com o objetivo de mudar a visão de que o hospital é o serviço mais importante, e valorizar a Atenção Básica. Conclui-se, portanto, que a Rede de Atenção às Urgências e Emergência em Ponta Grossa está em fase de consolidação. O maior desafio da rede está na articulação de todos os serviços com a Atenção Básica e isso envolve tanto o conhecimento por parte dos profissionais quanto dos usuários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente dissertação teve por objetivo geral analisar a configuração da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no município de Ponta Grossa/PR, do ano de 2011 até o ano de 2018. Com base no método histórico dialético, foi delimitado o caminho a seguir para que os objetivos fossem atingidos, através do estudo do objeto de pesquisa, que é a Rede de Atenção às Urgências e Emergências, em etapas, porém que foram analisadas de forma articulada.

Inicialmente, no primeiro capítulo deste trabalho, foi apresentado o contexto histórico da política de saúde, partindo da década de 1970 até o momento que a saúde passa a integrar a Constituição Federal de 1988, da Seguridade Social e a criação do SUS, sistema que trouxe com ele princípios e diretrizes, que também foram apresentados no capítulo. Enfatiza-se aqui que, a opção por discutir sobre a política de saúde desde a época de 1970 se deu para que fosse possível reconhecer as principais mudanças ocorridas nessa época até os dias atuais e a importância das RAS neste contexto.

No segundo capítulo foram abordadas as RAS de forma geral. Para isso, primeiro foi realizado um resgate histórico das RAS para então trazer a sua definição, seus fundamentos, elementos constitutivos, atributos e as redes temáticas existentes no Brasil. Este trabalho foi extremamente importante para embasar a discussão sobre a Rede de Atenção às Urgências e Emergências e, em seguida, elencar as categorias de análises das entrevistas realizadas, no terceiro capítulo.

O terceiro capítulo se volta ao objeto e ao lócus da pesquisa. Desta forma, foi exposto como está organizada a política de saúde do município de Ponta Grossa/PR, com base no Plano Municipal de Saúde 2018/2021. Esta construção foi necessária para compreender como estavam estruturadas as redes no município e, posteriormente, caracterizar a Rede de Atenção às Urgências e Emergências, com base na Política Nacional de Atenção às Urgências e a Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003.

Com as entrevistas, os demais resultados foram encontrados, respondendo as questões de pesquisa e aos objetivos específicos dessa dissertação. A partir da fala dos sujeitos e com a metodologia da análise de conteúdo, com modalidade temática, é que se elencaram três categorias de análise, possibilitando algumas

considerações, bem como identificaram fragilidades e potencialidades sobre a Rede de Atenção às Urgências e Emergências do município de Ponta Grossa.

Nessa etapa do trabalho é oportunizada a fala, aos sujeitos inseridos na rede, possibilitando aos mesmos discorrerem sobre o serviço em que estão atuando, o qual faz parte da rede. Importante ressaltar que as falas dos sujeitos se revelaram conforme o lugar que ocupam dentro do serviço em que estão inseridos. Por outro lado, também transpareceram queixas e sugestões a respeito do funcionamento da rede, demonstrando reconhecerem a importância de se discutir sobre a Rede de Atenção às Urgências e Emergências.

A primeira categoria de análise, denominada: A compreensão relativa à Rede de Atenção à Saúde e a Rede de Atenção às Urgências e Emergências, nos permitiu considerar que há entendimento e conhecimento, por parte dos profissionais, do que vem a ser uma RAS bem como uma Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Além disso, grande parte dos sujeitos, em suas falas, relataram a relevância de se trabalhar em rede, nos dias atuais.

Enfatizaram, também, que a RAS se mostra como algo positivo no município e que há reciprocidade e complementaridade entre os serviços de média e alta complexidade, sendo necessária a melhor comunicação apenas com a Atenção Básica. Contudo, todos os níveis de atenção possuem um objetivo comum, que é garantir a integralidade, em ações de prevenção, promoção e recuperação à população.

Para se trabalhar em rede, a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) traz seis atributos de uma RAS. Desta forma, a próxima categoria analisa dois destes atributos.

A segunda categoria de análise foi designada como: Atributos de uma Rede de Atenção à Saúde: Atenção Básica como centro de comunicação e formação de relações horizontais entre os diferentes pontos de atenção. Esta categoria esteve voltada a dois atributos de uma RAS. A seleção se deu pelo fato de que, durante as entrevistas, destacou-se na fala dos sujeitos estes dois atributos. Os outros quatro atributos também estiveram presentes nas falas, não com tanta ênfase como os dois atributos elencados. Ou seja, faz parte do dia a dia dos mesmos, porém os sujeitos não os identificam como atributos.

Percebe-se que, em relação à Atenção Básica como centro de comunicação e porta de entrada para a rede, todos os sujeitos demonstraram ter conhecimento sobre isso. Ainda assim o que se notou é que está imbricado em suas falas que o município conta com algumas portas de entrada, porém não é citado a Atenção Básica dentre estas portas, tampouco como centro articulador dos serviços. Acredita-se que isso se dá pelo fato de que o trabalho em rede ainda está sendo implementado no município, bem como pela própria característica da rede.

