



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
DOUTORADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

JAMINE BORGES DE MORAIS

**ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E
EMERGÊNCIAS NA REGIÃO DE SAÚDE FORTALEZA**

FORTALEZA – CEARÁ

2018

JAMINE BORGES DE MORAIS

ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E
EMERGÊNCIAS NA REGIÃO DE SAÚDE FORTALEZA

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título em doutora em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge.

FORTALEZA – CEARÁ

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Morais, Jamine Borges de.

Análise da implantação da rede de atenção às urgências e emergências na região de saúde Fortaleza [recurso eletrônico] / Jamine Borges de Moraes. - 2018.

1 CD-ROM: il.; 4 ¼ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 193 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Tese (doutorado) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2018.

Área de concentração: Saúde coletiva.

Orientação: Prof.^a Ph.D. Maria Salete Bessa Jorge.

1. Redes de Atenção à Saúde. 2. Urgência. 3. Emergência. 4. Avaliação. 5. Sistema Único de Saúde. I. Título.

JAMINE BORGES DE MORAIS

ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E
EMERGÊNCIAS NA REGIÃO DE SAÚDE FORTALEZA

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título em doutora em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Defesa em: 28 de novembro de 2018.

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Maria Salette Bessa (Orientadora)
Universidade Estadual do Ceará – UECE



Profa. Dra. Marluce Maria Araújo de Assis
Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS



Profa. Dra. Gisele O'Dwyer de Oliveira
Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz



Prof. Dr. Geziel dos Santos de Sousa
Secretaria de Saúde do Ceará - SESA



Profa. Dra. Lúcia Conde de Oliveira
Universidade Estadual do Ceará – UECE



Profa. Dra. Indara Cavalcante Bezerra
Universidade de Fortaleza – UNIFOR

À minha mãe fonte de inspiração e força. Ao meu esposo pelo amor incondicional em todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

Nessa trajetória acadêmica percebi que a vida se faz em comunhão e que os encontros não são meros acasos, por necessidade de aprendizado nos deparamos com enlaces, às vezes dolorosos e que nos deixam marcas, às vezes amorosos e cheios de energia, que nos abastecem e fazem de nós o que gostaríamos de ser. São a esses últimos que, hoje, gostaria de agradecer, pois sem eles eu nada seria.

À minha mãe, eterna mestre em minha vida, fonte de inspiração e orgulho. Torcedora maior das minhas conquistas e presença incondicional de todas as horas. Obrigada pelo apoio de uma vida inteira, nunca terei palavras suficientes para agradecê-la;

Aos meus irmãos por compartilharem comigo dessa família maravilhosa, celebrarem por todas as minhas vitórias e torcerem para que eu nunca tenha derrotas;

Ao meu esposo, por compreender minhas ausências e ser sempre minha válvula de escape nos momentos de tensões. Por estar na torcida pela minha vitória e apoiar todas as minhas decisões;

Às amigas Lourdes Suelen e Maria Raquel por compartilharem de todos os momentos dessa caminhada acadêmica. Por contribuírem em momentos de discussão e escrita. Vocês são sempre meu porto seguro, a certeza de que nunca estive sozinha.

Aos membros do Grupo de Pesquisa e Saúde Mental, família, práticas em saúde e Enfermagem (GRUPSFE), companheiros de caminhada rumo ao cuidado, a avaliação e as políticas de saúde. Obrigada por compartilharem dos seus conhecimentos, por oferecerem sempre o incentivo de estar junto e seguir em frente;

À turma do doutorado por compartilharem das minhas angústias e fazerem dos piores momentos os mais leves. Agradeço a solidariedade, as risadas e a união. Tenho a certeza de que seremos todos vencedores;

Aos gestores em saúde que abriram suas portas, mais de uma vez, para que pudesse entrar, dispuseram seu tempo para a realização das entrevistas, me indicaram caminhos e pessoas e acreditaram junto comigo no potencial dessa pesquisa, meu muito obrigada!

Por fim, a minha orientadora, Professora Dra. Maria Salete Bessa Jorge por apresentar-me o mundo da pesquisa. Por instigar-me a ir mais longe, por não me deixar desistir e sempre se dispor a estar ao meu lado nessa caminhada. Sou grata, pela relação que desenvolvemos nesses anos, que, muitas vezes, extrapolou os muros da academia e foi sendo construída pouco a pouco, com respeito e confiança.

RESUMO

As Rede de Atenção às Urgências e Emergências emergem como possibilidade de adequar o sistema de saúde ao perfil demográfico e epidemiológico da população. Dessa forma essa investigação teve como objetivo analisar o processo de implantação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências na Região de Saúde Fortaleza. Realizou-se uma pesquisa avaliativa, participativa, com abordagem qualitativa. Os cenários foram a Região de Saúde de Fortaleza e Macrorregião Fortaleza da qual a aquela também faz parte. Os participantes foram gestores implicados no processo de implantação da RUE prioritariamente os membros da CIR e da CIB. Foram realizadas entrevistas e análise documental. De modo complementar realizou-se um estudo transversal com análise temporal e geográfica. A análise foi orientada pelos passos, sugeridos por Minayo (2013) e adaptado por Assis e Jorge (2010). Os resultados foram apresentados em cinco artigos: “Análise do perfil demográfico e clínico do acidente vascular cerebral no estado Ceará e região de saúde Fortaleza”, onde foi observada uma quantidade bastante elevada de casos de AVC e uma tendência de crescimento deste agravo nos próximos anos; “Perfil de internação por infarto agudo do miocárdio no estado Ceará e região de saúde Fortaleza”, cujos resultados estudo mostraram uma evolução ao longo do tempo de internações por infarto no estado do Ceará e em alguns municípios da Região de Saúde Fortaleza. A maioria dos casos internados eram do sexo masculino, com idade acima de 60 anos destacando-se principalmente idoso acima de 70 anos, com tempo de internação de até uma semana. Ao longo do tempo a tendência de internação foi decrescente no Ceará enquanto nos municípios avaliados a tendência foi crescente, porém sem diferença estatisticamente sem significância estatística; “A rede de atenção às urgências e emergências: estudo de avaliabilidade em uma região de saúde do estado do Ceará”, a partir das análises foram sistematizadas as representações dos gestores acerca do processo de implantação da RUE na Região de Saúde Fortaleza, e a partir delas algumas ferramentas foram elaboradas neste estudo – Modelo Teórico, Árvore de Problemas e Modelo Lógico, que resultaram não apenas na construção de uma Matriz de avaliação, mas sobretudo em um processo participativo de transformação de sujeitos. “A rede de atenção às urgências e emergências no estado do Ceará: ações da gestão estadual de saúde no processo de implantação”, a análise do processo de implantação da RUE revelou uma rede estadual ainda em fase de implantação, apresentando problemas relativos aos processos de gestão. O processo de implantação foi caracterizado pela ênfase na estruturação a partir de recursos físicos em detrimento de aspectos condicionantes ao funcionamento em rede regional e integral; “Redes regionalizadas de saúde: um estudo de caso da rede de urgência e emergência

da macrorregião Fortaleza-CE”, observou-se que a implantação do conjunto dos componentes da RUE na Macrorregião de Saúde Fortaleza não se fez acompanhada, na mesma medida, do processo de modificação do modelo assistencial em direção a uma atenção integral, resolutiva, qualificada e centrada no usuário. Percebeu-se a complexidade e a dificuldade de se propor algo na contramão da lógica atual, ou seja, da lógica do capitalismo e do produtivismo a ele inerente. Entretanto, a pesquisa mostrou que sujeitos que outrora foram reprodutores dessa lógica, são também fonte de mudança na medida em que sugerem pistas capazes de promover a transformação desta realidade.

Palavras-chave: Redes de Atenção à Saúde. Urgência. Emergência. Avaliação. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The Emergency and Emergency Care Network emerge as a possibility to adapt the health system to the demographic and epidemiological profile of the population. Thus, this research aimed to analyze the implementation process of the Network of Attention to Emergencies and Emergencies in the Health Region of Fortaleza. An evaluative, participatory research was carried out with a qualitative approach. The scenarios were the Health Region of Fortaleza and Fortaleza Macroregion, of which the latter is also part. Participants were managers involved in the implementation process of RUE as a priority to the members of the CIR and CIB. Interviews and documentary analysis were carried out. A cross-sectional study with temporal and geographical analysis was carried out in a complementary way. The analysis was guided by the steps, suggested by Minayo (2013) and adapted by Assis and Jorge (2010). The results were presented in five articles: "Analysis of demographic and clinical profile of stroke in the state of Ceará and Fortaleza region", where a high number of cases of stroke were observed and a trend of growth of this disease in the next years ; "Profile of hospitalization for acute myocardial infarction in the state of Ceará and the region of Fortaleza Health", whose study results showed an evolution over time of hospitalizations due to myocardial infarction in the state of Ceará and in some municipalities of the Region of Health Fortaleza. The majority of hospitalized cases were male, with age above 60 years old, especially elderly individuals over 70 years of age, with hospitalization time of up to one week. Over time, the tendency of hospitalization was decreasing in Ceará, while in the municipalities evaluated, the trend was increasing, but without statistically significant difference; "The network of attention to emergencies and emergencies: an assessment study in a health region of the state of Ceará", based on the analysis, the managers' representations about the implementation process of the RUE in the Fortaleza Health Region were systematized and some of the tools were elaborated in this study - Theoretical Model, Problem Tree and Logical Model, which resulted not only in the construction of a matrix of evaluation, but also in a participatory process of transformation of subjects. "The network of emergency care in the state of Ceará: actions of the state health management in the implementation process", the analysis of the implementation process of the RUE revealed a state network still in the implementation phase, presenting problems related to the processes of management. The implementation process was characterized by the emphasis on structuring from physical resources to the detriment of aspects conditioning to the regional and integral network operation; "Regionalized health networks: a case study of the emergency and emergency network of the Fortaleza-CE macro-region", it was observed that the

implantation of all the components of RUE in the Fortaleza Health Macroregion was not accompanied, to the same extent, by the process of modifying the assistance model towards integral, resolute, qualified and user-centered attention. It was perceived the complexity and difficulty of proposing something against the current logic, that is, of the logic of capitalism and the inherent productivism. However, research has shown that subjects who were once reproducers of this logic are also a source of change insofar as they suggest clues capable of promoting the transformation of this reality.

Keywords: Health Care Networks. Urgency. Emergency. Evaluation. Health Unic System.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Componentes da RUE e suas interfaces.....	41
Figura 2 – Macrorregiões e Regiões de Saúde do Estado do Ceará.....	60
Figura 3 – Fluxograma Analisador.....	72
Quadro 1 – Macrorregiões de Saúde do Estado do Ceará, população de abrangência e participação.....	60
Quadro 2 – Municípios que compõem a 1ª Região de Saúde e sua população...	61
Quadro 3 – Local de realização das entrevistas.....	64
Quadro 4 – Participantes da Pesquisa.....	64
Quadro 5 – Documentos da esfera municipal e estadual selecionados.....	68
Quadro 6 – Documentos da esfera federal e estadual selecionados.....	69
Quadro 7 – Demonstrativo construção das unidades analíticas.....	71

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVE	Acidente Vascular Encefálico
AIS	Ações Integradas de Saúde
AE	Atenção Especializada
APS	Atenção Primária à Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CESAU	Conselho de Saúde do Estado
COSEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CRES	Coordenadoria Regional de Saúde
ESP-CE	Escola de Saúde Pública do Ceará
ESF	Estratégia Saúde da Família
GCE	Grupo Condutor Estadual
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPECE	Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará
LOS	Lei Orgânica de Saúde
MAJ	Matriz de Análise e Julgamento
MPR	Modelo da Pirâmide de Risco
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
MTL	Modelo Teórico Lógico
MRSB	Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
MRSB	Movimento de Reforma Sanitária Brasileiro
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB	Normas Operacionais Básicas
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PDI	Plano Diretor de Investimentos
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
PPI	Programação Pactuada e Integrada
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RUE	Rede de Urgência e Emergência
RMF	Região Metropolitana de Fortaleza
SESA	Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SG	Sistema de Governança
SUS	Sistema Único de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SADT	Sistemas de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
SILOS	Sistemas Locais de Saúde
SL	Sistemas Logísticos
UAPS	Unidades de Atenção Primária à Saúde
UPA	Unidades de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	17
1.1	APROXIMAÇÃO COM O TEMA.....	17
1.2	DELIMITAÇÃO DO OBJETO	19
2	OBJETIVOS.....	24
2.1	GERAL.....	24
2.2	ESPECÍFICOS.....	24
3	REVISITA A LITERATURA.....	25
3.1	DA DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO ÀS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: TRAJETÓRIAS E CONDICIONANTES.....	25
3.2	A PROPOSTA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE E O ARCABOUÇO TEÓRICO QUE A CONSTITUI.....	30
3.2.1	O território e a territorialidade na construção das redes de atenção à saúde.....	34
3.3	ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO.....	39
4	METODOLOGIA.....	44
4.1	BASE TEÓRICA CONCEITUAL.....	44
4.1.1	Avaliação em Saúde: instrumento emancipatório das políticas sociais ou prática de consolidação das políticas econômicas?.....	45
4.1.2	Avaliação em saúde: conceitos e percursos metodológicos.....	47
4.1.2.1	Avaliação em saúde: uma abordagem qualitativa.....	50
4.2	TIPO DE ESTUDO.....	53
4.3	ETAPAS DA AVALIAÇÃO.....	54
4.3.1	Etapa quantitativa: dados secundários.....	54
4.3.1.1	Coleta, organização e análise dos dados.....	54
4.3.2	Etapa Qualitativas: informações provenientes de entrevistas e documentos.....	56
4.3.2.1	Construção do Modelo Teórico Lógico (MTL) da intervenção.....	56
4.3.1.1.1	<i>Matriz de Avaliação.....</i>	58
4.4	CAMPO DA PESQUISA.....	59
4.5	PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	64

4.6	INSTRUMENTOS E TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS.....	66
4.6.1	Entrevista.....	66
4.6.2	Registro documental.....	67
4.7	ANÁLISE DA REALIDADE EMPÍRICA.....	70
4.8	ASPECTOS ÉTICOS.....	72
5	RESULTADOS.....	74
5.1	ARTIGO 1 – REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM - ANÁLISE DO PERFIL DE INTERNAÇÃO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NO ESTADO CEARÁ.....	77
	RESUMO.....	77
	ABSTRACT.....	78
	INTRODUÇÃO.....	78
	MÉTODO.....	79
	RESULTADOS.....	80
	DISCUSSÃO.....	83
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	87
	REFERÊNCIAS.....	87
5.2	5.2 ARTIGO 2 – CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA - PERFIL DE INTERNAÇÃO POR INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO NO ESTADO DO CEARÁ E REGIÃO DE SAÚDE FORTALEZA.....	90
	RESUMO.....	90
	ABSTRACT.....	90
	INTRODUÇÃO.....	91
	MÉTODO.....	92
	RESULTADOS.....	93
	DISCUSSÃO.....	96
	CONCLUSÃO.....	99
	REFERÊNCIAS.....	100
5.3	ARTIGO 3 – REVISTA CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA FIOCRUZ - A REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS: ESTUDO DE AVALIABILIDADE EM UMA REGIÃO DE SAÚDE DO CEARÁ.....	104
	RESUMO.....	104

	ABSTRACT	104
	INTRODUÇÃO	105
	METODOLOGIA	107
	RESULTADOS E DISCUSSÃO	110
	CONCLUSÕES	118
	REFERÊNCIAS	119
5.4	ARTIGO 4 – REVISTA CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA - A REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NO CEARÁ: AÇÕES DA GESTÃO ESTADUAL DE SAÚDE NO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO.....	124
	RESUMO	124
	ABSTRACT	125
	INTRODUÇÃO	126
	METODOLOGIA	128
	RESULTADOS E DISCUSSÃO	130
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	143
	REFERÊNCIAS	145
5.5	ARTIGO 5 – REVISTA SAÚDE E SOCIEDADE - REDES REGIONALIZADAS DE SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DA MACRORREGIÃO FORTALEZA-CE.....	150
	RESUMO	150
	ABSTRACT	150
	INTRODUÇÃO	151
	MÉTODO	152
	RESULTADOS E DISCUSSÃO	153
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	162
	REFERÊNCIAS	163
6	CONCLUSÃO	168
	REFERÊNCIAS	171
	APÊNDICES	182
	APÊNDICE A – Roteiro de entrevista: Membros das instâncias colegiadas, CIR e CIB.....	183

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista: Grupo Condutor da RUE e Técnico da SESA-CE e SMS-Fortaleza.....	184
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os gestores das instâncias colegiadas, grupo condutor da RUE e técnicos da SESA-CE e SMS Fortaleza.....	185
ANEXOS	187
ANEXO A – Organograma da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará.....	188
ANEXO B – Organograma Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza.....	189
ANEXO C – Parecer Consubstanciado do CEP.....	190

1 INTRODUÇÃO

1.1 APROXIMAÇÃO COM O TEMA

O curso de Serviço Social da Universidade Estadual do Ceará (UECE) foi o primeiro contato com o universo acadêmico, as discussões em sala e também extramuros, a leitura dos livros, as reflexões, tudo contribuiu para o que sou e o que penso, tudo aguçou minha curiosidade para as questões sociais, econômicas, políticas e culturais. Embora não tenha concluído, ainda, pois decidi fazer novo vestibular, mas dessa vez para Enfermagem, o curso de Serviço Social foi de suma importância para as interpretações de mundo.

O curso de Enfermagem da UECE, em sua proposta pedagógica prega uma enfermagem voltada para o sujeito, diz ir de encontro a clínica procedimento-centrada, contudo na prática a realidade é outra, o curso é fragmentado em disciplinas de cunho claramente biomédico e muitas vezes, esquece que forma estudantes para atuar no e para o Sistema Único de Saúde (SUS). As discussões giram em torno de doenças e diagnósticos, ficando as questões sobre política, democracia, direitos e participação a cargo somente do estudante.

Esta realidade é exatamente o oposto do que havia encontrado no Serviço Social e, portanto, foi a experiência anterior neste curso que permitiu refletir, indagar, questionar e por muitas vezes suscitar questões que a Enfermagem parecia não se preocupar.

Contudo descobri que tais questões pareciam ser melhor abordadas pelos profissionais de saúde das Secretarias Executivas Regionais e das Unidades Básicas de Saúde, cuja a aproximação com a universidade foi possível por meio do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) em que tive a oportunidade de participar durante dois anos em duas modalidades o PET-Saúde/Saúde da Família e o PET-Saúde/Vigilância em Saúde, sendo o primeiro desenvolvido no município de Maracanaú-CE e o Segundo no Município de Fortaleza-CE. O programa é financiado pelo Ministério da Saúde e tem como objetivo promover a integração ensino-serviço-comunidade, com vista ao desenvolvimento de atividades em áreas estratégicas do SUS.

Outro momento importante na trajetória acadêmica foi a disciplina de Saúde Mental, coordenada pela Professora Dr.^a Maria Salete Bessa Jorge, foram propostas as primeiras discussões em torno do tema Saúde Mental e políticas de saúde. Essas discussões giraram em torno da construção do Sistema Único de Saúde e seus princípios e diretrizes, da Reforma Psiquiátrica, das transformações advindas pós-reforma, da organização da rede de

saúde mental em substituição ao modelo hospitalocêntrico e seus dispositivos de cuidado e do papel do usuário como sujeito de direitos.

Nesse período conheci o Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem (GRUPSFE) e muitos estudos foram desenvolvidos junto aos demais integrantes, acadêmicos, mestrandos, doutorandos e profissionais de saúde, todos com as mais diversas formações o que possibilitava ricas discussões. Como integrante, participei da formulação de projetos, coleta de dados e discussões de resultados. Estas pesquisas, em sua essência, objetivaram compreender e avaliar os serviços de saúde em Fortaleza e no Ceará, sugerindo formas inovadoras de realizar o cuidado, levando em conta sempre a percepção dos usuários dos serviços de saúde, para nos auxiliar a compreender os fenômenos pesquisado.

Foi no Curso de mestrado acadêmico em saúde coletiva da UECE que pude descobrir uma afinidade pelas Políticas Públicas de Saúde, não um tema específico, mas um campo de estudo cheio de infinitas possibilidades. Tanto que a dissertação apresentada teve como tema “Avaliação das Pesquisa no SUS: contribuições para a participação social” um recorte de um projeto maior denominado “Avaliação das pesquisas em saúde e enfermagem: olhares plurais sobre a contribuição para as políticas, organização dos serviços e assistência na interface com a produção do cuidado na atenção primária”, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq.

A proposta de estudar acerca da implantação da Rede de Atenção as Urgências e Emergência foi ancorada ainda na experiência acumulada por três anos como Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital Geral de Fortaleza (HGF), maior hospital público da rede estadual, referência em procedimentos de alta complexidade, sendo referência para transplantes, neurocirurgias, e Acidente Vascular Cerebral.

Como Enfermeira intensivista rotineiramente realizava admissões de pacientes por via judicial provenientes das Unidades de Pronto Atendimento. Também vivenciava, na grande maioria das vezes, admissões fora da Regulação e muito embora todos os dias a Central de Regulação entrasse em contato com a UTI para ser informada acerca de vagas, jamais foi possível a liberação das mesmas pois eram destinadas aos pacientes da emergência do hospital. O setor de emergência sempre estava muito acima da capacidade, com pacientes em corredores, com leitos improvisados. Muitos dos pacientes da UTI tinham alta prematura para promover maior rotatividade dos leitos e absorver parte da demanda.

Cada momento da trajetória aqui descrita foi importante para o aprofundamento no tema e para o despertar de questionamentos, os quais foram ponto de partida para esta tese que por sua vez também tem a responsabilidade social de responder questões de saúde da gestão

transformas aqui em problemas de pesquisa para melhorar a qualidade do cuidado oferecido a população. Tem ainda uma responsabilidade científica de fomentar o debate acerca das Redes de Atenção à Saúde e da Urgência e Emergência.

Trata-se de parte de um projeto financiado pelo Programa de Apoio aos Núcleos de Excelência (PRONEX) financiado pela Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP).

1.2 DELIMITAÇÃO DO OBJETO

A crise contemporânea dos sistemas nacionais de saúde reflete a dificuldade dos países em se organizarem para o novo cenário epidemiológico dominado por condições crônicas e situações de violência estando aptos apenas a oferecer uma resposta fragmentada, episódica e reativa nas situações agudas (OPAS, 2011).

Neste sentido, é importante ressaltar que com a constatação dessa problemática situação que se instala historicamente no SUS, emergem os desafios de reestruturação da assistência e da gestão na urgência e emergência haja vista o inegável papel que este setor representa. “A transição de uma regionalização genuinamente político-administrativa à outra que incorpore o caráter funcional-assistencial urge como prioridade das três instâncias de governo” (DOUBEX, 2010, p. 1516). A partir desse cenário, percebe-se a necessidade de planejar um sistema coordenado, contínuo e baseado na cooperação entre gestores, profissionais de saúde e usuários (MENDES, 2011).

Nas diversas reformas dos sistemas nacionais de saúde, a descentralização e a regionalização, mediante a integração dos serviços de saúde em redes assistenciais, têm sido ativamente estimuladas com base no “modelo ideal” de integração, que teria como pressuposto teórico aumentar a efetividade e a eficiência (HARTZ e CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Em documento elaborado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) as Redes Integradas de Serviços de Saúde constituem uma alternativa para superar a fragmentação dos sistemas de saúde, sendo capaz de provê serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida (OPAS, 2010). Segundo Kuschnir e Chorny (2010), os sistemas nacionais são responsáveis pela garantia do direito à saúde e a organização de redes regionalizadas constitui-se em instrumento para ampliação do acesso, diminuição de desigualdades e garantia da integralidade.

O conceito de integralidade remete, portanto, obrigatoriamente, ao de integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e das

organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade de recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida (HARTZ e CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Pela relação intrínseca entre os princípios de universalidade, equidade e integralidade e a estratégia de regionalização e hierarquização, o modelo de organização em redes foi seguido por todos os países que construíram sistemas nacionais de saúde, com as devidas adaptações às especificidades locais (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

No Brasil, a portaria GM/MS 4279/2010, que fundamenta e normatiza as Redes de Atenção à Saúde (RAS) definem como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010). Caracterizam-se, ainda, pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, sendo a atenção primária à saúde o centro de comunicação.

Como tentativa de adequar o sistema de saúde ao perfil epidemiológico da população caracterizado pela agudização das condições crônicas e traumas ocasionados por acidentes de trânsito e situações de violência, em 2003, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) com o objetivo de garantir a universalidade, a equidade e a integralidade no atendimento às urgências (BRASIL, 2003a). Para superar a histórica fragmentação da assistência, a PNAU foi reformulada em 2011, com a instituição da Rede de Atenção às Urgências (RAU), mais recentemente denominada Rede de Urgência e Emergência (RUE) no Sistema Único de Saúde (SUS), com a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde (BRASIL, 2011a).

A RUE foi constituída em três linhas de cuidado – Infarto Agudo do Miocárdio, Acidente Vascular Encefálico e trauma; e está entre uma das cinco redes consideradas prioritárias para o Ministério da Saúde. A proposta da RUE considera que o atendimento aos usuários com quadros agudos deve ser prestado por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS, possibilitando a resolução integral da demanda ou transferindo-a, responsabilmente, para um serviço de maior complexidade, dentro de um sistema regulado, organizado em redes regionais de atenção (BRASIL, 2011a).

Dessa forma, espera-se que a população acometida por agravos agudos seja acolhida em qualquer nível de atenção do sistema de saúde, de modo que tanto a atenção primária quanto os serviços especializados estejam preparados para o acolhimento e encaminhamento de pacientes para os demais níveis de atenção, quando esgotarem-se as possibilidades de complexidade de cada serviço.

Contudo, de acordo com Gisele O'Dwyer (2009), cerca de 65% dos pacientes atendidos nas urgências hospitalares poderiam ter sido atendidos em ambulatórios. Dessa forma, salienta-se que se, por um lado, a literatura do Ministério da Saúde sobre saúde da família relata que, em média, 85% das demandas e ações por serviços de saúde podem ser resolvidos no primeiro nível de atenção, por outro lado, a maior parte dos atendimentos realizados nos serviços de urgência/emergência é de situações ambulatoriais passíveis de serem atendidas nas unidades primárias de saúde.

Percebe-se que, passados quase quinze anos da instituição da PNAU, evidências sugerem que os esforços para sua implementação ainda não foram suficientes para resolver um grande contingente de problemas na saúde, como a superlotação dos serviços de emergências hospitalares, a fragmentação dos fluxos e a descontinuidade do cuidado (DUBEUX; FREESE; FELISBERTO, 2013; ALVES *et al.*, 2015; KONDER; O'DWYER, 2016)

Ainda hoje, no Brasil, os serviços de emergência funcionam acima de sua capacidade máxima, com taxa de ocupação de leitos acima de 100%, com número insuficiente de profissionais, com profissionais sem treinamento ou reciclagem, com excesso de demanda, com demanda inadequada, com verba insuficiente, com gerenciamento precário de recursos, sem leitos de retaguarda e sem planejamento efetivo. Aumenta-se a dificuldade quando coexiste déficit de estrutura e de organização da rede assistencial. A emergência precisa de uma estrutura que propicie maior segurança ao profissional, uma retaguarda de especialistas, leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI), centro cirúrgico e de recuperação (O'DWYER; OLIVEIRA; SETA 2009)

Neste cenário, e considerando a complexidade de Rede de Atenção à Urgência e Emergência, com diversos conflitos éticos, políticos e técnicos, a análise do processo de implantação da RUE pode trazer subsídios para a organização da gestão e do cuidado no SUS, com vistas a melhorar a qualidade de vida e atender aos princípios constitucionais: universalidade, integralidade e equidade.

As práticas avaliativas têm sido cada vez mais estimuladas ao longo do processo de aprimoramento do sistema de saúde brasileiro, tornando-se gradativamente reconhecidas como uma atividade essencial no contexto de formulação e redirecionamento de programas e políticas de saúde (DUBEUX; FREESE; FELISBERTO, 2013). Esse avanço da avaliação vem ganhando espaço dentro da Saúde Coletiva, constituindo-se em um dos subespaços desse campo juntamente com o Planejamento, a Epidemiologia e as Ciências Sociais, sendo resultado da interação entre os campos burocráticos e científicos, entre as instituições de gestão do SUS e

os grupos de pesquisa das universidades públicas brasileiras (FURTADO; VIEIRA-DASILVA, 2014)

Para Campos, Merhy e Nunes (1994), os acontecimentos registrados no campo da saúde têm revelado constantes disputas em torno de objetivos corporativos, nos quais dificilmente tem predominado a preocupação com a saúde da maioria das pessoas. A saúde, nesse sentido, passa a ser realizada com base no mercado, nesse contexto, adquire a perspectiva de produção de metas e não de resolutividade das necessidades de saúde de uma população.

Nesse sentido, a saúde pública e, especificamente, a avaliação em saúde deve perpassar a intervenção e se constituir em uma prática social, não se limitando a cumprir regras e normas, mas de ser uma ferramenta para a consolidação da democracia, afirmação de direitos e empoderamento dos cidadãos, conforme entendem Gomes e Bezerra (2014a, p. 68):

“Superar a fragmentação dos serviços e a dicotomização da atenção à saúde, entendendo a complexidade presente no território da saúde, são alguns dos desafios que devem estar presentes nos programas que se propõem realizar uma avaliação do SUS”.

Há de se considerar, portanto, que a qualificação de redes assistenciais requer respostas às questões avaliativas que tenham a participação dos envolvidos a organização dos serviços de saúde e a implementação de políticas, de tal forma que se tenha uma avaliação passível de ser utilizada (PATTON, 1997) e capaz de se constituir em instrumento de aprendizagem para os sujeitos envolvidos (ALMEIDA; TANAKA, 2016)

Essa pesquisa reconhece a importância da avaliação a partir da perspectiva dos atores envolvidos na implantação da RUE o que, necessariamente, implica considerar a dimensão subjetiva como um elemento que faz parte dos componentes da avaliação. A partir dessa dimensão, pode-se desvendar a apropriação social daquilo que é produzido como resposta às demandas por saúde, incluindo experiências, sentimentos e expectativas.

Diante o exposto, a presente investigação trata-se, portanto, de uma análise do processo de implantação da Rede de Urgência e Emergência. Envolve gestores implicados no processo de implantação da rede e da sua gestão. Pretende constituir uma análise que seja fruto de uma demanda real e que contribua para a tomada de decisão com vistas a uma melhor qualidade da atenção.

Diante do que foi explanado, a presente tese tem como pressupostos:

- a) Embora o processo de implantação da RUE no Ceará tenha sido iniciado ainda em 2012 com a aprovação em Comissão Intergestores Bipartite (CIB) do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências do Estado do Ceará a RUE e implantação de diversos serviços de saúde como as UPA e os hospitais regionais e , ainda, a

expansão do SAMU a rede apresenta importantes fragilidades denunciadas pela manutenção do cenário de superlotação das emergências hospitalares, Unidades de Pronto Atendimento (UPAS 24hs) atendendo a um perfil de usuários que teriam suas demandas resolvidas em Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) e, ainda atendendo e internando por período superior a 24hs usuários graves que necessitam de leito em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Esse cenário poderá ser reflexo de falhas no planejamento com predomínio da componente estrutura em detrimento do fortalecimento dos processos.

b) A diversidade dos contextos políticos e as situações organizacionais interferem nas características da implantação dos programas de modo que um mesmo programa ou política que seja concebido com as mesmas normativas tende a ter características peculiares podendo obter sucesso em um contexto e fracasso em outro. De tal forma a análise do processo de implantação da RUE na Região de Saúde de Fortaleza - CE poderá fomentar a compreensão da complexidade de fatores que dificultam ou facilitam o processo de implantação de rede.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Analisar o processo de implantação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências na Macrorregião de Região de Saúde Fortaleza.

2.2 ESPECÍFICOS

- a) Descrever o perfil demográficos e clínico do Infarto Agudo do Miocárdio e por Acidente Vascular Cerebral nos municípios que compõem a Região de Saúde Fortaleza e no estado do Ceará, no período de 2001 a 2017;
- b) Realizar estudo de avaliabilidade da Rede de Atenção às Urgências e Emergências na Região de Saúde Fortaleza;
- c) Elaborar modelos teórico e lógico que seja a imagem-objetivo do processo de implantação da RUE na Região de Fortaleza;
- d) Elaborar Matriz de Avaliação que se constitua em instrumento de avaliação e monitoramento do processo de implantação da RUE;
- e) Compreender o processo de implantação da RUE na Macrorregião e Região de Saúde Fortaleza, considerando as normativas vigentes, os processos de gestão e o contexto de implantação, destacando os fatores limitantes e facilitadores.

3 REVISITA A LITERATURA

3.1 DA DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO ÀS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: TRAJETÓRIAS E CONDICIONANTES

O conceito de descentralização constitui um caleidoscópio de sentidos e significados, neste sentido, a presente tese buscou delimitá-lo nos moldes da reforma sanitária brasileira, seguindo a definição proposta por Falleti (2010), segundo a autora descentralização trata-se de um processo, no qual responsabilidades, recursos ou autoridade são transferidos dos governos centrais aos subnacionais.

Para operacionalizar a descentralização de forma que esta não represente o deslocamento do ônus da gestão para os governos subnacionais tem-se a regionalização como estratégia associada e complementar à descentralização. Contudo, enquanto em países europeus, com sistemas de saúde universais, as agendas de descentralização e regionalização ocorreram *pari passu*, nos países latino-americanos, inclusive o Brasil, houve maior destaque para a descentralização, sendo assim, os mecanismos de integração para construção de um sistema regionalizado ficaram em segundo plano (VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010).

No processo de indução da regionalização, a política brasileira foi primeiramente muito influenciada pela proposta das redes assistenciais regionalizadas e hierarquizadas para sistemas universais de saúde, inspirada no Relatório Dawson, de 1920. O qual foi elaborado por solicitação do governo britânico que após a Primeira Guerra Mundial buscava formas de organizar os serviços de saúde para uma dada região (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015; KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

Alguns dos conceitos do Relatório Dawson foram incorporados na política brasileira, tais como: critérios de delimitação regional baseado na oferta, fluxo e hierarquia assistencial e nas necessidades de saúde de uma comunidade; a eficiência de escala; a coordenação das referências de acesso entre os níveis e/ou regiões. Contudo, a autoridade de saúde única na região, aspecto fundamental na proposta britânica, não foi incorporado ao sistema de saúde brasileiro devido ao modelo federativo, municipalista (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015).

No Brasil, a descentralização das ações e serviços de saúde tem sido parte integrante das políticas de saúde desde o início da década de 80 com as estratégias das Ações Integradas de Saúde (AIS) e dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS).

Um marco para a descentralização dos serviços de saúde constitui-se nas discussões realizadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) que aconteceu em 1986 onde foi proposta a construção de um Sistema de Saúde descentralizado, com atribuições específicas para a União, os estados e os municípios, e democrático, com a participação social na formulação das políticas de saúde, no acompanhamento e na avaliação (DOURADO, ELIAS, 2011). A partir de então, estavam expostas as bases para a construção do atual sistema de saúde brasileiro (BRASIL, 1986).

De acordo com o Relatório da 8ª CNS, o novo Sistema Nacional de Saúde deveria ser orientado pelos seguintes princípios e diretrizes: descentralização na gestão dos serviços; integralização das ações; unidade na condução das políticas setoriais; regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviços; participação da população; fortalecimento do papel do município; inserção de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde; universalização em relação à cobertura populacional; equidade no que se refere à questão do acesso (BRASIL, 1986).

Em 1988 a promulgação da Constituição Cidadã instituiu o federalismo cooperativo no Brasil e trouxe a novidade do ingresso definitivo dos municípios, compondo, com os estados e a União, a estrutura federativa trina particular do País. Nas suas palavras: “A organização político-administrativa da República Federativa do Brasil compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, todos autônomos, nos termos desta Constituição” (Brasil, 1988, art. 18). Consolidou-se, assim, a condição historicamente construída da organização do Estado brasileiro, propiciando a transferência de encargos e recursos para os governos municipais responsabilizarem-se pelo provimento de bens e serviços aos cidadãos (DOURADO, ELIAS, 2011).

O artigo 198 da Constituição de 1988 assim determina:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade. § 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (BRASIL, 1988. p. 33).

No ano de 1990, foram regulamentadas as Leis Orgânicas da Saúde, a Lei nº 8.080 que apresenta as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, além da organização e do funcionamento dos serviços correspondentes. Ademais, (BRASIL, 1990a). Já a segunda Lei Orgânica (Lei nº 8.142/1990) ordena a participação popular na gestão do SUS e

as transferências intergovernamentais de recursos financeiros no setor da saúde, além de dar outras providências (BRASIL, 1990b).

O capítulo II da Lei nº 8.080 trata sobre os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde, por meio do Artigo 7º, as ações e os serviços de saúde públicos e privados (contratados ou conveniados) que integram o SUS são desenvolvidos baseados nas diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, associadas aos seguintes princípios: universalidade; integralidade; igualdade da assistência; direito à informação; descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: com foco na descentralização dos serviços para os municípios através da regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; integração em nível executivo das ações de saúde; conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos, entre outros (BRASIL, 1990a). Destaca-se, nesse contexto, a regionalização.

O SUS foi, portanto, criado nesse contexto político-social, fruto do reconhecimento do direito à saúde no Brasil, como instituição de caráter federativo orientada pela descentralização político-administrativa. A normatização constitucional e a regulamentação disposta na Lei Orgânica da Saúde delimitam a expressão da estrutura federativa nacional na área da saúde ao determinarem o dever de todos os entes federados de atuar para a promoção, proteção e recuperação da saúde, com autonomia de cada esfera de governo para a gestão do sistema nos limites do seu território (DOURADO; ELIAS, 2011).

Este processo de descentralização encontrou respaldo em portarias do Ministério da Saúde, Normas Operacionais Básicas 93 e 96 (NOB/93 e NOB/96) as quais representaram importantes instrumentos de regulação do processo de descentralização e trataram dos aspectos de divisão de responsabilidades, relações entre os gestores e critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios (CHEBLI *et al.* 2010).

A NOB 93 considerou que estados e municípios são gestores do SUS e não prestadores de serviços do Ministério da Saúde; transferir recursos pela modalidade “fundo à fundo”; adotar o critério global de repasse de parcelas dos recursos da União; Adotar as Comissões Tripartite e Bipartites como fóruns de negociação intergestores; possibilitar aos municípios e estados serem gestores de seus sistemas, independentemente da condição de gestão que viesse a ter, bastando demonstrarem ter capacidade de responder pela saúde de sua população (BRASIL, 1993). Nesse sentido, a NOB 96 garantiu o pleno exercício do poder público, com a conseqüente redefinição das responsabilidades dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e União avançando na consolidação dos princípios do SUS (BRASIL, 1996).

Mesmo com os avanços das NOBs, e alguns retrocessos também, a regionalização somente ganha destaque a partir de 2000, com a edição da Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001/2002 e de maneira mais persuasiva, com o Pacto pela Saúde em 2006 (BRASIL, 2002; 2006a; 2006B; KUSCHNIR; CHORRY, 2010; VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010).

A NOAS 2001 destaca-se como uma tentativa de ordenar a regionalização propondo a cada estado elaborar seu Plano Diretor de Regionalização (PDR), que expressa a identificação e o reconhecimento das Regiões de Saúde nos estados e no Distrito Federal com suas redes de atenção à saúde. Indica a Programação Pactuada e Integrada (PPI) como mecanismo para assegurar a assistência à saúde de forma regionalizada com fluxos de referência e contra-referência entre os serviços e o Plano Diretor de Investimentos (PDI) para atender a prioridade das ações e serviços com especificação das fontes de recursos (BRASIL, 2002).

As estratégias adotadas para consolidar a regionalização da saúde, visando transferir o foco descentralizatório da municipalização para a regionalização, foram: 1) a elaboração do Plano Diretor de Regionalização e as diretrizes para a organização regionalizada da assistência, visando à conformação de sistemas de atenção funcionais e resolutivos nos diversos níveis, sob coordenação das Secretarias de Estaduais de Saúde (SES); 2) o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS, com a qualificação do planejamento/programação, regulação, controle e avaliação, incluindo instrumentos de consolidação de compromissos entre gestores; 3) a atualização dos critérios e do processo de habilitação de estados e municípios, visando superar o caráter cartorial desse processo e torná-lo coerente com o conjunto de mudanças propostas (CHEBLI *et al.*, 2010).

Nesse período, a institucionalidade dos espaços de negociação de decisão envolvendo as secretarias municipais e estaduais ainda são incipientes. De maneira geral, não existiam mecanismos e incentivos para garantir investimentos, alocação e gestão de recursos financeiros, para permitir a formalização dos acordos e parcerias intergovernamentais e a regulação das relações público-privadas a favor dos interesses da saúde da população no espaço regional (VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010).

Nesse contexto, a noção de redes hierarquizadas e regionalizadas foi perdendo espaço para outra perspectiva, das Redes de Atenção à Saúde (RAS). A noção de redes de atenção que passou a informar a política de saúde brasileira tem origem no conceito de sistemas integrados de saúde, desenvolvido para o mercado privado americano e adaptado para as

políticas públicas e sistemas universais de saúde (MENDES, 2010; KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

Os modelos de gestão de sistemas integrados de saúde foram introduzidos em países da Europa e no Canadá, no contexto das reformas dos sistemas de saúde, nos anos 90. Na mesma época, esses modelos começaram a ser adaptados na América Latina e, nos anos 2000, difundiram-se em alguns países, entre eles o Brasil (WHO, 2000; OPAS, 2010).

É com o Pacto pela Saúde em 2006 que ocorre maior ênfase na constituição das regiões de saúde, retomando a regionalização como eixo central, reatualizando os instrumentos de planejamento concretizados pela NOAS e ampliando a capacidade de regionalização para além da assistência à saúde, uma vez que se baseia numa regionalização solidária e cooperativa (BRASIL, 2006b). Novas diretrizes são preconizadas para a regionalização do sistema de saúde, baseadas no fortalecimento da pactuação política entre os entes federados, e na diversidade econômica, cultural e social do país para a redefinição das regiões de saúde.

Arretche (2002), Viana, Lima e Ferreira (2010) e Dourado e Elias (2011) convergem com relação aos avanços da descentralização para o SUS, sobretudo aos relacionados à responsabilização e à ampliação da capacidade de gestão em saúde dos municípios. Contudo, algumas desvantagens podem ser atribuídas ao processo de descentralização brasileira, como por exemplo, a não garantia de acesso universal às ações e serviços de saúde e a dificuldade em promover atenção integral compatível com as necessidades e demandas diferenciadas da população, ou seja, a inoperância da estratégia frente à iniquidade em saúde, pesando também o fato de o território não ter sido apresentado como objeto principal de análise e planejamento, restringindo-se às políticas de desenvolvimento macrorregional, além de privilegiar os municípios sem a face do planejamento regional e desconsiderando o papel das esferas estaduais de governo (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001; VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010; VIANA; LIMA, 2011).

O processo de descentralização da gestão para os municípios, então, favoreceu de forma concreta a oferta dos serviços e ampliação do acesso à população, porém propiciou o afastamento do estado na regulação dos sistemas regionais, reservando-lhe um papel secundário.

Há, contudo, uma contradição, conforme ressaltam Assis *et al.* (2009), relacionada a autonomia conferida aos municípios, pois nenhum deles é totalmente autônomo na prestação da saúde, dependendo sempre de outros. Entretanto, o formato de descentralização proposto pela Constituição não oferece estímulos à integração entre os municípios e a constituição de regiões, tão necessárias à garantia de integralidade da saúde.

Em 2011 foi lançado um importante instrumento de afirmação da cidadania do povo brasileiro, o Decreto 7.508/11, que preenche uma lacuna no arcabouço jurídico do SUS, ao regulamentar a Lei 8.080, dispondo sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, possibilitando o aprimoramento do Pacto pela Saúde e contribuindo na garantia do direito à saúde a todos os cidadãos brasileiros (BRASIL, 2011b).

Com o decreto, passa-se a entender Região de Saúde, que nos interessa nesse estudo, como sendo o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011b). Tal definição facilita a compreensão de que a regionalização – repartição ou agregação político-administrativa de territórios deve levar em conta as características específicas dos entes federados em questão.

Faz-se necessário ter clareza de que, embora o SUS tenha um caráter de ser único em todo o território nacional, com os mesmos princípios e diretrizes, de fato ele não se efetiva do mesmo modo em todas as regiões do País dadas as diferenças sociais, econômicas e culturais. Nesse sentido, a regionalização deve-se afirmar-se, acima de tudo, como um processo político para lidar com a diversidade do próprio SUS no território (VIANA; LIMA, 2011).

Tal atitude torna o processo de regionalização mais complexo do que o relacionado à descentralização político-administrativa. Aqui a regionalização configura-se uma perspectiva mais abrangente e integrada de transformação socioeconômica, de redução das desigualdades e, conseqüentemente, de ampliação da cidadania. Assim, é necessário ir além das fronteiras político-administrativas para que haja a promoção da integração da rede de atenção à saúde ensejada.

3.2 A PROPOSTA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE E O ARCABOUÇO TEÓRICO QUE A CONSTITUI

Considerando que os sistemas de saúde devem ter sua organização balizada pelos aspectos demográfico e epidemiológicos de uma população, infere-se que a transição da situação de saúde deve levar, conseqüentemente, a transição dos sistemas de saúde.

Nesse contexto, ressalta-se a transição demográfica vivenciada no Brasil, com a redução na taxa de crescimento populacional, diminuição do número de crianças e adolescentes

e a aumento da população em idade ativa e do total de idosos (SIMÕES, 2016), o que sugere um progressivo aumento das doenças crônicas. Soma-se a isso a transição epidemiológica caracterizada pela persistência de doenças infecciosas, parasitárias e a desnutrição; a reemergência de doenças como dengue e febre amarela. O aparecimento de novas doenças como a chikungunya; mortes maternas e óbitos infantis por causa consideradas evitáveis e o desafio das doenças crônicas com seus fatores de risco e o crescimento das causas externas em decorrência do aumento da violência e dos acidentes de trânsito. Essa complexa situação tem sido definida, recentemente, como tripla carga de doenças (FRENK, 2006; BRASIL 2010).