Depreende-se que, por a Rede de Atenção às Urgências e Emergências tratar de situações de urgência e emergência, nem sempre o paciente irá acessar a Atenção Básica como primeiro atendimento, sendo preferível ir até a UPA, aos hospitais públicos municipais ou entrar em contato com os serviços de transporte de urgências, a depender da situação. O mesmo ocorre com os hospitais particulares, não conveniados ao SUS, considerando que se o paciente paga por um convênio, irá acessar atendimento no hospital que é conveniado, e não nas UBS.

No município de Ponta Grossa a Rede de Atenção às Urgências e Emergências está configurada de modo que existem três principais portas de entrada, que são: UPA, Pronto Socorro Municipal e Hospital da Criança, por se tratarem de serviços públicos municipais. Também, em situações em que a pessoa não consiga se deslocar até tais serviços, entra-se em contato com o SAMU ou SIATE, os quais também fazem o primeiro atendimento.

Se estes serviços não puderem atender, por se tratarem de situações em que não está preparado, como por exemplo, motivo de especialidades, o caminho é entrar em contato com os outros hospitais da rede, os quais são particulares, mas possuem convênio com o SUS no que se refere à especialidades e também o Hospital Universitário Regional, todos de alta complexidade.

Em relação ao segundo atributo formação de relações horizontais entre os diferentes pontos de atenção percebe-se que a Rede de Atenção às Urgências e Emergências de Ponta Grossa funciona de forma positiva. Os entrevistados reconhecem que cada serviço possui a sua especificidade e todos são igualmente importantes para o funcionamento da rede.

Entretanto, por conta da implementação da rede ser relativamente recente no município (2011), muitos serviços já existiam anteriormente à rede e possuíam sua própria forma de se trabalhar. Observa-se que diante disso, a população está

habituada a acessar o mesmo serviço quando sua situação de saúde está agravada. Ressalta-se aqui que os sujeitos sabem da importância de se trabalhar em rede, porém ainda é um desafio no município.

Os hospitais do município estão organizados de forma que cada um atenda a sua especialidade, tanto os hospitais públicos, quanto os privados, através dos consórcios. Caso ocorra de surgir uma situação em que o município não tenha a especialidade necessária, poderá pactuar com outros municípios que façam parte da Regional de Saúde de Ponta Grossa.

A forma de comunicação entre os serviços se dá, informalmente, via contato telefônico e quando há a necessidade de transferência de um paciente para outro serviço é feito através da Central de Regulação de Leitos do Estado do Paraná. A implantação da Central é avaliada benéficamente pelos sujeitos. Em situações de urgência em que o paciente precisa de uma vaga imediatamente, e se isso não é alcançado pela Central, a equipe entra em contato via telefone com o outro serviço, para agilizar o atendimento ou aciona a “vaga 0”.

Além disso, todos os serviços do município de Ponta Grossa trabalham com o sistema de classificação de risco, realizado durante a triagem do paciente. Assim, o paciente será atendido conforme sua situação clínica e não por ordem de chegada, como acontecia antigamente. Isso também é visto de forma positiva pelos sujeitos, porém muitos deles relataram a dificuldade que a população tem em identificar qual serviço recorrer. Nestas situações, os serviços que atendem somente classificação de risco emergente, muito urgente e urgente, atendem situações pouco urgente ou não urgente.

Entende-se, a partir desta categoria, que a Rede de Atenção às Urgências e Emergências vem cumprindo com os atributos necessários ao funcionamento de uma rede, porém com algumas considerações a serem feitas, como por exemplo, o fato da Atenção Básica não ser o primeiro serviço a ser buscado pela população. Entende-se que tal situação ocorre pela característica da rede, que é atender situações de urgência e emergência.

A terceira categoria de análise está voltada as dificuldades presentes no processo de consolidação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências em Ponta Grossa. A escolha dessa categoria se deu pelo fato de que, durante as entrevistas, foram enfatizadas muitas dificuldades, as quais são comuns em todos

os serviços da rede. Ainda, a partir desta categoria foram eleitas duas subcategorias, derivadas desta, que aprofundaram e desdobraram melhor cada dificuldade presente no processo de consolidação da rede. São elas: Compreensão do papel da Atenção Básica e Carência de Recursos Humanos.

Uma das dificuldades relatadas por diversos serviços foi o não entendimento, por parte da população, sobre o papel da Atenção Básica e quando acessá-la. Isso será solucionado a partir do momento que sejam desenvolvidas ações que levem informação à população a respeito do papel da Atenção Básica. O sistema de classificação de risco vem para auxiliar nesse sentido, pois com o passar do tempo, a própria população compreenderá que a sua situação de saúde poderá ser resolvida em outro ponto de atenção à saúde, como por exemplo, a Atenção Básica.

A partir do momento que o paciente souber qual serviço buscar conforme a sua situação de saúde, haverá diminuição da superlotação nos serviços de urgência e emergência, sendo esta outra dificuldade encontrada pelos profissionais. Por isso a importância de ser investido na Atenção Básica do município, para que assim a população veja o serviço de forma positiva.

Outra dificuldade relatada foi a falta de profissionais médicos nos serviços. Quando se fala em Atenção Básica, esse é mais um dos motivos pelo qual a população não busca o serviço. Além disso, seria interessante criar uma Central Única de Urgências para ambos os serviços de transportes de urgências, o que também contribuiria na agilidade do funcionamento da rede.

A pesquisa também revelou aspectos positivos. O município conta com vários serviços de urgência e emergência, os quais compõem a rede pesquisada. Cada um deles possui a sua especialidade, contribuindo assim para que a população não precise buscar o serviço que necessite em outros municípios. Além disso, percebe-se que há boa comunicação entre os serviços de média e alta complexidade, porém no que diz respeito à atenção básica, a comunicação precisa melhorar.

Estas considerações levam ao entendimento de que a Rede de Atenção às Urgências e Emergências do município de Ponta Grossa está em fase de consolidação e, por conta disso, ainda há algumas questões, como já apresentadas

no decorrer do trabalho, a serem aperfeiçoadas, como toda ação que se encontra em desenvolvimento.

Volta-se à pergunta inicial: Como está configurada a Rede de Atenção às Urgências e Emergências no município de Ponta Grossa/PR? Através dos objetivos específicos, permitiu-se a resposta à esse questionamento, por meio da compreensão da política de saúde e da RAS, como deve ser constituídas no Brasil e quais são as RAS pertencentes ao município de Ponta Grossa, bem como a compreensão da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, analisada por meio das entrevistas, sendo que foi o atingido o objetivo geral desta dissertação, que é analisar a configuração da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no município de Ponta Grossa/PR, do ano de 2011 até o ano de 2018.

A partir do referencial teórico apresentado e da análise de dados desenvolvida através das entrevistas, depreende-se que a Rede de Atenção às Urgências e Emergências em Ponta Grossa está configurada conforme as particularidades e os limites do município. Ou seja, a rede ainda está em fase de consolidação e com ela os desafios já apresentados, os quais serão superados juntamente à consolidação do trabalho em rede.

Embora os serviços de saúde tenham progredido a partir do momento em que se iniciou o trabalho em redes, percebe-se que muito precisa avançar. Para isso, é necessário que a rede funcione conforme estabelecido em legislação, onde todos os atores envolvidos possam trabalhar de forma articulada, para ofertar um serviço de saúde de qualidade para a população.

Ressalta-se que esta dissertação não pretendeu esgotar a temática, mas sim realizar uma contribuição aos estudos da área. Por conta da rede ainda estar em processo de consolidação, o estudo não está totalmente conclusivo. O principal desafio da pesquisa foi justamente esse: ter um olhar sobre a configuração da Rede de Atenção às Urgências e Emergências enquanto a mesma está em processo de consolidação.

Para a pesquisadora, o aprendizado foi enorme. Aproximar-se e se inserir nos serviços de saúde pertencentes à rede e acompanhar a rotina de cada um deles não foi fácil, porém o resultado foi satisfatório. Isso possibilitou a apreensão de um saber sem igual, ampliando a visão de questões que antes não eram vistas! Com base nisso é que se reafirma que a pesquisa não para por aqui, pois os estudos na

área é uma das principais ferramentas de luta pela população. Por fim, que este trabalho sirva de exemplo para futuras pesquisas na área e que possa contribuir, também, com todos os atores envolvidos na rede, durante a sua construção.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, A. M. *et al.* Organização das redes de atenção à saúde na perspectiva de profissionais da atenção domiciliar. **Rev Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 34, n. 2, p. 111-117, 2013.

ARRUDA, C. *et al.* Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem.** Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 169-173, jan./mar. 2015.

BEHRING, E. R. BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história.** 2. ed, São Paulo: Cortez, 2007.

BIDARRA, Z. S. Pactuar a intersectorialidade e tramar as redes para consolidar o sistema de garantia dos direitos. **Serviço Social & Sociedade.** São Paulo, n. 99, p. 483-497, 2009.

BONFIM, M. L. N. da C. A estratégia do trabalho em Rede no SUAS\ CRAS - TeresinaPI: uma experiência em movimento, 2009. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/17993>. Acesso em: 17 dez 2019.

BOURGUIGNON, J. A. **Concepção de Rede Intersectorial.** 2001. Disponível em: <http://www.uepg.br/nupes/intersector.htm>. Acesso em: 05 dez. 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2007. 248 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2011. 197 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 3)

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

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: CONASS, 2003. 248 p.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988.** Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 10 jul. 2019.

BRASIL. Determinantes sociais. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/determinantes-sociais>. Acesso em: 16 abr. 2019.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia, Estatística (IBGE). **Ponta Grossa**. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pr/ponta-grossa.html?>>. Acesso em: 14 jun. 2019.

BRASIL, Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 01 abr. 2019.

BRASIL, **Mais Médicos, Conheça o Programa**. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/conheca-programa#footer>. Acesso em: 11 jun. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências**. Disponível em: <https://saude.gov.br/saude-de-a-z/componente-hospitalar-da-rede-de-atencao-as-urgencias>. Acesso em: 21 fev 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Consórcios Públicos Intermunicipais, no âmbito do SUS – Aspectos Básicos**. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/janeiro/25/11.Consorcios-Publicos-Intermunicipais-set2016.pdf>. Acesso em: 23 fev 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Curso de autoaprendizado: Redes de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde**. Brasília-DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 160 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências** / Ministério da Saúde. – Brasília: Ministério /da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cardiologia [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. 23 p.: il. (Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada; v. 2).