Contudo, o sistema de saúde brasileiro encontra-se centrado em eventos agudos e cuidado médico, e organizado segundo preceitos de hierarquização, fragmentação e medicalização, com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta (BRASIL, 2010). Características essas que não respondem as necessidades de saúde da população. A discrepância entre situação demográfica/epidemiológica e organização dos sistemas de saúde é um problema mundial pois os sistemas:

Não estão conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas” de modo que “para lidar com ascensão das condições crônicas, é imprescindível que os sistemas de saúde transponham esse modelo dominante (OMS, 2003, p. 33).

As Redes de Atenção à Saúde surgem como uma alternativa ao modelo assistencial caracterizado pela sua fragmentação, que resulta em um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e sem comunicação entre si e, portanto, incapazes de prestar uma atenção contínua e integral à população.

A proposta de organização do sistema de saúde brasileiro em Redes de Atenção à Saúde (RAS) foi determinada desde a Constituição Federal de 1988 onde em seu artigo 198 dispõe que “as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um único sistema...” (BRASIL, 1998). Contudo, a fragmentação do Sistema Único de Saúde (SUS) impede que este se constitua como um sistema, de fato, e cumpra seus princípios constitucionais de universalidade, integralidade e igualdade, além do caráter descentralizado e com participação popular.

Embora já determinada pela Constituição Federal de 1988, a organização em RAS só ganhou força sendo discutida na academia e na gestão após a publicação do Pacto pela Saúde em 2006 e com maior ênfase após a Portaria nº 4.279 em dezembro de 2010 que estabelece as diretrizes para a organização das RAS, sendo fruto de um grande acordo tripartite envolvendo

Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).

De acordo com a referida portaria as RAS têm como objetivo:

(...) promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (BRASIL, 2010).

Considerando seu objetivo e tendo como foco a garantia da integralidade do cuidado a RAS é definida pela Portaria nº 4.279/2010 como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010)

Pode-se citar ainda o conceito adotado por Silva (2013). De acordo com o autor a definição de RAS é a de que

(...) representam uma malha que interconecta e integra os estabelecimentos e serviços de saúde de determinado território, organizando-os sistemicamente para que os diferentes níveis e densidades tecnológicas de atenção estejam articulados e adequados para o atendimento ao usuário e para a promoção da saúde (SILVA, 2013, p. 81)

Na definição acima percebe-se que a organização em RAS pressupõe a existência de componentes essenciais tais como: 1) espaço territorial e população; 2) serviços e ações de saúde de diferentes densidades tecnológicas que estejam articulados e integrados; 3) logística que contribua para orientar o usuário na rede como, por exemplo, prontuário eletrônico acessível em qualquer ponto da rede; 4) sistema de regulação.

Nas palavras de Lavras (2011) as RAS são:

(...) arranjos organizativos de unidades funcionais de saúde, pontos de atenção e pontos de apoio diagnóstico e terapêutico, onde são desenvolvidos procedimentos de diferentes densidades tecnológicas que, integradas através de sistemas logísticos e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (IBAÑEZ; ELIAS; SEIXAS, 2011, p. 327)

Percebe-se a ênfase na densidade tecnológica e não no nível de complexidade, o que deixa claro que os diferentes pontos de atenção são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos da rede de atenção à saúde se diferenciando apenas pelas distintas densidades que os caracterizam. A densidade tecnológica é caracterizada pela estrutura física,

equipamentos e insumos, bem como pelo perfil dos profissionais e o conhecimento técnico específico.

Já de acordo com Mendes (2011) teórico dos sistemas de saúde e sua organização 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 (APS) – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e segura e com equidade –, com responsabilidades sanitária e econômica pela população adstrita e gerando valor para essa população (MENDES, 2011, p. 82).

Internacionalmente, as conceituações da WHO (2008) e de Castells (2000) são bastante difundidas. A primeira preconiza que seria a gestão e a oferta de serviços de saúde de forma a que as pessoas recebam um contínuo de serviços preventivos e curativos, de acordo com as suas necessidades, ao longo do tempo e por meio de diferentes níveis de atenção à saúde. Já a segunda define redes como novas formas de organização social, do Estado ou da sociedade, intensivas em tecnologia de informação e baseadas na cooperação entre unidades dotadas de autonomia.

A conceituação trazida pela Organização Pan-Americana de Saúde oferece detalhamento semelhante ao conceito elaborado por Mendes (2011) quando preconiza que redes integradas de serviços de saúde, sistemas organizados de serviços de saúde, sistemas clinicamente integrados ou organizações sanitárias integradas podem ser definidas como uma rede de organizações que presta ou provê arranjos para a prestação de serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida, e que se dispõe a prestar contas pelos seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que ela serve (OPS; OMS, 2011). Para Shortell *et al.* (1996), são 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.

Percebe-se que de qualquer forma que se declare o conceito das RAS, em âmbito nacional e internacional, alguns de seus elementos constitutivos devem estar sempre presentes. Começa pela constituição de relações mais horizontalizadas entre os serviços diversos, que passam a se comportar como pontos de atenção inter-relacionados e com canais permanentes de comunicação. E como ponto estratégico, a APS fortalecida e potente, passando a ter um papel ao compartilhar o cuidado com outros pontos, como o que pode assumir certa articulação

do cuidado, especialmente para os usuários com doenças crônicas e necessidade de cuidado contínuo.

Dessa forma, a organização de um sistema de saúde em rede, pressupõe necessariamente um contexto político-organizacional estruturado por regiões de saúde, que por sua vez devem ser estruturadas a partir do (re)conhecimento dos territórios de vida, cuidado e saúde. Temos, assim, a saúde como produção social, e, nessa produção, a concepção de território é fundamental, caracterizando os modos de atuação no cotidiano desses serviços (YASUI, 2010).

3.2.1 O território e a territorialidade na construção das redes de atenção à saúde

É inegável que a compreensão do processo de implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) perpassa pelo entendimento da descentralização e regionalização, o que, por sua vez, exige a delimitação do conceito de território, base fundamental que antecede todo esse processo, sendo, portanto, um elemento importante da Saúde Coletiva. Contudo, tanto na literatura científica, quanto nos documentos oficiais que regem as políticas públicas de saúde é possível observar uma polissemia de interpretações que geram diferentes sentidos ao que se denomina de território no campo da saúde.

A multiplicidade de conceitos que envolve a utilização da expressão território na saúde, nada mais é do que um reflexo dos desencontros teóricos dentro da própria geografia, tradicional campo de discussão acerca do território, como também em diversos campos do conhecimento como a Antropologia, a Sociologia, a Ciência Política, e a Economia. Antes de ser um obstáculo para sua análise, esse caleidoscópio de acepções permite um avanço, na medida em que possibilita interpretações dialeticamente construídas.

Ainda assim, faz-se necessário uma definição de território na elaboração das políticas públicas de saúde tendo em vista que as diferentes interpretações vão desde a concepção de território estático, perene até conceitos mais ampliados que ultrapassam esses aspectos, considerando-o enquanto espaço de produção, relacional e dinâmico.

Para Milton Santos (2002, 2005), geógrafo brasileiro, o território é o espaço vivido pelos homens é, portanto, dinâmico e vivo, espaço formado por interrelações. Não é um objeto estático e tem papel fundamental na vida do indivíduo e no corpo social, englobando tanto as características físicas de determinada área como aquelas produzidas pelo próprio homem:

O território não é apenas um conjunto de formas naturais, mas um conjunto de sistemas naturais e artificiais, junto com as pessoas, as instituições e as empresas que

abriga, não importando o seu poder. O território deve ser considerado em suas divisões jurídico-políticas, suas heranças históricas e seu atual conteúdo econômico, financeiro, fiscal e normativo. É desse modo que ele constitui, pelos lugares, aquele quadro da vida social onde tudo é interdependente (SANTOS, 2002, p. 84).

Assim, quando se fala em território deve-se logo entender que está se falando em território usado, considerando-se o sentido da “interdependência e a inseparabilidade entre a materialidade e o seu uso, o que inclui a ação humana” (SANTOS; SILVEIRA, 2001, p. 247). O território usado é construído por sistemas de objetos (fixos) e sistemas de ação (fluxos) inseparáveis, sendo resultado do processo sócio histórico (SANTOS, 1988). Dessa forma, “a ideia de território transitaria do político para o cultural, das fronteiras entre os povos aos limites do corpo e ao afeto entre as pessoas” (LIMA; YASUI, 2014, p. 597)

Essa perspectiva de interpretação e compreensão do território permite o entendimento contextual do processo saúde-doença, possibilitando análises em saúde pautadas na identificação, localização e usos dos serviços e equipamentos, bem como na relação entre estes os fluxos de pessoas e matérias, considerando, ainda, o conhecimento da dinâmica social, os hábitos e os costumes. De modo que se possa determinar as vulnerabilidades de saúde (MOKEN, 2008).

O reconhecimento do território e seus contextos de uso permite a caracterização descritiva e analítica da população e de suas necessidades de saúde, de proteção e promoção da vida direcionando a tomada de decisão no âmbito da atenção e na elaboração de políticas públicas, afim de produzir processos de intervenção coerente com a realidade (SANTOS; RIGOTTO, 2010). Entretanto, o que se observa “nos diagnósticos de condição de vida e de situação de saúde, os elementos constitutivos da reprodução da vida social nos diversos lugares são listados e tratados como conteúdos desarticulados do território” (MONKEN; BARCELLOS, 2005, p. 905).

No que concerne as políticas públicas, estas são pensadas a partir do território enquanto espaço político-operativo do sistema de saúde, produzindo ações em descompasso com as reais vulnerabilidades. Negligenciando-se o potencial do território usado para a identificação dos problemas de saúde, a compreensão dos fluxos de cuidado e a elaboração das propostas de intervenção (MONKEN; BARCELLOS, 2005; AUGUSTO *et al.*, 2014)

No Sistema Único de Saúde, considera-se o território enquanto ponto de partida para organização da atenção à saúde. Dessa forma, o termo está presente nos documentos que expressam princípios e diretrizes das políticas de saúde brasileiras, sendo importante para o

planejamento em saúde, a garantia do acesso e, conseqüentemente, a resolução dos problemas e atendimento as necessidades de saúde da população.

Contudo, é fundamental uma definição do termo que esteja alinhada as finalidades das RAS, ao processo de regionalização e que, de fato, seja potencializadora da produção do cuidado. Que seja capaz de organizar as ações e serviços de saúde com base nas necessidades e problemas demandados pela população, considerando a flexibilidade do território e seus aspectos relacionais, de forma a garantir os princípios do SUS – universalidade, equidade e integralidade.

A questão da relação território e saúde esteve presente nos movimentos sanitários. A Saúde Pública historicamente inscreve o território como espaço de diagnóstico e intervenção em saúde. No final do governo imperial brasileiro as práticas higienistas, pautadas na relação linear causa e efeito para explicação da doença, direcionavam suas ações para o monitoramento das epidemias urbanas e controle dos surtos nos portos (SCOREL; TEIXEIRA, 2012).

Mesmo com a introdução do conceito de determinantes da saúde (ALMEIDA-FILHO; CASTIEL; AYRES, 2009) e o avanço da Medicina Social, percebe-se que muito do discurso higienista ainda se encontra presente nos modelos de atenção à saúde atuais, atuando no controle populacional da doença e em uma concepção de “território como ambiente físico contenedor de vectores de enfermedad o riesgos” (MOLINA JARAMILLO, 2018).

Contudo, com o aumento da incidência e prevalência das doenças crônicas a relação explicativa de causa e efeito das doenças perde o sentido, bem como o conceito de território enquanto espaço de intervenção para controle de vetores. Nessa nova lógica, além dos fatores biológicos e ambientais, são considerados as questões sociais e econômicas, os hábitos de vida e a cultura. Assim, as políticas de saúde devem avançar no mesmo passo que as condições de saúde e o território deve passar a ser concebido enquanto produto social, resultado da dinâmica e dos modos de produção e reprodução social.

A apreensão e a compreensão do território, em que pese toda a sua riqueza e complexidade, sinalizam uma etapa primordial para a caracterização descritiva e analítica das populações humanas e de seus problemas de saúde. Além disso, também permitem a avaliação dos reais impactos dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população, possibilitando, ou efetivamente abrindo, espaços para o desenvolvimento de práticas de saúde voltadas para o chão concreto, para o lugar da vida cotidiana das pessoas (SANTOS; RIGOTTO, 2010, p. 389).

A efetivação desses princípios requer estratégias político-territoriais como a participação, pactuação e responsabilidade solidária que são postas em prática por meio das diretrizes – descentralização, regionalização e municipalização. Considerando esse contexto,

percebe-se que essas estratégias “serão mais eficazes à medida que estiverem mais bem informadas sobre os processos que participam das construções dos territórios da saúde, concebidos como processos em que existem superposições de intenções de diferentes atores e conflitos” (GONDIM *et al.*, 2008, p. 253)

Considera-se que para a construção de territórios da saúde é preciso “ir ao encontro do território é estar atento para os modos de organização, de articulação, de resistência e de sobrevivência que as pessoas que ocupam esses espaços vão inventando no seu cotidiano” (LIMA; YASUI, 2014). Dessa forma indaga-se: de que forma podemos ir ao encontro do território? Presume-se que estratégia deve ser realizada a partir do âmbito local para o regional. Dessa forma, as equipes de saúde ao realizar a territorialização de cada microárea ou área de abrangência, possa compartilhar com áreas maiores, destas para os distritos/regionais e destes para municípios e regionais, de forma ascendente.

Dessa forma, o conceito de território na saúde deve convergir para o que afirmam Santos e Silveira (2001, p. 21): “o território, em si mesmo, não constitui uma categoria de análise ao considerarmos o espaço geográfico como tema das ciências sociais, isto é, como questão histórica. A categoria de análise é o território utilizado”. Dito isso, o território na saúde não deve ser considerado enquanto mera delimitação de área. É preciso conhecer e reconhecer as relações que muitas vezes transcendem os limites administrativos dos territórios.

A partir da Constituição Federal de 1988, os territórios passam a compor uma rede de serviços ofertada pelo Estado, buscando assegurar os princípios e diretrizes definidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Nessa perspectiva o conceito de território está relacionado a diretriz da descentralização, mediante a regionalização das ações e serviços de saúde e tem como resultado o acesso, o uso racional dos recursos, a participação social e a atenção às necessidades regionais (GADELHA; MACHADO; LIMA, 2009)

Nesse contexto, o território, embora não devidamente conceituado, deve ser entendido enquanto espaço de interação social, de fluxo de pessoas e informação. No entendimento de Mendes (MENDES, 1993), seria denominado de território-processo, sendo produto de uma dinâmica social onde se tencionam sujeitos sociais postos na arena política, diferente, portanto do território como espaço físico, geopolítico.

A proposta da descentralização como diretriz organizacional do SUS pretende ofertar atendimento integral à população em todos os níveis de atenção – primário, secundário e terciário. Nesse cenário, a noção de território é enfatizada, considerando-se um movimento de descentralização e centralização das ações a partir dos serviços de saúde existentes no

município/região, os quais são compreendidos como os principais responsáveis pelo atendimento da população.

Para a operacionalização das ações, são utilizadas uma variedade de nomenclaturas e divisões territoriais, tais como: município, distrito sanitário, microárea, área de abrangência. Tais divisões, entendidas como áreas de atuação administrativas, gerenciais, econômicas ou políticas, criam territórios próprios (Gondim *et al.*, 2008). Portanto, como afirmam Santos e Rigotto (2010):

O SUS se organiza com base num substrato territorial. Com isso, a distribuição dos serviços de saúde assume uma estratégia operacional de demarcação de áreas de abrangência correspondentes aos níveis de complexidade das ações de saúde. As diretrizes organizativas do SUS guardam expressivas relações com a concepção de território enquanto delimitação de uma área específica para cenário das ações de saúde dirigidas a uma população específica, porém com composição distinta, quantitativa e qualitativamente (SANTOS; RIGOTTO, 2010, p. 393)

Assim o território é entendido de forma estanque, pois representa a concepção de uma área geográfica delimitada que compreende uma determinada população, desconsiderando, dessa forma, a dinâmica política, econômica ou social dos territórios, o fluxo das populações ou os fatores macroestruturais que condicionam a iniquidade (HILLESHEIM; BERNARDES, 2014).

Dessa forma, adotar limites geográficos no âmbito da saúde, parece ser a alternativa para organização da assistência, contudo, considerando o exposto, é preciso avançar partindo do pressuposto que o território é sobretudo relacional e que, portanto, os fluxos na saúde, estabelecidos a priori, são feitos e desfeitos, podem ter seus caminhos desviados por outras vias, podem ser criados atalhos, são, em certa medida, imprevisíveis pois são fruto das relações, dos hábitos, da cultura. Estão além das fronteiras.

Infere-se que o território socialmente constituído deve ser o lugar da construção e do funcionamento das redes de atenção a saúde da população que habita. Fazer parte desse espaço das sociabilidades cotidianas configura-se fator que determina a identidade dos habitantes como um grupo específico e que define as competências para participar das redes e aceder aos serviços oferecidos por esse espaço social simbólico.

3.3 ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

Faz-se necessário uma rede de serviços que agregue avanços terapêuticos, tecnológicos e gerenciais específicos, que viabilizem o acesso aos serviços de urgência e emergência com garantia de acolhimento, de assistência qualificada e resolutiva, da estabilização das funções vitais e da referência adequada dos pacientes graves. Contudo, o sistema de saúde brasileiro ainda se encontra fragmentado, pautado na oferta de serviços e centrado em procedimentos. Impera aqui o modelo biomédico, incapaz de atender as necessidades de saúde da população e de operar segundo os princípios da integralidade, equidade e universalidade.

A capacidade de atender casos de alta complexidade, de forma rápida e eficaz, leva a uma persistente e histórica preferência por consultas nesse tipo de serviço, independente da adequação desse atendimento e do modelo assistencial de saúde (CARRET, 2011). De acordo com Gisele O'Dwyer (2009) cerca de 65% dos pacientes atendidos nas urgências hospitalares poderiam ter sido atendidos em ambulatórios. Nesse contexto, ressalta-se ainda o uso indevido dos serviços hospitalares.

Em pesquisa feita em serviços de urgência e emergência dos hospitais regionais de Pernambuco verificou-se que a maioria dos usuários recorreu ao hospital como primeira unidade assistencial (77,1%), destacando a confiança no atendimento do serviço como principal motivo para a seleção do setor de urgência e emergência (DUBEUX, L.S; FREESE, E.; FELISBERTO, 2013)

Em estudos sobre utilização inadequada de serviços de emergência, destaca-se que os serviços de emergência devem ser utilizados em circunstâncias específicas e que a utilização inadequada é prejudicial para os pacientes graves e para os não graves, porque esses últimos, ao elegerem o hospital para seu atendimento, não têm garantido o atendimento de seguimento. Indicam que o acesso à atenção básica reduz o uso inapropriado de serviços de emergência, apenas se o paciente tiver rápido acesso ao atendimento de urgência no âmbito da atenção básica (CARRET; FASSA; DOMINGUES, 2009).

Em revisão sistemática sobre tipos de intervenções propostas para solucionar a superlotação dos serviços de emergência os autores afirmam que a superlotação revela o baixo desempenho do hospital, assim como da rede. Destacam os serviços de urgência e emergência como representantes do desempenho dos serviços de saúde, ressaltando a importância do

comprometimento do profissional desses serviços para a solução do problema (BITTENCOURT; HORTALE, 2009)

As fragilidades da Atenção Primária à Saúde, com baixa cobertura nos grandes centros urbanos e deficiência de profissionais médicos nos pequenos municípios diminui a resolutividade dos serviços aumentando os casos de agudização das doenças crônicas, gerando forte impacto nos serviços de atenção às urgências e emergências que concentrados nas capitais dos estados geram superlotação nas emergências hospitalares, comprometem assim os processos de trabalho, a qualidade da assistência e a efetividade das ações.

Diante a problemática enfrentada nos serviços de urgência e emergência com superlotação dos hospitais, baixa resolutividades dos serviços de saúde e as dificuldades no acesso, o Conselho Nacional de Saúde - CNS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS e Comissão Intergestora Tripartite - CIT assumiram essa discussão, que produziu diversas e legítimas contribuições, indicando uma participação ampliada no processo de formulação da política de atenção às urgências (O'DWYER, 2010).

Com vista a resolução da problemática, o Ministério da Saúde instituiu a portaria nº 2.048, publicada em 2002 que aprovou o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, proporcionando as bases para a instituição da atual política de atenção às urgências (BRASIL, 2002).

Esse documento foi o precursor da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), contendo todos os elementos que foram desenvolvidos nas portarias seguintes. Entre eles, a integração dos níveis assistências na atenção às urgências; a regulação médica; a capacitação pelos Núcleos de Educação em Urgência, a gestão por comitês de urgência nos níveis municipal, regional, estadual e nacional, a regionalização, a humanização e a atenção centrada no usuário. Segundo O'Dwyer (2010), esta portaria ampliou a responsabilidade das ações de saúde no SUS, com responsabilização dos diversos profissionais e dos diferentes serviços, além de tornar mais resolutiva a atenção às urgências, e permitir um diagnóstico das dificuldades do sistema de saúde, possibilitando correções.

De acordo com a referida portaria, o Sistema Estadual de Atenção às Urgências deveria se estruturar a partir das necessidades sociais em saúde e sob o imperativo das necessidades humanas nas urgências; o diagnóstico destas necessidades deveria ser feito a partir da observação e da avaliação dos territórios sociais com seus diferentes grupos e o confronto das necessidades com as ofertas permitindo visualizar as deficiências do sistema e projetar suas correções, sustentado por políticas públicas orientadas pela equidade (BRASIL, 2002).

Para a reorganização e regulação desses serviços no âmbito do SUS foi instituído o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) escolhido como primeira estratégia de implantação da Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2003b). Além do SAMU foi instituída ainda a Central de Regulação Médica e o Núcleo de Educação em Urgência.

A PNAU redirecionou o foco do atendimento das urgências e emergentes do hospital para outros equipamentos como os componentes pré-hospitalar fixo que são as Unidades Básicas de Saúde e as Unidades de Pronto Atendimento, estas últimas servindo de retaguarda para as primeiras, sendo posteriormente denominadas Unidades de Pronto Atendimento 24hs (UPA).

Em 2011, o Ministério da Saúde instituiu a Rede de Atenção às Urgências, posteriormente denominada de Rede de Urgência e Emergência (RUE). A RUE, como rede complexa e que atende a diferentes condições (clínicas, cirúrgicas, traumatológicas, em saúde mental etc.), é composta por diferentes pontos de atenção, de forma a dar conta das diversas ações necessárias ao atendimento às situações de urgência. Desse modo, é necessário que seus componentes atuem de forma integrada, articulada e sinérgica. Além disso, de forma transversal a todos os componentes, devem estar presentes o acolhimento, a qualificação profissional, a informação e a regulação de acesso (BRASIL, 2011).

Figura 1 – Componentes da RUE e suas interfaces



Fonte: SAS/MS (2011).

Assim, com o objetivo principal de reordenar a atenção à saúde em situações de urgência e emergência de forma coordenada pela atenção básica, é necessário muito mais do que a ampliação da rede de serviço: é necessário, de forma qualificada e resolutiva, o

desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, de diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos.

As seguintes estratégias são destacadas como prioritárias na RUE: Qualificação das portas hospitalares de urgência e emergência e da emergência, estratégicas para a RUE; Qualificação da atenção ao paciente crítico ou grave por meio da qualificação das unidades de terapia intensiva; Organização e ampliação dos leitos de retaguarda clínicos; Criação das unidades de internação em cuidados prolongados (UCP) e de hospitais especializados em cuidados prolongados (HCP); Qualificação da atenção por meio da organização das linhas de cuidados cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica; Definição da atenção domiciliar organizada por intermédio das equipes multidisciplinares de atenção domiciliar e das equipes multidisciplinares de apoio; e Articulação entre os seus componentes (BRASIL, 2013).

A operacionalização da Rede de Atenção às Urgências e Emergências dar-se-á pela execução de cinco fases. O Plano de Ação Regional e o Plano de Ação Municipal serão os documentos orientadores para a execução das fases de implementação da RUE, assim como para o monitoramento e a avaliação, que deverão ser realizados pelo Grupo Condutor Estadual ou do DF e pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011).

a) Fase de Adesão e Diagnóstico: Apresentação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências nos estados e no Distrito Federal; Realização de diagnóstico e aprovação da região inicial de implementação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) nos estados e no Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF); e Instituição de Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, formado pela Secretaria Estadual de Saúde (SES), pelo Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) e com apoio institucional do Ministério da Saúde. O Grupo Condutor da RUE no Distrito Federal será composto pela Secretaria de Saúde e pela CGSES/DF, com apoio institucional do Ministério da Saúde, e terá as mesmas atribuições do Grupo Condutor Estadual.

b) Fase do Desenho Regional da Rede: Realização de análise da situação dos serviços de atendimento às urgências, com dados primários, incluindo dados demográficos e epidemiológicos, dimensionamento da demanda e oferta dos serviços existentes pela Comissão Intergestores Regional (CIR) e pelo CGSES/DF, com o apoio da Secretaria de Saúde Estadual ou do Distrito Federal; Elaboração do Plano de Ação Regional, com detalhamento técnico de cada componente da Rede; Aprovação do Plano de Ação Regional na CIR, no CGSES/DF ou na CIB; Elaboração dos Planos de Ação Municipais integrantes da CIR, em consonância com

o Plano de Ação Regional, por meio do Grupo Condutor Municipal, que deverá ser instituído em cada município da região de saúde, com apoio institucional da SES.

c) Fase da Contratualização dos Pontos de Atenção: estabelecimento de instrumento legal formalizado entre o gestor local do SUS, seja ele o município, o estado ou o Distrito Federal, estabelecendo o repasse de recursos financeiros mediante a pactuação de metas quantitativas e qualitativas do processo de atenção à saúde, com os pontos de atenção à saúde da Rede de Atenção sob sua gestão, de acordo com o Plano de Ação Regional e os Planos de Ação Municipais.

d) Fase da Qualificação dos Componentes: Ocorre por meio do cumprimento de critérios técnicos, que, salvo algumas exceções, decorrerá em acréscimo de recursos. Cada componente da RUE traz detalhados em seus normativos os critérios técnicos para qualificação dos diversos componentes.

e) Fase da Certificação: A certificação será concedida pelo Ministério da Saúde aos gestores do SUS, após a etapa de qualificação dos componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, com avaliação periódica. Para a certificação, os gestores deverão qualificar todos os componentes da RUE.

4 METODOLOGIA

4.1 BASE TEÓRICA CONCEITUAL

A avaliação é uma atividade tão antiga quanto o próprio processo de aprendizagem. Contudo, nas leituras acerca do campo da avaliação percebe-se uma infinidade de termos, conceitos e usos que, se por um lado é resultado de um grande número de pesquisas e pesquisadores dedicados ao tema, por outro reflete a dificuldade de consolidar-se como campo de estudo, produtor de conhecimento cientificamente válido e socialmente reconhecido.

Ao adentrar no mundo da avaliação percebe-se a multiplicidade de termos e conceitos que envolvem esse campo, o que, por muitas vezes dificulta a compreensão daquele que se aventura nas leituras sobre o tema. Existe uma variedade de autores (GUBA; LINCOLN, 2011; CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997; PATTON, 1997; HARTZ; VIEIRA DA SILVA; 2005; BROUSSELE *et al.*, 2011) que elaboraram propostas metodológicas distintas pautadas em suas orientações filosóficas e práticas.

Diversos autores conceituam avaliação e/ou avaliação em saúde priorizando seu uso para a verificação do alcance dos objetivos do programa (SUCHMAN, 1967), para a tomada de decisão (PATTON, 1997), para a análise do funcionamento de políticas públicas e de seus resultados (WEISS, 1998), para emitir um juízo de valor (DONABEDIAN, 1990; SRIVEN, 1991) e finalmente para à melhoria do bem-estar coletivo (MARK; HENRY; JULNES, 2000).

Considerando a existência de diversos conceitos e metodologias de desenvolvimento de avaliações, admite-se que não existe nenhuma forma que seja considerada incorreta de defini-la, pois, as definições estão necessariamente ancoradas nas suas finalidades (GUBA; LINCOLN, 2011).

Diante o exposto, ao situar essa pesquisa no campo da Avaliação em Saúde torna-se imperativo discorrer sobre as diversas possibilidades e pontuar as escolhas metodológicas assumidas nessa investigação, discorrendo acerca dos argumentos levantados pelos autores e sustentados neste estudo. Assim, nessa sessão serão discutidos alguns aspectos conceituais e metodológicos a respeito da avaliação em saúde, com esforços de contextualizá-los os períodos históricos e o processo de formulação do SUS e das políticas de saúde brasileiras.

4.1.1 Avaliação em Saúde: instrumento emancipatório das políticas sociais ou prática de consolidação das políticas econômicas?

É na década de 1980 que a sociedade brasileira adquire a consciência sobre o direito à saúde, reivindicada tanto por parte dos milhões de pessoas à margem do mercado consumidor, quanto pelas elites econômico-sociais e pelos profissionais ligados à área da saúde.

Apesar da nova consciência da saúde como direito, no Brasil, observa-se que os processos de gestão foram marcados por uma lógica fragmentadora e vertical e a avaliação das políticas de saúde, enquanto ferramenta de gestão, está inserida nessa lógica. No campo da Saúde Coletiva, a avaliação de políticas, programas e serviços de saúde tende a ser uma área relevante, por viabilizar escolhas de planejamento e possibilita um controle técnico e social dos serviços e programas destinados a sociedade (MORAES; SANTOS, 2001).

Para Contandriopoulos (1999), a institucionalização da avaliação, concebida por ele como um mecanismo formal para a produção de informações sobre programas e políticas públicas, é um componente primordial das políticas de racionalização, pois se destina a melhorar o desempenho das intervenções pelo setor público.

Portanto, é importante indagar de que forma se dá a institucionalização da avaliação no território brasileiro. Considerando que seu uso poderá induzir práticas produtivistas associadas ao *modus operandi* do capitalismo ou práticas emancipatórias pautadas na transformação dos sujeitos e na democratização das políticas de saúde. Dessa forma, será que a institucionalização da avaliação é suficiente para promover uma construção mais democrática da política de saúde e do SUS?

Institucionalizar a avaliação, no entendimento de Felisberto (2004), significa incorporar a avaliação à rotina dos serviços de saúde, a partir da necessidade de adotar as ações de monitoramento e avaliação como subsidiárias ou intrínsecas ao planejamento e à gestão, como suporte à formulação de políticas, ao processo decisório e à formação de todos os atores envolvidos.

Quando institucionalizada, a avaliação orientaria o comportamento dos tomadores de decisões, o que representa um desafio, haja vista que no mundo político as decisões são influenciadas por diversos fatores, dentre eles os políticos. Com a institucionalização da avaliação, entendem Gasparini e Furtado (2014), haveria o esforço no sentido de tornar a prática avaliativa parte integrante do processo decisório, contribuindo com mudanças para a sociedade e para as instituições.

Entretanto, há um paradoxo no processo de institucionalização da avaliação enquanto um instrumento para a melhoria do sistema de saúde. A forma como essa avaliação é feita traz diferentes contribuições no processo de democratização da saúde. Para Contandriopoulos (2006), supõe-se que a institucionalização da avaliação traga uma racionalização dos processos de decisão. Alega, ainda, que a intensidade com que os resultados de uma avaliação são considerados pelas instâncias decisórias varia de acordo com a credibilidade, fundamentação teórica e pertinência.

Na opinião do autor, para que a avaliação esteja no centro das estratégias de transformação do sistema de saúde é adequado criar condições para um julgamento avaliativo crítico, no qual estratégias que favoreçam a formação, o debate, a reflexão e a abertura de novas frentes de intervenção são postas em prática. Entende, assim, que institucionalizar a avaliação implica questionar a capacidade que esta tem de produzir informações e julgamentos essenciais às instâncias decisórias e ao melhor desempenho do SUS (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

Mas de que tipo de avaliação se fala? Como ela pode se transformar em um elemento que contribui para uma construção mais democrática da política de saúde? Que caminhos podem ser construídos no sentido de torná-la um processo menos fragmentado e dissociado da ideologia do produtivismo?

Semelhante ao que ocorre em outras partes do mundo, Mercado e Bosi (2006) argumentam que na região ibero-americana a maioria das práticas avaliativas segue o modelo tradicional, ou seja, são práticas fundadas na tradição positivista, sejam elas avaliações experimentais, de custo-benefício ou mesmo gerenciais. A característica desse modelo de avaliação é a de pressupor que a realidade pode ser traduzida em um conjunto de fatos objetivos, observáveis e quantificáveis. Se considerado esse referencial, a avaliação se torna algo quantitativo, que pode ser validada, generalizada e ser científica. Essas práticas, entendem os autores, são não só equivocadas em termos éticos e morais, mas também conceitualmente limitadas, além de serem consideradas ingênuas no âmbito político.

Ao contrapor essa visão positivista da avaliação, os referidos autores enfatizam o surgimento, em tempos recentes, de novos enfoques ou modelos de avaliação denominados de “enfoques emergentes” (MERCADO E BOSI, 2006). Estes enfoques fazem um contraponto ao modelo positivista, visto basearem-se em outros paradigmas, dentre eles, aqueles que se incluem sob os rótulos de “interpretativo”, “crítico” ou “participativo”. Sua proposição guarda correspondência com as críticas realizadas à avaliação tradicional. Dessa forma, os enfoques emergentes, da forma como Mercado e Bosi (2006, p. 13) delimitam, incluem diferentes posturas e abordagens que “compartilham da crítica ao enfoque positivista ao mesmo tempo em

que incorporam propostas teórico-conceituais e metodológicas oriundas de outras correntes tradicionais do pensamento”.

Essas abordagens não tradicionais ou emergentes da prática avaliativa, mesmo sendo denominadas de diversas formas (avaliação qualitativa e/ou participativa, democrática, de atribuição de poder, de quarta geração, interpretativa e/ou crítica, emancipatória, responsiva) têm a mesma essência: a de se contraporem aos modelos hierárquicos e tradicionais arraigados no paradigma positivista. Esses enfoques emergentes da prática avaliativa, além de visarem à melhoria da gestão dos programas, também assumem o desafio de propor medidas no sentido de impulsionar processos relacionados à democratização das instituições de saúde, atribuição de poder a determinados grupos ou indivíduos, permanente aprendizado, processos transparentes e fortalecimento da sociedade, em especial, daqueles grupos tradicionalmente excluídos (MERCADO *et al.*, 2006).

4.1.2 Avaliação em saúde: conceitos e percursos metodológicos

A avaliação está presente desde o princípio da história da humanidade, sendo praticamente impossível datar a sua origem pois é inerente ao próprio processo de aprendizagem e dos modos de ver o mundo.

Apesar da origem antiga, é somente após a Segunda Guerra Mundial, e a consequente reestruturação os países, que o conceito de avaliação de programas e políticas aparece, quando urge a necessidade de comprovar o sucesso de programas implantados por meio da verificação de sua eficácia com vistas a racionalização no uso de recursos do Estado (BROUSSELE *et al.*, 2011). No Brasil, é a partir da década de 1980 que começa a se desenvolver a avaliação de políticas, expressando-se do ponto de vista acadêmico e incorporando-se à rotina da administração pública, mesmo que de forma incipiente (GOMES; BEZERRA, 2014a).

Conceituar avaliação não é uma tarefa fácil. Em seus estudos, Pinheiro e Silva Junior (2011) observam que a avaliação em saúde carece de uma definição única. Devido à natureza híbrida de seus objetivos, tende a reproduzir uma diversidade de maneiras de delimitá-los e analisá-los. Dessa forma, torna-se um desafio tentar utilizar uma única definição de práticas avaliativas. Supomos que as definições de avaliação são tão numerosas ao ponto de cada avaliador acabar por construir a sua, conforme será apresentado.

Para Contandriopoulos (2006, p. 706):

Nosso raciocínio se baseia na ideia de que avaliar pode ser definido como uma atividade que consiste fundamentalmente em aplicar um julgamento de valor a uma intervenção, através de um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre ela ou qualquer um dos seus componentes, permitindo aos diferentes atores envolvidos, que podem ter campos de julgamento diferentes, se posicionarem e construírem (individual ou coletivamente) um julgamento capaz de ser traduzido em ação. Este julgamento pode ser o resultado da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou, ser elaborado a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa). Por um lado, esta definição permite considerar a avaliação como intervenção formal, mobilizando recursos e atores em torno de uma finalidade explícita, em outras palavras, como um sistema organizado de ação. Por outro lado, permite visualizar as ligações e diferenças entre três áreas distintas: pesquisa, avaliação e tomada de decisão.

Nesse conceito percebe-se a relevância que o julgamento de valor adquire no processo de avaliação. Para o autor citado, as áreas da pesquisa, avaliação e tomada de decisão estão conceitualmente interligadas, mas não estão sobrepostas. Entende que a avaliação se distingue da pesquisa pelo caráter normativo, pois, além de medir e entender os efeitos de uma intervenção, também visa julgá-la.

É nesse espaço que, de posse dos resultados da avaliação, as instâncias de decisão elaboram seus julgamentos, exprimem seus valores e manifestam suas intenções estratégicas. Dessa forma, pode-se imaginar que os resultados de uma avaliação não se traduzem em uma decisão de forma automática, contudo, espera-se que as informações produzidas colaborem para o julgamento de uma situação com maior validade e, com isso, influenciem positivamente as decisões (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

Ainda com o objetivo de subsidiar a tomada de decisão, as autoras Viana e Baptista (2012, p. 70/71), entendem a avaliação como “um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um dos seus componentes, com o objetivo final de ajudar na tomada de decisões”. Dessa forma, a avaliação compreende uma estratégia de gestão, um processo de monitoramento dos resultados pelo próprio governo ou por outro tipo de organização, com o propósito de fomentar uma análise da política implementada reconduzindo seu curso, se necessário.

Tanaka e Tamaki (2012) assumem conceitos semelhantes aos já expostos, para os quais a avaliação envolve fundamentalmente juízos de valor a respeito de uma intervenção com o propósito de auxiliar na tomada de decisão:

A avaliação para a gestão de serviços de saúde é um processo técnico-administrativo e político de julgamento do valor ou mérito de algo, para subsidiar a tomada de decisão no cotidiano, o que significa produzir informações capazes de apoiar uma intervenção de forma oportuna (TANAKA e TAMAKI, 2012, p. 823).

Até aqui observa-se que os autores mencionados convergem no sentido de conceber a avaliação como um processo no qual um julgamento explícito é elaborado. Essa posição é reforçada por Minayo (2006), a qual entende que a avaliação corresponde a um processo essencialmente humano e realizado cotidianamente por qualquer pessoa, o qual julga, estima, mede, classifica e analisa criticamente alguém ou alguma coisa. Do ponto de vista técnico, esse processo é realizado com procedimentos sistemáticos:

Avaliação, enquanto técnica e estratégia investigativa, é um processo sistemático de fazer perguntas sobre o mérito e a relevância de determinado assunto, proposta ou programa. Um processo de avaliação de programas e projetos sociais geralmente tem vários sentidos, sendo o mais nobre o de fortalecer o movimento de transformação em prol da cidadania e dos direitos humanos. Para que isso ocorra, destacam-se quatro critérios: (a) a dimensão da *utilidade*, pois jamais se deve empreender uma avaliação inútil; (b) a dimensão da *viabilidade* do ponto de vista político, prático e de custo-benefício; (c) a dimensão *ética* que ressalta o respeito aos valores dos interessados; (d) a dimensão da *precisão* técnica (MINAYO, 2006, p. 165-166).

Em Cruz (2011) vemos o destaque para a utilidade da avaliação, na qual a ênfase recai na utilização dos resultados, tanto no processo de construção do modelo avaliativo, como na avaliação dos processos, decisões, parâmetros e mudanças alcançadas. Para a autora, as questões que orientam a proposta poderiam ser assim expressas: a avaliação servirá para quem? Como será utilizada? Como foi construída e implementada?

Nesse contexto, a referida autora contribui no sentido de destacar a necessidade de os modelos de avaliação estarem sujeitos à influência dos fatores relacionados ao contexto político, organizacional, cultural, econômico, sócio demográfico, na relação com a implementação ou com a obtenção de efeitos em longo prazo ou aqueles não previstos no desenho da política. Dessa forma, entende que a avaliação deve ser concebida em um desenho que valorize o debate e a participação dos diversos atores nos processos avaliativos. Posiciona-se, também, no sentido de a construção da avaliação ser algo dinâmico, extrapolando o âmbito governamental e as regras formais, consolidando-se em ações e práticas no âmbito da organização dos serviços de saúde.

Acrescenta-se o proposto por Patton (1997, p. 23), “a avaliação dos programas consiste na coleta sistemática de informações sobre as atividades, as características e os resultados desses programas a fim de emitir julgamentos sobre eles, melhorar sua eficácia e esclarecer as decisões relacionadas aos novos programas”

Em sua obra *Utilization-Focused Evaluation* o autor começa com a premissa de que a avaliação deveria ser julgada pela sua utilidade. Dessa forma, processo de avaliação e o desenho de uma avaliação deve ser realizado tendo em mente que tudo que deve ser feito, do

começo ao fim, afetará o uso. Defende assim uma avaliação participativa, cujos interessados sejam parte do processo avaliativo e não meros expectadores (PATTON, 1997).

O autor propõe, ainda, algumas pistas interessantes para oportunizar o uso das avaliações. A estratégia central é estabelecer boas parcerias entre formuladores de políticas e os avaliadores. A parceria deve ser forjada desde as etapas iniciais da avaliação para assegurar que sejam levantadas as questões de maior interesse para a formulação de políticas. Além disso o estudo deve enfatizar as variáveis que o formulador de políticas a quem se destinam os resultados pode controlar, sem o que a avaliação perderia em utilidade para o gestor envolvido. Por último, o pesquisador deve formular recomendações explícitas, práticas e objetivas. Assim, o autor sustenta a ideia de uma avaliação cujos julgamentos resultantes possam efetivamente subsidiar a tomada de decisão (PATTON, 1997).

Ainda sobre avaliação enquanto julgamento de uma intervenção Vieira da Silva (2014, p. 16-17) destaca que deve ser “voltada para a resolução de problemas de saúde, visando a aferir o mérito, esforço ou valor da referida intervenção (política, programa ou prática) ou do seu produto, para o seu aperfeiçoamento ou modificação”. Contudo, diferentemente de Patton, que propõe um uso imediato, para a autora o “objetivo de uma avaliação pode ser a produção de conhecimento, que pode não ter um uso imediato, mas sim um potencial para ser incorporado a médio ou longo prazo”.

4.1.2.1 Avaliação em saúde: uma abordagem qualitativa

O paradigma positivista, fortemente enraizado nas avaliações em saúde, que vinha se mantendo hegemônico, começa a ser questionado por diversos estudiosos, os quais enfatizam a subjetividade inerente aos processos avaliativos. Assim, a suposta objetividade começa a ser percebida como limitada pelos vários recortes produzidos pelo investigador. Assim, se começa a perceber que em cada informação coletada, na escolha da amostra, na seleção dos critérios e princípios, nos métodos de tratamento estatístico, há decisões que envolvem julgamentos de valor (DESLANDES, 1997).

Dessa forma, a supremacia dos dados quantitativos como único sustentáculo para a avaliação em saúde começa a ser revista. Ao longo dos últimos anos, o processo de avaliação deixou de ser considerado exclusivamente técnico para incorporar elementos qualitativos, na perspectiva de complementariedade e de enriquecimento dos instrumentos teórico-metodológicos da avaliação em saúde (DESLANDES, 1997). Desde então, no sentido de tratar a avaliação como um processo e uma construção que envolve os mais diferentes atores, vêm se

tornando habituais outras formas de abordagens, rompendo-se com o modelo quantitativo e positivista predominante (MINAYO, 2006).

Na perspectiva qualitativa, uma política, programa ou serviço passa a ser entendido como algo em movimento e com dinâmica própria, sofrendo influências de acordo com o contexto em que são implantados. No âmbito do qualitativo os sujeitos são considerados singulares, que por vezes se alinham e outras se contrapõem, na busca por compreender e interpretar antagonismos e consensos.

Assim, a avaliação também procura decifrar conflitos no sentido de entender a cultura institucional e a prática dos agentes envolvidos. Além disso, a perspectiva qualitativa considera os movimentos sociais e a conjuntura histórica em um processo dialético. Essa perspectiva dialética mostra que o processo avaliativo deve contemplar elementos como a análise da história dos serviços, suas especificidades, sua interação com outros atores institucionais, a capacidade participativa de seus membros e a correlação entre os aspectos micro e macropolíticos. Ou seja, com a análise dialética pretende-se analisar as conexões que existem entre os elementos que determinam as condições, os fatores ou mecanismos que interferem na produção de um fenômeno ou processo social (DESLANDES, 1997).

Na pesquisa qualitativa pretende-se responder questões particulares em um nível de realidade não quantificável. Na compreensão de Minayo (2010), ela envolve o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, em um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não pode ser reduzido à operacionalização de variáveis. Nessa linha, Flick (2009) enfatiza que esta abordagem estuda o conhecimento e as práticas dos participantes, bem como leva em consideração os diferentes pontos de vista em razão das diversas perspectivas e contextos sociais a que estão relacionados.

De modo diferente da pesquisa quantitativa, os métodos qualitativos consideram a comunicação do pesquisador em campo como parte explícita da produção de conhecimento, em vez de simplesmente encará-la como uma variável a interferir no processo. A subjetividade do pesquisador, bem como daqueles que estão sendo estudados, tornam-se parte do processo de pesquisa (FLICK, 2009, p. 25).

A partir de uma revisão sistemática nas principais bases de dados nacionais, Gasparini e Furtado (2014) identificaram, no âmbito da avaliação, a emergência de enfoques alternativos e abordagens qualitativas. Observaram, ainda, muitos trabalhos que utilizaram as duas metodologias (qualitativa e quantitativa), o que, no entender dos autores, pode representar um avanço ao embate entre os diferentes métodos.

Ao discutirem a abordagem metodológica a ser utilizando para a avaliação da gestão, Gasparini e Furtado (2014) entendem que há expressivo número de pesquisadores adeptos da aproximação entre os métodos quantitativo e qualitativo, segundo os quais a extensão e o papel desempenhado por cada uma das abordagens se combinariam distintamente, por meio da compatibilização e complementaridade. Na mesma linha, Tanaka e Tamaki (2012, p. 826) sugerem mesclar tanto o método quantitativo quanto o qualitativo. Isso porque há o entendimento de que os métodos se complementam e, além disso, se utilizados em conjunto “permitem avaliar diferentes facetas de um mesmo fenômeno e, dessa maneira, possibilitam uma resposta mais adequada à pergunta avaliativa”.

Salienta-se, a partir do exposto, que a pesquisa qualitativa não se opõe à quantitativa, na medida em que a realidade abrangida pelos dois métodos interage dinamicamente, excluindo qualquer oposição. Uma pesquisa pode apoiar a outra. Se forem combinadas, podem fornecer um quadro mais geral da questão em estudo, tendo em vista que aspectos estruturais podem ser analisados por métodos quantitativos e aspectos processuais por abordagens qualitativas.

A abordagem quantitativa é orientada pela perspectiva do pesquisador, enquanto que na qualitativa são ressaltados os pontos de vista dos sujeitos envolvidos. A questão da generalização pode ser resolvida na pesquisa qualitativa por meio do acréscimo de descobertas no âmbito quantitativo. Nesse contexto, a abordagem qualitativa facilitará a interpretação das relações existentes entre as variáveis do conjunto de dados quantitativos (FLICK, 2009; MINAYO, 2010).

Por fim, sem pretende esgotar a diversidades de autores do campo da avaliação em saúde, mas na tentativa de elucidar aqueles de notável importância para a avaliação no âmbito das políticas públicas e para os apontamentos desta pesquisadora, ressalta-se que esta investigação assume-se enquanto uma avaliação participativa, em que os gestores foram envolvidos nas diferentes etapas e o processo de utilização deu-se *pari passu* ao de investigação.

Alinha a escolha do tipo de avaliação, optou-se pelo método qualitativo, tendo em vista a possibilidade de, por meio desse método, compreender as relações, representações, crenças, percepções e opiniões, todas essas influenciadas pelas interpretações realizadas a partir da realidade singular vivenciada por cada sujeito (MINAYO, 2013). Admite-se que a escolha tem como limitação a não generalização dos achados para grandes populações, o que, todavia, não é de interesse desta pesquisa.

4.2 TIPO DE ESTUDO

Pesquisa avaliativa com abordagem predominante qualitativa e utilização de análise quantitativa de modo complementar. Considerando a complexidade do objeto de estudo, elencou-se o estudo de caso com níveis de análise imbricados como estratégia de pesquisa. Para Hartz (1999, p. 344) na avaliação de programas de saúde:

Os estudos de caso, com múltiplos níveis de análise imbricados são fortemente recomendados dado que o objeto de investigação é de grande complexidade, a tal ponto que o fenômeno de interesse não se distingue facilmente das condições contextuais, necessitando de informações de ambos.

Conforme define Yin (2015) o estudo de caso trata-se de uma investigação empírica caracterizada por investigar um fenômeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto de mundo real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente evidentes. O pesquisador tem como objeto uma unidade de análise, cuja abrangência e natureza podem conter entre outros, um indivíduo, uma instituição, um município ou, neste caso, um programa/política, a Rede de Atenção às Urgências e Emergências.

Para Denis e Champagne (1997), a potência explicativa desse método decorre da profundidade da análise do caso e não do número de unidades analisadas. Tendo em vista garantir essa profundidade nas interpretações será empregado, neste estudo, métodos da investigação social, combinando distintas técnicas de coleta e distintas fontes de informação para a captação do fenômeno, realizando assim, um processo de triangulação de dados e técnicas de pesquisa (MINAYO, 2013).

Para Peduzzi (2000) é preciso estabelecer um equilíbrio entre a ‘especificidade do caso’ e a ‘generalidade da norma’, assim, o autor propõe uma integração do enfoque quantitativo e qualitativo na avaliação em saúde, ao considerar que desse modo é possível estabelecer as práticas de saúde como trabalho reflexivo em serviços. Nesse sentido, busca o reconhecimento, respeito e preservação da singularidade das necessidades dos sujeitos, ao passo que almeja aplicar regras, conhecimentos e valores gerais. Desse modo, considera que é possível identificar e explicar as relações entre os objetivos e os resultados alcançados, quanto compreender em profundidade seus significados e sentidos.

A pesquisa contou, ainda, com uma etapa quantitativa, no intuito de caracterizar o perfil de internação de dos principais agravos em saúde, tidos como prioritários para a Rede de Atenção às Urgências e Emergência, o Infarto Agudo do Miocárdio e o Acidente Vascular

Cerebral. Dessa forma, foram feitas duas análises, uma para os dados quantitativos e outra para as informações de cunho qualitativas.

4.3 ETAPAS DA AVALIAÇÃO

4.3.1 Etapa quantitativa: dados secundários

Nesta etapa realizou-se um estudo transversal com análise temporal e geográfica, tendo em conta a sua utilidade para a avaliação das necessidades dos serviços públicos e permitindo a adoção de medidas em Saúde Pública.

Tem como principal vantagem o baixo custo, pois utiliza dados secundários para a análise e gera resultados pertinentes para a avaliação de serviços de saúde e propor estratégias para prevenção e controle dos agravos à saúde. Uma característica marcante é o fato de que os eventos e a população são avaliados todos de uma única vez mostrando a praticidade deste tipo de estudo. A desvantagem está no fato de não poder afirmar sobre exposição e risco devido ao desconhecimento se o desfecho investigado ocorreu antes ou após uma exposição (MEDRONHO *et al.*, 2009).

Já as séries temporais são uma forma de organizar no tempo dados quantitativos e são caracterizadas como sequências de dados quantitativos relativos a momentos específicos e estudados segundo sua distribuição no tempo (ANTUNES & CARDOSO, 2015). Considerou-se que a utilização do espaço, como unidade de análise, permite a identificação de áreas de maior ocorrência de um determinado evento (descritivo) como também permite a partir de programas adequados (Método Bayesiano) mostrar os locais com maior risco para a ocorrência do evento permitindo que sejam feitas informações para gestores de saúde, assim como fazer avaliações de intervenções em saúde (ALENCAR, 2011).

4.3.1.1 Coleta, organização e análise dos dados

Os dados foram coletados a partir do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), cuja finalidade é registrar todos os atendimentos provenientes de internações hospitalares que foram financiadas pelo SUS. Foram incluídos casos de internações do período de 1º de janeiro de 2001 a 31 de dezembro de 2017. O local foi o Estado do Ceará e os municípios que compõe a Região de Saúde Fortaleza (Fortaleza, Aquiraz, Eusébio, Itaitinga).

Os dados populacionais foram obtidos a partir dos dados do IBGE, baseados no censo populacional nacional de 2010 e as estimativas oficiais das Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílio (PNAD) (2001 a 2017, exceto 2010).

A análise dos dados foi realizada em três etapas. A primeira incluiu a descrição das variáveis do estudo. A partir de então, os dados foram analisados através do *software* Stata 15 (Stata Corporation, College Station, USA). Para o cálculo dos indicadores foram acrescentados os dados populacionais dos municípios para cada ano do estudo. Para analisar a diferença estatística significativa das frequências relativas foi utilizado o teste do Qui-quadrado de Pearson. Além disso, foram calculados o risco relativo e o intervalo de confiança de 95%. Valores inferiores a 0,05 foram considerados significativos.

A segunda etapa correspondeu à análise de tendência temporal onde foi realizado o cálculo do incremento anual dos indicadores do período total, 2001 a 2017, a partir do modelo de regressão *Joinpoint Regress Program* (domínio público versão 4.0.4). O programa gera pontos de inflexão no qual utiliza um algoritmo que testa se uma linha de múltiplos segmentos é significativamente melhor do que uma linha reta ou uma linha com menos segmentos. A análise de regressão do *Joinpoint* se une a uma série de linhas retas em uma escala logarítmica, a fim de detectar a tendência do valor anual do indicador. Cada *joinpoint* indica uma alteração estatisticamente significativa no declive.

A terceira etapa foi realizada por meio de mapas temáticos que têm como unidade de análise os municípios cearenses, a fim de buscar diferenças dentro dos mesmos, identificando possíveis áreas de maior risco para a ocorrência do agravo. Foi aplicada a estratégia de dados de análise de áreas em polígonos. Primeiramente foram confeccionados mapas descritivos de cada município com os indicadores brutos. Em seguida, os indicadores foram re-estimados por meio do método Bayesiano empírico local a partir da suposição de que taxas de áreas vizinhas são autocorrelacionadas (SANTOS, SIMONE M. e SOUZA, WAYNER V., 2007).

Para tanto foi utilizada a ferramenta “Bayes Empírico Local”, disponível no programa Terraview (programa de domínio público) (TERRAVIEW 3.6.0., 2010). Foi também utilizado o programa SatScan (programa de domínio público) (Martin Kulldorf, *Harvard Medical School, Boston and Information Management Service Inc, Silver Spring, Maryland, USA*) (KULLDORFF, 2006) para realizar a identificação de possíveis agregados, tendo como base o número de eventos ocorridos durante o período de estudo, por local de residência, e estimativas da população para o mesmo período.

Para a análise da autocorrelação espacial foram utilizados os Índices de Moran Global e Moran Local. Os métodos de análises gráficas do índice de Moran local realizada nesse estudo foram através dos *Moran Maps*, que mostraram apenas as áreas que apresentaram significância estatística ($p < 0,05$), porém distribuídos em seus respectivos quadrantes.

4.3.2 Etapa Qualitativas: informações provenientes de entrevistas e documentos

A etapa qualitativa desta pesquisa envolveu um estudo de avaliabilidade da Rede de Atenção às Urgências e Emergências na Região de Saúde Fortaleza. Para tanto, foi construído, juntamente com os participantes dessa investigação, um modelo lógico no intuito de representar o processo de implantação da RUE na região e, posteriormente uma Matriz de Avaliação. Envolveu a análise de documentos e narrativas.

4.3.2.1 Construção do Modelo Teórico Lógico (MTL) da intervenção

A elaboração do MTL corresponde à definição de uma imagem-objetivo da Rede de Urgência e Emergência da Região de Saúde de Fortaleza. Tem por objetivo funcionar como referência para apreciação do nível de implantação da RUE, tendo em vista que “apresentar e discutir o modelo lógico de um programa é o que permite definir exatamente o que deve ser medido e qual a parcela de contribuição do programa nos resultados observados” (MEDINA *et al.*, 2005, p. 46)

Considerando que a teoria dos programas e políticas de saúde, frequentemente, está contida de forma implícita nos documentos, o que por sua vez gera falta de consenso entre os sujeito envolvidos no processo de implantação e operacionalização do programa, faz-se necessário tornar explícito os pressupostos que o norteiam, servindo de referência não só para o monitoramento e avaliação das ações, como também para o seu planejamento (BEZERRA; CAZARIN; ALVES, 2010).

Nessa perspectiva, para reconstruir o objeto a ser avaliado, tendo clareza do problema, seus determinantes, do contexto que envolve a intervenção e seus componentes essenciais pode-se lançar mão da modelagem do programa, podendo esta ser de cunho mais teórico ou sistêmica (BEZERRA; CAZARIN; ALVES, 2010). A modelização é, portanto, “uma etapa essencial para que sejam feitas as perguntas certas, para que os efeitos sejam atribuídos a mecanismos específicos e, assim, a avaliação possa auxiliar a tomada de decisão” (CHAMPAGNE *et al.*, 2011b, p. 61)

Para Medina *et al.* (2005), o MTL deve ser entendido como um esquema visual de como um programa deve ser implementado e que resultados são esperados, ou seja, o MTL deve fornecer uma visão integral de como a intervenção deve funcionar. Para os autores, o MTL deve conter informações sobre o problema, a população-alvo, as condições do contexto, o conteúdo do programa e os atributos necessários para a produção dos efeitos esperados. Deve explicitar como a intervenção deveria funcionar (HARTZ, 1999).

Para a construção do MTL foram utilizadas as seguintes fontes de pesquisa:

- a) Portaria GM nº 4.279 de 2010: Estabelece as diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do SUS;
- b) Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011: regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;
- c) Portaria GM nº 1.600 de 2011: Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e Institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS;
- d) Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências do Estado do Ceará (2012);
- e) Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências da Região Metropolitana de Fortaleza Ampliada (2016).

As fontes acima listadas serviram de base para a elaboração da imagem-objetivo da Rede de Urgência e Emergência. Além destes documentos considerou-se as experiências de pesquisa SOUZA; SILVA e HARTZ (2005) em pesquisa feita com uso da conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. Utilizou-se ainda como inspiração a investigação feita por Adriano Maia dos Santos (2013) em sua tese intitulada “Gestão do cuidado na microrregião de saúde de Vitória da Conquista (Bahia): desafios para constituição de rede regionalizada com cuidados coordenados pela Atenção Primária à Saúde”, que embora não se trata de uma avaliação, forneceu discussões preciosas a elaboração desta tese.

Considerando que os diversos valores dos envolvidos na Rede de Urgência e Emergência são importantes para a avaliação e que quando as partes interessadas não se envolvem de maneira adequada, as descobertas da avaliação podem ser ignoradas, criticadas ou encontrarem resistência optou por realizar uma avaliação que permita aos sujeitos participação ativa na construção e validação dos achados.

Nessa perspectiva, a imagem-objetivo previamente elaborada foi avaliada e validada em conferência de consenso pelo grupo condutor da RUE. Essa técnica foi escolhida por permitir a discussão aberta, gerando a possibilidade de troca de ideias e de confronto de

opiniões, ao mesmo tempo que preserva o anonimato diminuindo a influência do “argumento de autoridade” (SOUZA; SILVA; HARTZ, 2005)

4.3.1.1.1 *Matriz de Avaliação*

Com a aprovação dos modelos teórico e lógico pelos participantes e à luz dos mesmos foi construída a Matriz de Avaliação da RUE com dimensões, subdimensões e critérios que pudessem transmitir aquilo que se faz necessário para a implantação e funcionamento da RUE de forma a viabilizar uma maior percepção aos atores envolvidos. Dessa forma, a matriz constituída teve o intuito de avaliar a implantação da RUE na Região de Saúde Fortaleza, tendo a possibilidade de ser replicada para análise em outras regiões, considerando as especificidades de cada contexto.

A partir da primeira versão da matriz, previamente elaborada a partir dos modelos teórico e lógico construídos, deu-se início a técnica denominada de Conferência de Consenso (SOUZA; SILVA; HARTZ, 2005; REIS; CESSE; CARVALHO, 2010). Conforme orienta Patton (1997), a participação dos atores envolvidos na avaliação em suas diferentes etapas é condição essencial para sua aplicabilidade. Assim, os participantes foram convidados construir a Matriz de Avaliação por meio da atribuição de notas aos critérios já elaborados, ou criando novos critérios que julgassem importantes.

A técnica consistiu na realização de duas etapas. Na primeira os participantes receberam via e-mail um *link* que os direcionava para um arquivo do tipo *google docs* e um guia de orientações acerca do preenchimento. O arquivo continha a matriz com as dimensões, subdimensões e critérios de avaliação previamente elaborados. Foi solicitado a cada participante que atribuisse a cada critério o valor de 0 a 10, de acordo com o grau de importância para avaliar a implantação de uma RUE em uma Região de Saúde, considerando que a nota zero corresponderia a não importância do indicador para a avaliação, ao passo que a nota dez significaria que o indicador era de máxima importância. Poderiam também acrescentar critérios que considerassem importantes para as futuras avaliações.

Na segunda etapa foi realizado um encontro presencial com os gestores oportunizado por meio da reunião da Comissão Intergestores Regional-CIR da Região de Saúde Fortaleza que contou com a presença de gestores municipais e estadual. Na ocasião foi apresentada a matriz com as alterações sugeridas na etapa anterior, o que possibilitou nova discussão acerca das dimensões, subdimensões e critérios de avaliação, sendo elaborada uma nova matriz. Por fim, a nova matriz foi novamente submetida à análise visto que na reunião na

CIR alguns técnicos da SESA e da SMS de Fortaleza, que participam diretamente da implantação da RUE, não estavam presentes. Após a consolidação das respostas, foram calculados a média aritmética e o desvio-padrão para classificar os componentes da matriz quanto à importância e ao consenso dos participantes, respectivamente. Quanto maior a média, maior a importância do critério. O desvio-padrão, por sua vez permitirá estimar o grau de consenso. Dessa forma, quanto menor o desvio-padrão, maior o grau de consenso.

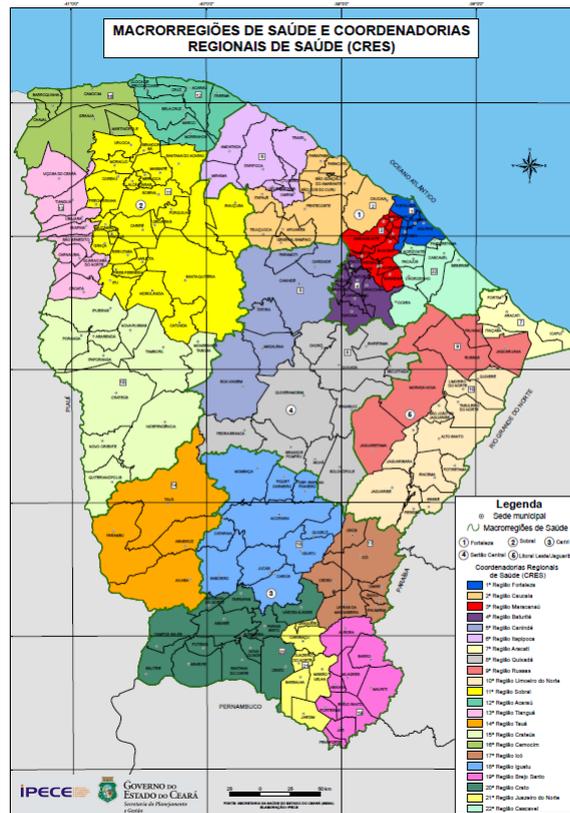
A priori, foram estabelecidos os seguintes pontos de corte: 1) Todo critério com média igual ou superior a sete foi considerado como importante. Abaixo disso será pouco importante, não devendo compor a imagem-objetivo da RUE; 2) Todo critério com desvio-padrão inferior a três será considerado consensual. Caso também tenha sido considerado importante, o critério deve ser incluído na imagem-objetivo; 3) Os critérios com média igual ou superior a sete e desvio-padrão igual ou superior a três, apesar de importantes, não devem compor a imagem-objetivo, pois não são consensuais.

4.4 CAMPO DA PESQUISA

O estudo foi realizado no estado do Ceará, estado de residência da pesquisadora e sede do Programa de Pós-Graduação do qual faz parte, tendo como meta contribuir para o desenvolvimento das políticas no âmbito da saúde coletiva. Além disso, destaca-se que o estado do Ceará, embora seja atravessado pelos traços tradicionais do Coronelismo e do patriarcalismo e possua uma cultura política marcada pela não participação popular (OLIVEIRA, 2006), tem se destacado no cenário nacional da saúde coletiva por implantar estratégias inovadoras em saúde como o Programa Agentes Comunitários de Saúde e o Programa Saúde da Família, que posteriormente se expandiram para todo o cenário nacional, sendo incorporado como política pelo Ministério da Saúde (ESMERALDO; OLIVEIRA, 2012). Destaca-se também pela organização pioneira dos sistemas cooperativos de microrregionalização dos serviços de saúde (MENDES, 2002). Dessa forma, o campo da pesquisa apresenta-se como cenário promissor ao desenvolvimento da investigação pois traz a possibilidade de encontrar resultados exitosos do processo de implantação da RUE, bem como revelar problemáticas a serem enfrentadas.

Em relação ao setor saúde, o estado do Ceará encontra-se dividido administrativamente em 22 regiões para organização da atenção secundária em saúde e em cinco macrorregiões para a atenção terciária (Fortaleza, Sobral, Cariri, Sertão Central e Litoral Leste), enquanto a Atenção Primária à Saúde é de responsabilidade de cada município. A implantação da RUE no Ceará seguiu a proposta das macrorregiões e regiões de saúde.

Figura 2 – Macrorregiões e Regiões de Saúde do Estado do Ceará



Fonte: Instituto de Pesquisa do Ceará - IPECE

A presente investigação tem como caso a Rede de Urgência e Emergência e sua análise se dará a partir de dois contextos, diversos, porém sobrepostos.

Será realizada a análise dos processos de implantação da RUE na Macrorregião de Saúde de Fortaleza com ênfase nas ações da Comissão Intergestores Bipartite para condução desse processo.

Quadro 1 – Macrorregiões de Saúde do Estado do Ceará, população de abrangência e participação

Denominação	Regiões de Saúde	População de Abrangência	Participação %
Macrorregião – Fortaleza	Baturité, Cascavel, Caucaia, Fortaleza, Itapipoca e Maracanaú	4.717.976	52,30%
Macrorregião – Sobral	Acaraú, Camocim, Sobral e Tianguá	1.642.478	18,21%
Macrorregião – Cariri	Brejo Santo, Crato, Icó, Iguatu e Juazeiro do Norte	1.475.262	16,35%
Macrorregião – Sertão Central	Quixadá, Tauá e Canindé	642.987	7,13%
Macrorregião – Litoral Leste/Jaguaribe	Aracati, Russas e Limoeiro do Norte	541.757	6,01%

Fonte: Resolução N° 03/2018 – CIB/CE

Contudo, tendo a clareza das necessidades de apreender as percepções dos gestores municipais e aprofundar a compreensão dos processos em nível lorregional, optou, em um segundo momento, por restringir a pesquisa ao território da Região de Saúde Fortaleza, onde foi possível uma investigação acerca do funcionamento da rede na região.

Dentre as demais regiões que compõem a Macrorregião Fortaleza a escolha por essa foi orientada pelos seguintes critérios:- incorporar a capital, peça fundamental no processo decisório para implantação da RUE, onde está a maior concentração de estabelecimentos e serviços de saúde da atenção secundária e terciária, que exerce influência sobre todo território estadual.

Quadro 2 – Municípios que compõem a 1ª Região de Saúde e sua população

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO
Região Fortaleza	Aquiraz	76.186
	Euzébio	49.455
	Fortaleza	2.551.805
	Itaitinga	37.705
TOTAL		2.715.151

Fonte: PDR (2014).

Aquiraz: município situado aproximadamente 30 Km de Fortaleza, no litoral leste do estado. Possui população estimada em 2016 de 78.438 hab. Tem índice de desenvolvimento humano igual 0,641. No que diz respeito a saúde possui taxa de mortalidade infantil média no município é de 11.13 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 0.3 para cada 1.000 habitantes. Comparado com todos os municípios do estado, fica nas posições 111 de 184 e 151 de 184, respectivamente (IBGE, 2017). De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) possui os seguintes serviços: Hospital Geral Manoel Assunção Pires; 28 Unidade Básica de Saúde da Família; 2 postos de saúde; Policlínica/Centro de Especialidades Médicas; Cento de especialidades odontológicas; Centro de Reabilitação; SAMU 192 Ceará do tipo Unidade de Suporte Básico (USB); Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I); CAPS-AD; Central de Abastecimento Farmacêutico; Farmácia Central; Farmácia Popular; Unidade de Saúde Indígena Jenipapo Kanide; Unidade de Pronto Atendimento (Aquiraz é área de abrangência da UPA Eusébio).

Eusébio: município situado aproximadamente 25 Km de Fortaleza. Possui população estimada em 2016 de 51.913 hab. Tem índice de desenvolvimento humano igual 0,701. A taxa de mortalidade infantil média no município é de 3.69 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 0.2 para cada 1.000 habitantes. Comparado com todos

os municípios do estado, fica nas posições 168 de 184 e 162 de 184, respectivamente (IBGE, 2017). De acordo com o CNES possui 16 Unidade Básica de Saúde da Família; Hospital Municipal Dr. Amadeu Sá; Centro de Especialidades Odontológicas Dra. Berenice Gonçalves; Policlínica Dr. Acilon Gonçalves; Centro de Reabilitação; 4 SAMU Ceará 192 USB; Unidade de Pronto Atendimento; CAPS I; CAPS-AD; Academia da Saúde; Central de Regulação Médica das Urgências (CNES, 2017)

Itaitinga: município situado aproximadamente 30 Km de Fortaleza, em direção ao Sertão central. Possui população estimada em 2016 de 38.933 hab. Tem índice de desenvolvimento humano igual 0,626. A taxa de mortalidade infantil média no município é de 10.99 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 0.4 para cada 1.000 habitantes. Comparado com todos os municípios do estado, fica nas posições 116 de 184 e 143 de 184, respectivamente (IBGE, 2017). De acordo com o CNES possui 8 postos de saúde; 2 Unidade Básica de Saúde da Família; Hospital e Maternidade Ester Cavalcante Assunção; Centro de Especialidades Odontológicas Ester Guimarães Tavares; Centro Integrado de Reabilitação; CAPS I São Francisco de Assis; Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) (CNES, 2017).

Fortaleza: capital do estado do Ceará. Possui população estimada em 2016 de 2.609.716 hab. Tem índice de desenvolvimento humano igual 0,754. A taxa de mortalidade infantil média no município é de 11.5 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 1.4 para cada 1.000 habitantes. Comparado com todos os municípios do estado, fica nas posições 102 de 184 e 66 de 184, respectivamente (IBGE, 2017). Fortaleza possui destaque por englobar os três níveis de atenção em seu território geográfico. Atualmente, para efeito administrativo, a cidade encontra-se dividida em sete Secretarias Regionais (SR). Vale ressaltar que a sétima SR (Centro) foi criada para administrar as peculiaridades existentes na região central da cidade. No que diz respeito aos equipamentos que compõem a Rede de Atenção à Saúde no município de Fortaleza, gerenciados pelo Estado são eles: Hospital Geral de Fortaleza (HGF); Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes (HM); Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS); Hospital Geral César Cals (HGCC); Hospital São José de Doenças Infecciosas (HSJ); Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto (HSM); Hospital Geral Waldemar Alcântara (HGWA); Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar; Unidades de Pronto Atendimento (UPAs 24h). A Secretaria Municipal de Saúde administra uma rede própria de serviços de saúde e mantém convênio com uma rede de hospitais e clínicas públicas, particulares ou filantrópicas. A rede própria é formada por 110 Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), dois Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), o Centro de

Especialidades Médicas José de Alencar (CEMJA), duas Farmácias Populares, 14 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), oito hospitais secundários, um hospital terciário, outro de atenção secundária e terciária o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Unidades de Pronto Atendimento. A rede conveniada é composta por clínicas e hospitais públicos, privados e filantrópicos credenciados, que prestam serviços de consultas, exames e internações (FORTALEZA, 2016). A porta de entrada dos serviços de saúde são os postos de saúde ou Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), que oferecem a atenção básica ou primária à população, tendo como referência a Estratégia Saúde da Família (ESF). As UAPS abrigam equipes da ESF, que reúnem médicos, enfermeiros, dentistas e agentes comunitários de saúde, e contam com o suporte dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), formados por outros profissionais, como fisioterapeutas, educadores físicos, terapeutas ocupacionais e nutricionistas e Assistentes Sociais. Os atendimentos de emergência e os tratamentos para problemas de saúde mais complexos são oferecidos na rede hospitalar pública municipal ou conveniada. A atenção secundária na rede própria é feita pelos oito hospitais distritais, conhecidos como Frotinhas (três) e Gonzaguinhas (três), além do Centro de Atenção à Criança e do Hospital Nossa Senhora da Conceição. A rede municipal conta ainda com cinco Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). A atenção terciária municipal é realizada no Instituto José Frota (IJF). O Hospital da Mulher de Fortaleza é de atenção secundária e terciária. A rede hospitalar municipal tem 956 leitos, sendo 553 nos hospitais secundários e 403 no hospital terciário – IJF (FORTALEZA, 2016).

Objetivamente, as entrevistas foram realizadas na Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA) em dia e horário previamente agendado, preferencialmente nos dias das reuniões da CIB e CIR. Ressalta-se que técnicos e gestores da Coordenadoria de Políticas e Atenção à Saúde; Coordenadoria de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria e Coordenadoria das Regionais de Saúde também foram entrevistados tendo em vista o papel desempenhado na implementação da RUE.

Considerando a magnitude e complexidade do sistema de saúde do município de Fortaleza e a dependência dos demais município que compõem a Região de Saúde Fortaleza aos serviços de saúde desse município, especialmente serviços de alta complexidade e densidade tecnológica, optou-se por entrevistar também técnicos e gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, que fossem vinculados à Coordenadoria de Políticas e Organização das Redes de Atenção à Saúde; Coordenadoria de Regulação, Avaliação, Controle e Auditoria da Ações e Serviços de Saúde; Coordenadoria de Hospitais e Unidades Especializadas e Coordenadoria de Planejamento. Entendendo que a implementação da Rede

de Atenção às Urgências e Emergências, perpassa, necessariamente por estes setores. O quadro abaixo apresenta, resumidamente, os cenários que irão compor esta investigação.

Quadro 3 – Local de realização das entrevistas

Secretaria da Saúde do Estado do Ceará	
-Comissão Intergestores Bipartite	
-Comissão Intergestores Regional	
-Grupo Condutor Estadual da RUE	
-Grupo Condutor da RUE da Macrorregião Fortaleza	
-Coordenadoria de Políticas e Atenção à Saúde	
-Coordenadoria de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria	
-Coordenadoria da Regional de Saúde da Região Fortaleza	
Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza	
-Coordenadoria de Políticas e Organização das Redes de Atenção à Saúde	
-Coordenadoria de Regulação, Avaliação, Controle e Auditoria da Ações e Serviços de Saúde	
-Coordenadoria de Planejamento	

Fonte: <https://planejamento.fortaleza.ce.gov.br> e www.ceara.gov.br

4.5 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Para alcançar o objetivo de avaliar o processo de implantação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências na Região de Saúde de Fortaleza fez-se necessário interrogar sujeitos que participaram ou participam desse processo. Dessa forma, elegeu-se os responsáveis por organizar, avaliar e monitorar o processo de implantação da RUE no estado do Ceará na Macrorregião Fortaleza e na Região de Saúde Fortaleza, sistematizados no quadro abaixo.

Quadro 4 – Participantes da Pesquisa

Secretaria da Saúde do Estado do Ceará	
Comissão Intergestores Bipartite	3
Comissão Intergestores Regional	4
Grupo Condutor Estadual da RUE	3
Grupo Condutor da RUE da Macrorregião Fortaleza	3
Coordenadoria de Políticas e Atenção à Saúde	4
Coordenadoria de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria	1
Coordenadoria da Regional de Saúde da Região Fortaleza	3
Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza	
Coordenadoria de Políticas e Organização das Redes de Atenção à Saúde	4
Coordenadoria de Regulação, Avaliação, Controle e Auditoria da Ações e Serviços de Saúde	1
Coordenadoria de Planejamento	1
TOTAL	27

Fonte: Elaborado pela autora.

Os secretários de saúde dos quatro municípios que compõem a Região Fortaleza foram entrevistados e contabilizados enquanto membros da Comissão Intergestores Regional. Os gestores e técnicos que eram membros da CIR ou CIB e atuavam em coordenadorias que fizeram parte dessa pesquisa, só foram contabilizados nos seus respectivos setores de trabalho, de modo que aqueles que foram contabilizados na CIR ou CIB não estão representados em outros setores.

Comissão Intergestores Bipartite (CIB/CE): A CIB-CE é um colegiado permanente de gestores da Saúde do Estado e dos Municípios para discussão e negociação das questões operacionais do Sistema Único de Saúde - SUS, instituída pelo Decreto N° 27.574 de 30/09/2004. De acordo com seu regimento é composta por 14 membros titulares, sendo sete representantes da SESA e sete representantes do conjunto de municípios do Estado. Os membros representantes do componente estadual deverão ser ocupantes de cargo de direção e coordenação das áreas estratégicas da SESA e serão indicados pelo Secretário de Saúde do Estado; os membros do componente municipal, são secretários municipais de saúde indicados pelo COSEMS, exceto o do município de Fortaleza, e representam o conjunto dos municípios cearenses mediante a classificação de grande, médio e pequeno porte. O Secretário de Saúde do Estado (Presidente da CIB), o Presidente do COSEMS (Vice-presidente da CIB) e o Secretário de Saúde do Município de Fortaleza são membros natos (Resolução n° 06/2015 CESAU).

Comissão Intergestores Regionais (CIR/CE): A CIR é uma instância de cogestão no espaço regional com o objetivo de constituir um canal permanente e contínuo de negociação e decisão entre os gestores municipais e o estado para constituição de uma rede regionalizada de serviços de saúde integrados. Recentemente, o Decreto n° 7.508, de 28 de junho de 2011 (Brasil, 2011), orientou a constituição de redes regionalizadas e definiu as Regiões de Saúde como espaços privilegiados para integração dos serviços de saúde, tendo como ponto de partida o Plano Diretor Regional (PDR), mas fazendo as devidas composições que respondam adequadamente às dinâmicas dos territórios, favorecendo a ação cooperativa intergestora. Define, ainda, o papel das CIR como instâncias de articulação dos gestores municipais, que devem propor, de maneira coordenada e solidária, a distribuição dos serviços e trabalhadores da saúde, visando garantir amplo acesso, possibilitando a equidade e a integralidade por meio da gestão do cuidado. Para Viana, Lima e Ferreira (2010), as CIR (antes CGR) são a grande inovação, constituindo-se enquanto instâncias de cogestão no espaço regional, pois criam um canal permanente e contínuo de negociação e decisão entre os municípios e o estado, preenchendo um “vazio” na governança regional. É constituída por representantes da SESA ou

seja o Coordenador Regional, o Assessor Técnico e o Assistente Técnico da Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) e por todos os Secretários Municipais de Saúde da região.

Grupo Condutor Estadual e Regional: O Grupo Condutor Estadual e Regional devem ser permanentes e são responsáveis pela negociação do Plano de Ação Estadual e Regional desde a sua elaboração até o encaminhamento da pactuação final ao Ministério da Saúde. Ele é constituído por representantes nominais de vários setores, instituições e órgãos representativos dos três entes federativos (SESA, COSEMS, MS) e homologado em CIB, sendo o responsável pela tomada de decisão e com implicações diretas no monitoramento e com avaliação frequente, tendo como atribuições: 1. Mobilizar os dirigentes políticos do SUS em cada fase; 2. Apoiar a organização dos processos de trabalho voltados à implantação/implementação da rede; 3. Identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase; e 4. Monitorar e avaliar o processo de implantação/implementação da rede (BRASIL, 2011).

Quanto aos critérios de inclusão, foram selecionados os gestores e técnicos que estão a pelo menos um ano no cargo/função, sendo incluídos também aqueles que não estão mais no cargo ou função, mas que, em outro período foram implicados na implantação da RUE. Por outro lado, foram excluídos gestores e técnicos que embora estivessem a um ano ou mais no cargo/função não participaram do processo de implantação da RUE. Excluiu-se também aqueles que estavam de férias ou licença no período da coleta das informações.

4.6 INSTRUMENTOS E TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS

4.6.1 Entrevista

A entrevista é uma técnica que busca abordar questões subjetivas e objetivas e possibilita a obtenção de informações a partir das falas dos entrevistados. A neutralidade na relação empreendida no processo de aplicação da entrevista é limitada pelo fato dos sujeitos (pesquisador-entrevistado) estarem inseridos em um mesmo contexto e, portanto, vivenciam também o espaço onde está focalizada a investigação (MINAYO, 2013).

A entrevista possibilita permitir ao respondente mover-se no tempo para reconstruir o passado, interpretar o presente e prever o futuro. Através deste procedimento pode-se obter dados objetivos e subjetivos e, em geral, as entrevistas podem ser caracterizadas pelo seu “grau de estrutura”, de informação e pela qualidade do relacionamento entre o entrevistador e o entrevistado. De acordo com o grau de estruturação, podemos ter, em um extremo, a entrevista

estruturada e, em outro, a não estruturada. A primeira é o modo de escolha, quando o entrevistador, “sabe o que quer saber e pode formular questões apropriadas para esse fim”. A segunda é quando o entrevistador “não sabe o que quer saber” e tanto as questões como as respostas são fornecidas pelo entrevistado. (GUBA; LINCOLN, 2011).

Dentre as diferentes formas de organização para realizar uma entrevista optou-se pela semiestruturada onde um roteiro de perguntas previamente formulado é utilizado, podendo conter perguntas abertas e fechadas. Ressalta-se que esse tipo de entrevista “ao mesmo tempo que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação” (TRIVIÑOS, 1992, p. 146)

Dessa forma, os roteiros de entrevistas para gestores e trabalhadores (Apêndice A e B) foram elaborados a partir das dimensões e subdimensões da Matriz de Análise, podendo, dessa forma ser modificado, na medida em que a própria matriz poderá sofrer alterações após ser apresentada para validação pelos especialistas. Espera-se, obter as informações necessárias a compreensão do fenômeno a luz das representações dos diferentes sujeitos.

As entrevistas foram gravadas e armazenadas na íntegra em arquivos digitais de áudio, com autorização prévia dos entrevistados. É válido ressaltar, que após a gravação, todos os áudios permaneceram à disposição dos entrevistados, para que os mesmos pudessem ouvir e, caso desejassem, modificar ou acrescentar questões relativas ao seu discurso, poderiam ficar à vontade para fazê-lo. Foram garantido o anonimato e os trechos das falas aqui representados não foram identificados.

4.6.2 Registro documental

A utilização dos documentos na pesquisa foi fundamental para compreensão dos processos de construção da RUE. Para tanto, Flick (2009) orienta sobre os desafios no uso de documentos nas pesquisas qualitativas, argumentando que “não se deva partir de uma noção de existência de uma realidade factual nos documentos comparada às opiniões subjetivas presentes nas entrevistas” (p. 234), não devendo dessa forma, serem utilizados para validação das entrevistas, mas empregados como novos argumentos que podem ser coincidentes, complementares e/ou divergentes, possibilitando um adensamento às análises.

A seleção dos documentos deu-se por conveniência, abrangendo publicações abertas disponível a qualquer cidadão e textos de acesso restrito necessitando de solicitação prévia (Atas da CIR/Região Fortaleza e Atas do Grupo Condutor RUE Macrorregião Fortaleza).

Levou-se em conta a Lei de acesso à informação nº 12.527 de 2011, regulamentada pelo Decreto Presidencial nº 7.724 de 2012. O recorte temporal determinado foi o ano de 2011 pois neste ano foi instituída as Redes de Atenção às Urgências e Emergências no SUS por meio da Portaria nº 1.600M/MS de 2011.

Nessa óptica, foram selecionados documentos que abordam as fases de implantação Rede de Urgência e Emergência nas esferas Estadual e Municipal resumidos esquematicamente no quadro abaixo:

Quadro 5 – Documentos da esfera municipal e estadual selecionados

DOCUMENTO	INSTÂNCIA	PERÍODO
Plano Estadual de Saúde	Secretaria da Saúde do Estado do Ceará	2012-2015;2016-2019
Relatório Anual de Gestão	Secretaria da Saúde do Estado do Ceará	2016-2019
Plano Diretor de Regionalização	Secretaria da Saúde do Estado do Ceará	2011; 2014
Atas das Reuniões da CIR/Região de Saúde de Fortaleza	Secretaria da Saúde do Estado do Ceará	2011-2018
Atas das Reuniões da CIB/CE	Secretaria da Saúde do Estado do Ceará	2011-2018
Plano de Ação Estadual da Rede de Atenção às Urgências do Estado do Ceará	Secretaria da Saúde do Estado do Ceará	2012
Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências da Região Metropolitana de Fortaleza Ampliada	Secretaria da Saúde do Estado do Ceará	2016

Fonte: Elaborado pela autora.

Os documentos foram obtidos por meio de acesso digital (*internet*). E ainda por meio da Secretaria Estadual de Saúde do Ceará. O material que ainda não tenha sido publicado será obtido por meio da assinatura do termo de fiel depositário. Portaria, Decretos e Resoluções até agora selecionados para esta pesquisa estão resumidas de forma esquemática no quadro que segue.

Quadro 6 – Documentos da esfera federal e estadual selecionados

(continua...)

Documentos	
Art. 197 da Constituição Federal e os arts. 1º e 15 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990	É de relevância pública o estabelecimento de normas para a organização dos serviços públicos e privados de atenção às urgências
Portaria GM nº 2.048 de 2002	Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.
Portaria GM nº 1.863 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.
Ata da centésima trigésima primeira reunião ordinária do Conselho Nacional de Saúde	Aprovado por unanimidade
Portaria GM nº 1.864 de 2003	Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel às Urgências – SAMU 192, em municípios e regiões de todo o território brasileiro, no âmbito do Sistema Único de Saúde.
Portaria GM nº 1.828 de 2004	Institui incentivo financeiro para adequação da área física das Centrais de Regulação Médica de Urgência em estados, municípios e regiões de todo o território nacional.
Portaria GM nº 2.420 de 2004	Constitui Grupo Técnico – GT visando avaliar e recomendar estratégias de intervenção do Sistema Único de Saúde – SUS, para abordagem dos episódios de morte súbita.
Portaria GM nº 4.279 de 2010	Estabelece as diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do SUS
Portaria GM nº 1.600 de 2011	Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS;
Portaria GM nº 2.338/GM/MS, de 3 de outubro de 2011	Estabelece diretrizes e cria mecanismos para a implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências
Portaria GM nº 2.395/GM/MS, de 11 de outubro de 2011	Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do SUS
Portaria GM nº 2.527/GM/MS, de 27 de outubro de 2011	Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS
Portaria GM nº 2.395/GM/MS, de 11 de outubro de 2011	Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da ampliação e qualificação das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, das enfermarias clínicas de retaguarda, das enfermarias de retaguarda de longa permanência e dos leitos de terapia intensiva, e pela reorganização das linhas de cuidados prioritárias de traumatologia, cardiovascular e cerebrovascular
Portaria GM nº 3.016/GM/MS, de 20 de dezembro de 2011	Estabelece recursos financeiros destinados ao custeio e à manutenção dos estabelecimentos de saúde participantes do Programa SOS Emergências, inclusive para qualificação da Porta de Entrada de Urgência do Instituto Dr. José Frota Central, em Fortaleza/CE

Quadro 6 – Documentos da esfera federal e estadual selecionados

(conclusão)

Documentos	
Portaria GM nº 665/GM/MS, de 12 de abril de 2012	Dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde, institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC
Portaria GM nº 2.994/GM/MS, de 13 de dezembro de 2011	Aprova a Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio e o Protocolo de Síndromes Coronarianas Agudas, cria e altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS;
Portaria GM nº 1.010/GM/MS, de 21 de maio de 2012	Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências;
Portaria GM nº 342/GM/MS, de 4 de março de 2013	Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal.
Resolução CIB/CE nº 19/2012, de 03 de fevereiro de 2012	Aprova o Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências do Estado do Ceará
Resolução CIB/CE nº. 07/2015	Homologar a Grade de Referência, considerando o Plano de Ação da Rede de Urgência e Emergência - RUE Regional ou Municipal para organizar o fluxo de atendimento nas Unidades de Saúde no âmbito da RUE do Estado do Ceará.
Portaria nº 1.497, de 12 de julho de 2012	Aprova a Etapa I do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências do Estado do Ceará e Municípios, e aloca recursos financeiros para sua implantação.

Fonte: Elaborado pela autora.

4.7 ANÁLISE DA REALIDADE EMPÍRICA

A interpretação das informações foi fundamentada pela Hermenêutica Crítica (MINAYO, 2013). A interpretação dos achados permitiu a formulação de categorias analíticas, com relações sociais fundamentais, servindo como guia teórico e balizas para a análise do objeto. Já as categorias empíricas, foram construídas a partir do material empírico emergente, abordando temas comuns (MINAYO, 2008).

A análise foi orientada pelos passos, sugeridos por Minayo (2013) e adaptado por Assis e Jorge (2010), que constaram da ordenação dos dados, classificação e análise final dos mesmos. O intuito foi o de estabelecer relações dialéticas entre as diferentes fontes, num processo de confronto do material empírico e o referencial teórico norteador, para finalmente

chegar a considerações que deem conta de explicar as questões relacionadas a implantação da Rede de Urgência e Emergência.

Na etapa de **ordenação dos dados** foi realizada a transcrição dos áudios e a organização do material (entrevistas e documentos), de modo que foi possível ter as primeiras orientações e impressões em relação às mensagens representadas nos discursos. Nesse momento, o material foi organizado separando aquilo que era referente a esfera estadual daquilo que correspondia às esferas regional e municipal.

Na etapa de **classificação de dados** foram feitas repetidas leituras dos textos tendo em vista a construção dos achados empíricos. Esta etapa consistiu na elaboração das primeiras impressões acerca do material, assim foram feitas anotações para sintetizar as ideias centrais, os núcleos de sentido, contidos no material. Foram feitas as sínteses de cada texto, destacando as ideias centrais. Assim, a primeira classificação do material foi orientada pelas categorias analíticas que foram previamente definidas pelos objetivos da pesquisa.

Dessa forma, em cada discurso registrado foram transpostas as falas correspondentes aos núcleos de sentido para a formulação das sínteses.

Quadro 7 – Demonstrativo construção das unidades analíticas

Núcleo de Sentido	Unidades de Sentido	Conteúdo Representativo			Síntese Horizontal
		Ent. 1	Ent. 2	Doc.1	
Organização da Rede de Urgência e Emergência	Desenho da Rede				
	Conformação dos Grupos				
Dinâmica dos Colegiados de Gestão	Conflitos				
	Potencialidades				
Síntese Vertical					

Fonte: Elaborado pela autora.