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS**. Informações de saúde. 2019. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204&id=6906&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?cnes/cnv/estab>. Acesso em: 22 nov 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica/Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2048, de 05/11/2002. Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília-DF, 2002.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia Estatística. **Cidades e Estados**. Disponível em <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pr/ponta-grossa.html>. Acesso em 26 nov 2019.

BRASIL, Portaria nº 1863, 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. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2003.

BRASIL, Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2017.

BRASIL, Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 68 p.

CARVALHO, B. G.; MARTIN, G. B.; CORDONI JR.,L. A organização do sistema de saúde no Brasil. *In*: ANDRADE, M. A. de.; SOARES, D. A.; JUNIOR, L. C.; **Bases da Saúde Coletiva**. 1. ed. Londrina: Editora UEL, 2001. Cap. 2. p. 27-59.

CAVALCANTE, R. B.; CALIXTO, P.; PINHEIRO, M. M. K. Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. *In*: Revista **Informação e Sociedade: Estudos**. João Pessoa, v. 24, n. 1, p. 13-18, jan.-abr./2014.

CAVALCANTI, P. C. S. da. *et al.* Um modelo lógico da Rede Cegonha. **Physis**. Rio de Janeiro, v. 23. n. 4, p. 1297-1316, out./dez, 2013.

CONASS. **Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, 2012. Nota Técnica.

CORREIA, M. C. B. da. A observação participante enquanto técnica de investigação. **Pensar Enfermagem**. v. 13, n. 2, p. 30- 36, 2º semestre de 2019.

COUTO, B. R. **O direito social e a assistência social na sociedade brasileira: uma equação possível?**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

DI GIOVANNI, M. **Rede cegonha: da concepção à implantação**. 2013. Monografia. (Especialização em Gestão Pública) - ENAP - Escola Nacional de Administração Pública, Brasília, 2013.

DUARTE, L. S. *et al.* Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 24, n. 2, p. 472-485. 2015.

DUBOW, C; GARCIA, E. L; KRUG, S. B. F. Percepções sobre a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em uma Região de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 117, p. 455-467, abr./jun. 2018.

ENGELS, Friedrich. **Anti-Dühring**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1990.

SCOREL, S. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. *In*: GIOVANELLA, L. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, 1112 p.

FARAGO, C.C; FOFONCA, E. **A Análise de conteúdo na perspectiva de Bardin: do rigor metodológico à descoberta de um caminho de significações**. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, ed. 18, n. 7, 2012.

FIOCRUZ. **Oitava Conferência Nacional de Saúde: O SUS ganha forma**. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/oitava-conferencia-nacional-de-saude-o-sus-ganha-forma>. Acesso em: 02 mai. 2019.

FIORI, J. L. **Estado de Bem-estar social: padrões e crises**. Disponível em: <http://www.iea.usp.br/publicacoes/textos/fioribemestarsocial.pdf>. Acesso em: 04 dez. 2019.

FLEURY, S. **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

GARBUIO, A. P. **O processo de implementação da Rede Mãe Paranaense e sua repercussão na mortalidade infantil no município de Ponta Grossa/PR**. 2017. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, 2017.

GIL, C. R. R. Atenção primária: atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública (online)**, Rio de Janeiro, vol. 22, n. 6, p. 1171-1181, jun, 2006.

GIOVANELLA, L. Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde? **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, p. 1-5, 2018.

GOMIDE, D. C. O materialismo histórico-dialético como enfoque metodológico para a pesquisa sobre políticas educacionais. *In*: XII JORNADA DO HISTEDBR, 2013, Maranhão. **Anais**, Maranhão: UNICAMP, 2013. Disponível em: http://www.histedbr.fe.unicamp.br/acer_histedbr/jornada/jornada12/artigos/2/artigo_eixo2_86_1410820241.pdf. Acesso em: 10 jul. 2019.

GRUPO TÉCNICO DA COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE. **Diretrizes para a Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS**. Versão dezembro/2010. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/maio/18/2-B---Documento-de-Diretrizes-para-Organiza---o-das-Redes-de-Aten---o---Sa--de-do-SUS.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2019.

GUARÁ, I. M. F. R. **Redes de proteção social**. 1. ed, São Paulo, Associação Fazendo História : NECA - Associação dos Pesquisadores de Núcleos de Estudos e Pesquisas sobre a Criança e o Adolescente, 2010, Coleção Abrigos em Movimento.

HARTZ, Z. M. A. de. CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 5331-5336, 2004.

IPARDES. **Caderno Estatístico Município de Ponta Grossa**. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=84000&btOk=ok>. Acesso em: 26 nov. 2019.

JUNQUEIRA, L. A. P. INOJOSA, R. M. KOMATSU, S. Descentralização e intersectorialidade na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza. *In*: **XI Concurso de Ensayos del CLAD**. El tránsito de la cultura burocrática al modelo de la gerencia pública: perspectivas, posibilidades y limitaciones. Caracas, 1997.