No processo analítico resultante do confronto entre as sínteses horizontais dos diferentes trechos do material empírico emergiram as categorias temáticas empíricas do estudo. Que foram confrontadas por meio das convergências, divergências, diferenças e complementaridades no processo dinâmico da (re)construção dos sentidos e significados que emergiram no processo analítico.

A terceira etapa do processo de análise, foi a **análise final** do material. Enfatiza-se, nessa forma de análise, segundo Assis e Jorge. (2010), o encontro da especificidade do objeto,

pela prova do vivido, com as relações essenciais que são estabelecidas nas condições reais e na ação particular e social. Para a análise do contexto, exige-se um movimento contínuo entre os dados empíricos e o referencial teórico eleito pelo pesquisador. Nesta fase foi feito o entrecruzamento entre as diferentes informações coletadas.

Figura 3 – Fluxograma Analisador



Fonte: Adaptado de Assis e Jorge (2010)

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE) e a coleta de dados só teve início após a aprovação no referido comitê (Parecer nº 2.810.070). Os sujeitos entrevistados e observados tiveram acesso ao Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndices E F), onde constam as informações sobre a pesquisa, os possíveis prejuízos e benefícios, assim como a garantia do anonimato, atendendo aos princípios éticos, conforme Resolução 466 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). O termo de consentimento foi assinado em duas vias por todos os sujeitos caso manifestassem interesse em participar da pesquisa. Uma das vias ficou de posse do entrevistado, podendo este ter acesso ao telefone, e-mail e endereço do pesquisador caso quisesse entrar em contato posteriormente.

Em se tratando dos aspectos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos, consta na Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012 que: “toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco. O dano eventual poderá ser imediato ou tardio, comprometendo o indivíduo ou a coletividade” (BRASIL, 2013). O risco de cansaço ou constrangimento foi previsto pela pesquisadora e foi diminuído com o agendamento prévio do horário da entrevista, condução adequada de modo que o tempo de entrevista não ultrapassasse 60 minutos e sala privativa para a realização da mesma. A pesquisadora focou responsável por suspender a pesquisa imediatamente ao perceber qualquer desconforto por parte do entrevistado e, ainda, quando houve solicitação de interrupção pelo mesmo. No que concerne ao sigilo, este foi garantido e não há possibilidade de identificação do sujeito tendo em vista que as falas não foram identificadas.

As entrevistas foram gravadas na íntegra em gravadores digitais, com autorização prévia dos entrevistados. Após gravação, o áudio foi colocado à disposição do entrevistado, para que o mesmo pudesse ouvi-las, e caso desejasse modificar ou acrescentar questões relativas ao seu discurso, poderiam ficar à vontade para fazê-lo. Os registros foram utilizados como material de análise após aprovação das pessoas envolvidas. Os dados permanecerão guardados por cinco anos, sob responsabilidade do grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família e Práticas de Saúde e Enfermagem da UECE.

5 RESULTADOS

Para apresentação dos resultados desta pesquisa, optou-se por organizá-los já na conformação de artigos, que, posteriormente serão enviados para revistas científicas. Os dois primeiros artigos tratam acerca do perfil de internação do Acidente Vascular Cerebral e Infarto Agudo do Miocárdio no estado do Ceará e municípios que compõem a Região de Saúde Fortaleza, no período de 2001 a 2017. O terceiro artigo trata de um estudo de avaliabilidade realizado de forma participativa com gestores implicados no processo de implantação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Nesse estudo foram elaboradas ferramentas – Modelo Teórico, Árvore de Problemas e Modelo Lógico – que resultaram na construção de uma Matriz de avaliação passível de ser utilizada em outros contextos. O quarto artigo versou acerca as ações desenvolvidas pela gestão estadual de saúde do Ceará para a implantação da RUE, destacando os limites e as facilidades. O quinto e último artigo objetivo analisar o processo implantação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências na Macrorregião Fortaleza, bem como o funcionamento dessa rede na Região de Saúde Fortaleza. Logo abaixo, apresenta-se pequeno resumo dos artigos resultantes desta investigação.

ARTIGO 1: ANÁLISE DO PERFIL DEMOGRÁFICO E CLÍNICO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NO ESTADO CEARÁ E REGIÃO DE SAÚDE FORTALEZA

Teve como objetivo caracterizar o perfil de internação por caracterizar o perfil de internação por Acidente Vascular Cerebral no estado Ceará e municípios da Região de Saúde Fortaleza de 2001 a 2017. Para tanto, foram selecionados dados no Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS) tendo como diagnostico principal o AVC (Classificação Internacional de Doenças 10ª Revisão). Para a descrição dos dados foi utilizado o software STATA 11.2 (Stata Corporation, College Station, USA), para análise de tendência temporal foi realizado o cálculo do incremento anual dos indicadores do período total, 2001 a 2017, a partir do modelo de regressão Joinpoint Regress Program (versão 4.0.4). No presente estudo a maioria dos acometidos tanto no estado do Ceará como nas cidades escolhidas para a análise foram indivíduos do sexo masculino, idosos acima de 60 anos de idade. Foi observada uma quantidade bastante elevada de casos de AVC e uma tendência de crescimento deste agravo nos próximos anos. Neste estudo foi observada a ocorrência de casos de AVC em todos os municípios do estado. Fortaleza, Juazeiro do Norte, Crato, Crateús, Caucaia e Itapipoca, de acordo com o quadriênio analisado, apresentaram os maiores números de casos, sendo Fortaleza o município

com maior número. Este estudo é o primeiro a descrever a distribuição espacial dos casos de AVC por município no estado do Ceará. Portanto, outras análises se fazem necessárias para interpretar a relação entre a ocorrência do agravo e a sua distribuição espacial.

ARTIGO 2: PERFIL DE INTERNAÇÃO POR INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO NO ESTADO CEARÁ E REGIÃO DE SAÚDE FORTALEZA

Teve como objetivo caracterizar o perfil de internação por infarto no estado Ceará e alguns municípios da Região de Saúde Fortaleza de 2001 a 2017. Para tanto, foram selecionados dados no Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS) tendo como diagnóstico principal Infarto Agudo do Miocárdio (Classificação Internacional de Doenças 10ª Revisão: I21 ou I22). Os resultados deste estudo mostraram uma evolução ao longo do tempo de internações por infarto no estado do Ceará e em alguns municípios da Região de Saúde Fortaleza. A maioria dos casos internados eram do sexo masculino, com idade acima de 60 anos destacando-se principalmente idoso acima de 70 anos, com tempo de internação de até uma semana. As internações no estado do Ceará se concentraram em alguns municípios considerados como polos. Ao longo do tempo a tendência de internação foi decrescente no Ceará enquanto nos municípios avaliados a tendência foi crescente, porém sem diferença estatisticamente sem significância estatística.

ARTIGO 3: A REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS: estudo de avaliabilidade em uma Região de Saúde do Estado do Ceará

Teve como objetivo analisar a avaliabilidade do processo de implantação da RUE da Região de Saúde Fortaleza. Para tanto foi realizado um estudo de avaliabilidade com abordagem qualitativa, participativa. Foram sistematizadas as representações dos gestores acerca do processo de implantação da RUE na Região de Saúde Fortaleza, e a partir delas algumas ferramentas foram elaboradas neste estudo – Modelo Teórico, Árvore de Problemas e Modelo Lógico, que resultaram não apenas na construção de uma Matriz de avaliação, mas sobretudo em um processo participativo de transformação de sujeitos. O estudo de avaliabilidade da Rede de Atenção às Urgências e Emergências contribuiu para um melhor entendimento acerca da Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências. Colaborou sobremaneira para a sistematização dos processos de institucionalização, implantação e implementação desta.

ARTIGO 4: A REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NO ESTADO DO CEARÁ: ações da gestão estadual de saúde no processo de implantação

Teve como objetivo analisar as ações desenvolvidas pela gestão estadual de saúde do Ceará para a implantação da RUE, destacando os limites e as facilidades. Tratou-se de um estudo avaliativo participativo do tipo estudo de caso (Yin, 2015). A investigação deu-se em três etapas, a primeira envolveu a apreensão de normativas publicadas pelo Governo Federal. Em seguida foram ainda analisadas as Atas e Resoluções da Comissão Intergestores Bipartite do Ceará no período de 2010 a 2018, sendo selecionadas aquelas que continham itens sobre a RUE. Posteriormente foram realizadas entrevistas individuais com os gestores envolvidos no processo de implantação da RUE no Ceará. Em um último momento, a partir de uma discussão coletiva acerca das análises produzidas, as sínteses das informações foram apresentadas aos participantes da pesquisa de maneira que estes tivessem acesso à totalidade das informações e pudessem desfrutar da oportunidade de modificá-las até afirmar a sua credibilidade. A análise do processo de implantação da RUE revelou uma rede estadual ainda em fase de implantação, apresentando problemas relativos aos processos de gestão. O processo de implantação foi caracterizado pela ênfase na estruturação a partir de recursos físicos em detrimento de aspectos condicionantes ao funcionamento em rede regional e integral.

ARTIGO 5: REDES REGIONALIZADAS DE SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DA MACRORREGIÃO FORTALEZA-CE

Teve como objetivo analisar o processo implantação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências na Macrorregião Fortaleza, bem como o funcionamento dessa rede na Região de Saúde Fortaleza. Difere dos outros estudos por trazer dois contextos, a Macrorregião Fortaleza e a Região de Saúde Fortaleza, tendo como pano de fundo o contexto das práticas de gestão do Estado do Ceará. Tratou-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória, do tipo estudo de caso integrado. A unidade de análise foi a Rede de Atenção às Urgência e Emergência e sua implantação no contexto da Macrorregião de Saúde Fortaleza; e seu funcionamento na Regional de Saúde Fortaleza. Observou-se que a implantação do conjunto dos componentes da RUE na Macrorregião de Saúde Fortaleza não se fez acompanhada, na mesma medida, do processo de modificação do modelo assistencial em direção a uma atenção integral, resolutiva, qualificada e centrada no usuário. Todavia, estão sendo lançados esforços para a mudança desse cenário com a reforma e construção de novos hospitais regionais, a

ampliação do hospital de referência em traumatologia em fortaleza e a expansão do SAMU 192, com organização regional.

5.1 ARTIGO 1 – REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM - ANÁLISE DO PERFIL DE INTERNAÇÃO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NO ESTADO CEARÁ

ANÁLISE DO PERFIL DE INTERNAÇÃO DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NO ESTADO CEARÁ

**Jamine Borges de Moraes
Maria Salete Bessa Jorge**

RESUMO

A pesquisa teve como objetivo caracterizar o perfil de internação por infarto no estado do Ceará e alguns municípios da Região de Saúde Fortaleza de 2001 a 2017. Para tanto, foram selecionados dados no Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS) tendo como diagnóstico principal Infarto Agudo do Miocárdio (Classificação Internacional de Doenças 10ª Revisão: I21 ou I22). Para a descrição dos dados foi utilizado o *software* STATA 11.2 (Stata Corporation, College Station, USA), para análise de tendência temporal foi realizado o cálculo do incremento anual dos indicadores do período total, 2001 a 2017, a partir do modelo de regressão Joinpoint Regress Program (versão 4.0.4). Os resultados deste estudo mostraram uma evolução ao longo do tempo de internações por infarto no estado do Ceará e em alguns municípios da Região de Saúde Fortaleza. A maioria dos casos internados eram do sexo masculino, com idade acima de 60 anos destacando-se, principalmente, idoso acima de 70 anos, com tempo de internação de até uma semana. As internações no estado do Ceará concentraram-se em alguns municípios considerados como polos. Ao longo do tempo, a tendência de internação foi decrescente no Ceará, enquanto nos municípios avaliados a tendência foi crescente, porém sem diferença estatisticamente significativa.

Palavras-chave: Perfil de Internação; Infarto Agudo do Miocárdio; Dados Secundários.

ABSTRACT

The objective of the study was to characterize the hospitalization profile for infarction in the State of Ceará and some municipalities in the Region of Health Fortaleza from 2001 to 2017. For this purpose, data were selected from the Hospital Information System (SIH-SUS) with the main diagnosis of Acute Infarction of the Myocardium (International Classification of Diseases 10th Revision: I21 or I22). For the description of the data, the STATA 11.2 software (Stata Corporation, College Station, USA) was used for the analysis of the time trend. The annual increase of the total period indicators, 2001 to 2017, was calculated from the Joinpoint regression model Regress Program (version 4.0.4). The results of this study showed an evolution over time of hospitalizations due to myocardial infarction in the state of Ceará and in some municipalities of the Fortaleza Health Region. The majority of hospitalized cases were male, with age above 60 years old, especially elderly individuals over 70 years of age, with hospitalization time of up to one week. The hospitalizations in the state of Ceará were concentrated in some municipalities considered as poles. Over time, the trend of hospitalization was decreasing in Ceará, while in the municipalities evaluated, the trend was increasing, but with no statistically significant difference.

Key words: Internment Profile; Acute myocardial infarction; Secondary Data.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o Brasil vem passando por mudanças importantes no seu perfil de morbimortalidade com as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), liderando as principais causas de morte e ultrapassando as taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias (DIP) que já foram predominantes e ainda persistem.

Essa mudança no cenário epidemiológico brasileiro, conhecida como “Transição Epidemiológica”, juntamente com outros fatores, como diminuição das taxas de fecundidade, natalidade e aumento progressivo na expectativa de vida, leva a um aumento progressivo no número de idosos, especialmente o grupo com mais de 80 anos, gerando uma demanda importante para o sistema de saúde⁽¹⁾.

Entre as DCNT, o acidente vascular cerebral (AVC) destaca-se como uma das mais prevalentes, com maior incidência após os 65 anos. Sendo causa de limitação, incapacidade e

até mesmo morte de muitas pessoas. E, apesar dos avanços na medicina e nas políticas de saúde, o AVC tem sido a principal causa de morte no Brasil há pelo menos 20 anos⁽²⁾.

Além das condições a que ficam sujeitas as pessoas acometidas por um AVC, devem ser considerados ainda os custos para saúde e para a economia, tendo em conta que, aproximadamente, 90% dos sobreviventes apresentam alguma deficiência, que resulta em limitações, incapacidades ou invalidez⁽³⁾.

Diante do exposto, o objetivo do presente estudo foi caracterizar o perfil de internação por AVC no estado do Ceará e municípios da Região de Saúde Fortaleza de 2001 a 2017.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal com análise temporal e geográfica. Tem como principal vantagem o baixo custo, pois utiliza dados secundários para a análise e gera resultados pertinentes para a avaliação de serviços de saúde, na medida em que possibilita que sejam traçadas estratégias para prevenção e controle dos agravos à saúde.

Foram selecionados dados no Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS), tendo como diagnóstico principal Acidente Vascular Cerebral (Classificação Internacional de Doenças 10ª Revisão) no estado do Ceará no período de 2001 a 2017. Foram excluídos casos que tivessem o campo município de residência ignorado. Foram utilizados variáveis tais como sexo, faixa etária, raça/cor da pele e tempo de internação hospitalar.

Para a descrição dos dados foi utilizado o *software* STATA 11.2 (Stata Corporation, College Station, USA), para análise de tendência temporal foi realizado o cálculo do incremento anual dos indicadores do período total, 2001 a 2017, a partir do modelo de regressão Joinpoint Regress Program (versão 4.0.4). O programa gera pontos de inflexão no qual utiliza um algoritmo que testa se uma linha de múltiplos segmentos é significativamente melhor do que uma linha reta ou uma linha com menos segmentos. A análise de regressão do Joinpoint se une a uma série de linhas retas em uma escala logarítmica, a fim de detectar a tendência do valor anual do indicador. Cada Joinpoint indica uma alteração estatisticamente significativa no declive.

Foram realizados mapas temáticos tendo como unidade de análise os municípios cearenses, na tentativa de encontrar diferenças e possíveis áreas de maior risco para a ocorrência do agravo entre os municípios. Foi aplicada a estratégia de dados de análise de áreas em polígonos. Primeiramente, foram confeccionados mapas descritivos de cada município com os indicadores brutos, em seguida os indicadores foram re-estimados por meio do Método

Bayesiano empírico local a partir da suposição de que taxas de áreas vizinhas são autocorrelacionadas, utilizando-se a ferramenta “Bayes Empírico Local”, disponível no programa Terraview (TERRAVIEW 3.6.0).

RESULTADOS

Durante todo o período de estudo foram diagnosticados 76.363 casos de AVC no estado do Ceará, 20.471 casos em Fortaleza, município que concentra 26,8% do total de casos ocorridos no estado. Aquiraz, Eusébio e Itaitinga tiveram 555, 283 e 273 casos, respectivamente. No estudo, os homens foram os mais acometidos tanto em relação ao estado do Ceará (52,1%) quanto em relação aos municípios, enquanto que em Itaitinga houve uma leve prevalência deste agravo no sexo feminino (50,2%). A faixa etária mais acometida foi a de idosos com idade acima de 60 anos, no entanto os idosos acima de 70 anos corresponderam a mais da metade dos casos no Ceará (53,9%) e em Aquiraz (52,3%). Em relação à raça, a maioria se denominou parda (42,4%), e metade dos casos não havia esta informação (50,4%). Em relação ao tempo de internação, 67,3% dos pacientes ficaram internados até uma semana, 19,1% até duas semanas e acima deste período 12,3%. A tabela 01 é sobre as características demográficas e o tempo de internação de pacientes hospitalizados por AVC.

Em relação à distribuição temporal, pode-se observar que existe um crescimento no número de casos de AVC ao longo do período de estudo (Tabela 2). No Ceará, o ano com a maior quantidade de casos foi em 2016 com 6.864 casos absolutos, enquanto que o ano com menor registro foi em 2001 com 1.893 casos. Em Fortaleza, o ano com mais casos foi em 2014 com 2.389 casos, o referido ano foi também o de maior ocorrência no município de Aquiraz com 47 casos. Já os municípios de Eusébio e Itaitinga tiveram maior número de casos no ano de 2013 com 71 e 35 casos, respectivamente. Acredita-se que Fortaleza seja o município com maior número de casos devido à presença de um hospital de referência fazendo com que haja uma busca por atendimento especializado.

O coeficiente de incidência dos casos de AVC em Fortaleza caracterizou-se por uma inflexão crescente e significativa no período completo do estudo (AAPC= 10,6; IC95%: 3,5 a 18,2; $p < 0,0001$). Foi observada uma inflexão crescente de 2001 a 2015 com significância estatística (APC = 13,4; IC95%: 9,2 a 17,8; $p < 0,0001$); e decrescente de 2015 a 2017 (APC = -7,4; IC95%: -45,4 a 57,1; $p = 0,757$) (Figura 01).

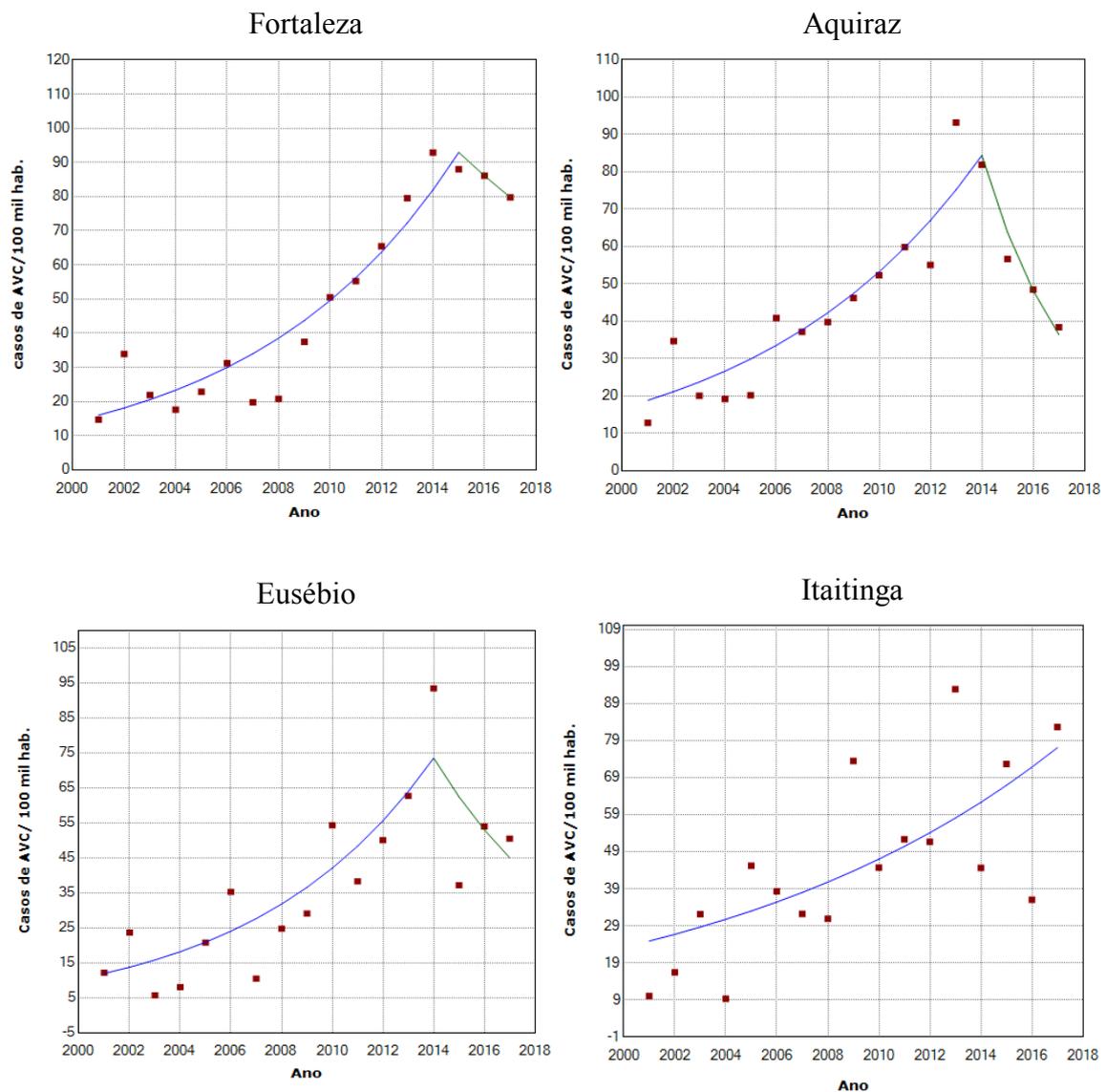
Em Aquiraz, houve um acréscimo no período de estudo (AAPC= 4,2; IC95%: -1,6 a 10,4; $p=0,2$). No intervalo entre 2001 a 2014, houve um incremento significativo (APC = 12,2;

IC95%: 8,1 a 16,5; $p < 0,0001$), seguido de um declínio de 2014 a 2017 não significativo (APC = -24,4; IC95%: -44 a 2; $p = 0,064$) (Figura 01).

No município do Eusébio, o indicador apresentou tendência crescente com significância estatística no período completo (AAPC= 8,6; IC95%: 0,4 a 17,5; $p < 0,0001$). Foi observado que no período de 2001 a 2004 houve acréscimo de casos, com significância (APC = 15; IC95%: 8,3 a 22,1; $p < 0,0001$). Porém, a partir de 2014 apresentou um declínio estatisticamente significativo até 2017 (APC = 15,1; IC95%: -42,3 a 25,1; $p=0,375$) (Figura 01).

No município de Itaitinga, o indicador apresentou tendência crescente com significância estatística no período completo (AAPC= 3,4; IC95%: 1,4 a 5,3; $p < 0,001$) (Figura 01).

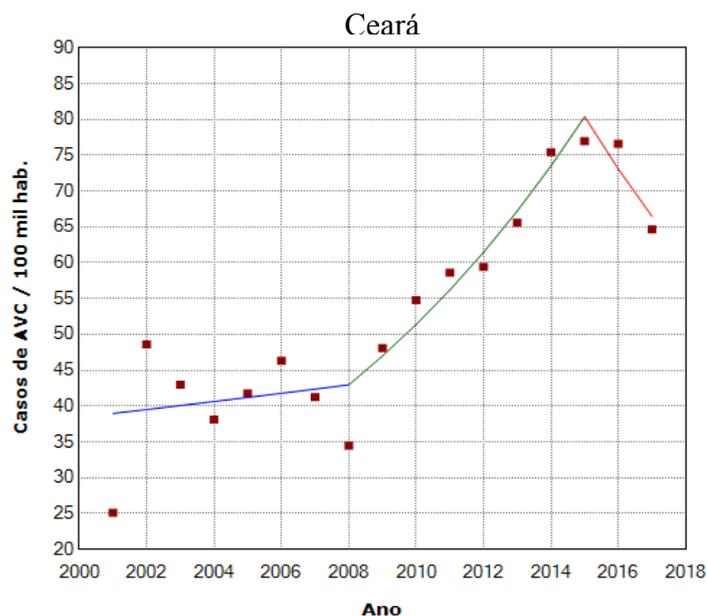
Figura 01 – Tendência temporal através do método Joinpoint dos casos de Acidente Vascular Cerebral nos municípios de Fortaleza, Aquiraz, Eusébio e Itaitinga, 2001 a 2017.



Fonte: Elaboração própria.

No Ceará, houve um acréscimo no período de estudo (AAPC= 3,4; IC95%: -1,6 a 8,6; $p=0,2$) não significativa. No intervalo entre 2001 a 2008, houve um incremento suave, porém, não significativa (APC = 0,63; IC95%: -4,9 a 8,2; $p = 0,63$), seguido de um acréscimo entre 2008 a 2015 bastante significativo (APC = 9,4; IC95%: 2,8 a 16,3; $p < 0,0001$) (Figura 02).

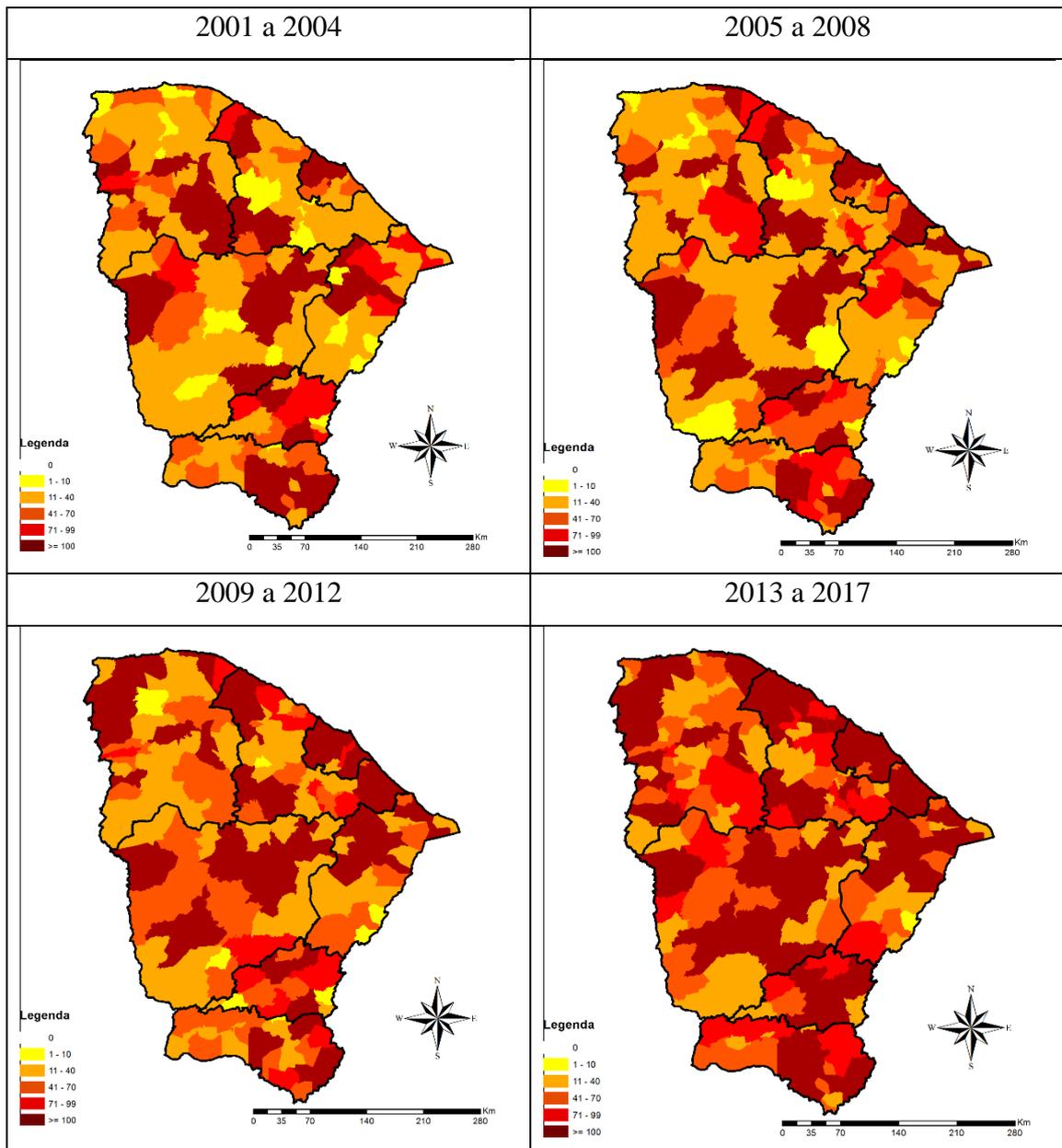
Figura 02 – Tendência temporal dos casos de Acidente Vascular Cerebral em Aquiraz, Ceará, 2001 a 2017.



Fonte: Elaboração própria.

Em todo o estado, os 184 municípios apresentaram pelo menos um caso de AVC. O município que mais apresentou casos em todos os quadriênios estudados foi a capital Fortaleza (Tabela 3). No primeiro quadriênio (2001 a 2004), os três municípios que se destacaram em maior número de casos foi Fortaleza (1.977 casos), Crato (420 casos) e Crateús (400 casos). De 2005 a 2008, também foi Fortaleza (2291 casos), Juazeiro do Norte (811 casos) e Crato (413 casos). Em 2009 a 2012, Fortaleza (5.177 casos), Juazeiro do Norte (533 casos) e Itapipoca (510 casos). Em 2013 a 2017, Fortaleza (11.017 casos), Caucaia (921 casos) e Juazeiro do Norte (468 casos) (Figura 03).

Figura 03 – Distribuição espacial dos casos de Infarto Agudo do Miocárdio no Ceará, 2001 a 2017.



Fonte: Elaboração própria.

DISCUSSÃO

Aspectos epidemiológicos do AVC

No presente estudo foi observada uma quantidade bastante elevada de casos de AVC e que existe uma tendência de crescimento deste agravo nos próximos anos. Esse aumento pode estar relacionado ao envelhecimento populacional com o impacto direto da transição

demográfica e maior expectativa de vida. Além disso, o cenário atual do país é a relação da tripla carga de doenças: cardiovasculares, infecciosas e neoplásicas, o que contribui para a manutenção e elevação de casos de AVC.

Em relação ao sexo, a maioria dos acometidos tanto no estado do Ceará como nas cidades escolhidas para a análise foram indivíduos do sexo masculino, idosos acima de 60 anos de idade e de cor parda. Apesar de a raça negra ser a mais descrita na literatura, infelizmente, o dado referente à raça/cor nesta pesquisa estava ausente em metade dos registros. Em uma pesquisa realizada em Juazeiro do Norte dos 21 indivíduos avaliados foi observado que 52,4% pertenciam ao sexo masculino, média de idade de 53 anos, e que 42,9% eram da cor parda.

Evidente que de acordo com a população avaliada a razão entre os sexos pode modificar e demais características podem variar. A exemplo disso, Pereira et al⁽⁴⁾ avaliaram 122 casos de AVC em pessoas residentes no município de Vassouras (Rio de Janeiro), sendo que ambos os sexos foram acometidos de igual forma, no entanto a cor mais afetada foi a branca (60%) e a negra (40%). Quanto à faixa etária, verificou que 34% tinha acima de 70 anos e 28% acima de 80 anos⁴. Em uma pesquisa epidemiológica de desenho ecológico a qual foram coletados dados de AVC em todos os estados nordestinos, mostrando que a doença acometia igualmente ambos os sexos e foi mais comum em idosos⁽⁵⁾.

Neste estudo foi avaliado o tempo de internação dos indivíduos e todos necessitaram de cuidados hospitalares de média a alta complexidade, onde quase 70% dos sujeitos da pesquisa permaneceram hospitalizados até uma semana e os demais necessitaram de um período superior a duas semanas. Todo esse processo de diagnóstico e tempo para recuperação gera custos bastante elevados para o sistema de saúde.

Uma pesquisa conduzida no Rio Grande do Sul buscou atribuir valores de gastos com 23 internações devido ao AVC. Essas internações totalizaram 345 dias as quais tiveram um custo total de R\$161.183,10. Os elementos que mais impactaram nesse valor foram as diárias com 75%, seguidas dos serviços com 9,8%, materiais, medicamentos e exames de imagem e laboratoriais 13,2%⁽⁶⁾.

Por mais que não tenha sido objetivo neste estudo, vale salientar a importância do levantamento de custos com internações e procedimentos médicos e tratamento para reduzir danos aos pacientes sequelados pelo AVC. Uma revisão sistemática realizada na Europa aponta que o uso de novos fármacos, por mais que sejam mais caros que os usados habitualmente, reduzem a ocorrência do AVC sendo benéficos para os usuários⁽⁷⁾.

A prevenção do AVC baseado em uso de fármaco inclui o nível de prevenção terciária. Existem três níveis de prevenção de doenças, o primário baseado na educação e mudanças

comportamentais, ou seja, o que gera um menor custo para executar e um impacto positivo nos custos de um agravo; e o nível secundário que utiliza instrumentos ou exames complementares e de imagem. Baseado nesses níveis de prevenção, já foi percebido que o abandono do uso do tabagismo tem impacto nos indicadores de diversas doenças dentre elas, o AVC.

O tabagismo é responsável por 75.663 casos de AVC todo ano. Sendo este hábito a causa do AVC agudo, devido suas sequelas e mortalidade se faz necessário mais incentivo para a redução do seu consumo. Um estudo de modelo econômico baseado no método de Monte Carlo mostrou que o AVC relacionado ao uso do cigarro gera um custo anual de R\$1.557.995.266,00. Nessa perspectiva, o incentivo aos bons hábitos de vida é fundamental para a redução de danos individuais, familiares e ao governo⁽⁸⁾.

Tendência temporal dos casos de AVC

Neste estudo foi observado um aumento do número de casos de AVC até o ano de 2014, sendo essa tendência significativa estatisticamente, seguida de uma queda no número de casos até o ano de 2017. Um estudo realizado nos estados nordestinos utilizando dados secundários, analisaram a tendência temporal da incidência de AVC na população sob risco entre os anos de 1998 a 2010. O estado que mostrou a maior diferença ao longo do período analisado foi a Paraíba⁽⁵⁾. Mais estudos devem ser realizados para justificar o aumento e posterior queda dos números de AVC.

A ocorrência do AVC no panorama mundial mostra variação temporal e espacial. Em diversas regiões da Europa, a incidência variou de 101,2 casos/ 100 mil hab. a 239 casos/ 100 mil hab. e esses valores estavam associados às prevalências da hipertensão arterial^(9,10). Em Milborne, Austrália, a incidência anual foi de 206 casos/ 100 mil hab⁽¹¹⁾. Enquanto que, na Índia, esse indicador apresentou taxas de 74,8 casos/ 100 mil hab⁽¹²⁾. Esses dados tão discrepantes podem estar relacionados ao envelhecimento populacional mais acentuado nos países desenvolvidos.

Outro indicador importante é o da mortalidade. A mortalidade por este agravo é um dado importante e permite mensurar o quanto se tem investido no diagnóstico precoce e correto⁽¹³⁾. Um estudo analisando as taxas de mortalidade por AVC por estado brasileiro concluiu que esse coeficiente tem diminuído mesmo nos estados com as maiores taxas no período avaliado (1997 a 2014) que foram Rio de Janeiro, São Paulo e Paraná. No Paraná, houve uma redução de 83,5 óbitos/100 mil hab. para 47,2 casos/100 mil hab.; em São Paulo foi de 70,7 óbitos/100 mil hab. para 41,6 óbitos/100 mil hab.; Rio de Janeiro foi de 98,8 óbitos/100

mil hab. para 45,7 óbitos/100 mil hab. O Brasil, como um todo, apresentou redução com 64,1 óbitos/100 mil hab. para 41,8 óbitos/100 mil hab⁽¹⁴⁾.

Um estudo realizado por Garritano et al⁽¹⁵⁾ observou que houve um aumento na incidência de óbitos por AVC. Foi observado um aumento na incidência de óbitos até 2006, seguindo-se de um declínio até 2009, quando houve a incidência mínima. Quando comparados os anos 2000 e 2009, notou-se uma tendência de queda da taxa de mortalidade para ambos os sexos⁽¹⁵⁾.

O AVC constitui a doença cardiovascular/neurológica mais incapacitante na atualidade, portanto mais investimentos se fazem necessários para a redução dos índices de incidência e de mortalidade por AVC. Já tem sido mostrado em vários estudos o impacto das sequelas decorridas nas esferas individual, familiar e na comunidade^(16,17).

Distribuição espacial dos casos de AVC

Neste estudo foi observada a ocorrência de casos de AVC em todos os municípios do estado. Fortaleza, Juazeiro do Norte, Crato, Crateús, Caucaia e Itapipoca, de acordo com o quadriênio analisado, apresentaram os maiores números de casos. Fortaleza se destacou dentre todos os municípios, isso pode estar relacionado ao fato da existência do Hospital Geral de Fortaleza (HGF) que é referência no atendimento, diagnóstico e tratamento dos pacientes com AVC. Este estudo é o primeiro a descrever a distribuição espacial dos casos de AVC por município no estado do Ceará. Portanto, outras análises se fazem necessárias para interpretar a relação entre a ocorrência do agravo e a sua distribuição espacial.

Para tanto, existem outras formas de avaliar a distribuição de casos ou mortalidade que é a partir de mapas de risco. Os mapas de risco estabelecem áreas onde a ocorrência de um evento é estatisticamente significativa quando comparada a outras áreas. Além disso, pode-se relacionar estas análises a algumas variáveis socioeconômicas. Um estudo conduzido em São Paulo verificou que as áreas de melhores níveis socioeconômicos eram protetores para a ocorrência de AVC, em contrapartida, as menores eram fator de risco⁽¹⁸⁾.

Um dado importante é a relação existente entre a redução de casos de AVC e o índice de áreas verdes. Um estudo conduzido em São Paulo mostrou que entre os setores com áreas mais verdes, a redução da mortalidade por doenças cerebrovasculares foi de 4,7%. Essa análise também incluiu o nível socioeconômico da população. O estudo concluiu que os espaços verdes têm efeito protetor na mortalidade de doenças por doenças cerebrovasculares nos estratos

populacionais de níveis socioeconômicos mais baixos, reduzindo em 9,6% a taxa de mortalidade⁽¹⁹⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante ressaltar que a cobertura e a qualidade dos dados de causas de morte variam de acordo com as regiões e o tempo. As avaliações válidas, confiáveis e comparáveis das tendências das causas de morte até mesmo dos melhores Sistemas de Informação em Saúde são limitadas pela cobertura e qualidade dos dados⁽²⁰⁾. Os dados secundários provenientes de Sistemas de Informação em Saúde apresentam potencialidades como a facilidade para seguimento longitudinal, baixo custo para coleta de informações, ampla cobertura populacional e como fragilidades à falta de padronização dos dados, falta de informações consideradas importantes e de interesse para uma análise mais completa e diversas variáveis, como de desfecho, explicativas, mediadoras, de confusão ou modificadoras de efeito⁽²¹⁾.

Ressalta-se, entretanto, que devido à elevada quantidade de dados foi possível realizar análise e gerar informações relevantes acerca do AVC no estado do Ceará e nos municípios de Fortaleza, Aquiraz, Eusébio e Itaitinga.

REFERÊNCIAS

1 Omran AR. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *Milbank Q.* 2005;83(4):731-57.

2 Falavigna A, Teles AR, Vedana VM, Kleber FD, Mosená G, Velho MC, Mazzocchin T, Silva RC, Lucena LF, Santin JT, Roth f. Awareness of stroke risk factors and warning signs in southern Brazil. *Arq Neuro-Psiquiatr.* 2009;67(4):1076-81.

3 Fernandes MB, Cabral DL, Souza RJP, Sekitani HY, Teixeira-Salmela LF, Laurentino GEC. Independência funcional de indivíduos hemiparéticos crônicos e sua relação com a fisioterapia. *Fisioter Mov.* 2012;25(2):333-41.

4 Pereira ABCNG, Alvarenga H, Pereira Júnior RS, Barbosa MTS. Prevalência de acidente vascular cerebral em idosos no município de Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil, através do

rastreamento de dados do Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(9):1929-36.

5 Lopes JM, Medeiros JLA, Oliveira KBA, Dantas FG. Acidente vascular cerebral isquêmico no Nordeste brasileiro: uma análise temporal de 13 anos de casos de hospitalização. *ConS Saúde*. 2013;12(2):321-8.

6 Jesus CTE, Goularte JLP, Ramos TJF, Flores SAM. Apuração de custos da patologia acidente vascular cerebral em um hospital filantrópico. *RAGC*. 2015;3(8):33-49.

7 Ferreira J, Mirco A. Revisão sistemática das análises custo-efetividade dos novos anticoagulantes orais na prevenção do acidente vascular cerebral na fibrilhação auricular. *Rev Port Cardiol*. 2015;34(3):179-91.

8 Pinto MT, Pichon-Riviere A, Bardach A. The burden of smoking-related diseases in Brazil: mortality, morbidity and costs. *Cad Saúde Pública*. 2015;31(6):1283-97.

9 Heuschmann PU, Di Carlo A, Bejot Y, Rastenyte D, Ryglewicz D, Sarti C, Torrent M, Wolfe CD. Incidence of stroke in Europe at the beginning of the 21st century. *Stroke*. 2009;40(50):1557-63.

10 Palm F, Urbanek C, Rose S, Buggle F, Bode B, Hennerici MG, Schmieder K, Inselmann G, Reiter R, Fleischer R, Piplack KO, Safer A, Becher H, Grau AJ. Stroke incidence and survival in ludwigshafen am rhein, Germany: the Ludwigshafen stroke study (LuSSt). *Stroke*. 2010;41(9):1865-70.

11 Thrift AG, Dewey HM, Macdonel RA, McNeil JJ, Donnan GA. Stroke incidence on the east coast of Australia: the north east Melbourne stroke incidence study (NEMESIS). *Stroke*. 2000;31(9):2087-92.

12 Sridharan SE, Unnikrishnan JP, Sukumaran S, Sylaja PN, Nayak SD, Sarma PS, Radhakrishnan K. Incidence, types, risk factors, and outcome of stroke in a developing country: the Trivandrum Stroke Registry. *Stroke*. 2009;40(4):1212-8.

- 13 Rolim CLRC, Martins M. O uso de tomografia computadorizada nas internações por Acidente Vascular Cerebral no Sistema Único de Saúde no Brasil. *Rev Bras Epidemiol.* 2012;15(1):179-87.
- 14 Deolinda MMR. Análise espacial e temporal da mortalidade por acidente vascular cerebral no Brasil [dissertação]. Criciúma, SC: Universidade do Extremo Sul Catarinense; 2017.
- 15 Garritano CR, Luz PM, Pires MLE, Barbosa MTS, Batista KM. Analysis of the mortality trend due to cerebrovascular accident in Brazil in the XXI century. *Arq Bras Cardiol.* 2012;98(6):519-27.
- 16 Reis RD, Pereira EC, Pereira MIM, Soane AMNC, Silva JV. Significados, para os familiares, de conviver com um idoso com sequelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC). *Interface.* 2017;21(62):641-50.
- 17 Godoy MRB. Qualidade de interação entre familiar/cuidador e adulto ou idoso pós-acidente vascular cerebral (AVC) [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2016.
- 18 Ikefuti PV, Barrozo LV. Variáveis socioeconômicas e o risco relativo por acidente vascular cerebral no município de São Paulo. *Rev Esp Geog.* 2015;18(3).
- 19 Silveira IH, Junger WL. Espaços verdes e mortalidade por doenças cardiovasculares no município do Rio de Janeiro. *Rev Saúde Pública.* 2018;52(49):1-9.
- 20 Passos VMA, Ishitani LH, Franco GC, Lana GC, Abreu DMX, Marinho MF, França EB. Consistent declining trends in stroke mortality in Brazil: mission accomplished? *Arq Neuro-Psiquiatr.* 2016;74(5):376-81.
- 21 Coeli CM. Sistemas de Informação em Saúde e uso de dados secundários na pesquisa e avaliação em saúde. *Cad Saúde Colet.* 2010;18(3):335-6.

5.2 ARTIGO 2 – CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA - PERFIL DE INTERNAÇÃO POR INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO NO ESTADO DO CEARÁ E REGIÃO DE SAÚDE FORTALEZA

PERFIL DE INTERNAÇÃO POR INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO NO ESTADO DO CEARÁ E REGIÃO DE SAÚDE FORTALEZA

Jamine Borges de Moraes
Maria Salete Bessa Jorge

RESUMO

A pesquisa teve como objetivo caracterizar o perfil de internação por infarto no estado Ceará e alguns municípios da Região de Saúde Fortaleza de 2001 a 2017. Para tanto, foram selecionados dados no Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS), tendo como diagnóstico principal Infarto Agudo do Miocárdio (Classificação Internacional de Doenças 10ª Revisão: I21 ou I22). Para a descrição dos dados foi utilizado o *software* STATA 11.2 (Stata Corporation, College Station, USA), para análise de tendência temporal foi realizado o cálculo do incremento anual dos indicadores do período total, 2001 a 2017, a partir do modelo de regressão Joinpoint Regress Program (versão 4.0.4). Os resultados deste estudo mostraram uma evolução ao longo do tempo de internações por infarto no estado do Ceará e em alguns municípios da Região de Saúde Fortaleza. A maioria dos casos internados eram do sexo masculino, com idade acima de 60 anos destacando-se, principalmente, idosos acima de 70 anos, com tempo de internação de até uma semana. As internações no estado do Ceará se concentraram em alguns municípios considerados como polos. Ao longo do tempo, a tendência de internação foi decrescente no Ceará, enquanto nos municípios avaliados a tendência foi crescente, porém sem diferença estatisticamente sem significância estatística.

Palavras-chave: Perfil de Internação; Infarto Agudo do Miocárdio; Dados Secundários.

ABSTRACT

The objective of the study was to characterize the hospitalization profile for infarction in the State of Ceará and some municipalities in the Region of Health Fortaleza from 2001 to 2017. For this purpose, data were selected from the Hospital Information System (SIH-SUS) with the main diagnosis of Acute Infarction of the Myocardium (International Classification of Diseases

10th Revision: I21 or I22). For the description of the data, the STATA 11.2 software (Stata Corporation, College Station, USA) was used for the analysis of the time trend. The annual increase of the total period indicators, 2001 to 2017, was calculated from the Joinpoint regression model Regress Program (version 4.0.4). The results of this study showed an evolution over time of hospitalizations due to myocardial infarction in the state of Ceará and in some municipalities of the Fortaleza Health Region. The majority of hospitalized cases were male, with age above 60 years old, especially elderly individuals over 70 years of age, with hospitalization time of up to one week. The hospitalizations in the state of Ceará were concentrated in some municipalities considered as poles. Over time, the trend of hospitalization was decreasing in Ceará, while in the municipalities evaluated, the trend was increasing, but with no statistically significant difference.

Key words: Internment Profile; Acute myocardial infarction; Secondary Data.

INTRODUÇÃO

Atualmente, as doenças cardiovasculares representam um importante problema de saúde pública, sendo as principais causas de morbimortalidade em todo o mundo¹. Em países subdesenvolvidos e em desenvolvimentos a frequência desses eventos vem aumentando à medida que a idade avança^{1,2}. Na população brasileira, a taxa de mortalidade por essas doenças está elevadíssima (183,3/100.000 habitantes) quando comparado com os indicadores de outros países^{3,4,5}.

A mudança na estrutura etária da população brasileira pode ser considerada uma das possíveis explicações para esta realidade, mudança que foi ocasionada pela melhoria nas condições de vida das pessoas associada ao aumento da expectativa de vida que leva ao envelhecimento da população, junto a esses fatores nos últimos anos tem aumentado a exposição dessas pessoas aos fatores de riscos, tais como o sedentarismo e obesidade, aumento do consumo dos alimentos industrializados, consumos de bebidas alcoólicas, tabagismo e diminuição do consumo de frutas e verduras^{4,5,6}.

Geralmente, as doenças cardiovasculares representam a principal causa de internação em pessoas idosas, ultimamente tem-se investido com iniciativa que busque melhorar as condições de saúde da população, com medidas de prevenção primária e secundária^{7,8,9}.

Os estudos que utilizam a técnica de tendência temporal, analisando as incidências de eventos em saúde, desempenham um papel importante na epidemiologia e saúde pública, pois

permite evidenciar as variações nos padrões de condições de vida de uma dada população ao longo dos anos^{5,9,10,11}. Entretanto, estudos que analisam as taxas de internação hospitalar por essas doenças são escassos e seus resultados poderiam ajudar a interpretar e evidenciar o perfil de morbidade por doenças cardiovasculares no estado do Ceará e em alguns municípios da região metropolitana de Fortaleza, auxiliando na elaboração de políticas públicas voltadas para esta população. Nesse sentido, o objetivo do presente estudo foi caracterizar o perfil de internação por infarto no estado do Ceará e alguns municípios da Região de Saúde Fortaleza de 2001 a 2017.

MÉTODOS

Foram selecionados dados no Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS), tendo como diagnóstico principal Infarto Agudo do Miocárdio (Classificação Internacional de Doenças 10^a Revisão: I21 ou I22) no estado do Ceará no período de 2001 a 2017. Foram excluídos casos que tivessem o campo município de residência ignorado. Foram utilizados variáveis, tais como sexo, faixa etária, raça/cor da pele e tempo de internação hospitalar.

Para a descrição dos dados foi utilizado o *software* STATA 11.2 (Stata Corporation, College Station, USA), para análise de tendência temporal foi realizado o cálculo do incremento anual dos indicadores do período total, 2001 a 2017, a partir do modelo de regressão Joinpoint Regress Program (versão 4.0.4). O programa gera pontos de inflexão no qual utiliza um algoritmo que testa se uma linha de múltiplos segmentos é significativamente melhor do que uma linha reta ou uma linha com menos segmentos. A análise de regressão do Joinpoint se une a uma série de linhas retas em uma escala logarítmica, a fim de detectar a tendência do valor anual do indicador. Cada Joinpoint indica uma alteração estatisticamente significativa no declive.

Foram realizados mapas temáticos tendo como unidade de análise os municípios cearenses, na tentativa de encontrar diferenças e possíveis áreas de maior risco para a ocorrência do agravo entre os municípios. Foi aplicada a estratégia de dados de análise de áreas em polígonos. Primeiramente, foram confeccionados mapas descritivos de cada município com os indicadores brutos, em seguida os indicadores foram re-estimados por meio do método Bayesiano empírico local a partir da suposição de que taxas de áreas vizinhas são autocorrelacionadas, utilizando-se a ferramenta “Bayes Empírico Local”, disponível no programa Terraview (TERRAVIEW 3.6.0).

RESULTADOS

Durante todo o período de estudo foram registrados 22.434 casos de internação por infarto no estado do Ceará, sendo que 9.929 (44,25%) casos residentes em Fortaleza. Os homens foram os mais acometidos tanto no estado do Ceará (59,7%) quanto nos municípios. A faixa etária mais acometida foi de indivíduo acima de 60 anos, no entanto os idosos acima de 70 anos foram os mais acometidos sendo no Ceará (37,2%) e Aquiraz (38,5%). Em relação ao tempo de internação, 73,4% dos pacientes ficaram internados por até uma semana, 14,1% até duas semanas e acima deste período 11%.

Em relação à distribuição temporal, pode-se observar que existe um crescimento no número de internação por infarto ao longo do período de estudo. No Ceará, 2012 foi o ano com a maior frequência de internação com 3.153 casos absolutos e o ano 2001 apresentou a menor frequência com 1.231 casos. O ano de 2012 também se destacou nos municípios de Fortaleza e Eusébio com 2.707 e 25 casos, respectivamente.

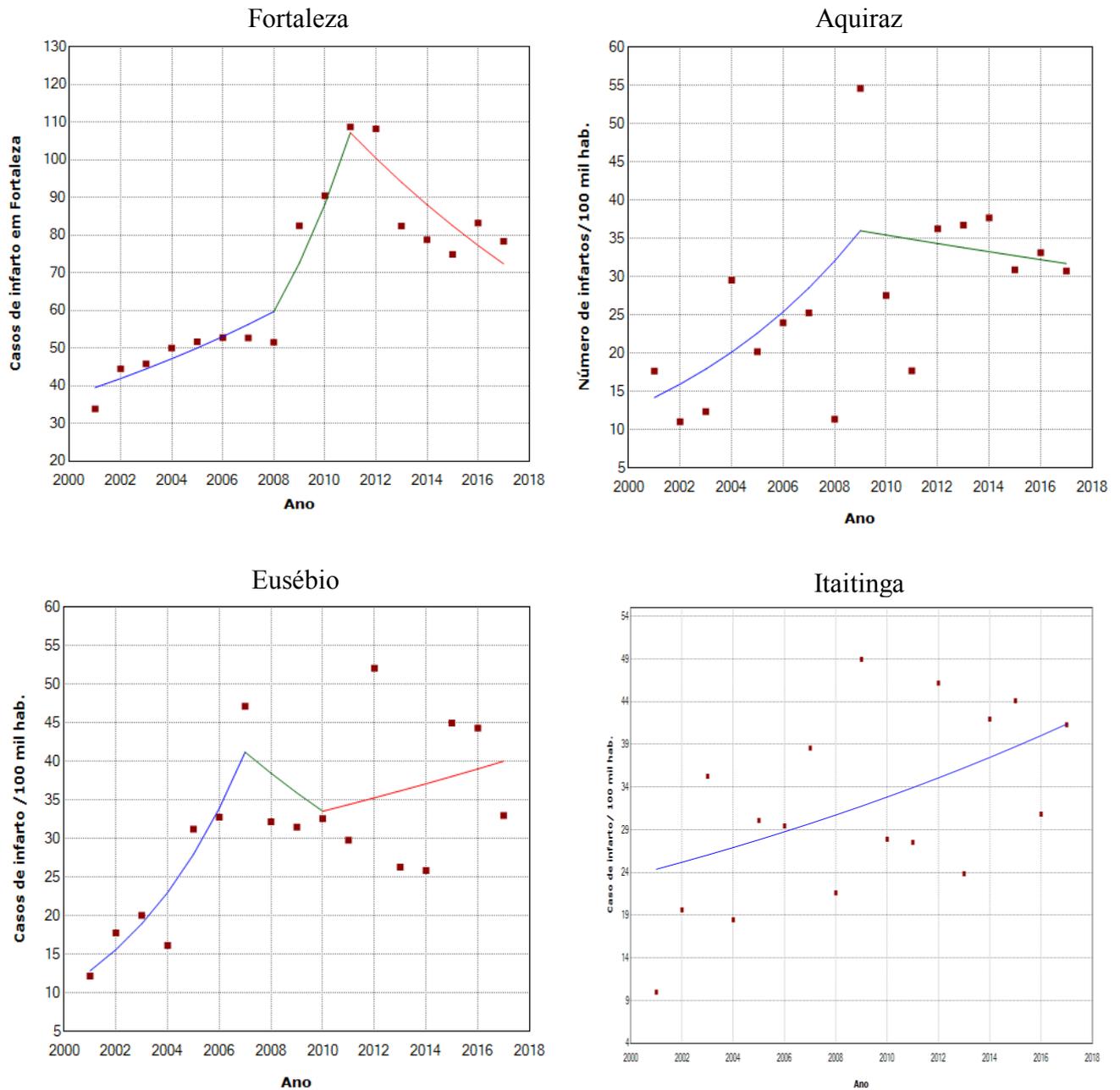
O coeficiente de incidência de internação por infarto em Fortaleza caracterizou-se por uma inflexão crescente sem significância estatística no período completo do estudo (AAPC= 3,8; IC95%: -1,3 a 9,3; p-valor= 1,4). Foi observada uma inflexão crescente com significância estatística no período de 2001 a 2008 (APC = 6,1; IC95%: 0,6 a 11,9; p-valor= 0,03) e sem significância no período de 2008 a 2011 (APC = 21,5; IC95%: -7,8 a 60,2; p-valor= 0,144). Entretanto, no período de 2011 a 2017 o coeficiente apresentou uma tendência decrescente de 2011 a 2017 (APC = -6,3; IC95%: -10,5 a -2,0; p-valor < 0,001) (Figura 1).

Em Aquiraz, no período completo a tendência foi crescente, porém sem significância estatística (AAPC= 5,2; IC95%: -1,8 a 12,6; p-valor=0,1). Entre 2001 a 2009, houve um incremento, no entanto, sem significância (APC= 12,3; IC95%: -0,8 a 27,3; p-valor= 0,06), seguido de um declínio de 2010 a 2017 sem significância (APC= -1,6; IC95%: -9,8 a 7,4; p-valor = 0,69) (Figura 1).

No município do Eusébio, o indicador apresentou tendência crescente sem significância estatística no período completo (AAPC= 7,4; IC95%: -9,2 a 27,0; p-valor= 0,4). Foi observado que no período de 2007 a 2010 houve um decréscimo de casos, sem significância (APC= -6,6; IC95%: -62,6 a 133,2; p-valor= 0,86). Porém, a partir de 2010 até 2017 apresentou uma elevação, só que não foi significativa (APC= 2,7; IC95%: -7,6 a 13,8; p-valor= 0,59) (Figura 1).

No município de Itaitinga, o indicador apresentou tendência crescente com significância estatística no período completo (AAPC= 3,4; IC95%: 1,4 a 5,3; p<0,001) (Figura 1).

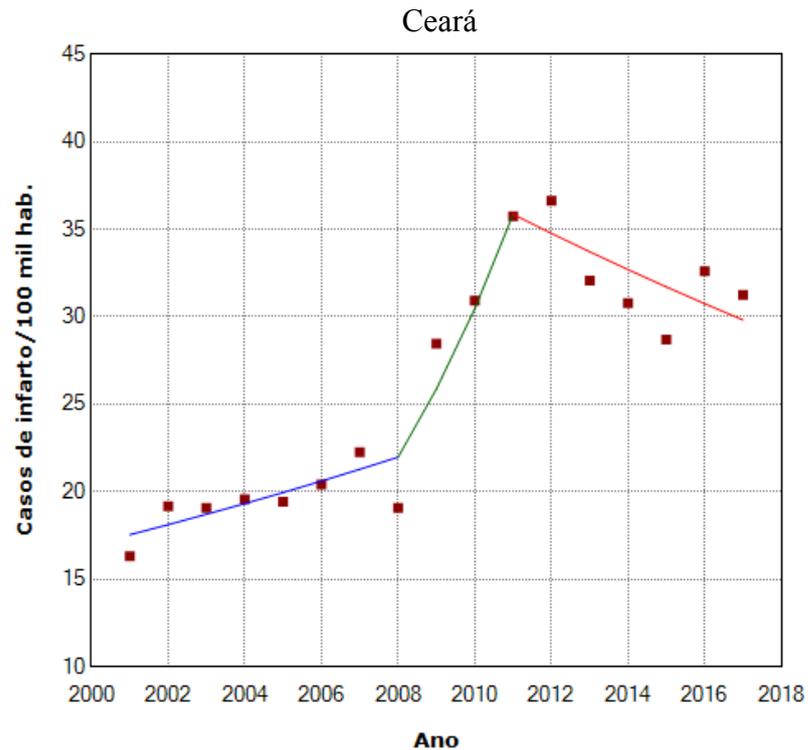
Figura 1 – Tendência temporal dos casos de infarto nos municípios de Fortaleza, Aquiraz, Eusébio e Itaitinga, 2001 a 2017.



Fonte: Elaboração própria

No Ceará, houve um decréscimo de casos do infarto no período completo de estudo (AAPC= 3,4; IC95%: -0,1 a -7,0; p-valor= 0,1) estatisticamente sem significância. Todavia, no intervalo entre 2011 a 2017, houve queda com significância (APC = -3; IC95%: -5,9 a -0,1; p-valor = 0,04) (Figura 2).

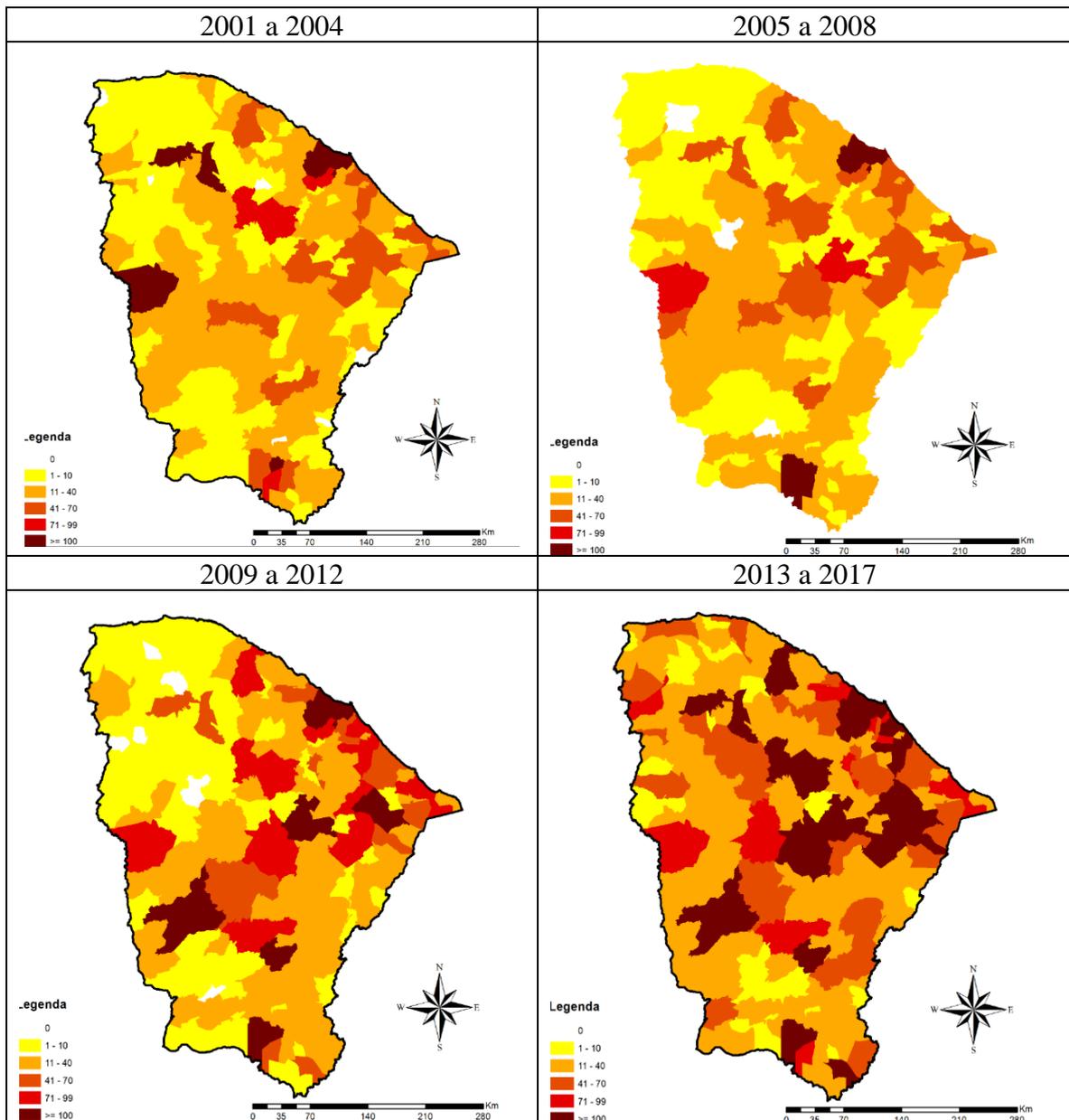
Figura 2 – Tendência temporal dos casos de infarto no estado do Ceará, 2001 a 2017.



Fonte: Elaboração própria.

Foi observado um acréscimo de municípios entre o primeiro quadriênio (178 municípios) e no último período estudado que registraram casos de internações por infarto passando de 178 para 184 municípios. No primeiro quadriênio (2001 - 2004), os três municípios que apresentaram maior frequência de internação por infarto foram Fortaleza (2241 casos), Juazeiro do Norte (226 casos) e Maracanaú (155 casos). No segundo quadriênio (2005 – 2008), destacaram-se Fortaleza (2784 casos), Juazeiro do Norte (218 casos) e Caucaia (212 casos). No terceiro (2009 – 2012), foram Fortaleza (6370 casos), Caucaia (278 casos) e Maracanaú (230 casos) e, no último quadriênio (2013 – 2017), foram Fortaleza (5365 casos), Maracanaú, Juazeiro do Norte (359 casos) e Caucaia (468 casos) (Figura 3).

Figura 3 - Distribuição espacial dos casos de acidente vascular cerebral no Ceará, 2001 a 2017.



Fonte: Elaboração própria.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo mostraram uma evolução ao longo do tempo de internações por infarto no estado do Ceará e em alguns municípios da região metropolitana. A maioria dos casos internados eram do sexo masculino, com idade acima de 60 anos destacando-se, principalmente, idosos acima de 70 anos, com tempo de internação de até uma semana. As internações no estado do Ceará concentraram-se em alguns municípios considerados como polos. Ao longo do tempo, a tendência de internação foi decrescente no Ceará, enquanto nos

municípios avaliados a tendência foi crescente, porém sem diferença estatisticamente significativa.

A pesquisa mostrou uma prevalência maior de sexo masculino em relação às internações por infarto, outras pesquisas realizadas tanto no Brasil como internacionalmente têm confirmado essa tendência^{10,12,13,14}. Estudo conduzido na Coreia do Sul mostrou que as mulheres levaram mais tempo em procurar serviço de saúde após início de sintomas de infarto do miocárdio quando comparados com homens, apesar dessa diferença não ser estaticamente significativa¹⁴. Entretanto, esse atraso em buscar os serviços de saúde em mulheres se deu por conta de baixo nível educacional, nos homens a presença de doenças cardiovasculares foi a razão do aumento do tempo de decisão, mostrando a importância em investir nas ações de educação em saúde, principalmente das doenças cardio-cerebrovasculares, levando em consideração as diferenças entre ambos os sexos¹⁴.

Estudo realizado na Suécia avaliou a sobrevivência após infarto agudo do miocárdio entre 1987 a 2010, evidenciando uma diminuição da mortalidade de 23,5% para 8,5% após 28 dias de internação em ambos os sexos. Entretanto, mulheres com idade abaixo de 65 anos hospitalizados com infarto agudo do miocárdio tiveram uma mortalidade maior quando comparado com homens no período de 28 dias¹⁰. Outras pesquisas evidenciaram um acometimento maior de sexo masculino no que diz respeito às cardiopatias, ao levar em consideração a presença de outras comorbidades as mulheres parecem apresentar pior desfecho^{10,12,13}. Essa diferença entre ambos os sexos pode ser explicada pelas condições socioeconômicas, que na maioria das vezes as mulheres são as mais prejudicadas^{10,15,16}.

Os dados mostraram que a maioria dos casos internados por infarto tinha idade acima de 60 anos. Várias pesquisas realizadas confirmam esta tendência em população com idade avançada^{10,14,17,18,1,20,21}, entretanto a variável idade requer sempre muito cuidado ao analisar, pois na maioria das vezes pode ser considerada um confundidor^{17,18,20}. Estudo realizado para investigar tendência de mortalidade cardiovascular em pacientes sobreviventes com Linfoma não Hodgkin evidenciou que quando os pacientes eram do sexo masculino ou com idade avançada apresentavam uma piora sobrevida¹⁹. Outra pesquisa que investigou óbitos e internações hospitalares por infarto agudo do miocárdio evidenciou que pacientes internados com outras comorbidades apresentavam mortalidade de duas a três vezes maiores quando comparado àqueles sem comorbidade, esta probabilidade aumentava quando a pessoa tinha mais idade e era do sexo feminino¹⁸.

Os dados desta pesquisa mostraram, ainda, que uma grande parcela das pessoas internadas por infarto ficaram por um período de até uma semana. O tempo de internação está

diretamente associado ao custo por internação e à gravidade de casos e, indiretamente, ao tipo de tratamento ofertado ao paciente^{2,17,22,23,24}.

Estudo que investigou custo de readmissões de 30 dias após infarto do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST mostrou que o custo do tratamento entre os readmitidos era o dobro quando comparado com pacientes sem readmissão, este custo de tratamento triplicava quando o paciente era tratado clinicamente e a presença de comorbidades aumentava ainda mais os custos do tratamento¹⁷.

Estudo conduzido na Coreia avaliou a associação entre custo e qualidade dos cuidados em pacientes com infarto agudo do miocárdio no nível hospitalar, e mostrou que o custo por internação foi significativamente maior quando o paciente tinha mais de 60 anos de idade, eram tratados em unidade de terapia intensiva por mais de 3 dias, com história prévia de infarto agudo do miocárdio e com algumas comorbidades^{22,24}. Outra pesquisa realizada no Brasil caracterizou as internações dos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) por infarto agudo do miocárdio, detectando associação entre maiores gastos em saúde associados à utilização de centro de tratamento intensivo e caso de alta a moderada gravidade²². Achados dessas pesquisas corroboram com nossos dados, evidenciando a vulnerabilidade no acometimento de pessoas acima de 60 anos e o maior tempo de internação por infarto. Infelizmente, em relação aos nossos dados não foi possível analisar alguns aspectos relacionados às comorbidades e aos tipos de unidade de internação utilizada pelo paciente atendido com infarto no estado do Ceará e em alguns municípios da Região de Saúde Fortaleza.

Essas evidências reforçam a ideia de investir mais nas ações de prevenção e controle em relação às cardiopatias e outras condições clínicas crônicas, esses investimentos devem ser feitos de forma programada e articulada entre os diferentes níveis dentro das Redes de Atenção à Saúde disponíveis dentro do território garantindo a longitudinalidade e a integralidade do cuidado^{4,25,26,27}.

Essas ações devem abranger a população de uma forma geral, priorizando aqueles que se encontram em situação de vulnerabilidade, tais quais pessoas idosas com as comorbidades, pessoas com imunodeficiência de qualquer natureza, entre outros^{23,28,29,30}, como também devem ser levados em consideração as mudanças climáticas sazonais, alguns estudos vêm revelando que as internações por doenças cardiovasculares têm aumento considerável no inverno do que quando comparado com o verão^{2,28,30}.

A série temporal evidenciou uma queda nas internações por infarto no Ceará ao longo dos anos, concomitantemente nos municípios abordados apresentaram uma tendência do

aumento sem relevância estatística. Além disso, as internações ao longo deste coorte temporal apresentaram um padrão de distribuição focal dentro do estado.

Um estudo realizado no Canadá explorou a presença de tendências espaciais entre as taxas de hospitalização devido ao infarto do miocárdio em regiões de saúde do Canadá, observou-se a presença de autocorrelação espacial caracterizando padrão focal de distribuição dos casos³¹. Esses achados comprovam a necessidade de se considerar as disparidades geográficas nas ações de prevenção contra esta doença, levando-se em conta sempre a realidade local^{2,31}. Isso demonstra a importância de se trabalhar com técnicas que consideram o espaço como elemento importante nas investigações das situações de saúde de uma determinada população^{32,33,34,35}.

Pesquisa realizada na Espanha analisou as taxas de hospitalização e mortalidade por doença cardiovascular aguda evidenciando uma tendência crescente nas taxas de hospitalização de 2001 a 2015 e uma tendência decrescente nas taxas de mortalidade hospitalar⁹. Esses achados apontam para uma tendência igual aos nossos dados em relação aos municípios abordados, onde foi possível detectar uma tendência crescente em relação às hospitalizações por infarto.

CONCLUSÃO

O perfil de pacientes internados por infarto tanto no estado do Ceará como nos municípios da Região Fortaleza, assemelha-se ao restante do país, com predomínio do sexo masculino e idade superior aos 70 anos. O tempo de permanência, que reflete diretamente nos custos hospitalares, pode estar relacionado tanto ao incremento tecnológico e qualificação de profissionais como também a prevalência de forma menos grave, sendo necessário novos estudos para investigar.

Em relação à distribuição temporal, pode-se observar que existe um crescimento no número de internação por infarto ao longo do período de estudo. Contudo, o coeficiente de incidência de internações por infarto em Fortaleza e no estado do Ceará no período de 2011 a 2017 apresentou uma tendência decrescente, o que pode ser efeito da implantação das Unidades de Pronto Atendimento e do Hospital Regional Norte no município de Sobral-CE.

Faz-se necessário o fortalecimento das ações de prevenção e promoção em saúde com vistas a diminuir a morbimortalidade. Nesse sentido, a implantação da Rede de Atenção às Urgências e às Emergências poderá fomentar o cuidado aos pacientes com fatores de risco para o infarto e aqueles já acometidos, visto que, enquanto rede, apresenta a proposta de atendimento integral e regionalizado.

REFERÊNCIAS

1 Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380(9859):2095-128.

2 Levin RK, Katz M, Saldiva PHN, Caixeta A, Franken M, Pereira C¹, Coslovsky SV, Pesaro AE. Increased hospitalizations for decompensated heart failure and acute myocardial infarction during mild winters: A seven-year experience in the public health system of the largest city in Latin America. *PloS One*. 2018;13(1).

3 Malta DC, Moura L, Prado RR, Escalante JC, Schmidt MI, Duncan BB. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. *Epidemiol Serv Saúde*. 2014;23(4):599-608.

4 Moran AE, Forouzanfar MH, Roth GA, Mensah GA, Ezzati M, Murray CJ, Naghavi M. Temporal trends in ischemic heart disease mortality in 21 world regions, 1980 to 2010: the Global Burden of Disease 2010 study. *Circulation*. 2014;129(14):1483-92.

5 Santos J, Meira KC, Camacho AC, Salvador PTCO, Guimarães RM, Pierin AMG, Simão TC, Freire FHMA. Mortalidade por infarto agudo do miocárdio no Brasil e suas regiões geográficas: análise do efeito da idade-período-coorte. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018;23:1621-34.

6 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil [Internet]. 2011. Rio de Janeiro: IBGE; 2011 [citado em 15 de dezembro de 2018]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv50063.pdf>

7 Roger VL, Weston SA, Redfield MM, Hellermann-Homan JP, Killian J, Yawn BP, Jacobsen SJ. Trends in heart failure incidence and survival in a community-based population. *Jama*. 2004;292(3):344-50.

8 Farmakis D, Parissis J, Lekakis J, Filippatos G. Insuficiencia cardiaca aguda: epidemiología, factores de riesgo y prevención. *Rev Esp Cardiol*. 2015;68(3):245-8.

- 9 López-Messa JB, Llano JMA, López-Fernández L, García-Cruces J, García-Crespo J, González MP. Evolución de las tasas de hospitalización y mortalidad hospitalaria por enfermedades cardiovasculares agudas en Castilla y León, 2001-2015. *Rev Esp Cardiol*. 2018;71(2):95-104.
- 10 Berg J, Björck L, Nielsen S, Lappas G, Rosengren A. Sex differences in survival after myocardial infarction in Sweden, 1987–2010. *Heart*. 2017;103(20):1625-30.
- 11 Garcia-Olivé I, Radua J, Salvador R, Marin A. Asociación entre incendios forestales, temperatura ambiental e ingresos cardiorrespiratorios entre 2005 y 2014. *Archivos de Bronconeumología*. 2017;53(9):525-7.
- 12 Silva AJS, Guimarães CSS, Reis JÁ. Perfil de pacientes internados com diagnóstico de síndrome coronariana aguda. *Rev Soc Bras Clín Méd*. 2018;16(2):104-7.
- 13 Tuan TS, Venâncio TS, Nascimento LFC. Efeitos da Exposição a Poluentes do Ar no Infarto Agudo do Miocárdio, Segundo Gêneros. *Arq Bras Cardiol*. 2016;107(3):216-22.
- 14 Kim, HS, Lee KS, Eun SJ, Choi SW, Kim DH, Park TH, Yun KH, Yang DH, Hwang SJ, Park KS, Kim RB. Gender Differences in Factors Related to Prehospital Delay in Patients with ST-Segment Elevation Myocardial Infarction. *Yonsei Med J*. 2017;58(4):710-9.
- 15 Myers V, Drory Y, Goldbourt U, Gerber Y. Multilevel socioeconomic status and incidence of frailty post myocardial infarction. *Int J Cardiol*. 2014;170(3):338-43.
- 16 Franse CB, Grieken AV, Li Q, René JFM, Rietjens JAC, Raat H. Socioeconomic inequalities in frailty and frailty components among community-dwelling older citizens. *PloS One*. 2017;12(11).
- 17 Kim LK, Yeo I, Cheung JW, Swaminathan RV, Wong SC, Charitakis K, Adejumo O, Chae J, Minutello RM, Bergman G, Singh H, Feldman DN. Thirty-Day readmission rates, timing, causes, and costs after st segment–elevation myocardial infarction in the United States: a National Readmission Database Analysis 2010–2014. *J Am Heart Assoc*. 2018;7(8).

- 18 Asaria P, Elliott P, Douglass M, Obermeyer Z, Soljak M, Majeed A, Ezzati M. Acute myocardial infarction hospital admissions and deaths in England: a national follow-back and follow-forward record-linkage study. *Lancet Public Health*. 2017;2(4):191-201.
- 19 Kamel MG, El-Qushayri AE, Thach TQ, Huy NT. Cardiovascular mortality trends in non-Hodgkin's lymphoma: a population-based cohort study. *Expert Rev Anticancer Ther*. 2018;18(1):91-100.
- 20 Kargoli F, Shulman E, Aagaard P, Briceno DF, Hoch E, Di Biase L, Fisher JD, Gross J, Kim SG, Krumerman A, Ferrick KJ. Socioeconomic status as a predictor of mortality in patients admitted with atrial fibrillation. *Am J Cardiol*. 2017;119(9):1378-81.
- 21 Wandell P, Carlsson AC, Gasevic D, Sundquist J, Sundquist K. Neighbourhood socioeconomic status and all-cause mortality in adults with atrial fibrillation: a cohort study of patients treated in primary care in Sweden. *Int J Cardiol*. 2016;202:776-81.
- 22 Huguenin FM, Pinheiro RS, Almeida RMVR, Infantosi AFC. Caracterização dos padrões de variação dos cuidados de saúde a partir dos gastos com internações por infarto agudo do miocárdio no Sistema Único de Saúde. *Rev Bras Epidemiol*. 2016;19(2):229-42.
- 23 Oliveira JC, Oliveira LCS, Oliveira JC, Barreto IDC, Almeida-Santos MA, Lima TCRM, Arcelino LAM, Prado LFA, Silveira FS, Nascimento TA, Ferreira EJP, Barreto RV, Moraes EV, Mendonça JT, Sousa ACS, Barreto-Filho JA. Disparities in acute myocardial infarction treatment between users of the public and private healthcare system in Sergipe. *Int J Cardiovasc Sci*. 2018;31(4):339-58.
- 24 Hee-Chung K, Jae-Seok H. Association between costs and quality of acute myocardial infarction care hospitals under the Korea National Health Insurance program. *Medicine*. 2017;96(31).
- 25 Olgin JE, Pletcher MJ, Vittinghoff E, Wranicz J, Malik R, Morin DP, Zweibel S, Buxton AE, Elayi CS, Chung EH, Rashba E, Borggreffe M, Hue TF, Maguire C, Feng L, Simon JA,

Hulley S, Lee BK. Wearable Cardioverter–defibrillator after myocardial Infarction. *N Engl J Med*. 2018;379(13).

26 Wernly B, Lichtenauer M, Hoppe UC, Lauten A, Navarese EP, Jung C. Triple therapy: worth the risk? *Minerva Medica*. 2018;109(5):403-5.

27 Nichols L. Perioperative myocardial infarction: diagnostic clues and prevention. *Autops Case Rep*. 2018;8(3).

28 Hoepfner C, Roma E, Lana JV, Santin AL, Borga AL, Yamamoto AC, Techentin JV. Knock on the right door: how we are treating the patient with acute myocardial infarction. *Int J Cardiovasc Sci*. 2018;31(5)520-6.

29 Hooper L, Al-Khudairy L, Abdelhamid AS, Rees K, Brainard JS, Brown TJ, Ajabnoor SM, O'Brien AT, Winstanley LE, Donaldson DH, Song F, Deane KH. Omega-6 fats for the primary and secondary prevention of cardiovascular disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;18(7).

30 Donadini MP, Bellesini M, Squizzato A. Aspirin plus clopidogrel vs aspirin alone for preventing cardiovascular events among patients at high risk for cardiovascular events. *JAMA*. 2018; 320(6):593-4.

31 Caswell JM. Exploring spatial trends in Canadian incidence of hospitalization due to myocardial infarction with additional determinants of health. *Public Health*. 2016;140:136-43.

32 Williams J, Petersen N, Stoler J. Characterizing the spatial mismatch between intimate partner violence related healthcare services and arrests in Miami-Dade County, Florida. *BMC Public Health*. 2018;18(1):1085.

33 Momenyan S, Kavousi A, Poorolajal J, Momenyan N. Spatial inequalities and predictors of HIV/AIDS mortality risk in Hamadan, Iran: a retrospective cohort study. *Epidemiol Health*. 2018;40:2018-38.

34 Khan J, Mohanty SK. Spatial heterogeneity and correlates of child malnutrition in districts of India. *Journal List*. 2018;18(1):1027.

35 Almeida-Santos MA, Prado BS, Santos DM. Análise espacial e tendências de mortalidade associada a doenças hipertensivas nos Estados e Regiões do Brasil entre 2010 e 2014. *Int J Cardiovasc Sci.* 2018; 31(1):250-7.

5.3 ARTIGO 3 – REVISTA CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA FIOCRUZ - A REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS: ESTUDO DE AVALIABILIDADE EM UMA REGIÃO DE SAÚDE DO CEARÁ

A REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS: ESTUDO DE AVALIABILIDADE EM UMA REGIÃO DE SAÚDE DO CEARÁ

Jamine Borges de Moraes
Maria Salete Bessa Jorge

RESUMO

A pesquisa teve como objetivo analisar a avaliabilidade do processo de implantação da RUE da Região de Saúde Fortaleza. Para tanto foi realizado um estudo de avaliabilidade com abordagem qualitativa, participativa. Foram sistematizadas as representações dos gestores acerca do processo de implantação da RUE na Região de Saúde Fortaleza, e a partir delas algumas ferramentas foram elaboradas neste estudo – Modelo Teórico, Árvore de Problemas e Modelo Lógico, que resultaram não apenas na construção de uma Matriz de avaliação, mas sobretudo em um processo participativo de transformação de sujeitos. O estudo de avaliabilidade da Rede de Atenção às Urgências e Emergências contribuiu para um melhor entendimento acerca da Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências. Colaborou sobremaneira para a sistematização dos processos de institucionalização, implantação e implementação desta.

Palavras-chave: Avaliação. Redes de Atenção. Urgência. Emergência. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The objective of this research was to analyze the evaluation of the implantation process of the RUE of the Fortaleza Health Region. For that, an evaluation study was conducted with a qualitative, participatory approach. The managers' representations about the RUE implantation

process in the Fortaleza Health Region were systematized, and from them some tools were elaborated in this study - Theoretical Model, Problem Tree and Logical Model, which resulted not only in the construction of a Matrix of evaluation, but especially in a participatory process of transformation of subjects. The evaluation study of the Network of Attention to Emergencies and Emergencies contributed to a better understanding about the National Policy of Attention to Emergencies and Emergencies. He collaborated greatly for the systematization of the institutionalization, implementation and implementation processes.

Key words: Evaluation. Attention Networks. Urgency. Emergency. Health Unic System.

INTRODUÇÃO

A rápida transição demográfica vivenciada no Brasil culminando com o aumento da população em idade ativa e do número de idosos¹, o que sugere um progressivo aumento das doenças crônicas. Soma-se a isso a transição epidemiológica denominada de “tripla carga de doenças” caracterizada pelas já mencionadas doenças crônicas, pela persistência de doenças infecciosas e desnutrição, mortes maternas e óbitos infantis por causas consideradas evitáveis e pelas causas externas em decorrência do aumento da violência e dos acidentes de trânsito^{2,3,4}.

No Brasil, as doenças cerebrovasculares estão em primeiro lugar entre as principais causas de morte, seguidas do infarto agudo do miocárdio⁵. Já as causas externas correspondem a terceira causa de morte no país⁶.

Nesse cenário, evidências internacionais apontam melhores resultados sanitários e econômicos nas regiões que organizam seus sistemas de saúde em redes de atenção⁷. Essa conformação emerge como alternativa aos modelos de atenção caracterizados pela fragmentação, produzindo resposta eficaz diante a crise dos sistemas de saúde^{7,8}.

Embora já determinada pela Constituição Federal de 1988, a organização do sistema de saúde brasileiro em Redes de Atenção à Saúde (RAS) só ganhou força após a publicação do Pacto pela Saúde em 2006 e com maior ênfase após a Portaria nº 4.279 em dezembro de 2010 que estabelece as diretrizes para a organização das RAS, sendo fruto de um grande acordo tripartite envolvendo Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde-CONASS e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde-CONASEMS^{3,9} (BRASIL, 2006; 2010). Pouco tempo depois, o Decreto Presidencial nº 7.508, de 28 de junho de 2011¹⁰ (BRASIL, 2011b), colocou a RAS como forma de organização do SUS nas regiões de saúde.

Dessa forma, foram construídas bases sólidas, no plano normativo, para iniciar a operacionalização das RAS no sistema público brasileiro.

Como tentativa de adequar o sistema de saúde ao perfil epidemiológico da população caracterizado pela agudização das condições crônicas e traumas ocasionados por acidentes de trânsito e situações de violência, em 2011, o Ministério da Saúde reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) e institui a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no Sistema Único de Saúde (SUS). A RUE foi organizada por meio de linhas de cuidado prioritárias (cardiovascular, cerebrovascular e traumatológica), permitindo assim tanto a organização dos serviços quanto a delimitação das linhas de cuidado com os fluxos a serem percorridos pelo usuário¹¹.

Para alcançar a finalidade da RUE de “articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna”¹¹ são identificados alguns desafios tais como insuficiência da rede de atenção básica e hospitalar, refletindo em vazios assistenciais¹², além de financiamento insuficiente, grande extensão territorial e despreparo e rotatividade dos profissionais^{12,13}. É possível encontrar ainda a não integração do sistema de informação nos serviços de urgência, mecanismos de governança fragilizados e terceirização da gestão das unidades¹⁴.

Poucos estudos relatam os processos de implantação da RUE, e estão, em geral, relacionados à implantação das Unidades de Pronto Atendimento ou do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

São necessários, portanto mecanismos de Avaliação e Monitoramento do processo de implantação da RUE em contextos específicos, de modo que as ferramentas utilizadas possam ser compartilhadas, adaptadas e utilizadas pelas diferentes realidades e que os resultados sirvam de parâmetro para avaliações futuras.

Diante do exposto, entende-se que a descentralização dos serviços de Urgência e Emergência visa fortalecer na Região de Saúde a corresponsabilização dos municípios na implantação e implementação da RUE no sistema local e regional de saúde, com vistas a reduzir a morbimortalidade pelas doenças cerebrovasculares, cardiovasculares e causas externas, promovendo a ampliação e qualificação do acesso humanizado e integral, com atendimento em tempo hábil e oportuno.

Considerando a importância da intervenção e, ainda a possibilidade que os estudos de avaliação têm de ampliar a capacidade de gestores em tomar decisões com maior eficiência^{15,16,17}, tornou-se relevante realizar um estudo de avaliabilidade da RUE numa Região

de Saúde, a fim de elucidar como está o processo de implantação desta, na perspectiva de contribuir para o aperfeiçoamento da intervenção e na realização de futuras avaliações.

Por esses argumentos, esse estudo teve como objetivo analisar a avaliabilidade do processo de implantação da RUE da Região de Saúde Fortaleza.

METODOLOGIA

Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo de avaliabilidade com abordagem qualitativa, o qual permite saber em que medida uma intervenção (programa/política) está em condições de ser submetido a uma avaliação, apontando sua utilidade, dando mais consistência e credibilidade a avaliações futuras^{18,19,20}. Portanto, precede a avaliação propriamente dita.

Com vistas a qualificar os resultados dessa pesquisa, bem como potencializar a sua utilização, optou-se por realizar um estudo participativo em que os gestores sejam protagonistas de modo a promover espaço de participação e construção de sujeitos. Acredita-se que pesquisas desse tipo são capazes de “ampliar a capacidade de formuladores e implementadores em tomar decisões com maior qualidade e eficiência”¹⁶.

Espera-se como produto desse tipo de estudo, proporcionar um ambiente favorável para a avaliação, construir entendimentos entre os envolvidos sobre as características, os objetivos, as expectativas e as necessidades de informação sobre uma intervenção, além de buscar o consenso quanto ao interesse na realização da avaliação, maximizando a potencialidade, a oportunidade e a utilidade desta^{21,22}.

Nesta pesquisa assume-se a Rede de Atenção às Urgências e Emergências na Região de Saúde de Fortaleza enquanto intervenção, tendo em vista que converge com a definição expressa por Contandriopoulos et al²³,

Um a intervenção é constituída pelo conjunto dos meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados em um contexto específico, em um dado momento, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática (p. 31).

Nesse interim, seguiu-se os referenciais propostos Patton²² no que concerne ao desenvolvimento de avaliações participativas, sendo balizada ainda pelas etapas para avaliação de programas, sugeridas pelo *Center for Disease Control*²⁴ e revistas por Leviton et al²¹ quando

refletem acerca dos estudos sobre melhoria das práticas, programas e políticas em saúde pública.

Para este estudo considerou-se os seguintes passos: esclarecimentos sobre os objetivos e metas da intervenção por meio da elaboração e pactuação do modelo teórico da intervenção com os participantes, desenvolvimento e pactuação do modelo lógico e, por fim, focalizar o projeto de avaliação, reunir e avaliar evidências por meio do desenvolvimento e pactuação da Matriz de Avaliação.

Local do estudo

A pesquisa foi realizada na Região de Saúde Fortaleza, também denominada de 1ª Região de Saúde. A região é composta por 4 municípios: Fortaleza, Aquiraz, Euzébio e Itaitinga. Conta com uma população de 2.715.151 habitantes²⁵. Os municípios que compõem essa região de saúde possuem serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, permitindo a conformação em rede. Além disso, o município sede, Fortaleza, trata-se da capital do estado do Ceará, uma metrópole brasileira que condensa a maior parte da alta tecnologia em saúde do Estado.

Participantes do estudo

Para alcançar o objetivo desta pesquisa fez-se necessário entrevistar sujeitos que participaram do processo de implantação da RUE. Assim, as entrevistas foram realizadas com gestores e técnicos da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA) e das Secretarias de Saúde dos Municípios que compõem a Região de Saúde Fortaleza.

Operacionalização da Pesquisa

A primeira fase do estudo contou com a realização de uma análise documental para apreender os objetivos e metas atribuídos às Redes de Atenção à Saúde em âmbito geral e, em específico, a Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Foi realizada uma revisão de documentos do ministério da saúde, sendo selecionados: Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 que estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS; Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a

assistência à saúde e a articulação interfederativa; Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011 que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS^{3,10,11}.

A partir da análise dos documentos fundamentada na leitura de das publicações científicas foram desenvolvidos os modelos teórico e lógico com o objetivo de representar de forma clara e objetiva o modo com idealmente deveria ser implantada a RUE e, respectivamente, de forma também esquemática, as ações necessárias para o alcance dos resultados esperados, ou seja, o desenho do processo de implantação da RUE.