JUNQUEIRA, L. A. P. Intersectorialidade, transectorialidade e redes sociais na saúde. **RAP**, Rio de Janeiro, p. 35-45, nov./dez. 2000.

JUNQUEIRA, L. A. P. A gestão intersectorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 25-36, jan./abr. 2004.

KLEBA, M. E. **Descentralização do sistema de saúde no Brasil**: limites e possibilidades de uma estratégia para o empoderamento. Chapecó: Argos, 2005. 476 p.

KOSIK, K. **Dialética do concreto**. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

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

LEITE, M. D. BARROS, M. M. A. Concepções de residentes em saúde mental sobre o cuidado ofertado em rede de atenção psicossocial. **Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional**, Rio de Janeiro, v.2, n.1, p. 126-144, 2018.

LOBATO, L. V. C. de. **Políticas Sociais e de Saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012, 73 p.

LOPES, B. D. de; SILVA, E. A; MARTINS, S. Conselho Municipal de Saúde sob a ótica de seus conselheiros: estudo realizado em uma capital brasileira. **Interações**. Campo Grande, v. 17, n. 2, p. 163-172, abr./jun, 2015.

MARTINS, D. A. B. *et al.* Programa Mais Médicos no Brasil: análise de conjuntura. **Revista Emancipação**, Ponta Grossa, v. 19, n. 1, p. 1-15, 2019.

MAXIMO, H. AGUIAR, A. CAVASSANA, F. **Após o corte do programa “Mais Médicos” Ponta Grossa enfrenta dificuldades para contratar novos profissionais**. [Entrevista cedida a Allyson Santos e Cícero Goytacaz. Ponta Grossa: Universidade Estadual de Ponta Grossa, 2020.

MARX, K. **O capital. Crítica da economia política**. Rio de Janeiro: Saga, 1969.

MARX, K. **Para a crítica da economia política. Salário, preço e lucro. O rendimento e suas fontes**. São Paulo: Abril Cultural, 1982.

MARX, K. **As lutas de classe na França (1848-1850)**. São Paulo: Global, 1986.

MARX, K. **Manuscritos econômicos e outros textos escolhidos**. 4.ed. São Paulo: Nova Cultural, 1987. 2 v.

MATTOS, R. A. de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. *In*: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A, de. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 4ª ed. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, Abrasco, 2006. p. 39-64.

MAGALHÃES JÚNIOR, H, M. **O desafio de construir e regular redes públicas de saúde, com integralidade, em sistemas privado-dependentes: a experiência de Belo Horizonte**. 2006. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/309144/1/MagalhaesJunior_HelvecioMiranda_D.pdf. Acesso em: 10 jul. 2019.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília, 2011. Disponível em: <<http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/Redes-de-Atencaomendes>

2.pdf>. Acesso em: 19 abr 2018.

MENDES, E. V. **A Construção Social da Atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde/ CONASS, 2015. 193 p.

MENDES, I. A. C. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 447-448, mai./jun. 2004.

MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Oficinas de qualificação da atenção primária à saúde em Belo Horizonte: Oficina 2 – Redes de Atenção à Saúde e Regulação Assistencial. Guia do Participante. Belo Horizonte: ESPMG, 2011.

MINAYO, M. C. S. de. **A saúde em estado de choque**. Rio de Janeiro: Espaço e tempo, 1986.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2008. 407 p.

MOURA, S. A construção de redes públicas na gestão local: algumas tendências recentes. **Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, v. 2, n. 1, p. 67-85, jan./abr, 1998.

MUNHOZ, D. E. N. Entre a universalidade da teoria e a singularidade dos fenômenos: enfrentando o desafio de conhecer a realidade. **Revista Emancipação**. Ponta Grossa, v. 6, n. 1, p. 25-40, 2006.

NETTO, José Paulo. Cinco notas a propósito da "questão social". **Temporalis**, n. 3, Brasília: ABEPSS, p. 41-49, 2001.

NEVES, M. N. Rede de atendimento social: uma ação possível? **Revista da Católica**, Uberlândia, v. 1, n. 1, p. 147-165, 2009.

NORONHA, J. C. de; LIMA, L. D. de; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde SUS. *In*: GIOVANELLA, L. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, 1112 p.

NUNES, E. D. Saúde coletiva: uma história recente de um passado remoto. *In*: CAMPOS, G. W. S. de. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009, 871 p.

OLIVEIRA, J. A. A. de.; TEIXEIRA, S. M. F. **Previdência Social: 60 anos de história da previdência no Brasil**. 2. ed. Petropolis: Vozes, 1985. 360 p.

OLIVEIRA, M. A. C. de; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Bras. Enferm.** p. 158-64, 2013.

O SUS DE A a Z: GARANTINDO SAÚDE NOS MUNICÍPIOS. Brasília: Série F. Comunicação e Educação em Saúde, 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sus_screen.pdf. Acesso em: 23 mai. 2019.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumento metodológico para avaliação de rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1053-1062, mai., 2006.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). **Redes Integradas de Servicios de Salud Basadas en la Atención Primaria**. Washington, D.C: OPAS, 2009.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**. Washington, DC: 2008.

PAIM, J. S. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. *In*: FLEURY, S. **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A.; Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-35, jan./mar, 2014.