Salienta-se que “Ante a alta complexidade dos objetos, as imagens são, muitas vezes, potentes dispositivos para disparar reflexão, auxiliando grupos a se surpreenderem com a realidade em curso.”²⁶. Dessa forma, a representação dos modelos por meio de diagramas pautou-se na possibilidade favorecer o diálogo entre os gestores participantes e facilitar a comunicação, tendo em vista o potencial que os esquemas visuais tem de apresentar de forma resumida e coerente os objetivos e componentes de uma intervenção.

Primeiramente realizou-se a pactuação do modelo teórico com os participantes por meio de oficinas: a primeira oficina ocorreu com os participantes vinculados à SESA, posteriormente procede-se oficina com aqueles vinculados a SMS de Fortaleza. Foram realizadas duas oficinas em cada secretaria no intuito de garantir maior representatividade dos modelos, por fim houve pactuação com os demais municípios que compõe a Região de Saúde e na ausência de alterações, chegou-se a um consenso. O mesmo processo foi realizado para a pactuação do modelo lógico, porém em momento posterior.

Com a aprovação dos modelos teórico e lógico pelos participantes e à luz dos mesmos foi construída a Matriz de Avaliação da RUE com dimensões, subdimensões e critérios que pudessem transmitir aquilo que se faz necessário para a implantação e funcionamento da RUE de forma a viabilizar uma maior percepção aos atores envolvidos. Dessa forma, a matriz constituída tem o intuito de avaliar a implantação da RUE na Região de Saúde Fortaleza, podendo ainda ser replicada para análise em outras regiões, considerando as especificidades de cada contexto.

A partir da primeira versão da matriz deu-se início a técnica denominada de Conferência de Consenso^{27,28}. A técnica consistiu na realização de três etapas. Na primeira os participantes receberam via e-mail um link que os direcionava para um arquivo do tipo *google docs* e um guia de orientações acerca do preenchimento. O arquivo continha a matriz com as dimensões, subdimensões e critérios de avaliação previamente elaborados. Foi solicitado a cada

participante que atribuísse a cada critério o valor de 0 a 10, de acordo com o grau de importância para avaliar a implantação de uma RUE em uma Região de Saúde.

Na segunda etapa foi realizado um encontro presencial com os gestores oportunizado por meio da reunião da Comissão Intergestores Regional-CIR da Região de Saúde Fortaleza que contou com a presença de gestores municipais e estadual. Na ocasião foi apresentada a matriz com as alterações sugeridas na etapa anterior, o que possibilitou nova discussão acerca das dimensões, subdimensões e critérios de avaliação, sendo elaborada uma nova matriz. A nova matriz foi novamente submetida à análise visto que na reunião na CIR alguns técnicos da SESA e da SMS de Fortaleza, que participam diretamente da implantação da RUE, não estavam presentes. Após a consolidação das respostas, foram calculados a média aritmética e o desvio-padrão para classificar os componentes da matriz quanto à importância e ao consenso dos participantes, respectivamente.

Quanto aos procedimentos éticos, esse estudo seguiu o que estabelece a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde²⁹, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE) sob o Parecer de nº 2.810.070.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

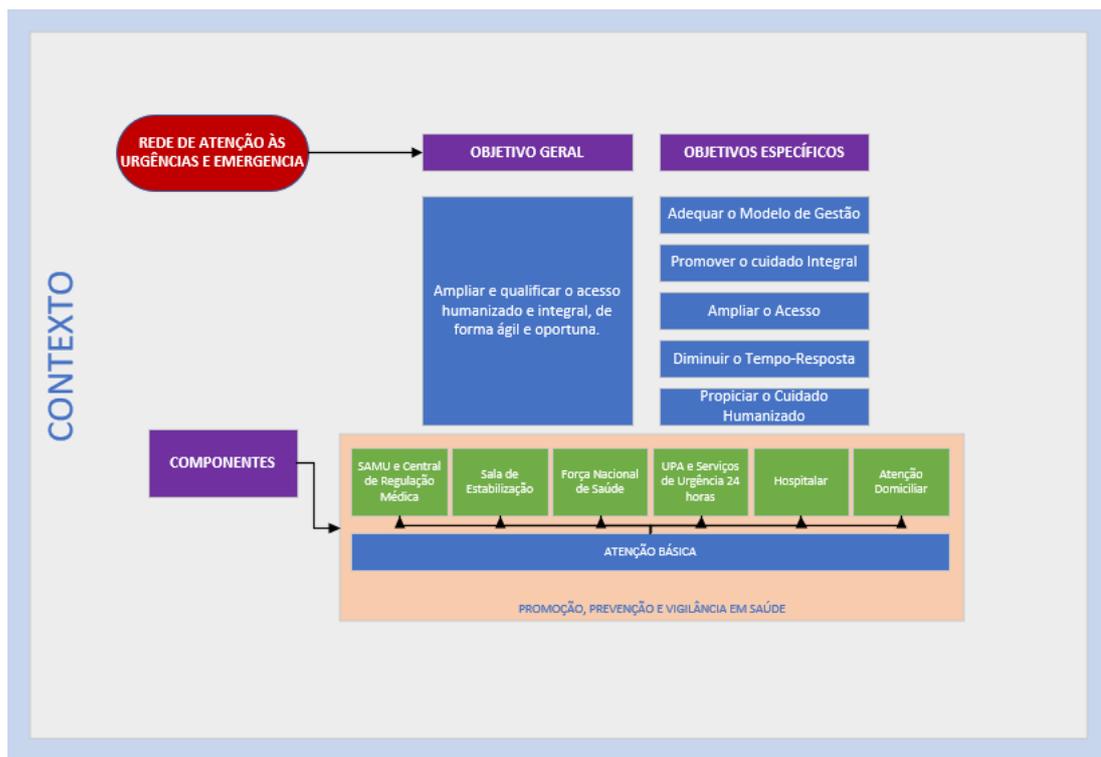
Os autores do campo da Avaliação em Saúde referem que um dos desafios da avaliação é lidar com as diferentes percepções que os atores possuem acerca do objeto avaliativo, tendo em conta que a teoria não é detalhada nos documentos oficiais^{26,30}.

Dito isso, considera-se que para sistematizar as representações dos gestores acerca do processo de implantação da RUE, algumas ferramentas foram utilizadas neste estudo – Modelo Teórico, Árvore de Problemas e Modelo Lógico, que resultaram não apenas na construção de uma Matriz de avaliação, mas sobretudo em um processo participativo de transformação de sujeitos.

Modelo Teórico

Trata-se da representação conceitual esquemática da Rede de Atenção às Urgências e Emergências na Região de Saúde de Fortaleza³¹. O desenho esquemático representa o modo como idealmente deveria funcionar a RUE. Nesta etapa a ênfase foi dada aos aspectos considerados essenciais para a implantação de uma Rede de Atenção às Urgências e

Emergências. De modo que o modelo criado poderá ser generalizado, mas sua implantação,



necessariamente deverá levar em conta o contexto no qual a RUE se situa.

Figura 1 – Modelo Teórico da Rede de Atenção às Urgências e Emergências

Fonte: Elaborado pelos autores.

O objetivo geral inscrito no Modelo Teórico denota a imagem-objetivo da intervenção e neste caso reflete a imagem-objetivo do processo de implantação da RUE. Dito isso, é válido destacar o entendimento de grande parte dos gestores que participaram desta pesquisa acerca da Rede de Atenção às Urgências e Emergências enquanto possibilidade de mudança no modelo assistencial a partir de um cuidado integral, resolutivo e humanizado. Demonstrando assim, o conhecimento acerca daquilo que é essencial para o funcionamento das RAS.

Contudo, o atendimento em tempo hábil e oportuno, diretriz fundamental para operacionalização dos serviços de urgência e emergência, foi citada por um número reduzido de gestores. Este resultado denota um desconhecimento acerca da Política Nacional de Atenção às Urgências e possivelmente a realização de uma gerencia de serviços pautada em aspectos gerais das redes desconsiderando aspectos específicos, porém, fundamentais.

No que diz respeito aos objetivos específicos, observou-se nos relatos dos gestores a presença de termos relacionado a ampliação do acesso e ao cuidado integral e humanizado, entendendo-os enquanto orientadores do funcionamento da RUE. Entretanto, não foram

apontados enquanto *modus operante*, portanto fundamental, a diminuição do tempo-resposta e a adequação do modelo de gestão. Esse último, fragilizado pela ausência de instancias gestoras, tendo em vista a não estruturação dos Grupos Condutores Estadual e Regional.

Os grupos condutores foram conformados a partir dos grupos de apoio da RUE criados em 2013, de lá pra cá houve a mudança na denominação passando a chamar grupo condutor. Sei bem que mudaram os representantes, não existe a formalização do grupo com aprovação em CIB, mas são feitas reuniões.

Destaca-se que dissonante a fala acima, não foi disponibilizado qualquer documento referente as resoluções do Grupo Conductor, tanto em âmbito estadual como regional. O que se tem formalizado é a Resolução de nº 64/2013-CIB/CE que aprova a instituição de Grupos de Apoio da RUE. Ademais não foi identificado qualquer outra resolução da CIB no período entre 2013 a 2018 que regulamente os Grupos Condutores da rede. A partir do exposto infere-se que os grupos condutores encontram-se inoperantes.

A Portaria nº 1.600/2011 preconiza que a atenção às urgências e emergências deve estar organizada considerando a promoção, prevenção e vigilância à Saúde, transcurrar em todos os níveis do SUS desde as unidades básicas realizando os primeiros cuidados, passando pelas atenções pré-hospitalar (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e Central de Regulação Médica, Sala de Estabilização, Unidade de Pronto Atendimento e Serviços de Urgência 24 horas), hospitalar, domiciliar e a Força Nacional do SUS³².

Cada um desses componentes da RUE se constitui em um universo particular, com seus variados desafios e peculiaridades. Entretanto, a despeito de toda essa diversidade, todos esses componentes devem estar assentados em uma Atenção Básica (AB) resolutiva, que tem papel fundamental para a organização e o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde em geral e da RUE, em particular, sendo essa proposta um aspecto convergente na fala dos participantes dessa pesquisa. Contudo, de acordo com os gestores,

Houve uma priorização de estruturação das UPAS em detrimento da Atenção Básica. Na época o estado e os municípios receberam recurso financeiro para a implantação das UPA e por questões mais políticas do que técnicas, os gestores acabaram por barganhar a habilitação desse equipamento, aí as UBS foram esquecidas.

Para o funcionamento harmônico e integrado das redes, a AB deve ser resolutiva, identificando os riscos, necessidades e demandas de saúde, por meio de uma clínica ampliada com o objetivo de aumentar o grau de autonomia dos indivíduos e grupos sociais. Deve, ainda, coordenar o cuidado, elaborando, acompanhando e gerindo projetos terapêuticos, bem como acompanhando e organizando o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Caso

contrário, a expansão das UPAS não surtirá o efeito esperado – servir de retaguarda para a Atenção Básica e para o SAMU, reduzindo a superlotação das emergências hospitalares^{17,33}.

Com relação ao componente Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde os gestores optaram por representa-lo de forma a abranger a totalidade dos demais componentes, tendo em vista que “não se trata de um serviço ou equipamento de saúde como todos os demais”; “As ações relativas a ele são transversais”; “devemos entendê-lo como algo que deve estar presente em todos os serviços da RUE”. Sua representação, feita de outra forma, como comumente é veiculada pelas publicações do Ministério da Saúde torna-se um fator confundidor para a implantação da RUE.

Modelo Lógico

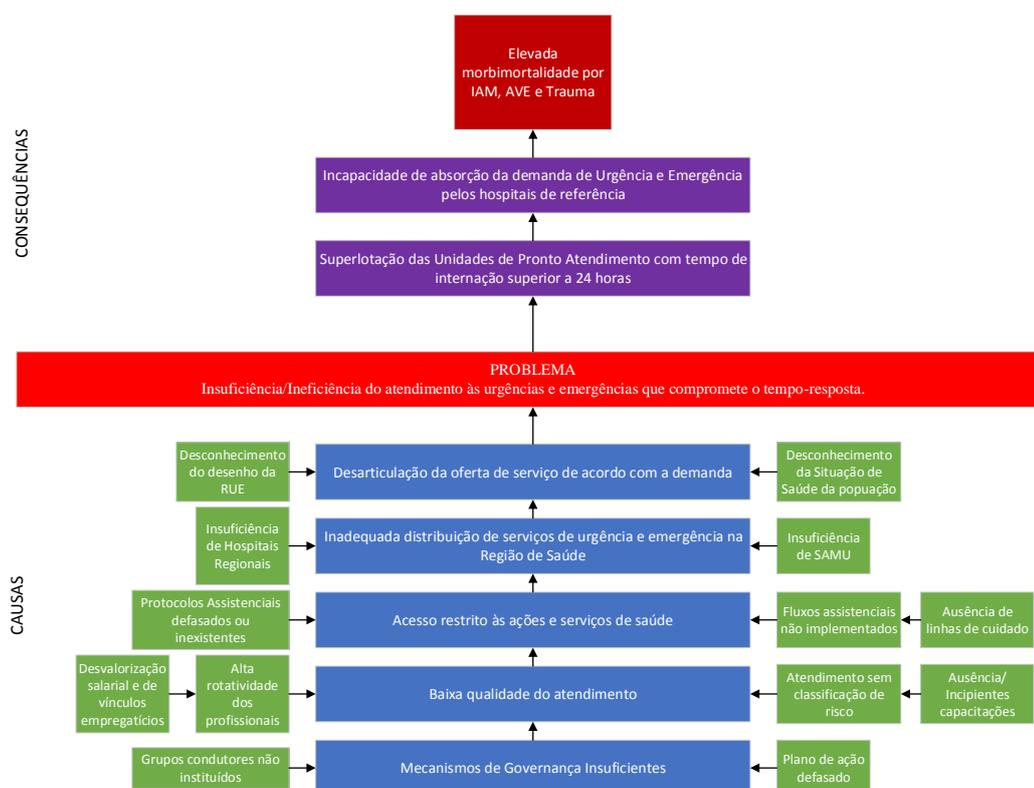
Considerando que a função de um Modelo Lógico é representar como uma intervenção poderá se desenvolver, prescrevendo seu possível funcionamento em um determinado contexto e a forma como serão superados os problemas identificados³⁰, Trata-se, portanto, da descrição esquemática do modo de funcionamento da RUE na Região de Saúde Fortaleza levando em conta as ações necessárias para o alcance dos resultados esperados no processo de implantação da rede. A construção do Modelo Lógico, neste estudo, foi materializada a partir da apreensão do Modelo Teórico (Figura 1) e da elaboração da Árvore de Problemas (Figura 2).

Após a construção do modelo teórico e a partir deste foram elencados os problemas que permeiam o contexto de implantação da RUE, bem como as possíveis causas associadas. A partir das falas dos gestores, foi identificado como problema central a ineficiência do atendimento às urgências e emergências que compromete o tempo-resposta. Dois problemas importante associados ao problema central também foram apontados: superlotação das UPAS com tempo de internação superior a 24 horas; Incapacidade de absorção da demanda de urgência e emergência pelos hospitais de referência.

Mesmo com a construção da UPAS não são observadas grandes mudanças nas emergências dos hospitais. Existe uma verdadeira guerra entre os serviços, a UPA recebe paciente grave do SAMU que não é seu perfil, mas que o hospital não recebeu porque simplesmente não tinha nem maca pra colocar. Em tão veja, um equipamento que era pra ser retaguarda da UPA acaba mandando pacientes pra lá porque não tem condição de ficar. A coisa está mais ou menos assim, pacientes que são perfil da Atenção Básica vão pra UPA porque consideram esse serviço mais resolutivo. Pacientes que deveriam ir para o hospital ficam na UPA, porque os hospitais estão lotados e não há leito de UTI.

A partir da fala dos gestores foram identificadas as causas e as consequências diretamente relacionadas ao processo de implantação da RUE, dessa forma foi sendo construído o diagrama do tipo árvore de problemas (Figura 2) que posteriormente foi validado junto aos participantes. A partir das causas foram pensadas estratégias para superação dos problemas que posteriormente se traduziram em ações e produtos, representados no Modelo Lógico da RUE (Figura 3).

Figura 2 – Árvore de problemas para o processo de implantação da RUE



Fonte: Elaborado pelos autores.

Dessa forma, as dimensões que compõe o modelo lógico aqui representado foram consideradas como elementos-chave para o processo de implantação da RUE, contudo, não representam a totalidade das ações necessárias a completa implantação da rede, o que necessitaria de uma análise sistemática de cada componente individualmente, mas sim, daquilo que cabe a gestão regional para viabilizar a implantação.

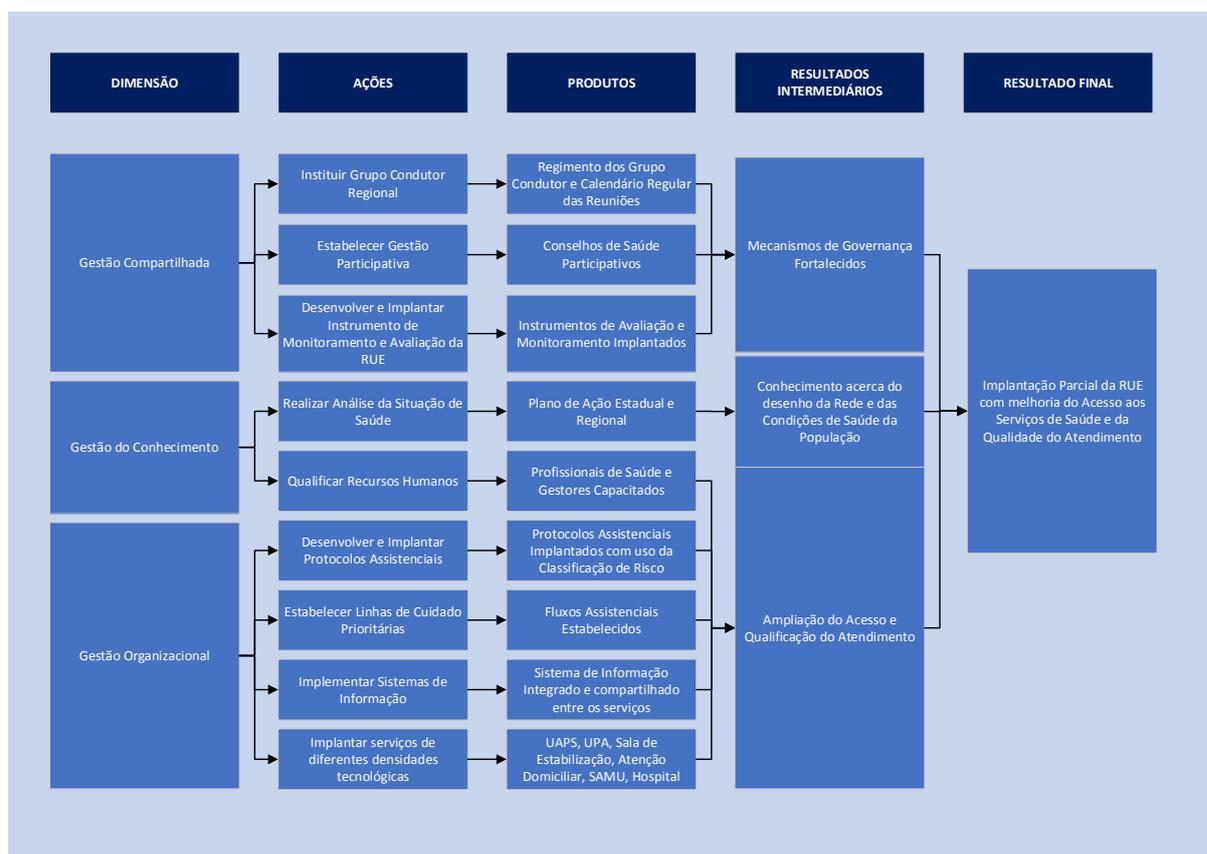
A primeira dimensão, denominada de Gestão Compartilhada tem como resultado intermediário o fortalecimento da governança. Entendendo aqui a governança não enquanto governabilidade caracterizada por atividades sustentadas por uma autoridade formal³⁴. Mas sim, uma gestão com atividades apoiadas em objetivos comuns, que não necessariamente são prescritas por autoridades³⁵, mas que são representativas da coletividade por meio de acordos

formais ou informais, assegurando, assim a eficiência e a democratização das políticas públicas^{36,37}.

A segunda dimensão, referente a Gestão do Conhecimento, tem como resultado intermediário a produção de conhecimento acerca do desenho da rede e das condições de saúde da população. Não se trata apenas de produzir, mas também de sistematizar e transferir esse conhecimento de modo que esteja em constante aperfeiçoamento³⁸. Dessa forma, a gestão do conhecimento engloba também as ações necessárias para a qualificação dos recursos humanos sejam eles gestores, profissionais de saúde e trabalhadores de modo geral, influenciando positivamente para a ampliação do acesso e a resolutividade do atendimento. Aparece enquanto dimensão essencial para a tomada de decisão em saúde^{39,40}.

A terceira e última dimensão elencada diz respeito a Gestão Organizacional, consiste em ações que visam organizar os fluxos e qualificar o atendimento. Tendo como resultado intermediário a ampliação do acesso e a maior resolutividade do atendimento.

Figura 3 – Modelo Lógico do processo de implantação da RUE



Fonte: Elaborado pelos autores.

A partir da compreensão da teoria do programa, bem como das causas e problemas relacionados, a proposta para implementação da RUE foi dividida em duas etapas. Os

participantes alegaram a necessidade de primeiro “fortalecer os aspectos diretamente relacionados a gestão para depois dar início as ações da ponta, referentes as práticas assistenciais realizadas nos espaços dos equipamentos de saúde”.

Pontuaram que “se queremos melhorar o tempo-resposta na RUE, o planejamento deverá acontecer primeiramente na gestão. Se hoje os resultados são precários isso é reflexo de um planejamento precário e de uma gestão, que a princípio, foi confusa” assim, há que se voltar ao nível dos processos, tendo em vista que “as questões estruturais foram e estão sendo realizadas como a ampliação do SAMU, a implantação das UPAS e dos Hospital Regionais”.

Dessa forma, a elaboração do modelo lógico emerge como etapa fundamental para subsidiar o processo de implantação da RUE, tendo em vista representar de forma coerente, as ações necessárias, pautada nos problemas elencados, com vistas a alcançar os resultados esperados.

Matriz de Avaliação

A matriz avaliativa dos resultados dos processos de gestão com foco na implantação da RUE foi construída com base nos modelos teórico e lógico que propiciaram visualizar os critérios/indicadores necessários ao processo de implantação da RUE na Região de Saúde Fortaleza. A matriz apresenta as dimensões “Gestão Compartilhada”, “Gestão do Conhecimento” e “Gestão Organizacional” que por sua vez apresenta Subdimensões e Critérios para avaliação (Quadro1).

Quadro 1 – Matriz de Avaliação da implantação da RUE na Região de Saúde Fortaleza

Dimensão	Subdimensões	Critérios
Gestão Compartilhada	Cogestão	Existência de Grupo Condutor Regional da RUE Existência de Calendário fixo de reuniões do Grupo Condutor Regional da RUE Funcionamento da CIR com regularidade das reuniões Existência de Calendário fixo de reuniões da CIR Prioridades definidas pelos Conselhos de Saúde a partir das conferências estadual e municipais de saúde Realização do Controle social na condução do processo de implantação da RUE Contratualização e acompanhamento de metas pactuadas com prestadores privados
	Planejamento	Plano Regional Integral da Região de Fortaleza Instrumento de Avaliação e Monitoramento da implantação da RUE Plano de Ação para implantação da RUE

Gestão do Conhecimento	Territorialização da Saúde	Utilização dos dados sociodemográficos para definição clara da população e do território Utilização dos dados Epidemiológicos para elaboração de Diagnóstico Situacional Dimensionamento da demanda das EU para planejamento pela efetiva necessidade Dimensionamento da oferta de serviços e equipamento para atendimento das EU para superação de vazios assistenciais
	Qualificação	Existência de projetos permanente de capacitação de gestores Existência de projetos permanente de capacitação de profissionais e trabalhadores
Gestão Organizacional	Acesso	Existência de protocolos assistências para os agravos prioritários Existência de fluxos assistenciais para os agravos prioritários Existência de acolhimento com classificação de risco Central de regulação para marcação de consultas e exames Central de regulação de internações Central de regulação de urgência Existência de transporte para realização de cuidados eletivos, consultas e exames Existência de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência Estratégia de Definição da Atenção Domiciliar Sistema de Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) Assistência Farmacêutica adequada as necessidades
	Atenção Integral	Existência de dispositivo de referência e contra Sistema de Informação Integrado e Compartilhado entre os pontos de atenção da RUE Existência de serviços de diferentes densidades tecnológicas na Região de Saúde Presença de Equipe multiprofissional especializada nos serviços que compõe a RUE

Fonte: Elaborado pelos autores.

Para cada dimensão considerou-se as atividades, os produtos relacionados e os resultados esperados, de tal forma que os elementos tidos como essenciais para o processo de implantação da RUE foram traçados de modo que os envolvidos tivessem em mãos a materialização dos critérios que servirão de parâmetro para o monitoramento das ações, sendo possível priorizar o que, no momento, é substancia para o sucesso da intervenção.

A matriz avaliativa construída foi fruto da técnica de Conferência de Consenso^{27,28}. Conforme orienta Patton²², a participação dos atores envolvidos na avaliação em suas diferentes etapas é condição essencial para sua aplicabilidade. E nesse sentido, os participantes dessa pesquisa receberam uma matriz previamente elaborada pela pesquisadora, sendo orientados a atribuir uma nota de 0 a 10 para cada critério, considerando que a nota zero corresponderia a não importância do indicador para a avaliação, ao passo que a nota dez significaria que o indicador era de máxima importância. Poderiam também acrescentar critérios que considerassem importantes para as futuras avaliações.

Após a consolidação das respostas, foram calculados a média aritmética e o desvio padrão para classificar os componentes da matriz quanto a importância e ao consenso dos participantes respectivamente. Os pontos de corte utilizados para a classificação foram de sete para a média e de três para o desvio-padrão.

Acredita-se que, assim, foi obtido o máximo de consenso. A partir dos achados, as dimensões, subdimensões e critérios foram organizados em quatro grupos: a) Consensualmente importantes: aqueles que apresentaram desvio-padrão menor que três indicando elevado nível de consenso e média aritmética igual ou superior a sete sugerindo elevado nível de importância; b) Consensualmente pouco importantes: aqueles cujo desvio-padrão foi inferior a três e a média aritmética foi inferior a sete sugerindo, assim, baixo grau de importância; c) Importantes com Dissenso: tiverem média superior ou igual a sete e desvio-padrão maior ou igual a três, indicando que prevaleceu a discordância; d) Pouco importantes com dissenso: a média foi inferior a sete e o desvio-padrão apresentou-se como superior ou igual a três.

Essa etapa, embora realizada individualmente por cada participante, só foi finalizada quando o resultado final foi considerado aceito por todos.

Ao final dessa etapa a matriz apresentou consenso para três das quatro dimensões inicialmente sugeridas, para seis subdimensões das oito subdimensões e para dezenove dos vinte e quatro critérios previamente elaborados. No que concerne as dimensões a que obteve maior nível de importância foi a Gestão Compartilhada (média 9,3 e desvio-padrão 1,4), seguida pela dimensão Gestão Organizacional (média 9,1 e desvio-padrão 1,3), e pela Gestão do Conhecimento (média 9,0 e desvio-padrão 1,6). Quanto as subdimensões e aos critérios a soma das maiores médias se concentrou na dimensão Gestão Compartilhada.

CONCLUSÕES

O estudo de avaliabilidade da Rede de Atenção às Urgências e Emergências contribuiu para um melhor entendimento acerca da Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências. Colaborou sobremaneira para a sistematização dos processos de institucionalização, implantação e implementação desta. O referencial teórico-metodológico utilizado possibilitou a objetivação dos problemas e a elaboração de estratégias exequíveis e necessárias para o alcance dos efeitos esperados. Proporcionou, ainda, o compartilhamento de conhecimentos, a construção coletiva e a transformação dos participantes desta pesquisa em sujeitos ativos no processo de produção da ciência.

A construção coletiva do modelo teórico possibilitou o alinhamento das ideias acerca dos objetivos da RUE e a finalidade da sua implantação. Ademais, o processo de construção do modelo lógico, a partir da compreensão da teoria do programa e da elaboração da árvore de problemas, permitiu aos participantes a reflexão sobre as possíveis influências do contexto sobre o processo de implantação da RUE na Região de Saúde Fortaleza, sendo possível, dessa forma, inferir acerca da sustentabilidade das ações para o alcance dos efeitos esperados.

Com os achados, infere-se que as ações que sejam capazes de fortalecer os mecanismos de governança, oportunizando a tomada de decisão informada, favorecendo encaminhamentos qualificados com atendimentos resolutivos devem promover a racionalização do acesso aos recursos especializados, garantindo a equidade e contribuindo para a diminuição do tempo-resposta. Elas colaboram para o fortalecimento da integralidade o que tende a produzir menores índices de morbimortalidade.

Ressalta-se, contudo, que a construção do modelo lógico foi baseada no discurso dos gestores tendo em vista que não há na Região de Saúde estudada indicadores formalizados que auxiliem no Monitoramento e Avaliação da RUE. Acrescenta-se que estudos posteriores que enfoquem aspectos específicos dos componentes da RUE podem ser importantes instrumentos para a avaliação da implantação da rede.

REFERÊNCIAS

- 1 Simões CCS. Relações entre as alterações históricas na dinâmica demográfica brasileira e os impactos decorrentes do processo de envelhecimento da população. Rio de Janeiro: IBGE; 2016.
- 2 Frenk J. Bridging the divide: comprehensive reform to improve health in Mexico. Nairobi: Commission on Social Determinants of Health; 2006.
- 3 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, 31 Dez 2010.
- 4 Chueiri PS, Harzheim E, Gauche H, Vasconcelos LLC. Pessoas com doenças crônicas, as redes de atenção e a Atenção Primária à Saúde. *Divulg Saúde Debate*. 2014;52:114-24.

5 Araújo JP, Darcis JVV, Tomas ACV, Mello WA. Tendência da mortalidade por acidente vascular cerebral no município de Maringá, Paraná entre os anos de 2005 a 2015. *Int J. Cardiovasc Sci.* 2018;21(1):56-62.

6 Marques SHB, Souza AC, Vaz AA, Pelegrini AHW, Linch GFC. Mortalidade por causas externas no Brasil de 2004 a 2013. *Rev Baiana Saude Publica.* 2017;41(2):394-409.

7 Organização Pan-Americana de Saúde. A Atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2011.

8 Vargas I, Mogollón-Pérez AS, Unger JP, Silva MR, De Paepe P, Vázquez ML. Regional-based integrated healthcare network policy in Brazil: from formulation to practice. *Health Policy Plan.* 2015;30(6):705-17.

9 Portaria GM/MS 399 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*, 23 Fev 2006.

10 Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 29 Jun 2011.

11 Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, 08 Jul 2011.

12 O'Dwyer G, Machado CV, Alves RP, Salvador FG. Atenção pré-hospitalar móvel às urgências: análise de implantação no estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cienc Saude Colet.* 2016;21(7):2189-200.

13 Torres SFS, Belisario AS, Melo EM. A Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião Norte de Minas Gerais: um estudo de caso. *Saude Soc.* 2015;24(1):361-73.

14 Konder MT. Atenção às urgências: a integração das Unidades de Pronto-atendimento 24 horas (UPA 24h) com a rede assistencial no município do Rio de Janeiro [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2013.

15 Almeida CAL. A meta-avaliação como instrumento para a qualificação da avaliação de políticas públicas de saúde [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2016.

16 Bezerra LCA, Alves CKA, Reis YAC, Samico I, Felisberto E, Carvalho ALB, Silva GS. Identificação e caracterização dos elementos constituintes de uma intervenção: pré-avaliação da política ParticipaSUS. *Cienc Saude Colet*. 2012;17(4):883-900.

17 Silva GS, Samico I, Dubeux LS, Felisberto E. Redes de atenção às urgências e emergências: pré-avaliação das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) em uma região metropolitana do Brasil. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2010;12(4):45-58.

18 Hartz ZMA, Champagne F, Contandriopoulos AP, Leal MC. Avaliação do programa materno-infantil: análise de implantação em sistemas locais de saúde no nordeste do Brasil. In: Hartz ZMA, organizador. *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997. p. 89-132.

19 Natal S, Samico I, Oliveira LGD, Assis AMJ. Estudo de avaliabilidade da rede de formação de Recursos Humanos da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. *Cad Saude Colet*. 2010;18(4):560-71.

20 Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Cienc Saude Colet*. 2010;15(5):2297-305.

21 Leviton LC, Khan LK, Debra ROG, Dawkins N, Cotton David. Evaluability assessment to improve public health policies, programs, and practices. *Annu Rev Public Health*. 2010;31:213-33.

22 Patton MQ. *Utilization-focused evaluation: the new century text*. Londres: Sage Publications; 1997.

- 23 Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA, organizador. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997.
- 24 Centers for Disease Control and Prevention. Framework for program evaluation in public health. MMWR Recomm Rep. 1999;48(RR-11):1-40.
- 25 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Informações sobre as cidades: Ceará. Brasília: IBGE; 2018.
- 26 Silva RR, Gasparini MFV, Barboza M. Avaliações sob medida: produzir estudos relevantes em serviços de saúde reais. In: Tanaka OU, Ribeiro EL, Almeida CAL. Avaliação em saúde: contribuições para incorporação no cotidiano. Rio de Janeiro: Atheneu; 2017.
- 27 Souza LEPF, Silva LMV, Hartz ZMA. Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: Hartz ZMA, Silva LMV, organizadores. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de Programas e Sistemas de Saúde. Salvador; Rio de Janeiro: EDUFBA/FIOCRUZ; 2005. p. 65-102.
- 28 Reis YAC, Cesse EAP, Carvalho EF. Consensos sobre o papel do gestor estadual na regionalização da assistência à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Rev Bras Saude Mater Infant. 2010;10(supll 1):157-172.
- 29 Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONESP. Normas para pesquisas envolvendo seres humanos. Resolução CNS 466. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
- 30 Dias MAS, Oliveira IP, Silva LMS, Vasconcelos MIO, Machado MFAS, Forte FDS, Silva LCC. Política Nacional de Promoção da Saúde: um estudo de avaliabilidade em uma região de saúde no Brasil. Cienc Saude Colet. 2018;23:103-14.
- 31 Medina MG, Silva GAP, Aquino R, Hartz ZMA. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: Hartz ZMA, Silva LMV, organizadores.

Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 41-63.

33 Konder MT, O'Dwyer G. As Unidades de Pronto-Atendimento na Política Nacional de Atenção às Urgências. *Physis*. 2015;25(2):525-45.

34 Rosenau JN. Governança sem governo: ordem e transformação na política mundial. In: Rosenau JN, Czempiel EO, organizadores. Governança sem governo: ordem e transformação na política mundial. Brasília, São Paulo: Editora da Universidade de Brasília; 2000. p. 11-46

35 Andrade LOM. Inteligência de governança para apoio à tomada de decisão. *Cienc Saude Colet*. 2012;17(4):829-32.

36 Bento LV. Governança e governabilidade na reforma do Estado: entre a eficiência e a democratização. Barueri, SP: Manole; 2003.

37 Franca LM, Mantovaneli Junior O, Sampaio CAC. Governança para a territorialidade e sustentabilidade: a construção do senso de regionalidade. *Saude Soc*. 2012;21(supll 3):111-27.

39 Abidi SSR. Knowledge management in healthcare: towards 'knowledge-driven' decision-support services. *Int J Med Inform*. 2001;63(1-2):5-18.

40 Sittig DF, Wright A, Simonaitis L, Carpenter JD, Allen GO, Doebbeling BN, Sirajuddin AM, Ash JS, Middleton B. The state of the art in clinical knowledge management: an inventory of tools and techniques. *Int J Med Inform*. 2010;79(1):44-57.

5.4 ARTIGO 4 – REVISTA CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA - A REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NO CEARÁ: AÇÕES DA GESTÃO ESTADUAL DE SAÚDE NO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO

A REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NO CEARÁ: AÇÕES DA GESTÃO ESTADUAL DE SAÚDE NO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO

Jamine Borges de Moraes
Maria Salete Bessa Jorge

RESUMO

Objetivou-se analisar as ações desenvolvidas pela gestão estadual de saúde do estado Ceará para a implantação da RUE, destacando os limites e as facilidades. Tratou-se de um estudo avaliativo, participativo do tipo estudo de caso. A investigação deu-se em três etapas, a primeira envolveu a apreensão de normativas publicadas pelo Governo Federal. Em seguida foram ainda analisadas as Atas e Resoluções da Comissão Intergestores Bipatite do Ceará no período de 2010 a 2018. Posteriormente foram realizadas entrevistas individuais com os gestores envolvidos no processo de implantação da RUE. Em um último momento, a partir de uma discussão coletiva acerca das análises produzidas, as sínteses das informações foram apresentadas aos participantes da pesquisa de maneira que estes pudessem desfrutar da oportunidade de modificá-las. A análise do processo de implantação da RUE revelou uma rede estadual ainda em fase de implantação, apresentando problemas relativos aos processos de gestão. O processo de implantação foi caracterizado pela ênfase na estruturação a partir de recursos físicos em detrimento de aspectos condicionantes ao funcionamento em rede regional e integral.

Palavras-chave: Gestão em Saúde; Planejamento em Saúde; Redes de Atenção à Saúde; Urgência; Emergência.

ABSTRACT

The objective was to analyze the actions developed by the state health management of the state Ceará for the implementation of the RUE, highlighting the limits and facilities. It was an evaluative, participatory study of the case study type. The investigation took place in three stages, the first involved the seizure of regulations published by the Federal Government. Then, the Minutes and Resolutions of the Bipartite Interagency Committee of Ceará were analyzed in the period from 2010 to 2018. Subsequently, individual interviews were conducted with the managers involved in the implementation process of the RUE. At the last moment, from a collective discussion about the analyzes produced, the syntheses of the information were presented to the participants of the research so that they could enjoy the opportunity to modify them. The analysis of the RUE implementation process revealed a state network still under implementation, presenting problems related to management processes. The implementation process was characterized by the emphasis on structuring from physical resources to the detriment of aspects conditioning to the regional and integral network operation.

Key words: Health Management. Health Planning. Health Care Networks. Urgency. Emergency.

INTRODUÇÃO

Os atendimentos nos serviços de Urgência e Emergência se constituem enquanto reflexo das condições de vida e saúde da população, tendo em vista as características e o volume das demandas recebidas.

No Brasil, a persistência de doenças infecciosas e parasitárias, o aumento no número de casos e na prevalência das doenças crônicas não transmissíveis e, ainda, as condições associadas às situações de violência, exigem uma diversidade de serviços especializados. Se por um lado essas características expressam verdadeira fragilidade na Atenção Primária à Saúde (APS) e nas Políticas Sociais, por outro, são resultantes do desenvolvimento de tecnologia, de maior acesso à saúde e, conseqüentemente, do aumento da expectativa de vida.

Com as mudanças no cenário epidemiológico e demográfico, os sistemas de saúde têm apresentado dificuldades em responder às necessidades de saúde da população, atuando de forma fragmentada e episódica¹. Emerge, assim, a necessidade de organização de um sistema coordenado, contínuo e integrado, baseado na cooperação entre gestores, profissionais e usuários².

Com estratégia de sistema integrado, as redes regionalizadas assumem o protagonismo entre gestores e estudiosos do tema. Segundo Kuschnir e Chorny³, os sistemas nacionais são responsáveis pela garantia do direito à saúde e a organização de redes regionalizadas constitui-se em instrumento para ampliação do acesso, diminuição de desigualdades e garantia da integralidade.

No Brasil, a Portaria GM/MS 4279/2010, que fundamenta e normatiza as Redes de Atenção à Saúde (RAS) definem como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado⁴”.

Como tentativa de adequar o sistema de saúde ao perfil epidemiológico e demográfico da população, e almejando superar a histórica fragmentação da assistência, a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) foi reformulada em 2011, sendo instituída a Rede de Atenção às Urgências (RAU), mais recentemente denominada Rede de Atenção à Urgência e Emergência (RUE) no Sistema Único de Saúde (SUS), com a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, proporcionando acesso humanizado em tempo hábil e oportuno⁵.

A RUE foi constituída em três linhas de cuidado prioritárias – Infarto Agudo do Miocárdio, Acidente Vascular Encefálico e trauma; e está entre uma das cinco redes consideradas prioritárias para o Ministério da Saúde. A proposta da RUE considera que o atendimento aos usuários com quadros agudos deve ser prestado por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS, possibilitando a resolução integral da demanda ou transferindo-a, responsabilmente, para um serviço de maior complexidade, dentro de um sistema regulado, organizado em redes regionais de atenção às urgências⁵.

Dessa forma, espera-se que a população acometida por agravos agudos seja acolhida em qualquer nível de atenção do sistema de saúde, de modo que tanto a atenção primária quanto os serviços especializados estejam preparados para o acolhimento e encaminhamento de pacientes para os demais níveis de atenção, quando esgotarem-se as possibilidades de complexidade de cada serviço.

Contudo, percebe-se que, passados quinze anos da instituição da PNAU e sete anos da sua reformulação, evidências sugerem que os esforços para sua implementação ainda não foram suficientes para resolver um grande contingente de problemas na saúde, como a superlotação dos serviços de urgências e emergências, os grandes vazios assistenciais, a baixa resolutividade do atendimento e a fragmentação do cuidado^{6,7,8,9}.

Desse modo, o Estado do Ceará vem propondo a estruturação da sua RUE a partir da construção de planos de ação, com o objetivo de desenvolver e implantar um modelo de Atenção às Urgências e Emergências que atenda, de fato, aos problemas de saúde, substituindo uma assistência pautada na oferta de serviços por uma estruturada a partir das necessidades de saúde da população e, dessa forma, superar o modelo fragmentado das ações e dos serviços de saúde.

Nesse cenário, e considerando a complexidade que envolve a implantação de redes regionalizadas com diversos conflitos éticos, políticos e técnicos e, especificamente, a Rede de Atenção à Urgências e Emergências, com o manejo de graves condições de saúde com risco de morte, a análise do processo de implantação da RUE, no Estado do Ceará, pode trazer subsídios para a organização da gestão e do cuidado no SUS, com vistas a melhorar a eficiência e a efetividade e atender aos princípios constitucionais: universalidade, integralidade e equidade.

Diante do exposto, esta pesquisa teve como objetivo analisar as ações desenvolvidas pela gestão estadual de saúde do Ceará para a implantação da RUE, destacando os limites e as facilidades. Apresenta contribuições para a conformação das redes regionalizadas ressaltando o debate nas arenas de negociação.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo avaliativo participativo do tipo estudo de caso¹⁰. Dentre os diferentes caminhos existentes para realizar uma investigação com abordagem qualitativa, optou-se pelo método participativo, tendo em vista a possibilidade de envolver os diversos interessados, ao estabelecer uma relação horizontal entre estes e os pesquisadores envolvidos, produzindo em conjunto um conhecimento científico¹¹.

A investigação deu-se em três etapas, a primeira envolveu a apreensão de normativas publicadas pelo Governo Federal: Portaria nº 4.279/2010/GM/MS⁴, Portaria nº 1.600/2011/GM/MS⁵ e Decreto 7.508/2011¹². Em seguida, foram ainda analisadas as Atas e as Resoluções da Comissão Intergestores Bipartite do Ceará no período de 2010 a 2018, sendo selecionadas aquelas que continham itens sobre a RUE.

No segundo momento da pesquisa, foram realizadas entrevistas individuais com os gestores envolvidos no processo de implantação da RUE no Ceará, sendo incluídos tanto os que ainda exercem a função quanto aqueles que já não mais ocupam o cargo, mas que participaram dos processos: cinco membros do Núcleo de Atenção às Urgências e Emergências - NUAEM, setor ligado à Coordenadoria de Políticas em Saúde - COPAS da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará - SESA, cinco membros do Grupo Condutor da RUE Estadual e que não eram do NUAEM, dois representantes do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde - COSEMS. Foram excluídos os gestores que estavam no cargo/função por um período inferior a dois anos.

Para a obtenção das informações empíricas, recorreu-se à entrevista aberta, partindo de uma temática disparadora: ‘Comente sobre a implantação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Estado do Ceará’. Desse modo, as primeiras entrevistas não continham um roteiro previamente estruturado, assim, na medida em que foram realizadas as interlocuções, procedia-se à sua análise, o que permitiu identificar outras questões mais aprofundadas sobre o tema, as quais foram incorporadas aos questionamentos anteriores, produzindo então novas perguntas para as entrevistas seguintes. Com efeito, as entrevistas tornaram-se mais estruturadas a cada passo, o que permitiu uma aproximação da técnica do ‘círculo hermenêutico-dialético’, fundamentada por Guba e Lincoln¹³.

As entrevistas foram realizadas nos lócus de trabalho dos participantes, durante os meses de janeiro a julho de 2018. Os relatos foram gravados em um dispositivo eletrônico de áudio,

mediante autorização dos participantes e, em seguida, transcritos na íntegra. O anonimato foi preservado e, por razões éticas, as entrevistas não foram identificadas.

Em um último momento, as sínteses das informações foram apresentadas aos participantes da pesquisa de maneira que estes tivessem acesso à totalidade das informações e pudessem desfrutar da oportunidade de modificá-las até afirmar a sua credibilidade, a partir de uma discussão coletiva acerca das análises produzidas pelos relatos. Essa etapa de validação e síntese do material empírico foi realizada mediante a utilização da técnica grupal, e contou com a participação da maioria dos entrevistados e da pesquisadora.

A trajetória analítica do material empírico e dos documentos citados tomou como base a hermenêutica crítica, conforme sugerem Minayo¹⁴ e Assis e Jorge¹⁵, seguindo, desse modo, a sistemática de ordenação, classificação e análise final das informações.