PARANA. Secretaria de Saúde: Regionais SESA – 3a RS – Ponta Grossa. Paraná. Disponível em <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2755>> Acesso em: 14 Jun 2019.

PIANA, M. C. **A construção da pesquisa documental: avanços e desafios na atuação do serviço social no campo educacional**, São Paulo: Editora unesp, 2009. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/vwc8g/pdf/piana-9788579830389-05.pdf>. Acesso em: 16 mar, 2018.

PIMENTA, A. L. O SUS e a municipalização à luz da experiência concreta. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 25-40, 1993.

PIRES, M. R. G. M. *et al.* Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com a atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1009-1019, jun., 2010.

PONTA GROSSA, Prefeitura Municipal de. **Fundação Municipal de Saúde - Estrutura Administrativa**. Disponível em: <http://www.pontagrossa.pr.gov.br/fms/estrutura-administrativa>. Acesso em: 27 nov. 2019.

PONTA GROSSA, Prefeitura Municipal de. **Plano Municipal de Saúde**. Elaborado em 2017. Disponível em: <http://www.pontagrossa.pr.gov.br/files/sms/ps-2018-2021.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2018.

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. Manual de investigação em ciências sociais. Lisboa: Gradiva, 1992. p. 90-153.

REIS, D. O.; ARAÚJO, E. C. de. CECÍLIO, L. C. O. de. Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela saúde. Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_4.pdf. Acesso em: 27 mar. 2019.

SÁ, M.L. **Classificação de Risco**: superando o desafio da superlotação em uma emergência geral, por meio de uma ferramenta de gestão. Universidade Federal De Santa Catarina, Florianópolis. 2014.

SANTOS, L. ANDRADE, L. O. M. de. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 1671-1680, 2011.

SANTOS, L. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1281-1289, apr., 2017.

SANTOS, M. A. Lutas sociais pela saúde pública no Brasil frente aos desafios contemporâneos. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 233-240, jul./dez. 2013.

SANTOS, W. G. dos. **Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira**, Rio de Janeiro: Ed. Campos, 1979, 138 p.

SELLTIZ, C. *et al.* **Métodos de pesquisa nas relações sociais**. São Paulo: Herder, 1967.

SHIMIZU, H. E. Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1101-1122, out./dez, 2013.

SHORTELL, S. M. *et al.* **Remaking health care in America**: building organized delivery systems. San Francisco: Jossey-Bass, 1996.

SILVA, N. S. da. **Intersectorialidade entre a saúde e assistência social**: caminhos para a integralidade da atenção. *Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales*, jan./mar, 2018.

SILVA, S. F. Sistema Único de Saúde 20 anos: avanços e dilemas de um processo em construção. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 38-46. jan./abr, 2009.

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

SOARES, L. T. R. **Ajuste Neoliberal e desajuste social na América Latina**. 1995. Tese - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1995.

SOARES, E. P. SCHERER, M. D. A. dos. O'DWYER, G. Inserção de um hospital de grande porte na Rede de Urgências e Emergências da região Centro-Oeste. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 616-626, jul./set, 2015.

SOUZA, C. C. de; APARECIDA, F; CHIANCA, T. A. C. Produção Científica sobre a validade e confiabilidade do Protocolo de Manchester: revisão integrativa da literatura. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 144-151, 2015.

TAMBARA, E. Problemas teórico-metodológicos da História da Educação. In: SAVIANI, D.; LOMBARDI, J. C.; SANFELICE, J. L. **História e História da Educação: O Debate Teórico-Metodológico Atual**. Campinas: Autores Associados, 2000.

TANAKA, O. Y. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: uma nova proposta. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 20, n. 4, p. 927-934, out./dez, 2011.

TEIXEIRA, S. M. F. **O desafio da gestão das redes de políticas**. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, 7., Lisboa, Portugal, 2002. Oct. p. 1-24. Disponível em: <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/CLAD/clad0043204.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2012.

TEIXEIRA, M.; MATTA, G. C.; JUNIOR, A. G. S. da.; **Modelos de gestão na atenção primária à saúde: refletindo sobre a gestão do trabalho e produção em saúde**. In: SEMINÁRIO PREPARATÓRIO ABRASCÃO 2018, Rio de Janeiro, 2018. Jul. Disponível em: <http://rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2018/02/TeixeiraMattaSilva-Junior-Modelos-de-Gest%C3%A3o-2018.pdf>. Acesso em: 04 dez. 2019.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

UMA-SUS/UFMA. **Redes de atenção à saúde: rede de urgência e emergência - RUE/Marcos Antônio Barbosa Pacheco (Org.)**. - São Luís, 2015. 42p.

UGÁ, M. A. D.; PORTO, S. M. Financiamento e alocação de recursos em saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, 1112 p.