Quanto aos procedimentos éticos, este estudo seguiu o que estabelece a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde¹⁶, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE) sob o Parecer de nº 2.810.070.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No Estado do Ceará, embora também verificados nós-críticos, identifica-se o pioneirismo e a antecipação (desde 1998) em relação às normas nacionais de regionalização, com contribuições na formulação delas, além de apresentar grau avançado de implantação das instâncias de negociação o que reflete positivamente para o processo de implantação de redes regionalizadas^{17,18}. Outros elementos que merecem destaque nessa realidade estadual foi o fomento e a implantação de Consórcios Públicos de Saúde, desde 2007, e a assinatura do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) de todas as Regiões de Saúde.

Ações da Gestão Estadual para Implantação da RUE

Com a publicação da Portaria nº 1.600/2011/GM/MS que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) e institui a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no SUS é dado início aos processos de implantação e operacionalização da RUE em todo território nacional⁵.

No Ceará, a implantação teve início ainda no mesmo ano de publicação da PNAU. Em reunião realizada pelo Núcleo de Atenção às Urgências e Emergências (NUAEM/COPAS/SESA) com técnicos do Ministério da Saúde (MS), foi feita a apresentação das diretrizes, componentes e operacionalização da RUE, como parte da fase de Adesão e Diagnóstico. Dando seguimento ao processo o NUAEM apresentou a proposta da RUE nas Comissões Intergestores Regional (CIR) e Comissão Intergestores Bipartite (CIB). As etapas seguintes dessa fase – Instituição do Grupo Condutor Estadual e Diagnóstico e Aprovação da região inicial de implementação da RUE pactuadas em CIB foram realizadas logo em seguida.

A regionalização, bem como a implantação das Redes de Atenção à Saúde, exige dos estados um papel central nos espaços de governança, atuando de forma colaborativa na condução dos processos de implantação das políticas de saúde¹⁹. Dessa maneira, foi discutido em CIB a conformação do Grupo Condutor Estadual da RUE. Na ocasião ficou decidido que o Estado do Ceará teria apenas um grupo condutor para todas as redes temáticas, respeitando a conformação exigida: formado pela Secretaria Estadual de Saúde; Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) e apoio institucional do Ministério da Saúde (ATA DA 12ª REUNIÃO DA CIB DE 2011).

O grupo ficou constituído pelos Membros do Comitê Executivo da Secretaria de Saúde do Estado (SESA), por representantes do COSEMS, e pelo Apoiador Institucional das Redes

de Atenção à Saúde do Ceará do Ministério da Saúde (ATA DA 12ª REUNIÃO DA CIB DE 2011; RESOLUÇÃO Nº 247/2011-CIB/CE).

Fica configurada, assim, o Grupo Condutor Estadual que tem como atribuições: mobilizar os dirigentes políticos do SUS em cada fase; apoiar a organização dos processos de trabalho voltados à implantação/implementação da rede; identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase; e monitorar e avaliar o processo de implantação/implementação da rede⁵. Como instrumento gestor, o Grupo Condutor possibilita espaços de negociação que privilegiam a regionalização e o planejamento⁸.

Ainda em CIB, na mesma reunião que aprovou a conformação do Grupo Condutor, o supervisor do NUAEM explanou acerca da escolha da região inicial para implantação da RUE, posicionando-se a favor de uma implantação em nível de Estado e não apenas em região inicial. Argumentou que o NUAEM estava preparado para implantar a rede nas quatro Macrorregiões do estado tendo, inclusive, uma proposta de desenho (ATA DA 12ª REUNIÃO DA CIB DE 2011).

O documento acima referido não contém qualquer informação sobre a posição dos gestores acerca da escolha da Região Inicial. Todavia, em entrevista com membros do Grupo Condutor Estadual identifica-se que foi estabelecido que a RUE seria implantada em todo o estado e não apenas em uma macrorregião de saúde.

O Ministério veio com uma proposta de trazer somente a rede para a região metropolitana de Fortaleza. E, aí, numa discussão, que foi levada pra CIB essa proposta não foi aceita. E aí o COSEMS também não aceitou. Houve um consenso de que teria que ser pro estado todo. O entendimento foi que, sendo o SUS universal, todos têm direito ao atendimento digno de suas necessidades, além do mais não se organiza redes em pedaços, mas há necessidade da visão do todo, mesmo que o processo de implantação seja feito aos poucos.

O Ministério da Saúde orientou que a implantação da RUE no Ceará deveria ocorrer em três etapas a serem executadas nos anos de 2012, 2013 e 2014. Assim, foi pactuado em CIB que em 2012 seriam implantadas as redes regionais de Fortaleza, Caucaia, Maracanaú e Cascavel. Outras doze redes no ano de 2013 e as 6 restantes no ano de 2014. Contudo, os gestores optaram por não definir quais redes seriam implantadas em 2013 e 2014. Assim, houve consenso na CIB de que todas as redes regionais seriam incluídas no Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) ficando para o Ministério da Saúde a decisão de manter ou não essa proposição (ATA DA 7ª REUNÃO DA CIB DE 2012; RESOLUÇÃO Nº19/2012-CIB/CE).

Dando início à fase de Desenho Regional da Rede, a proposta da RUE foi apresentada as CIR, sendo solicitado aos municípios que realizassem o estudo das normativas e uma análise da situação dos serviços de atendimento às urgências de seus territórios. Para tanto, foram disponibilizadas planilhas que deveriam ser preenchidas a fim de que fosse feito o diagnóstico situacional por meio da caracterização da região de saúde a partir de dados demográficos e epidemiológicos e da análise da situação dos serviços da rede de urgência contemplando a oferta existente e as necessidades de saúde a serem atendidas.

Nós fizemos momentos de discussões, levamos todo, fizemos todo um resumo, cada um aqui da equipe tinha um componente que, de certa forma, era responsável, componente UPA, Sala de Estabilização, tudo, e cada um se preparou e a gente ia para as Coordenadorias Regionais de Saúde ou, então, eles viriam pra cá e a gente apresentava como era a Rede, a gente falava das portarias, como eles deveriam trabalhar. E a gente fazia de certa forma um desenho, pra orientá-los. E eles iam pra região, levavam, discutiam na região de saúde, discutiam com os seus gestores e definiam, viam as possibilidades, qual a estrutura de cada região que eles poderiam pleitear ou não, o que que o município tinha perfil ou não, e trazer de volta pra gente. Quando trazia de volta pro grupo condutor, aí nós fazíamos uma análise, se estava de acordo.

Como instâncias de cogestão, as CIR são imprescindíveis aos processos de implantação de políticas e programas em saúde, visto que permitem a identificação dos problemas e das necessidades de saúde da população, possibilitando e facilitando a definição das prioridades e a elaboração de estratégias para a solução das questões e organização da rede assistencial²⁰. Dessa forma, torna-se possível a implantação de uma rede de serviços pautada de acordo com as realidades regionais.

A partir do reconhecimento da realidade regional e dos fluxos da população de cada um dos municípios que compõem a região de saúde é possível identificar os instrumentos de planejamento mais pertinentes ao desenvolvimento e funcionamento de redes reais, de modo que sejam valorizados os modos de viver e os usos dos territórios, levando em conta as condições sociais, demográficas e epidemiológicas, oportunizando, assim, melhor uso dos recursos existentes em cada território e proporcionando assistência mais resolutiva²¹.

Nesse contexto, as Comissões Intergestores Regionais (CIR), criadas pelo decreto 7508/2011⁵, emergem como instância fundamental para o processo de tomada de decisão e condução política, no sentido de fortalecer o processo de regionalização e efetivar a implantação das redes regionalizadas de serviços de saúde. No Estado do Ceará cada Região de Saúde possui um órgão de representação da SESA, denominado Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) “quem implanta políticas públicas no Estado do Ceará são as coordenadorias regionais. Os coordenadores regionais, as equipes que estão nos territórios regionais, eles são autoridades sanitárias dentro da região, à Secretaria de Saúde cabe a mediação dos processos”.

O levantamento da realidade de cada município, e em consequência, de cada região com a consolidação dos dados realizada pela CRES e de cada macrorregião de saúde pelo Grupo Condutor Estadual permitiram a elaboração do Plano de Ação Estadual da RUE (2012), onde consta o seguinte entendimento para justificar a implantação em todo território do Estado do Ceará:

a) O SUS, sendo universal e igualitário, toda a população do estado deve ser beneficiada;

b) Todas as redes, para assegurar a integralidade, têm que garantir a referência terciária que somente é encontrada no estado em um dos polos macrorregionais (Fortaleza, Sobral e Cariri); Há uma 4ª macro aprovada, mas ainda será construído o hospital regional;

c) Mesmo havendo concentração de serviços especializados nos polos macrorregionais, o entendimento é que não é possível estruturá-los sem organizar as outras regiões que para eles encaminham pacientes (Plano de Ação Estadual, 2012).

Na época de elaboração do Plano de Ação Estadual o Plano Diretor de Regionalização - PDR (2011) do Ceará estabelecia a divisão do estado em três Macrorregiões de saúde (Fortaleza, Sobral e Cariri) e 22 Microrregiões. Dessa forma, e a partir dos entendimentos acima, foram pactuadas 22 redes regionais que se agregavam em três grandes redes macrorregionais: Região Metropolitana de Fortaleza - RMF; Região Metropolitana do Cariri; Região Norte/Sobral.

Contudo a RMF foi acrescida de outros municípios para a implantação do RUE, passando a ser denominada de Região Metropolitana de Fortaleza Ampliada-RMFA. A proposta de ampliar a RMF foi ancorada no seguinte entendimento:

A região metropolitana de Fortaleza é integrada por 15 municípios, que por sua vez integram 04 regiões de saúde. Estas 04 regiões são compostas por 29 municípios. Os polos destas 04 regiões estão todos na RMF. Considerando que, compor uma rede exclusiva para a RMF, significaria deixar 14 municípios soltos, pois cada um deles está integrado a municípios da RMF, ficou explicado aos apoiadores do MS, que a rede da RMF, obrigatoriamente é composta pelos seus quinze municípios e por outros quatorze que a eles se agregam. Lembrando ainda que a população da RMF é de 3.617.220 e da RMF ampliada é de 3.959.133, ou seja, o acréscimo é de menos de 342 mil habitantes, ou 9,45% da população da RMF (Plano de Ação Estadual, 2012).

O Plano de Ação Estadual da RUE (2012) foi enviado para o MS com três frentes de ação para a implantação da rede: Região Metropolitana de Fortaleza Ampliada; Região Metropolitana do Cariri; Região Norte/Sobral, conforme sugestão do Grupo Conductor e referendado em CIB. Entretanto, a Portaria nº 1.497GM/MS/2012 que aprova a Etapa I do Plano de Ação da RUE do Estado do Ceará, alocando recursos financeiros para sua implantação leva em conta apenas o que fora orientado para ser executado no ano de 2012, a implantação das redes considerando os municípios das Regiões de Fortaleza, Caucaia, Maracanaú e Cascavel, ou seja, a RMFA¹⁶.

Dando seguimento à construção do Desenho Regional e a partir do Plano de Ação Estadual da RUE (2012) foram sendo pactuados os Planos de Ação das Redes Regionais. O primeiro foi o Plano de Ação da RUE da Região Metropolitana de Fortaleza (2012), em seguida o Plano de Ação da RUE da Macrorregião de Saúde de Sobral (2013) e, por fim, o Plano de Ação da RUE da Macrorregião de Saúde de Cariri (2013) (RESOLUÇÃO Nº 19/2012-CIB/CE; RESOLUÇÃO Nº 63/2013-CIB/CE; RESOLUÇÃO Nº 227/2013-CIB/CE).

Para melhor operacionalização dos Planos de Ação Regionais, o Estado do Ceará instituiu Grupos de Apoio às Redes Regionais com a seguinte composição: dois representantes de cada CRES e dois Secretários Municipais da Região que compõe a RUE, sendo o primeiro o Secretário de Saúde do município polo e o segundo, o representante do COSEMS. Outro secretário município de saúde era escolhido pela região para integrar o grupo (RESOLUÇÃO Nº 63/2013-CIB/CE).

Atualmente, as Redes Regionais de Atenção às Urgências e Emergências no Estado do Ceará encontram-se em diferentes fases de implantação e operacionalização. Com as alterações do PDR devido à construção de policlínicas e hospitais regionais: em 2012 é instituída a Macrorregião Sertão Central e em 2014 a Macrorregião Litoral Leste/Jaguaribe. Com a reorganização do território cearense o estado passa a contar com cinco Macrorregiões de Saúde.

Contudo, a RUE das Macrorregiões Sertão Central e Litoral Leste/Jaguaribe ainda se encontram em fase de adesão e diagnóstico, a primeira possui um hospital regional que, embora tenha sido inaugurado em 2012, só teve suas atividades iniciadas em 2016 e ainda não funciona em plena capacidade. A segunda, tem um hospital regional ainda em fase de construção.

Ademais as linhas de cuidado dos agravos considerados prioritários pela Portaria 1.600/2011: Acidente Vascular Cerebral, Infarto Agudo do Miocárdio e Trauma, ainda não foram implementadas em nenhuma das cinco Macrorregiões de Saúde.

As linhas de cuidado na RUE é uma proposta do governo para os próximos quatro anos. O AVC e o IAM nós já construímos as linhas e os protocolos, mas ainda não tá implementado. Tem o problema de funcionamento dos hospitais regionais, o do Sertão Central ainda não funciona cem por cento e o da macro Litoral Leste/Jaguaribe não funciona nada, está em construção né. E aí tem a linha do trauma que a gente não tava acompanhando, vamos passar a acompanhar agora. Então, a proposta do IAM e do AVC, é a gente fortalecer essas duas linhas de cuidado por macro. Quando a gente fortalece por macro, a gente automaticamente esvazia Fortaleza.

Agora, estamos fazendo um trabalho de capacitação nas regiões da macro sertão central, porque lá vai ser nosso piloto né. Vamos implantar os protocolos lá para poder validar, vamos começar pelo AVC e depois IAM e trauma.

Ademais, houve a inclusão de três municípios na RMF que passa a contar com um total de 19 municípios, de modo que a RMF passa a ter igual território da Macrorregião Fortaleza, ficando assim denominada (ATA DA 5ª REUNÃO DA CIB DE 2014).

Observa-se que se por um lado a intenção dos gestores de implantar a RUE em todo o estado tinha um caráter de justiça com a população, por outro, essa proposta tinha a finalidade de estruturar a rede com a aquisição dos equipamentos que não dependiam da aprovação dos planos, conforme saliente um dos gestores “foi colocado mais nesse sentido do recurso, de

trazer recurso, liberação de recurso pro estado, pra melhorar o fluxo da rede de urgência e emergência”. Dessa forma, a proposta de implantação em todo o estado e não em uma região prioritária, pode ter dificultado o alcance dos resultados.

A implantação da RUE priorizou a construção e a reforma dos serviços de saúde que, por sua vez, não foi acompanhada pelos processos organizativos de criação de linhas de cuidado, desenvolvimento de protocolos e implementação do telemedicina/telessaúde que estão associados à melhoria da assistência e à redução da superlotação das emergências hospitalares²². Investiu-se na estrutura, mas não nos processos.

Fatores limitantes e facilitadores do processo de implantação da RUE

Um dos fatores limitantes ao processo de implantação da RUE diz respeito à fragilidade das Unidades Básicas de Saúde, estas compõem a estrutura da RUE e tem como meta ser a porta de entrada preferencial e reguladora do sistema; resolver os problemas mais comuns dos usuários, objetivando reduzir filas do atendimento de média e alta complexidade, contribuindo com a redução da morbimortalidade. Entretanto, tradicionalmente as UBS são entendidas como o lugar em que se realiza atendimento agendado, com horários curtos e rígidos, funcionamento lento, burocratizado e pouco eficiente.

Essa representação social da população associada ao paradigma hospitalocêntrico resulta no uso preferencial das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) que acabam por absorver uma demanda não característica do seu perfil de atendimento “na nossa UPA tem muito atendimento fora do perfil, muito verde e azul, que deveria ser atendido na atenção básica”. Dessa forma, semelhante ao que foi identificado no Rio de Janeiro⁷ e em Recife²³ a Atenção Primária à Saúde no Ceará apresenta baixa capacidade resolutiva no atendimento às urgências e emergências.

O fortalecimento da APS não foi prioritário para os gestores no processo de implantação da RUE no estado, assim como também não tem sido em outras regiões do país, como exemplo o município do Rio de Janeiro^{6,24} e Macrorregião Norte de Minas Gerais, o que vem dificultando o estabelecimento das linhas de cuidado. Aspectos como implantação de sala de observação na UBS, capacitação da Equipe Saúde da Família e expansão da cobertura foram desprestigiados em favor da implantação da UPA e expansão do SAMU.

Acrescenta-se, ainda, a não implementação dos protocolos e diretrizes clínicas, dificultando os encaminhamentos e descaracterizando o perfil de atendimento dos serviços “A UPA deveria servir de retaguarda para o SAMU e para a atenção básica, mas o que acontece é que acaba servindo como leito de retaguarda, com paciente grave, em uso de ventilação e com tempo de permanência muito superior a 24 horas”.

Tal situação acaba agravando a iniquidade em saúde, uma vez que os usuários com problemas de saúde passíveis de resolução na UBS ocupam os serviços de urgência e emergência, aqueles com maiores e mais urgentes problemas não conseguem acesso. O acesso à Atenção Básica com resolutividade deve ser melhor oportunizado, tendo em vista estar associado com a redução do uso inadequado dos serviços de urgência²⁵.

Dentre as dificuldades apontadas pelos gestores foi expressiva a que diz respeito aos recursos humanos. Foi pontuada a necessidade de capacitação de profissionais e gestores, pois a falta de qualificação dos primeiros compromete, entre outras coisas, a resolutividade do atendimento. Já o desconhecimento dos gestores acerca das redes regionalizadas compromete o andamento dos processos para a implantação.

A gente pedia para o secretário fazer um levantamento das necessidades daquele território, a gente entregava até um modelo com as informações que a gente precisava. Aí na hora de entregar, não entregavam e quando entregavam, muitas vezes era um material cheio de

falha, não dava pra utilizar. Muitas vezes a gente tinha que fazer uma pesquisa à parte, porque o representante do município não conseguia colocar efetivamente no papel o seu desenho .

Apontam ainda, a alta rotatividade dos profissionais devido à fragilidade dos vínculos e à baixa remuneração, nesse contexto evidenciam o advento das cooperativas de saúde, das Organizações Sociais. A não fixação dos profissionais é ainda mais agravante em municípios localizados a grandes distâncias dos principais centros urbanos “você capacita aquele pessoal, explica a classificação, mas efetivamente a coisa não funciona porque no mês seguinte ele já saiu”. Tais resultados são convergentes com pesquisa realizada na Macrorregião Norte de Minas Gerais⁶, em municípios paraenses⁹, no Paraná²⁶ e com os achados da investigação do processo de implantação do SAMU no Brasil⁸.

Há também grande rotatividade de gestores dos municípios, “a mudança de secretário de saúde, por exemplo, nessa nova gestão está no quinto secretário de saúde no município. Então, isso fragiliza muito o município e dificulta a implantação da rede”. E, ainda, o pouco comprometimento dos secretários municipais de saúde com a implantação da rede “vinha um representante numa reunião, aí agendava outra e vinha outro representante. Então, assim, a questão do município entender a importância desse trabalho, né? Isso foi uma das dificuldades maiores”.

O nível de envolvimento dos gestores municipais no processo de construção das redes tem implicações diretas no alcance dos resultados esperados e, a depender do seu protagonismo político os conflitos que envolvem esse processo podem ser maior ou menor²⁷. Nessa direção, infere-se que a divisão das responsabilidades e o comprometimento com as ações ficam sujeitos aos interesses políticos e não, necessariamente, aos objetivos da política de saúde⁹.

Foram também referidas dificuldades no cumprimento dos procedimentos já pactuados entre os municípios, o que ocasionava a construção de fluxos informais no desenho da rede sobrecarregando os serviços de atendimento hospitalar da Macrorregião Fortaleza.

Aspectos considerados facilitadores ao processo de implantação da RUE foram também pontuados com destaque para a governança. Sabe-se que a governança da RUE implica na capacidade de articulação e pactuação na CIR e de uma boa construção do Contrato Organizativo de Ação Pública, previsto no Decreto 7508/2011¹². Além disso, a PNAU exige ação coordenada, pactuada e com presença de comissões intergestores. As estratégias adotadas pelo governo do Ceará com vista a uma gestão compartilhada favoreceram a configuração dos espaços de negociação e a formalização de acordos intergovernamentais.

O desenvolvimento das coordenadorias regionais, o Plano Diretor de Regionalização, essa questão ela é muito forte no Estado, sempre foi. Então, com o Decreto 7.508, o Estado do Ceará, ele fica à frente novamente com relação à construção de redes e à própria construção do COAP. No Estado do Ceará, aquele desenho que está no COAP, ele acontece. Quem viveu isso e quem vive sabe, que quando você lê, aquilo ali é o que acontece no Estado do Ceará.

De acordo com os gestores, os espaços de negociação e pactuação das CIR e CIB e, ainda, os Grupos Condutores Estadual e Regionais, bem como as CRES, foram aspectos positivos ao processo de implantação da RUE. As experiências em Colegiados de Gestão no Estado do Ceará tem sido exitosa, resultando em avançada institucionalização dos mecanismos governança regional¹⁷. A dinâmica de funcionamento e organização das instâncias de negociação do estado favorecem a implantação das políticas de saúde²⁸.

Deve-se dar destaque ao papel desempenhado pelo COSENS, por sua atuação ativa e proativa, observava tanto na leitura das atas e resoluções como também na fala dos entrevistados. “A vontade política das redes acontecerem no Estado do Ceará, ela foi um facilitador, apesar das dificuldades. Os coordenadores das CRES e o COSEMS estiveram ativamente presentes nesse processo”. Afirma-se que os processos de regionalização e, conseqüentemente, a implantação de redes regionalizadas são diretamente associadas ao grau de articulação existente entre os representantes do Conselho de Representação das Secretarias

Municipais de Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde, considerando a capacidade de promover o consenso e, assim, contribuir com o desenho das redes¹⁷.

Em pesquisa publicada no ano de 2014 cujo objetivo foi analisar a dinâmica de funcionamento das Comissões Intergestores Bipartites em saúde, nos estados do Brasil, os autores identificaram o Ceará com avançada institucionalidade devido à Presença de instâncias de integração e processamento técnico-político dos temas tratados, Regularidade de funcionamento da plenária das CIB e suas estruturas de organização interna, Existência de representatividade regional, Legitimidade das CIB como instância de negociação e decisão técnico política. Verificaram elevada capacidade de atuação da CIB considerando sua capacidade de formulação e implementação de políticas e de gerar coordenação intergovernamental. Os autores identificaram, ainda, o processo político da CIB/CE de acordo com o perfil das relações intergovernamentais, considerado cooperativas-conflitivas (presença marcante de conflito e cooperação), e a Intensidade das relações intergovernamentais, considerada interativas (dinâmicas, intensas e abrangentes)¹⁸.

Ressalta-se que a assinatura do COAP foi identificada como facilitador da implantação da RUE, pois de acordo com os gestores “permite que os acordos sejam consolidados, que as negociações e pactuações que são feitas na CIR e na CIB sejam asseguradas, o contrato representa os interesses dos municípios e isso facilita o andamento das ações”.

O COAP constitui-se como instrumento de caráter plurilateral, com responsabilidades, competências e acordos sanitários entre os entes federados, definidos em planejamento integrado das ações e serviços de saúde, nas Regiões de Saúde, expressando processos e fluxos de organização e funcionamento do Sistema, compromissos e metas das esferas de gestão do SUS quanto à garantia do direito à saúde¹².

Em pesquisa realizada no Estado do Ceará com objetivo de compreender as percepções de gestores estaduais da saúde sobre a produção e efeitos do COAP na experiência do estado, considerou-se o COAP como instrumento potente à regionalização²⁹.

Atualmente, a secretaria estadual de saúde do Ceará e alguns municípios contam com contratação de Organizações Sociais (OS) para gestão de UPAS, Hospitais e serviços da Atenção Primária à Saúde. Existe um diversificado mercado de OS, voltadas para gestão de um tipo de serviço ou assumindo diferentes perfis de unidades.

No que concerne as OS, houve variados posicionamentos entre os entrevistados. Enquanto alguns defenderam que as OS seriam uma solução parcial para a alta rotatividade dos profissionais, outros alegaram que tal situação era, na verdade, agravada, pois “os vínculos são instáveis, você faz uma seleção e a cada dois anos tem que ficar se submetendo a essa seleção. Quem consegue algo mais duradouro, na primeira oportunidade cai fora”. Além disso, foi advertido que a variedade na remuneração entre os municípios poderia ser um obstáculo à contratação. Essa dicotomia de percepções com relação às OS também foi observada em pesquisa realizada no Estado do Rio de Janeiro³⁰.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O federalismo brasileiro impõe que o processo de implantação da RUE esteja pautado em estratégias de articulação intergovernamental, visando compatibilizar a descentralização político-administrativa com a organização regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde. O funcionamento adequado das instâncias de negociação e decisão no SUS representam um avanço do ponto de vista da institucionalidade democrática, sendo de fundamental importância para propiciar a formulação e a implementação de políticas mais adequadas às necessidades de saúde da população.

Nesse contexto, a CIB/CE vem desenvolvendo o papel de instância de negociação intergovenamental promovendo espaços de negociação que resultam na definição de responsabilidades e no estabelecimento de parcerias. Contudo, a análise do processo de implantação da RUE revelou uma rede estadual ainda em fase de implantação, apresentando problemas relativos aos processos de gestão.

O processo de implantação da RUE foi caracterizado pela ênfase na estruturação a partir da aquisição de recursos físicos em detrimento de aspectos condicionantes ao funcionamento em rede regional e integral. O componente Atenção Básica não foi fortalecido com a expansão dos seus serviços, nem tampouco estruturado com a construção de salas de observação. De modo que o componente UPA atua de forma diferente do que é preconizado, atendendo demandas da atenção primária e do nível terciário, estando com seu perfil totalmente desconfigurado.

A integralidade da atenção, princípio do SUS e principal resultado da conformação em rede não foi até o momento alcançada. As linhas de cuidado para os principais agravos não foram implantadas e os protocolos clínicos não foram validados.

Entretanto, a presente investigação não apenas revelou os nós críticos do processo, mas, em consequência desses, vislumbrou algumas recomendações: É necessária aproximação com setor responsável pelo fortalecimento da atenção primária, devido à complexidade da atenção em rede e da necessidade de pontos de ação resolutivos é imprescindível a articulação entre os setores; Recomenda-se a validação dos protocolos clínicos na Macrorregião Fortaleza que, embora seja mais complexa, possui melhor avanço nos processos de implantação e, também, a capacitação de multiplicadores para o uso dos protocolos; A priorização de ferramentas para a oferta de um cuidado integral e a superação da fragmentação; A elaboração de um modelo lógico da RUE, considerando o contexto de implantação proporcionando melhor entendimento

de todos os gestores acerca da rede, possibilitando a construção de uma matriz de análise para o monitoramento das ações.

Ressalta-se que estudos acerca da implantação da Rede de Atenção em Urgência e Emergência se constituem em importantes fontes de orientações dos caminhos já percorridos e das possibilidades já desveladas. Diferentes contextos produzem diferentes processos e resultados na implantação de uma política. Todavia, aspectos semelhantes podem ser identificados em outras realidades de modo que o compartilhamento do conhecimento sirva de inspiração e aprendizado.

REFERÊNCIAS

1 Organização Pan-Americana da Saúde. *A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.

2 Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.

3 Kuschnir R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Cienc Saude Coletiva* 2010; 15(5): 2307-2316.

4 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* 2010; 31 dez.

5 Brasil. Portaria nº 1.600 de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).

Diário Oficial da União 2011; 8 jul.

6 Torres SFS, Belisario AS, Melo EM. A Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião Norte de Minas Gerais: um estudo de caso. *Saude Soc* 2015; 24(1):361-373.

7 Konder MT, O'Dwyer G. As Unidades de Pronto-Atendimento na Política Nacional de Atenção às Urgências. *Physis* 2015; 25(2):525-545.

8 O'Dwyer G, Konder MT, Reciputti LP, Macedo C, Lopes MGM. O processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: estratégias de ação e dimensões estruturais. *Cad Saude Publica* 2017; 33(7):1-14.

9 Faria TLM, Nascimento DM, Farias Filho MC, Nunes SF. A Política Nacional de Urgência e Emergência sob a Coordenação Federativa em Municípios Paraenses. *Saude Soc* 2017; 26(3):726-737.

10 Yin RK. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 5ª Edição. Porto Alegre: Bookman; 2015.

11 Almeida CAL, Tanaka OY. Avaliação em saúde: metodologia participativa e envolvimento de gestores municipais. *Rev Saude Publica* 2016; 50(45):1-10.

12 Brasil. Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o

planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2011; 29 jun.

13 Guba EG, Lincoln YS. *Avaliação de quarta geração*. Campinas: Editora da Unicamp; 2011.

14 Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. Hucitec: São Paulo; 2013.

15 Assis MMA, Jorge MSB. Métodos de análise em pesquisa qualitativa. In: Santana JSSS, Nascimento MAA, organizadores. *Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social*. Feira de Santana: UEFS Editora; 2010.

16 Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. *Normas para pesquisas envolvendo seres humanos: Resolução CNS 466*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

17 Lima LD, Viana ALD, Machado CV, Albuquerque MV, Oliveira RG, Iozzi FL, Scatena JHG, Mello GA, Pereira AMM, Coelho APS. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. *Cienc Saude Coletiva* 2012; 17(11):2881-2892.

18 Machado CV, Lima LD, Oliveira RG, Pereira AMM. Federalismo e política de saúde: comissões intergovernamentais no Brasil. *Rev Saude Publica* 2014; 48(4):642-650.

- 19 Trape TL, Campos RO. Modelo de atenção à saúde mental do Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação. *Rev Saude Publica* 2017; 51(19).
- 20 Viana ALA, Lima LD, Ferreira MP. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. *Cienc Saude Coletiva* 2010; 15(5):2317-2326.
- 21 Ferreira J, Celuppi IC, Baseggio L, Geremia DS, Madureira VSF, Souza JB. Planejamento regional dos serviços de saúde: o que dizem os gestores? *Saude Soc* 2018; 27(1):69-79.
- 22 Bittencourt RJ, Hortale VA. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. *Cad Saude Publica* 2009; 25(7):1439-1454.
- 23 Almeida AC, Gusmão Filho FAR, Caldas Junior AF, Vidal AS, Campello RIC. Do imaginário normativo a realidade da Rede de Atenção às Urgências. *Medicina* 2015; 48(6):557-572.
- 24 Konder MT, O'Dwyer G. A integração das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) com a rede assistencial no município do Rio de Janeiro, Brasil. *Interface* 2016; 20:879-892.
- 25 Carret MLV, Fassa ACG, Domingues MR. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. *Cad Saude Publica* 2009; 25(1):7-28.

- 26 Uchimura LYT, Viana ALA, Silva HP, Ibañez N. Unidades de Pronto Atendimento (UPAs): características da gestão às redes de atenção no Paraná. *Saude Debate* 2015;39:972-983.
- 27 Mendes A, Louvison MCP, Ianni AMZ, Leite MG, Feuerwerker LCM, Tanaka OY, Duarte L, Weiller JAB, Lara NCC, Botelho LAM, Almeida CAL. O processo de construção da gestão regional da saúde no estado de São Paulo: subsídios para a análise. *Saude Soc* 2015; 24(2):423-437.
- 28 Silva SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Cienc Saude Coletiva* 2011; 16:2753-2762.
- 29 Goya N, Andrade LOM, Pontes RJS, Tjara FS, Barreto ICHC. Percepções de gestores estaduais da saúde sobre o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde no Ceará, Brasil. *Cienc Saude Coletiva* 2017; 22(4):1235-1244.
- 30 Machado CV, Lima LD, O'Dwyer G, Andrade CLT, Baptista TWF, Pitthan RGV, Ibañez N. Gestão do trabalho nas Unidades de Pronto Atendimento: estratégias governamentais e perfil dos profissionais de saúde. *Cad Saude Publica* 2016; 32(2):1-14.

5.5 ARTIGO 5 – REVISTA SAÚDE E SOCIEDADE - REDES REGIONALIZADAS DE SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DA MACRORREGIÃO FORTALEZA-CE

REDES REGIONALIZADAS DE SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DA MACRORREGIÃO FORTALEZA-CE

Jamine Borges de Moraes
Maria Salete Bessa Jorge

RESUMO

A pesquisa teve como objetivo analisar o processo implantação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências na Macrorregião Fortaleza, bem como o funcionamento dessa rede na Região de Saúde Fortaleza. Tratou-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória, do tipo estudo de caso integrado. A unidade de análise foi a Rede de Atenção às Urgências e Emergências e sua implantação no contexto da Macrorregião de Saúde Fortaleza; e seu funcionamento na Região de Saúde Fortaleza. Observou-se que a implantação do conjunto dos componentes da RUE na Macrorregião de Saúde Fortaleza não se fez acompanhada, na mesma medida, do processo de modificação do modelo assistencial em direção a uma atenção integral, resolutiva, qualificada e centrada no usuário. Todavia, estão sendo lançados esforços para a mudança desse cenário com a reforma e a construção de novos hospitais regionais, a ampliação do hospital de referência em traumatologia em fortaleza e a expansão do SAMU 192, com organização regional.

Palavras-chave: Regionalização; Redes de Atenção à Saúde; Sistema Único de Saúde. Urgência; Emergência.

ABSTRACT

The objective of this research was to analyze the implementation process of the Network of Attention to Emergencies and Emergencies in the Fortaleza Macroregion, as well as the functioning of this network in the Region of Health Fortaleza. It was a qualitative, exploratory research, of the type integrated case study. The unit of analysis was the Emergency and Emergency Attention Network and its implementation in the context of the Macroregion of Health Fortaleza; and its functioning in the Fortaleza Health Region. It was observed that the

implementation of all the components of RUE in the Macroregion of Health Fortaleza was not accompanied, to the same extent, by the process of modifying the care model towards an integral, resolute, qualified and user-centered care. Nevertheless, efforts are being made to change this scenario with the reform and construction of new regional hospitals, the expansion of the reference hospital in strength traumatology and the expansion of SAMU 192 with regional organization.

Key-words: Regionalization; Health Care Networks; Health Unic System; Urgency; Emergency.

INTRODUÇÃO

Para superar a fragmentação da assistência à saúde, ocasionada, em certa medida, pela acelerada descentralização e municipalização que, por sua vez, não foi acompanhada da necessária regionalização, o Governo Federal tem investido na organização do sistema de saúde brasileiro em Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde (Viana; Lima; Ferreira, 2010; Brasil, 2010).

Dessa forma, o atraso da regionalização no Sistema Único de Saúde (SUS) conduziu a construção de sistemas locais de saúde autônomos administrativamente, porém depende financeiramente o que culminou com fragilizada resolutividade, sobretudo na prestação de serviços especializados (Vianna; Lima, 2013; Viegas; Penna, 2013).

No processo de indução da regionalização, a conformação em redes regionalizadas tem enfrentados obstáculos oriundos da herança municipalista onde imperava as disputas entre os municípios por recursos. Assim, diferentes contextos políticos têm influenciado de forma diversa o processo de implantação de políticas de saúde.

Destaca-se aqui as regiões metropolitanas pois representam espaços de inovação e empreendedorismo, mas são marcados por um crescimento populacional desordenado e por desafios urbanos importantes tais como a pobreza, exclusão social, ocupação irregular do solo, insegurança, desemprego, saneamento deficiente, precárias condições de mobilidade, deterioração do meio ambiente, dentre outros (Magalhães, 2010).

Considerando a problemática inerente a essas regiões o Ministério da Saúde vem priorizando projetos para qualificação do cuidado e desenvolvimento de redes de serviços de saúde, voltados para as regiões metropolitanas, tendo em vista apresentarem sistemas de saúde predominantemente fragmentados, não conseguindo garantir acesso universal e atendimento

integral ao usuário, configurando-se, portanto, como locais importantes, estratégicos e prioritários (Brasil, 2011b).

Assim, as Redes de Atenção às Urgência e Emergências, instituídas por meio da Portaria nº1.600/2011, tem sido implantada, prioritariamente, em regiões metropolitanas, considerando sua significativa capacidade instalada de serviços e de profissionais e, ainda, a complexa fragmentação da sua assistência (Brasil, 2011a). Partindo do exposto, este artigo buscou analisar o processo implantação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências na Macrorregião Fortaleza, bem como o funcionamento dessa rede na Região de Saúde Fortaleza. A pesquisa buscou identificar o desenvolvimento de estratégias regionais para a integração assistencial em uma região de saúde e, dessa forma, justifica-se na medida em que a implantação da RUE, nesse contexto específico, pode ter sido disparadora de efeitos importantes para a integralidade do cuidado e a consolidação do SUS.

Parte-se da premissa que a construção de redes regionalizadas de urgência e emergência passa necessariamente pelo encontro da esfera local e regional na constituição de um sistema de saúde resolutivo, com atendimento de urgências em tempo hábil e oportuno com potencialidade para reduzir a morbimortalidade.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória, do tipo estudo de caso integrado (Yin, 2015). A unidade de análise foi a Rede de Atenção às Urgências e Emergências e sua implantação no contexto da Macrorregião de Saúde Fortaleza; e seu funcionamento na Regional de Saúde Fortaleza.

No contexto da Macrorregião de Saúde, a coleta de dados foi feita na Secretaria Estadual de Saúde do Ceará (SESA), mais especificamente na Comissão Intergestores Bipartite (CIB/CE), e Grupo Condutor da RUE.

Para fins operacionais de viabilidade da pesquisa no campo e apreensão do funcionamento da RUE, optou-se por escolher a Região de Saúde Fortaleza para a análise do funcionamento da RUE. Dentre as demais regiões que compõem a Macrorregião Fortaleza, a escolha por essa foi orientada pelos seguintes critérios: incorporar a capital, peça fundamental no processo decisório para implantação da RUE, onde está a maior concentração de estabelecimentos e serviços de saúde da atenção secundária e terciária, que exerce influência sobre todo território estadual.

No contexto da Região de Saúde Fortaleza a coleta de dados foi feita na Secretaria Estadual de Saúde do Ceará (SESA), mais especificamente na Coordenadoria Regional de Saúde (CRES) e Comissão Intergestores Regional (CIR), e Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza.

A apreensão das informações deu-se por meio da realização de entrevistas semiestruturadas com gestores e técnicos das Secretarias Estadual e Municipal de Saúde de Fortaleza, diretamente envolvidos nos processos de implantação da RUE. Realizou-se também pesquisa documental, sendo analisadas as atas e as resoluções da CIB nos anos de 2010 a 2018, as atas e as resoluções da CIR (Região de Saúde Fortaleza) nos anos de 2010 a 2018 e as atas do Grupo Condutor da Macrorregião Fortaleza nos anos de 2012 a 2015 (período disponibilizado pela SESA).

Os gestores participantes desta pesquisa foram escolhidos intencionalmente ou por indicação daqueles já entrevistados, perfazendo um total de 16 entrevistas. As entrevistas foram individuais e gravadas mediante autorização prévia dos participantes que tiveram seu anonimato assegurado pela não identificação das falas.

A análise dos dados procedeu com base na hermenêutica crítica, conforme sugerem Minayo (2013), e Assis e Jorge (2010), seguindo, desse modo, a sistemática de ordenação, classificação e análise final das informações.

Quanto aos procedimentos éticos, este estudo seguiu o que estabelece a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012), tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE) sob o Parecer de nº 2.810.070.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização da Macrorregião de Saúde Fortaleza e da Região de Saúde Fortaleza

A 1ª Região de Saúde também denominada de Região de Saúde Fortaleza, está inserida na Macrorregião Fortaleza formada por seis Regiões de Saúde: Fortaleza, Caucaia, Maracanaú, Baturité, Itapipoca e Cascavel. A Região de Saúde de Fortaleza é composta por quatro municípios: Aquiraz (79.128 hab.); Eusébio (52.667 hab.); Fortaleza (2.627.482 hab.) e Itaitinga (39.310 hab.) e uma extensão territorial de 1027,945km², onde Fortaleza possui 314,930km², Aquiraz 482,573km², Eusébio 79,005km² e Itaitinga 151,437km².

Quadro 1 – Macrorregiões de Saúde do Estado do Ceará, população de abrangência e participação.

Denominação	Regiões de Saúde	População de Abrangência	Participação %
Macrorregião – Fortaleza	Baturité, Cascavel, Caucaia, Fortaleza, Itapipoca e Maracanaú	4.717.976	52,30%
Macrorregião – Sobral	Acaraú, Camocim, Sobral e Tianguá	1.642.478	18,21%
Macrorregião – Cariri	Brejo Santo, Crato, Icó, Iguatu e Juazeiro do Norte	1.475.262	16,35%
Macrorregião – Sertão Central	Quixadá, Tauá e Canindé	642.987	7,13%
Macrorregião – Litoral Leste/Jaguaribe	Aracati, Russas e Limoeiro do Norte	541.757	6,01%

Fonte: Resolução Nº 03/2018 – CIB/CE

O desenho da 1ª Região de Saúde do Ceará foi ratificado no Plano Diretor de Regionalização - PDR/2011 e aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde - CESAU em 30/02/12, pela Resolução n º 05/2012.

Conforme desenho, Fortaleza é classificada como município polo, assumindo a responsabilidade de atendimento das referências dos demais municípios, por dispor de maior capacidade resolutiva em vários serviços de Média e Alta Complexidade. Também, no município de Fortaleza está localizada a Coordenadoria Regional de Saúde, sede de representação da Secretaria de Saúde do Estado.

O perfil demográfico da 1ª Região de Saúde de Fortaleza apresenta uma população residente de 2.798.587 habitantes (IBGE 2018), sendo Fortaleza e Itaitinga os municípios de maior e menor população, respectivamente, nos indicando a necessidade do permanente cuidado com a equidade e com a integralidade de toda essa população.

Quadro 2 – Municípios da Região de Saúde Fortaleza

População	Área (km ²)	Pop. Total*	Hab. p/ km ²
Aquiraz	482,573	79.128	150,50
Eusébio	79,005	52.667	582,66
Fortaleza	314,930	2.627.482	7.786,44
Itaitinga	151,437	39.310	236,51
Total	1027,945	2.798.587	8.756,11

Fonte: IBGE, 2018.

Processo de Implantação da RUE na Macrorregião Fortaleza

A implantação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) na Macrorregião de Saúde de Fortaleza foi conduzida pelas Coordenadorias Regionais de Saúde - CRES sede de representação da Secretaria de Saúde do Estado (SESA). Cada Região de Saúde possui uma CRES responsável por intermediar o Planejamento em Saúde da região. O Estado do Ceará possui 22 Regiões de Saúde e, portanto, 22 CRES.

A Região de Saúde Fortaleza, juntamente com as regiões de Caucaia, Maracanaú, Baturité, Itapipoca e Cascavel (Quadro 1) formam a Macrorregião Fortaleza ou Região Metropolitana de Fortaleza Ampliada (RMFA). Desde 2012, onde foi formulado o primeiro Plano de Ação da Macrorregião Fortaleza algumas alterações foram realizadas em função das mudanças no Plano Diretor de Regionalização (PDR), que por sua vez foi alterado por conta da construção de hospitais regionais de média e alta complexidades, Policlínicas e Unidade de Pronto Atendimento.

Em sua primeira conformação a Rede foi denominada de Rede de Atenção às Urgências e Emergências da Região Metropolitana de Fortaleza Ampliada. Embora a RMF fosse constituída por 15 municípios, que pertenciam a 4 Regiões de Saúde (Fortaleza, Caucaia, Maracanaú e Cascavel), foram considerados 29 no Plano de Ação (2012), tendo em vista a existência dos demais municípios que, embora fosse parte dessas Regiões de Saúde, não eram considerados parte da região metropolitana. Justificou-se, ainda que incorporar mais 14 municípios corresponderia a um acréscimo de menos de 342 mil habitantes.

Definidas as Regiões de Saúde que iriam compor a RMFA para implantação da RUE, deu-se início as pactuações das ações e serviços necessários ao desenho da rede. O processo teve início em novembro de 2011 com explanação do Supervisor do Núcleo de Atenção às Urgências e Emergências - NUAEM da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará - SESA em Comissão Intergestores Regional - CIR, que acumulava o cargo de Presidente do Grupo Condutor Estadual da RUE, acerca da Política Nacional de Atenção às Urgências - PNAU e da criação das Redes de Atenção às Urgências e Emergências.

Para a pactuação da RUE na Macrorregião de Saúde e elaboração do Plano de Ação Estadual da rede, o NUAEM, a partir das portarias do Ministério da Saúde elaborou um desenho prévio do que poderia ser pleiteado por cada município, considerando, ainda a capacidade instalada de cada um, cujos dados foram extraídos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES “foi solicitado aos municípios que estudassem as portarias publicadas relacionadas ao plano, verificassem quais equipamentos teriam viabilidade para o município e

para o fortalecimento da Microrregião, para que hoje pudessem ser pactuados” (ATA CIR/IRS/18.11.2011).

Percebe-se a fundamentação das RUE na Macrorregião Fortaleza a partir da capacidade instalada dos municípios e do que poderia ser pleiteado, conforme portarias do ministério. Priorizou-se a possibilidade de adquirir novos equipamento de saúde em detrimento da real necessidade.

A Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010 estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde. Dentre os atributos da RAS considerados essenciais para o seu funcionamento encontra-se “População e território definidos com amplo conhecimento de suas necessidades e preferências que determinam a oferta de serviços de saúde”, afirma Brasil (2010).

Para Santos (2011), o território regional deve permitir ao cidadão satisfazer as suas necessidades de saúde. Dessa forma, o reconhecimento do território e seus contextos de uso permite a caracterização descritiva e analítica da população e de suas necessidades de saúde, de proteção e promoção da vida direcionando a tomada de decisão no âmbito da atenção e na elaboração de políticas públicas, a fim de produzir processos de intervenção coerente com a realidade (Santos; Rigotto, 2010).