VASCONCELOS, C. M; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: Campos, G. W. S *et al.* **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; 2009.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS**

**CESSÃO GRATUÍTA DE DIREITOS DE DEPOIMENTO ORAL
E
COMPROMISSO ÉTICO DE NÃO IDENTIFICAÇÃO DO DEPOENTE^{23*}**

Pelo presente documento, **eu**

Entrevistado(a): _____,

RG: _____ emitido pelo(a): _____,

domiciliado/residente em (Av./Rua/nº./complemento/Cidade/Estado/CEP):

declaro ceder ao (à) Pesquisador(a): Alanna Cultz, CPF: 108.429.459-11 RG: 13.239.395-8, emitido pelo(a): SESP-PR, domiciliado/residente em Rua Riachuelo, nº 115, apartamento 44, centro, Ponta Grossa/PR, 84010-230, **sem quaisquer restrições quanto aos seus efeitos patrimoniais e financeiros, a plena propriedade e os direitos autorais do depoimento de caráter histórico e documental que prestei ao(à) pesquisador(a)/entrevistador(a) aqui referido(a)**, na cidade de _____, Estado _____, em ____/____/____, **como subsídio à construção deda Universidade Estadual de Ponta Grossa.** O(a) pesquisador(a) acima citado(a) fica conseqüentemente autorizado(a) a utilizar, divulgar e publicar, para fins acadêmicos e culturais, o mencionado depoimento, no todo ou em parte, editado ou não, bem como permitir a terceiros o acesso ao mesmo para fins idênticos, com a ressalva de garantia, por parte dos referidos terceiros, da integridade do seu conteúdo. **O(a) pesquisador(a) se compromete a preservar meu depoimento no anonimato, identificando minha fala com nome fictício ou símbolo não relacionados à minha verdadeira identidade.**

Local e Data:

_____, _____ de _____ de _____

(assinatura do entrevistado/depoente)

(Adaptado do CEDIC-Centro de Documentação e Informação Científica "Professor Casemiro dos Reis Filho" - PUC/SP)

* **Modelo para depoimento em que a identidade do entrevistado não deva ser apresentada.**

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA

ROTEIRO PARA A ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____

Formação profissional: _____

Instituição em que trabalha: _____

Cargo atual: _____

Sexo: _____

Quanto tempo trabalha na instituição: _____

Vínculo Empregatício: _____

ENTREVISTA:

- Para você, o que são as RAS?

- Você saberia dizer quais são as RAS pertencentes ao município de Ponta Grossa?
Se sim, quais?

- Como é o funcionamento da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do município?

- Sabe informar como está configurada a Rede de Atenção às Urgências e Emergências no município de Ponta Grossa/PR?

- Como funciona a sua instituição, considerando que está inserida na Rede de Atenção às Urgências e Emergências?

- No seu entendimento, quais as facilidades e dificuldades para a execução da Rede de Atenção às Urgências e Emergências em Ponta Grossa?

**ANEXO A - APROVAÇÃO DA PESQUISA PELO NÚCLEO DE EDUCAÇÃO
PERMANENTE - NEP**

21/03/2019

SEI/PMPG - 0090389 - Carta de Autorização-NEP



PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTA GROSSA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PONTA GROSSA
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE - NEP

CARTA DE AUTORIZAÇÃO

CARTA DE AUTORIZAÇÃO

Eu, CARLOS EDUARDO CORADASSI, coordenador do NEP-SMS, autorizo a realização do projeto: A configuração da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no município de Ponta Grossa PR, realizada pela UEPG, que será desenvolvida pela pesquisadora Allana Cultz, sob orientação do Prof. Lislei Terezinha Preuss

Ressalto que qualquer publicação oriunda desta pesquisa deverá conter logo da instituição e respectiva citação.

Ponta Grossa, 21/03/2019

Carlos Eduardo Coradassi
Coordenador NEP-SMS-PMPG

Ponta Grossa, 19 março
de 2019.

21/03/2019

SEI/MPG - 0090389 - Carta de Autorização-NEP



Documento assinado eletronicamente por **CARLOS EDUARDO CORADASSI, Coordenador**, em 21/03/2019, às 15:58, horário oficial de Brasília, conforme o Decreto Municipal nº 14.369 de 03/05/2018.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site <http://sei.pontagrossa.pr.gov.br/validar> informando o código verificador **0090389** e o código CRC **DE7E2AE4**.

Link de acesso externo: SEI00396/2019

RUA ALFREDO GUIMARÃES VILELA 383- JARDIM CARVALHO - PONTA GROSSA- PR CEP 84015-680
TELEFONE (41) 3226-8566

ANEXO B - APROVAÇÃO DA PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
PONTA GROSSA - UEPG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A configuração da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no município de Ponta Grossa/PR

Pesquisador: ALANNA CULTZ

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 12203119.3.0000.0105

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Ponta Grossa

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.303.309

Apresentação do Projeto:

Projeto de Pesquisa:

A configuração da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no município de Ponta Grossa/PR

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar como está configurada a Rede de Atenção às Urgências e Emergências no município de Ponta Grossa/PR, do ano de 2011 até o ano de 2018.

Objetivo Secundário:

- Compreender como as RAS devem ser constituídas no Brasil a partir da legislação pertinente à temática;- Descrever o que são as RAS e como devem funcionar, em um contexto geral;- Investigar quais são as RAS pertencentes ao município de Ponta Grossa;- Apresentar a Rede de Atenção às Urgências e Emergências, e como está configurada no município de Ponta Grossa;- Caracterizar como é o funcionamento da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no município de Ponta Grossa;- Averiguar as facilidades e dificuldades para a execução da Rede de Atenção às Urgências e Emergências em Ponta Grossa.

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvararanas, Bloco M, Sala 116-B

Bairro: Uvaranas

CEP: 84.030-900

UF: PR

Município: PONTA GROSSA

Telefone: (42)3220-3108

E-mail: coep@uepg.br

Continuação do Parecer: 3.303.309

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Considerando que todo o procedimento de pesquisa não está imune a possíveis riscos agregados, optou-se por abordar a temática a partir da visão dos profissionais que estão inseridos nos pontos de atenção à saúde, que fazem parte da Rede. Os critérios de seleção dos sujeitos da presente pesquisa se define pela representatividade dos mesmos frente à temática estudada, no caso dos profissionais. Os sujeitos a serem entrevistados serão todos maiores de idade e possuem completa capacidade de exprimir suas convicções. Os sujeitos terão que responder a uma entrevista semiestruturada que será gravada e aplicada pela pesquisadora. Para evitar possíveis constrangimentos aos sujeitos da pesquisa, a entrevista será realizada em local que assegure condições de sigilo e privacidade. Será respeitado seu direito à liberdade de expressão, ao decidir responder ou não as perguntas realizadas, mediante termo de consentimento livre e esclarecido. Assim, os riscos inerentes à pesquisa se restringirão a equívocos de interpretação de seu conteúdo e resultados após a publicação. Conquanto, serão tomadas todas as precauções para que a pesquisa seja realizada em condições éticas e técnicas apropriadas ao zelo pela liberdade, integridade física, moral e psicológica dos sujeitos nela envolvido.

Benefícios:

Quanto aos benefícios da pesquisa, aponta-se a contribuição que seus resultados podem oferecer à sociedade e aos profissionais da saúde do município, na medida em que fomenta a discussão sobre um tema de extrema relevância social e atual, que é as Redes de Atenção à Saúde. A pesquisa oferecerá ainda elementos para a própria gestão municipal de saúde a respeito das questões enfrentadas pelos profissionais para efetivar de fato o funcionamento das Redes, apontando eventuais falhas e demonstrando a necessidade de melhorias, caso a pesquisa aponte para isto. Para a população estudada, fornecerá elementos para eventuais cobranças em relação ao Poder municipal, demonstrando a necessidade de promoção do direito à saúde. No que se refere aos benefícios para a academia, considera-se que a pesquisa visa contribuir para a ampliação do

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvaranas, Bloco M, Sala 116-B

Bairro: Uvaranas

CEP: 84.030-900

UF: PR

Município: PONTA GROSSA

Telefone: (42)3220-3108

E-mail: coep@uepg.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
PONTA GROSSA - UEPG



Continuação do Parecer: 3.303.309

debate sobre o direito à saúde e a questão das Redes de Atenção à Saúde, visto ser um tema tão atual.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Será analisada a configuração da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no município de Ponta Grossa, no Paraná, a partir das competências do município contidas na legislação, qual seja a Portaria n° 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Portaria n° 1.863, de 29 de setembro de 2003, que instituiu a Política Nacional de Atenção às Urgências e a Política Nacional de Atenção às Urgências, elaborada no ano de 2003 pelo Ministério da Saúde. Para tanto, alguns locus de pesquisa foram selecionados, ou seja, os pontos de atenção que fazem parte da Rede, dentre eles: Unidade Básica de Saúde - UBS; Centro de Atenção à Saúde, Unidade Não-Hospitalar de Atendimento às Urgências – UPA 24h; SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgências; Hospital São Camilo, Hospital Vicentino, Hospital Bom Jesus, Hospital Geral Unimed, Hospital Regional de Ponta Grossa, Hospital da Criança João Vargas de Oliveira, Santa Casa de Misericórdia Ponta Grossa, e Fundação Municipal Pronto Socorro, que passarão por uma entrevista para depreender a configuração da Rede no município.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Em anexo e de acordo com as normas 466/2012 e 510/2016

Recomendações:

Enviar o relatório final ao término do projeto por Notificação via Plataforma Brasil para evitar pendências.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvaranas, Bloco M, Sala 116-B
Bairro: Uvaranas **CEP:** 84.030-900
UF: PR **Município:** PONTA GROSSA
Telefone: (42)3220-3108 **E-mail:** coep@uepg.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
PONTA GROSSA - UEPG



Continuação do Parecer: 3.303.309

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1310065.pdf	02/05/2019 11:53:04		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	02/05/2019 11:52:04	ALANNA CULTZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_consentimento_livre.pdf	02/05/2019 11:51:53	ALANNA CULTZ	Aceito
Parecer Anterior	Texto_autorizacao.pdf	01/04/2019 20:30:01	ALANNA CULTZ	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Texto_projeto.pdf	01/04/2019 20:05:50	ALANNA CULTZ	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	01/04/2019 19:54:25	ALANNA CULTZ	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PONTA GROSSA, 05 de Maio de 2019

Assinado por:
ULISSES COELHO
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748. UEPG, Campus Uvaranas, Bloco M, Sala 116-B
Bairro: Uvaranas **CEP:** 84.030-900
UF: PR **Município:** PONTA GROSSA
Telefone: (42)3220-3108 **E-mail:** coep@uepg.br