Entretanto, o que se observa são políticas públicas pensadas a partir do território enquanto espaço político-operativo do sistema de saúde, produzindo ações em descompasso com as reais vulnerabilidades (AUGUSTO et al., 2014). Contudo, nesse momento, a territorialização inerente à regionalização e à implantação das redes de atenção não foi realizada o que pode ter comprometido as etapas subsequentes do processo de implantação e, conseqüentemente, do funcionamento da rede.

A proposta elaborada pelo NUAEM foi, então, apresentada nas CIR de cada região que compunha a RMFA para aprovação. Percebe-se que os principais pontos de conflitos eram direcionados ao Município de Fortaleza e sua dificuldade em pactuar com os demais municípios. “Após a apresentação houve um momento de discussão geral, onde os gestores questionaram a ausência de representantes de Fortaleza, devido ao papel fundamental desse município como referência na formatação da RUE” (ATA CIR/IRS/11.11.2011).

Outro indicativo dessa dificuldade foi identificado na demora do Município de Fortaleza em apresentar sua proposta de pactuação “coloca como dificuldade no processo de pactuação, a sobrecarga de atendimento da rede hospitalar de Fortaleza, sugerindo que os demais municípios também se comprometam na melhoria da estrutura hospitalar local” (ATA CIR/IRS/18.11.2011).

Durante as reuniões em CIR para pactuação da RUE existiram também alternativas potentes para a conformação da rede. Diante do elevado número de atendimento de traumato-ortopedia associados, geralmente as situações de violência e acidentes de trânsito, e da superlotação do hospital de referência para essas condições do Município de Fortaleza, percebeu-se a colaboração dos gestores na busca de solucionar o problema, *“sugere que o paciente seja avaliado antes do encaminhamento para a unidade de referência, através do envio de fotografias das fraturas”*; *“informa que o município de horizonte está aberto para aderir, porém coloca que é necessário evoluir com a utilização de tecnologias”*; *“informa que o hospital de Aquiraz já dispõe de médico traumatologistas e anesthesiologistas, podendo também funcionar como leito de retaguarda”* (ATA CIR/IRS/18.11.2011).

Observa-se que, ao se solidarizarem uns em relação aos outros para efetivamente garantir igualdade há uma ação coletiva para dirimir as desigualdades municipais. Nesse contexto, a região emerge como espaço de promoção de equidade entre os entes federativos que a legitimam e solidarizam-se (Santos; Campos, 2015).

O Decreto Presidencial 7508 de 28 de junho de 2011, tem a integração regional como um de seus principais objetivos (Brasil, 2011b). Para tanto, tem-se como principal ferramenta a governança regional em saúde como estratégica para estabelecer Cogestão intergovernamental nas regiões de saúde, promovendo um justo compartilhamento de responsabilidades entre os entes, ainda que se constitua em um desafio, pois exige a superação dos modos de fazer gestão historicamente pautada na individualidade da municipalização (Bretas Junior; Shimizu, 2017; Ribeiro; Tanaka; Denis, 2017).

Admite-se os espaços da CIR como facilitador para a integralidade de ações e serviços numa região de saúde, por meio de um planejamento regional (Silveira Filho et al., 2016). Assim, infere-se que o funcionamento adequado das instâncias de negociação e decisão no SUS pode representar um avanço do ponto de vista da institucionalidade democrática, sendo de fundamental importância para propiciar a formulação e a implementação de políticas mais adequadas às necessidades de saúde da população.

Assim, posteriormente à elaboração do desenho da RUE na RMFA pelo Grupo Condutor Estadual e de modo a operacionalizar a sua implantação, é conformado o Grupo Condutor da RMFA. Constituído por dois coordenadores regionais, o da Região de Saúde Fortaleza e da Região de Saúde Caucaia, pelo representante do NUAEM/SESA, representante da Coordenadoria de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria (CORAC/SESA) e representantes dos gestores de cada Região de Saúde que compõe a RMFA (ATA CIB/1ª, 2ª, 3ª e 22ªRS/19.12.2011). Ambos os processos foram pactuados em CIB.

A Portaria nº 1.600/2011 não determina a conformação de um Grupo Condutor Regional, contudo sua composição foi importante, tendo em vista que o estado do Ceará optou pela implantação da RUE em todo território cearense, sendo necessário, portanto, a conformação de um grupo central responsável por todas as macrorregiões e de grupos regionais, haja vista melhor divisão dos processos de trabalho.

Após o envio ao Ministério da Saúde do Plano de Ação Estadual que incorporava a implantação em três Macrorregiões (RMFA, Região Metropolitana do Cariri e Região Norte/Sobral) ocorreram mudanças no PDR que reconfiguraram o desenho das redes. A primeira mudança, ainda em 2012, acrescentou mais uma Macrorregião de Saúde, denominada Sertão Central e, posteriormente, em 2014 nova mudança foi feita instituindo a Região Litoral Leste/Jaguaribe. As mudanças foram motivadas, entre outras coisas, pela implantação de novos equipamentos de saúde, como as Policlínicas e os Hospitais Regionais e a expansão dos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192.

Por conseguinte, aconteceram também mudanças na implantação da Rede Regionalizada de Urgência e Emergência, que na primeira proposta de Plano Estadual considerava apenas três Macrorregiões, agora a RUE deverá ser implantada em cinco macrorregiões, considerando a capacidade para atendimento de alta complexidade em cada uma delas.

É nesse contexto que toma corpo o processo de implantação da RUE na Macrorregião de Saúde Fortaleza. A despeito de toda a potencialidade das CIR e da CIB/CE já identificadas em estudos anteriores (Lima et al., 2012; Machado et al., 2014), existiram graves descontinuidades que influenciaram negativamente a implantação da RUE.

Obstáculos à implantação da RUE

A análise das Atas do Grupo Condutor da Macrorregião Fortaleza, bem como da CIB/CE permitiu identificar verdadeiros hiatos no processo de elaboração da RUE. Após o processo supracitado e a liberação do recurso financeiro para execução da Etapa I do Plano de Ação da RUE do Estado do Ceará que autorizava, na prática, apenas a configuração da rede na Macrorregião Fortaleza, não autorizando recurso para as demais macrorregiões.

Um dos obstáculos identificados à construção da RUE refere-se ao centralismo federal na implantação dessa política. Contudo, percebe-se que se por um lado, houve uma tentativa do Governo Federal em oferecer subsídios para a implantação de uma política de maneira vertical e predeterminada, definindo as condições para a aquisição dos equipamentos de saúde

necessários à RUE, desconsiderando as especificidades dos contextos, por outro, houve uma inovação dos entes federados ao pleitear os componentes para suas regiões, justificando aspectos específicos dos seus territórios.

Gestor do município de Pacajus pergunta se poderá pleitear Sala de Estabilização, em virtude da localização geográfica por estar situada em BR (rodovia), além de alta demanda do SAMU devido ao número crescente de violência e acidentes. Sugere-se que seja incluso no plano regional, colocando as justificativas. Dentro do componente hospitalar ficou pactuado que seriam inseridos no plano todos os equipamentos que fossem considerados estratégicos, mesmo não obedecendo a todos os critérios (ATA CIB/CE/11.11.2011).

Ouverney, Ribeiro e Moreira (2017, p. 1198) ressaltam que “a ação conjunta governamental entre os entes da federação não pode ser obtida de forma vertical com a imposição da União nem deve ser deixada ao livre jogo das negociações políticas de natureza informal”. No primeiro caso, poderá haver coerção de práticas inovadoras e pouca adesão à política, enquanto no segundo os conflitos gerados pela competição podem desvirtuar o alcance dos objetivos e resultar em ausência de responsabilização. Para o alcance dos resultados esperados, faz-se necessário manter o equilíbrio entre autonomia dos entes e, na mesma medida, preservar a interdependência (Ouverney; Ribeiro; Moreira, 2017).

Em consonância com os estudos de Almeida et al. (2016) e Goya et al. (2017) os gestores pontuaram que o não cumprimento das pactuações, sendo a Programação Pactuada Integrada (PPI) tema gerador de inúmeros conflitos no planejamento regional “Tá na PPI, mas não é cumprido, os municípios não absorvem suas demandas. E, aí, vai mandando pra cá (Fortaleza). Ele tá na PPI só pra receber. Aí vai mandando extra PPI. E aqui Fortaleza inchando”. Argumentaram o não cumprimento dos acordos devido à escassez de profissionais, sobretudo médicos e a oferta insuficiente de procedimentos do município prestador, em desacordo com a demanda. “Cada um se defende”.

Constata-se ainda, pela fala dos gestores, uma governança regional que tem se caracterizado por predomínio de interesses de teor municipalista, político-partidário e econômico semelhante aos achados de outras pesquisas (Santos; Giovanella, 2014; Casanova et al., 2017). Soma-se a isso o fato de que, no Brasil, e de maneira semelhante no Ceará e na Macrorregião Fortaleza, é histórica a adoção de políticas de saúde baseadas na lógica da oferta instalada, ou seja, características epidemiológicas e necessidades sanitárias da população não fundamentam, necessariamente, o planejamento (Solla; Chioro, 2014; Paim et al., 2011).

Cada prefeito queria construir uma UPA, né, para dizer que... construiu a UPA. Como tem várias outras hoje fechando e outras que nem começaram a funcionar e superlotada com o custo lá em cima. Desde o início que a gente coloca, integração da

rede, capacitação da rede, qualificação da linha de cuidado, isso perpassa por todas as unidades. E essa cultura ela não existe ainda. Essa cultura solidária tem que ser incorporada e apropriada pelo próprio gestor, pelo próprio secretário da saúde do estado, do município.

Contudo, é válido ressaltar a alta institucionalização dos mecanismos governança regional no Estado do Ceará, que permitem relativo equilíbrio no processo de tomada de decisão (Lima et al., 2012; Machado et al., 2014).

Funcionamento da RUE na Região Fortaleza

No que concerne ao atual funcionamento da RUE, os gestores levantaram a questão da escolha própria do usuário em acessar determinados serviços da rede “existe um agravante que é a escolha do próprio usuário, eles fazem seus próprios fluxos, desconsiderando a forma como está organizada a rede”.

A definição de fluxos pelo usuário, independentemente do que é preconizado pelo sistema de saúde é fato identificado em outras investigações. Em pesquisa realizada no Estado do Pernambuco, os resultados revelam que o hospital regional permanece como eixo central da assistência à saúde, pois é reconhecido pela população como lócus privilegiados para solucionar seus problemas de saúde, sejam eles de caráter urgente ou não (Dubeux; Freese; Felisberto, 2013). Em Diamantina é significativa a quantidade de pessoas que se autorreferenciam ao Pronto Socorro, sendo este procurado como atendimento de primeira escolha (ALVES et al., 2015). No município do Rio de Janeiro, as Unidade de Pronto Atendimento (UPA) são sobrecarregadas com um perfil de atendimento predominantemente de baixo risco, sendo resultado da insuficiência da atenção básica e da atenção ambulatorial especializada (Konder; O'dwyer, 2016).

Assim, vale ressaltar o que foi posto pelo supervisor do NUAEM em apresentação feita na CIR acerca da PNAU e da conformação da RUE:

É importância de uma boa condução da Atenção Básica, o que irá refletir na resolutividade dos demais componentes. Reforça que é importante que o município mantenha, nas unidades das localidades mais distantes da sede, uma sala de observação. Esclarece que para esse componente não existe recurso novo (ATA CIR/IRS/11.11.2011).

Porém, o que se percebe hoje, é que os processos de implantação dos componentes UPA e SAMU, que tiveram ampla adesão nos municípios não foram acompanhados pelo fortalecimento da Atenção Básica, o que contraria as diretrizes para implantação da RUE, tendo em vista que estes devem atuar como retaguarda para Atenção Básica e não absorverem suas

demandas, como afirmam os gestores “a atenção primária tá com a cobertura baixa e, aí, a gente tá com as UPAs ainda mais lotadas do que deveria estar. Estão lotadas com perfil de atenção primária. Fora esses pacientes que tã dialisando, fazendo hemotransfusão, tã internados como leito de UTI na UPA”.

A atenção básica ela tem que enxergar muito bem as unidades. Porque o meu papel, enquanto hospital secundário, e ele enquanto UPA, hoje tá sendo super demandando, custo lá em cima, porque eu estou atendendo setenta por cento da minha demanda hoje de perfil da atenção básica. Se você pegar o Gonzaguinha, o Hospital Nossa Senhora da Conceição, setenta por cento da demanda dele hoje é verde, verde bem clarinho e um azul, um azul escuro, que não deveria estar lá.

É preciso reconhecer que a problemática não está na escolha dos usuários por um determinado serviço, pois é o próprio sistema de saúde que tem condicionado essa escolha. O usuário “aprende” a procurar os serviços de urgência e emergência quando, em algum momento a atenção básica não foi resolutiva, o tempo de espera não foi condizente com a gravidade percebida pelo usuário acerca do seu problema de saúde. Portanto, é a forma de organização e funcionamento do sistema que acaba por conduzir a fluxos alternativos, mas que, sobretudo, parecem ser mais resolutivos (Barros; Sá, 2010).

Ademais, embora tenham sido relatadas iniciativas para construção de linhas de cuidados estruturadas na perspectiva da região de saúde que visassem garantir a continuidade do cuidado para o usuário, essas, ainda não estão implantadas. “Já era pra, ao longo desses anos, já ter feito essa integração da rede, na sua plenitude, pegando as linhas de cuidado. É uma coisa que precisa ser trabalhado, por linhas de cuidado, porque você otimiza recursos”.

Para Hartz e Contandriopoulos (2004), a integralidade pressupõe estreita relação com a integração de serviços por meio de redes assistenciais e de interdependência dos atores e organizações, destacando-se que nenhum deles dispõe de todos os recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde da população.

A integralidade só pode ser alcançada por meio de um sistema de saúde organizado em redes, tendo os usuários acesso a diferentes serviços, conforme suas necessidades, devendo possuir determinados fluxos pautados em linhas de cuidado que implicam conexões e comunicações essenciais ao bom funcionamento do SUS (Feuerwerker; Cecílio, 2007). Assim, a ausência de Linhas de Cuidado repercute na oferta de uma assistência fragmentada em que o “doente fica perdido na rede”.

A integralidade da atenção por meio da linha de cuidado é essencial para gerar resolutividade do cuidado em saúde aos usuários que necessitam dos serviços de urgência e emergência, tendo em vista que o cuidado não deve ser limitado somente ao diagnóstico e

tratamento imediato com vistas a evitar a mortalidade. Deve-se, também, oferecer seguimento e cuidado continuado para evitar agudizações e surgimento de morbidades.

Para estruturar as Linhas de Cuidado “a gente precisa ter uma ampliação da estratégia de saúde da família, porque senão a gente não vai conseguir articular essas linhas. A linha de cuidado na RUE não pode tá desvinculada da atenção básica”. Se não houver uma mudança na forma de produzir cuidado, em que a Atenção Básica seja fortalecida não haverá uma redução da demanda de atendimentos ambulatoriais nas emergências hospitalares e Unidades de Pronto Atendimento e nem uma produção de cuidado com qualidade e resolutividade (Barros; Sá, 2010). “A gente precisaria de uma integração desses pontos, para que a gente consiga aumentar a capacidade instalada e reduzir custo, aquilo do paciente certo, no lugar certo, no momento certo”.

Houve na Região de Saúde Fortaleza, amplo investimento em Unidades de Pronto Atendimento, contudo esse processo não foi acompanhado pelo investimento na atenção básica, conforme já explanado, e pela aquisição de leitos de retaguarda em hospitais “a gente precisaria desses hospitais polos, principalmente da macro Fortaleza, tá estruturado, cada um fazendo o seu papel, a gente precisava dessas pactuações reais, completas e responsáveis”. O que, por sua vez, tem repercutido de forma negativa nas emergências hospitalares e tem gerado um perfil de atendimento da UPA que restringe a potência dessas unidades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ações que sejam capazes de fortalecer os mecanismos de governança, oportunizando a tomada de decisão informada, favorecendo encaminhamentos qualificados com atendimentos resolutivos devem promover a racionalização do acesso aos recursos especializados, garantindo a equidade e contribuindo para a diminuição do tempo-resposta. Elas colaboram para o fortalecimento da integralidade, o que tende a produzir menores índices de morbimortalidade.

Por outro lado, mecanismos de governança fortalecidos são equacionados por pactos não cumpridos, negociações pautadas em políticas eleitorais e direcionadas a ganhos econômicos em detrimento de ganhos epidemiológico, clínicos e sociais.

Observa-se que a implantação do conjunto dos componentes da RUE na Macrorregião de Saúde Fortaleza não se fez acompanhada, na mesma medida, do processo de modificação do modelo assistencial em direção a uma atenção integral, resolutiva, qualificada e centrada no usuário.

A RUE da Região de Saúde Fortaleza “ainda tá longe de funcionar como a portaria preconiza”. Todavia, estão sendo lançados esforços para a mudança desse cenário com a reforma e construção de novos hospitais regionais, a ampliação do hospital de referência em traumatologia em fortaleza e a expansão do SAMU 192, com organização regional.

Por fim, cabe destacar como limite desta pesquisa a não inclusão da percepção de trabalhadores e usuários, o que, ao mesmo tempo serve de indicativo para a realização de novas investigações.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. F.; SANTOS, A. M.; SANTOS, V. P.; SILVEIRA FILHO, R. M. Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 320-335, 2016.

ALVES, M. L. F.; GUEDES, H. M.; MARTINS, J. C. A.; CHIANCA, T. C. M. Rede de referência e contrarreferência para o atendimento de urgências em um município do interior de Minas Gerais-Brasil. *Revista Médica de Minas Gerais*, Minas Gerais, v. 25, n. 4, p. 469-475, 2015.

ASSIS, M. M. A.; JORGE, M. S. B. Métodos de análise em pesquisa qualitativa. In: SANTANA, J. S. S. S.; NASCIMENTO, M. A. A. (Orgs.). *Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social*. Feira de Santana: UEFS Editora, 2010.

AUGUSTO, L. G. S. et al. Desafios para a construção da 'Saúde e Ambiente' na perspectiva do seu Grupo Temático da Associação Brasileira de Saúde Coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 10, p. 4081-4089, 2014.

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

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONESP. *Normas para pesquisas envolvendo seres humanos: Resolução CNS 466*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. 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] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 31 dez. 2010. Seção I, p. 88.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 08 jul. 2011a. Seção I, p. 69.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 29 jun. 2011b. Seção I, p. 1-3.

BRETAS JUNIOR, N.; SHIMIZU, H. E. Reflexões teóricas sobre governança nas regiões de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, p. 1085-1095, 2017.

CASANOVA, A. O. et al. A implementação de redes de atenção e os desafios da governança regional em saúde na Amazônia Legal: uma análise do Projeto QualiSUS-Rede. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, p. 1209-1224, 2017.

DUBEUX, L. S.; FREESE, E.; FELISBERTO, E. Acesso a hospitais regionais de urgência e emergência: abordagem aos usuários para avaliação do itinerário e dos obstáculos aos serviços de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 345-369, 2013.

FEUERWERKER, L. C. M.; CECÍLIO, L. C. O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 12, p. 965-971, 2007.

GOYA, N. et al. Percepções de gestores estaduais da saúde sobre o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde no Ceará, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1235-1244, 2017.

HARTZ, Z. M.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um " sistema sem muros". *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, p. S331-S336, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Informações sobre as cidades*: Ceará. Brasília, 2018.

KONDER, M. T.; O'DWYER, G. A integração das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) com a rede assistencial no município do Rio de Janeiro, Brasil. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 20, p. 879-892, 2016.

LIMA, L. D. et al. Interdependência federativa na política de saúde: a implementação das Unidades de Pronto Atendimento no estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, p. 595-606, 2015.

MACHADO, C. V. et al. Federalismo e política de saúde: comissões intergovernamentais no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 642-650, 2014.

MAGALHÃES, F. Introdução. In: MAGALHÃES, F. (ed.). *Regiões metropolitanas no Brasil: um paradoxo de desafios e oportunidades*. Banco Interamericano de Desenvolvimento. Washington, DC: BID, 2010, p. 11-29.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. Hucitec: São Paulo, 2013.

OUVERNEY, A. M.; RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. O COAP e a Regionalização do SUS: os diversos padrões de implementação nos estados brasileiros. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, p. 1193-1207, 2017.

PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

RIBEIRO, P. T.; TANAKA, O. Y.; DENIS, J. L. Governança regional no Sistema Único de Saúde: um ensaio conceitual. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, p. 1075-1084, 2017.

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Regional governance: strategies and disputes in health region management. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 48, p. 622-631, 2014.

SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 387-406, 2010.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1671-1680, 2011.

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

SILVEIRA FILHO, R. M.; SANTOS, A. M.; CARVALHO, J. A.; ALMEIDA, P. F. Ações da Comissão Intergestores Regional para gestão compartilhada de serviços especializados no Sistema Único de Saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, p. 853-878, 2016.

SOLLA, J.; CHIORO, A. Atenção ambulatorial especializada. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz: Cebes, 2014. p. 547-576.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D.; FERREIRA, M. P. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, p. 2317-2326, 2010.

VIANNA, R. P.; LIMA, L. D. Colegiados de Gestão Regional no estado do Rio de Janeiro: atores, estratégias e negociação intergovernamental. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, p. 1025-1049, 2013.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, p. 181-190, 2013.

YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

6 CONCLUSÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) passa por tempos difíceis. Forjado há mais de 20 anos, em um momento histórico no qual as políticas de Estado de bem-estar social perdiam espaço para o modelo neoliberal, o SUS vivencia, hoje, um processo de fragilização, em grande parte, associada a práticas de privatização. Encontram-se em risco, dessa forma, os princípios da universalidade, da equidade e da integralidade da atenção à saúde. Filiado à tradição das políticas públicas, pois foi concebido como um sistema de proteção social, o SUS sofre os impactos, desde a sua existência, da tensão permanente entre a garantia da universalidade e a contenção de gastos relacionados às políticas sociais. Essa tensão fica evidente quando se verifica a forma como tem sido operacionalizado os serviços de saúde e os processos de gestão em saúde.

É nesse contexto, operado em grande medida pela lógica do capital financeiro, que a Avaliação em Saúde tem sido captada, servindo de instrumento para garantir a lógica utilitarista do mercado financeiro, refletindo a ideologia do produtivismo. Tal afirmativa fica clara quando os gestores argumentam que a melhora na saúde da uma população é resultado da quantidade de serviços e produtos médico-hospitalares que o território possui disponível, o que na realidade, não significa, necessariamente, melhoria das condições de saúde dessa população, conforme temos observado no processo de implantação das Redes de Atenção às Urgências e Emergências, onde a aquisição de equipamento e construção de novos serviços não foram capazes de proporcionar a integralidades do cuidado, pois não foram acompanhadas por processo de qualificação, planejamento regional com base nas necessidades da população e, enfim, princípios garantidores do direito à saúde.

Dessa forma, infere-se que o utilitarismo contribui para afastar os vínculos sociais e enfraquecer os mecanismos de solidariedade fundamentais para se afirmar a responsabilidade compartilhada e a participação ativa na gestão em saúde. O que, nesta presente pesquisa fica evidente quando interesses políticos eleitorais se sobrepõe as necessidades de saúde, quando a escolher em pleitear uma Unidade de Pronto Atendimento é ancorada no interesse dos gestores de “mostrar trabalho”, sem, contudo, necessariamente mostrar resultados que, de fato, impactem nas condições de vida e saúde da sua população.

Nesse contexto, a saúde acaba por seguir as regras do mercado, consumindo cada vez mais tecnologias médicas, consultas, exames e medicamentos. E isso não significa, necessariamente, melhoria das condições de saúde da população.

Deve-se buscar a defesa de um modelo pautado na integralidade, e aqui emerge o sistema de saúde organizado em redes de atenção. Conduto para a efetivação dos ganhos que esse modelo poderá proporcionar deve-se conceber a saúde como consequência de fatos políticos, econômicos e ideológicos, ou seja, como resultado de um produto social e não meramente biológico.

O estudo de avaliabilidade da Rede de Atenção às Urgências e Emergências na Região de Saúde Fortaleza possibilitou a sistematização dos processos de institucionalização, implantação e implementação desta, tendo em vista que durante a execução da pesquisa observou-se fragilidades no funcionamento da rede que permitiram inferir que a mesma se encontra não implantada. Essa constatação vai de encontro a percepção de alguns gestores que, embora reconheçam as falhas no seu funcionamento consideram a RUE implantada na região. Isso porque, para eles o critério norteador foi a presença de serviços de saúde que atendam a média e alta complexidade.

Seguindo a premissa de que implantar uma RUE resumia-se a implantar serviços de saúde o processo de implantação da rede priorizou a construção e reforma dos serviços de saúde que, por sua vez, não foi acompanhada pelos processos organizativos de criação de linhas de cuidado, desenvolvimento de protocolos e implementação do telemedicina/telessaúde que estão associados à melhoria da assistência e à redução da superlotação das emergências hospitalares. Investiu-se na estrutura, mas não nos processos.

O fortalecimento da APS não foi prioritário para os gestores no processo de implantação da RUE no estado, assim como também não tem sido em outras regiões do país. Aspectos como implantação de sala de observação na UBS, capacitação da Equipe Saúde da Família e expansão da cobertura foram desprestigiados em favor da implantação da UPA e expansão do SAMU.

Admite-se que a ênfase nas estruturas não é apenas resultados das representações dos gestores acerca da implantação da RUE, mas também da sua percepção acerca de cuidado e saúde que, conforme já exposto está condicionada às práticas utilitaristas e a ideologia produtivista. Ademais, no que concerne ao produtivismo, observou-se que a construção de serviços de saúde para estruturação da RUE foi conduzida pela lógica de um produtivismo político para fins eleitorais o que resultou em serviços descontextualizados.

Por outro lado, as experiências em Colegiados de Gestão no estado do Ceará com avançada institucionalização dos mecanismos governança regional tem sido potencializadoras no processo de implantação de políticas públicas.

Admite-se que a RUE da Região de Saúde Fortaleza “ainda tá longe de funcionar como a portaria preconiza”. Todavia, estão sendo lançados esforços para a mudança desse cenário com a reforma e construção de novos hospitais regionais, a ampliação do hospital de referência em traumatologia em fortaleza e a expansão do SAMU 192, com organização regional, a instituição do Planejamento Regional Integrado e a reestruturação do Grupo Condutor da RUE.

Percebe-se na maior parte dos gestores a vontade de “fazer acontecer a RUE”, muito embora reconheçam a complexidade do desafio e a falhas nos processos. Esse reconhecimento foi possibilitado em certa medida pela condução desta avaliação participativa e, em grande parte, pela elaboração dos Modelos Teórico, Lógico e Matriz de Avaliação.

Desse modo o referencial teórico-metodológico utilizado possibilitou a objetivação dos problemas e a elaboração de estratégias exequíveis e necessárias para o alcance dos efeitos esperados. Proporcionou, ainda, o compartilhamento de conhecimentos, a construção coletiva e a transformação dos participantes desta pesquisa em sujeitos ativos no processo de produção da ciência.

Percebe-se agora a complexidade e da dificuldade de se propor algo na contramão da lógica atual, ou seja, da lógica do capitalismo e do produtivismo a ele inerente. Entretanto, é nos sujeitos da pesquisa que reprodutores dessa lógica que podemos identificar as pistas capazes de promover as mudanças. A melhoria da qualidade da gestão, o foco nos processos, o fortalecimento da governança, o estabelecimento de uma cultura avaliativa e do controle social, o fortalecimento das regiões de saúde e a utilização da avaliação como um instrumento de fortalecimento do SUS têm sido alguns dos desafios visualizados pelos sujeitos da pesquisa, que por sua vez foram construídos em coletividade durante esse processo de avaliar a rede, na mesma medida em que se avaliavam as próprias condutas.

Destaca-se que quanto mais a avaliação for bem-sucedida, mais provável será que ela promova a possibilidade de novas perguntas. Ela “semeia dúvidas sem ter condições de dar todas as respostas e não pode nunca terminar realmente, deve ser vista como uma atividade dinâmica no tempo”. Na medida em que a avaliação passa a ser percebida como parte do desenvolvimento de uma cultura democrática, tende a se tornar uma ferramenta de mudança, possibilitando uma visão crítica da ordem estabelecida e um instrumento de libertação.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M. V.; VIANA, A. L. D. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 12, p. 28-38, dez. 2015.

ALMEIDA FILHO, Naomar de; CASTIEL, Luis David; AYRES, José Ricardo. Riesgo: concepto básico de la epidemiología. **Salud colectiva**, Buenos Aires, v. 5, n. 2, p. 323-344, jul. 2009.

ALMEIDA, C. A. L; TANAKA, O. Y. Avaliação em saúde: metodologia participativa e envolvimento de gestores municipais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, n. 45, p. 98-112, ago. 2016.

ARRETCHE, M. Federalismo e relações intergovernamentais no Brasil: a reforma de programas sociais. **Revista Dados**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 3, p. 431-458, ago. 2002.

ASSIS, M. M. A.; JORGE, M. S. B. Métodos de análise em pesquisa qualitativa. In: SANTANA, J. S. S. S.; NASCIMENTO, M. A. A. (Orgs.). **Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social**. Feira de Santana: UEFS Editora, 2010.

ASSIS, E. *et al.* Regionalização e novos rumos para o SUS: a experiência de um colegiado regional. **Saude soc.**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 17-21, jan. 2009.

AUGUSTO, Lia Giraldo da Silva *et al.* Desafios para a construção da 'Saúde e Ambiente' na perspectiva do seu Grupo Temático da Associação Brasileira de Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 10, p. 4081-4089, out. 2014.

BARBOSA, J. P. A. **Saúde & Poder: uma história das instituições de saúde pública do Estado do Ceará**. Fortaleza: RDS, 2017.

BEZERRA, L. C. A.; CAZARIN, G.; ALVES, C. K. A. Modelagem de Programas: da teoria à operacionalização. In: SAMICO, I. *et al.* **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010.

BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1439-1454, jul. 2009.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 18 abr. 2018.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 dez. 1990a. Seção 1, p. 25694. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm>. Acesso em: 18 abr. 2018.

BRASIL. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990b. Seção 1, p. 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 11 dez. 2017.

_____. Portaria nº 356, de 8 de abril de 2013. Redefine o cadastramento, no SCNES, das Centrais de Regulação das Urgências e das Unidades Móveis de Nível Pré-Hospitalar de Urgências pertencentes ao Componente SAMU 192 da Rede de Atenção às Urgências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 abr. 2013a. Seção 1, p. 67. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt0356_08_04_2013.html>. Acesso em: 29 abr. 2018.

_____. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 fev. 2006a. Seção 1, p. 43-51. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 12 abr. 2018

_____. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 08 jul. 2011a. Seção 1, p. 69. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html>. Acesso em: 20 abr. 2018.

_____. Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003: Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 06 out. 2003a. Seção 1, p. 56. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html>. Acesso em: 25 abr. 2018.

_____. Portaria nº 1.864, de 29 de setembro de 2003. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU - 192. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 06 out. 2003b. Seção 1, p. 57. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1864_29_09_2003.html>. Acesso em: 15 abr. 2018.

_____. Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Aprova, na forma do anexo desta Portaria, o regulamento técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 nov. 2002a. Seção 1, p. 32. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html>. Acesso em: 22 abr. 2018.

_____. 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, 31 dez. 2010. Seção 1, p. 88. Disponível em: <

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 16 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 jun. 2011b. Seção 1, p. 1. Disponível em: <http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/DEC%207.508-2011?OpenDocument>. Acesso em: 06 out. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo da rede de atenção às urgências e emergências no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. **Pactos pela vida e de gestão: regulamento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. (Série Pactos pela Saúde, vol. 2).

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional às urgências**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. 256p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional de Assistência à Saúde, NOAS/SUS 01/02. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 fev. 2002b. Seção 1, p. 52. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>. Acesso em: 20 abr. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 545 de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 maio 1993. Seção 1, p. 6961. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html>. Acesso em: 21 abr. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Norma Operacional Básica, NOB/SUS 01-96. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 nov. 1996. Seção 1, p. 22932. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nob1_96.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 1987.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 466. Normas para pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 dez. 2012a. Seção 1, p. 1. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 18 abr. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012b.

BROUSSELLE, A. *et al.* **Avaliação**: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

CARRET, M. L. V. *et al.* Características da demanda do serviço de saúde de emergência no Sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 1069-1079, jan. 2011.

CARRET, M. L. V.; FASSA, A. C. G.; DOMINGUES, M. R. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 7-28, jan. 2009.

CEARÁ (Estado). Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. **Plano Diretor de Regionalização 2011**. Fortaleza, [s.n.], 2012.

_____. **Plano Diretor de Regionalização 2014**. Fortaleza: [s.n.], 2014.

CHAMPAGNE, F. *et al.* A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELLE, A. *et al.* **Avaliação**: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011a. cap. 3, p. 41-60.

_____. Modelizar as intervenções. In: BROUSSELLE, A. *et al.* **Avaliação**: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011b. cap. 4, p. 61-74.

_____. Avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELLE, Astrid *et al.* **Avaliação**: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011c. cap. 7, 93-107.

CHEBLI, I. C. F.; PAIVA, M. G.; SOUZA, A. I. S. A Regionalização: desdobramentos da descentralização. **Revista Aps, Juiz de Fora**, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 84-94, jan. 2010.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 705-711, mar. 2006.

_____. Is the institutionalization of evaluation sufficient to guarantee its practice? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 253-256, fev. 1999.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. *et al.* A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em Saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. cap. 9, p. 87-102.

CRUZ, M. M. Avaliação de Políticas e Programas de saúde: contribuições para o debate. In: MATTOS, Ruben Araújo; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. **Caminhos para análise das políticas de saúde**. Porto Alegre, Editora Rede Unida, 2011. cap. 7, p. 286-317.

DENIS, J. L.; CHAMPAGNE, F. Análise da implantação. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em Saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. cap 10, p. 150-162.

DONABEDIAN, Avedis. The seven pillars of quality. **Arch Pathol Lab Med**, Chicago, v. 114, n. 11, p. 1115-1118, nov. 1990.

DOURADO, D. A.; ELIAS, P. E. M. Regionalization and political dynamics of Brazilian health federalism. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, jan. 2011. p. 204-211.

DUBEUX, L. S.; FREESE, E.; FELISBERTO, E. Acesso a hospitais regionais de urgência e emergência: abordagem aos usuários para avaliação do itinerário e dos obstáculos aos serviços de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 345-369, fev. 2013.

ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Orgs.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. cap. 3, p. 29-42.

ESMERALDO, G. R. O. V.; OLIVEIRA, L. C. Resgatando a história do Programa Saúde da Família em Fortaleza-Ceará. In: OLIVEIRA, L. C.; ÁVILA, M. M. M; MAIA, L. F. R. B. (Orgs.). **Organização dos serviços de saúde no Ceará: desafios da universalidade do acesso e da integralidade da atenção**. Fortaleza: EdUECE, 2012. cap. 4, p. 39-56.

FALLETI, T. **Decentralization and subnational politics in Latin America**. Cambridge: Cambridge University Press, 2010. 285 páginas.

FELISBERTO, Eronildo. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, v. 4, n. 3, p. 317-321, jul. 2004.

FLICK, U. Introdução à pesquisa qualitativa. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal de Fortaleza. **Plano Plurianual 2014-2017**. Fortaleza, 2014. 382 p.

_____. Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social. **Proposta para implantação do Programa de Saúde da Família**. Fortaleza, 1997.

FRENK, J. **Bridging the divide: comprehensive reform to improve health in Mexico**. Nairobi: Commission on Social Determinants of Health, 2006.

FROTA, A. C. **O processo de trabalho da estratégia saúde da família: o caso fortaleza**. 2009. 115 f. Dissertação (Mestrado em Vigilância em Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2009.

FURTADO, J. P.; SILVA, L. M. V. A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, p. 2643-2655, dez. 2014.

GADELHA, C. A. *G et al.* Saúde e desenvolvimento: uma perspectiva territorial. In: VIANA, A. L. A. V.; IBÁÑEZ, N.; ELIAS, P. E. M. (Orgs.). **Saúde, desenvolvimento e território**. São Paulo: Hucitec, 2009. cap. 7, p. 97-123.

GASPARINI, Max Felipe Vianna; FURTADO, Juarez Pereira. Avaliação de programas e serviços sociais no Brasil: uma análise das práticas no contexto atual. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, v. 117, n. 1, p. 122-141, jan. 2014.

GOMES, Wanessa da Silva; BEZERRA, Adriana Falangola Benjamin. **Programa de melhoria do acesso e qualidade da atenção básica**: reflexões sobre o papel da avaliação na efetivação da integralidade em saúde. [S.l.]: Novas Edições Acadêmicas, 2014.

GONDIM, Grácia Maria de Miranda *et al.* O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, Ary Carvalho *et al.* (Orgs.). **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Avaliação de quarta geração**. Campinas: Editora da Unicamp, 2011.

HARTZ, Z. M. A. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. **Ciência & Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 341-353, fev. 1999.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 331-336, fev. 2004.

HARTZ, Z. M. A.; SILVA, Ligia Maria Vieira da (Orgs.). Avaliando a Implantação das Intervenções em Saúde: novas atribuições. In: **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

HILLESHEIM, Betina; BERNARDES, Anita Guazzelli. Território e nomadismo: a saúde em questão. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 66, n. 3, p. 47-58, jul. 2014.

IBAÑEZ, N.; ELIAS, P. E. M.; SEIXAS, P. H. D. **Política e gestão pública em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Informações sobre as cidades**: ceará. Brasília: IBGE, 2015.

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

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, dez. 2011.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 156-172, fev. 2001.

LIMA, Elizabeth Maria Freire de Araújo; YASUI, Silvio. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 593-606, set. 2014.

MARK, M. M.; HENRY, G.; JULNES, G. **Evaluation: an integrated framework for understanding, guiding and improving policies and programs.** San Francisco: Jossey-Bass, 2000.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo.** 3. ed. Brasília: IPEA, 1997.

MEDINA, M. G. *et al.* Usos de modelos teóricos na avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA, L. M. V. (Orgs.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. cap. 3, p. 41-63.

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

_____. **A construção social da atenção primária à saúde.** Brasília: CONASS, 2015.

_____. **A construção social da vigilância à saúde do distrito sanitário.** Brasília: OPS, 1993. (Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde).

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

_____. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 190-208. ago. 2010.

_____. Comentários sobre as Redes de Atenção à Saúde no SUS. **Rev. Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 52, p. 38-49, jan. 2014.

_____. **Os grandes dilemas do SUS.** Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

MERCADO, Francisco Javier *et al.* Avaliação de políticas e programas de saúde: enfoques emergentes na Ibero-América no início do século XXI. In: BOSI, Maria Lúcia Magalhães; MERCADO, Francisco Javier (Org.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes.** Petrópolis: Vozes, 2006, cap. 2, p. 22-62.

MERCADO, Francisco Javier; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Avaliação não tradicional de programas de saúde: anotações introdutórias. In: BOSI, Maria Lúcia Magalhães; MERCADO, Francisco Javier (Org.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes.** Petrópolis: Vozes, 2006, cap. 1, p. 11-21.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E, ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público.** 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. cap. 4, p. 71-112.

MESQUITA, R. M. S. O sistema Microrregional de Serviços de Saúde no Estado do Ceará: o caso da microrregião de Canindé. In: OLIVEIRA, L. C; ÁVILA, M. M. M; MAIA, L. F. R. B (Orgs.). **Organização dos serviços de saúde no Ceará: desafios da universalidade do acesso e da integralidade da atenção.** Fortaleza: EdUECE, 2012. cap. 2, p. 21-38.

MINAYO, M. C. S. Conceito de avaliação por triangulação de métodos. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Orgs.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. cap. 2, p. 19-51.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Hucitec: São Paulo, 2013.

_____. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 30. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

_____. Pesquisa avaliativa por triangulação de métodos. In: BOSI, Maria Lúcia Magalhães; MERCADO, Francisco Javier (Org.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006, p. 163-190.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Orgs.) **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.

MOLINA, Astrid Natalia Jaramillo. Territorio, lugares y salud: redimensionar lo espacial en salud pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. 122-135, jan. 2018.

MONKEN, M. *et al.* O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: CARVALHO, A. *et al.* (Orgs.). **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. cap. 5, 86-99.

MONKEN, Maurício; BARCELLOS, Christovam. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, jun. 2005.

MORAES, Ilara Hämmerli Sozzi de; SANTOS, Silvia Regina Fontoura Rangel dos. Informações para a gestão do SUS: necessidades e perspectivas. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v. 10, n. 1, p. 49-56, jan. 2001.

O'DWYER, G. A gestão da atenção às urgências e o protagonismo federal. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2395-2404, maio 2010.

_____. **O princípio da integralidade e o SAMU**. 2009. 338 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

O'DWYER, G. O.; OLIVEIRA, S. P.; SETA, M. H. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1881-1890, maio 2009.

OLIVEIRA, L. C. **As práticas de participação institucionalizadas e sua interface com a cultura política: um olhar sobre o cotidiano de um Conselho Municipal de Saúde no Nordeste brasileiro**. 258 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Atenção primária em saúde: agora mais do que nunca**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

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

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS**: construindo as redes de atenção no SUS, contribuições para o debate. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

_____. **Redes integradas de servicios de salud**: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington: OPS, 2010.

_____. **A atenção à saúde coordenada pela APS**: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

PAIM, J. Avaliação em saúde: uma prática em construção no Brasil. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. (Orgs.). **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. cap. 1, p. 9-11.

PATTON, M. Q. **Utilization-focused evaluation**. The new century text. Thousand Oaks: SAGE Publications, 1997.

PEDUZZI, M. A articulação de enfoques quantitativos e qualitativos na avaliação em saúde: contemplando a complexidade dos objetos. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 4, n. 7, p. 126-128, ago. 2000.

PINHEIRO, Roseni; SILVA JUNIOR, Aluisio Gomes da. A centralidade do usuário na avaliação em saúde: outras abordagens. In: PINHEIRO, Roseni; MARTINS, Paulo Henrique Novaes (Orgs.). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário**: abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro: Abrasco, 2011.

PONTE, D. C. F. **Política de humanização na estratégia saúde da família**: caso de uma unidade de saúde no município de Fortaleza/CE. 2014. 123 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2014.

SAMICO, I. *et al.* **Avaliação em saúde**: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook, 2010.

SANTOS, Adriano Maia dos. **Gestão do cuidado na microrregião de saúde de Vitória da Conquista (Bahia)**: desafios para constituição de rede regionalizada com cuidados coordenados pela Atenção Primária à Saúde. 2013. 334. Tese (Doutorado em Ciências) – Ministério da Saúde, Fiocruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

SANTOS, Alexandre Lima; RIGOTTO, Raquel Maria. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trab. educ. saúde (Online)**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 387-406, nov. 2010.

SANTOS, M.; SILVEIRA, M. L. **O Brasil**: território e sociedade no início do século XXI. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SANTOS, Milton. **Da totalidade ao lugar**. São Paulo: Edusp, 2005.

_____. **Metamorfoses do espaço habitado**. São Paulo: Hucitec, 1988.

_____. **O país distorcido: o Brasil, a globalização e a cidadania**. São Paulo: Publifolha, 2002.

SCRIVEN, M. **Evaluation thesaurus**. 4. ed. Newbury Park: Sage Publication, 1991.

SHORTELL, S. M. *et al.* Remaking health care in America. **Hospitals & health networks**, Chicago, v. 70, n. 6, p. 126-139, jun. 1996.

SILVA, S. F. (Org.). **Redes de Atenção à Saúde: desafios da regionalização no SUS**. 2. ed. Campinas: Saberes Editora. 2013.

SIMÕES, Celso Cardoso da Silva. **Relações entre as alterações históricas na dinâmica demográfica brasileira e os impactos decorrentes do processo de envelhecimento da população**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

SOUZA, L. E. P. F.; SILVA, L. M. V.; HARTZ, Z. M. A. Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: HARTZ, Z. M. A; SILVA, L. M. V. (Orgs.). **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e serviços**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. cap. 8, p. 87-95.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

TANAKA, O. Y. Avaliação em saúde: novos tempos, novas construções. In: TANAKA, O. Y; RIBEIRO, E. L.; ALMEIDA, C. A. L. (Orgs.). **Avaliação em saúde: contribuições para a incorporação no cotidiano**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017. cap. 1, p. 1-9.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 821-828, abr. 2012.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1992.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D. O processo de regionalização na saúde: contextos, condicionantes e papel das Comissões Intergestores Bipartites. In: VIANA, A. L. A.; LIMA, L. D. (Orgs.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. cap. 1, p. 11-24.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D.; FERREIRA, M. P. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos colegiados de gestão regional. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2317-2326, maio 2010.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. Análise de Políticas de Saúde. In: GIOVANELLA, Lúgia (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012, cap. 5, p. 59-87.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Avaliação de políticas e programas de saúde**. Editora Fiocruz, 2014.

YASUI, Silvio. **A produção do cuidado no território: "há tanta vida lá fora"**. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Quarta Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. cap. 10, p. 159, 180.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista: Membros das instâncias colegiadas, CIR e CIB

Data: ___/___/____

Sexo: F () M ()

Formação: _____

Instância Colegiada que Participa: () CIB/CE () CIR/CE

Função desempenhada na Instancia Colegiada: _____

Tempo de participação na Instância Colegiada: _____

-
- 1) Como são definidas as pautas da Reunião?
 - 2) Fale acerca do funcionamento das Redes de Atenção à Saúde na Região de Saúde de Fortaleza;
 - 3) Fale acerca do processo de implantação da RUE na Região de Saúde de Fortaleza. Como seu deu o planejamento das ações?
 - 4) Como são tomadas as decisões relativas à RUE no seu cotidiano?
 - 5) Como são tratados os problemas enfrentados na RUE?
 - 6) Quais são os desafios para a tomada de decisão nesta Instância?
 - 7) Na sua opinião, o que precisa ser melhorado na RUE?
 - 8) Quais são os fatores limitantes para o funcionamento da RUE?
 - 9) Quais são os fatores facilitadores para funcionamento da RUE?
 - 10) Quais estratégias poderiam ser adotadas para melhorar a articulação em os componentes da RUE?

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista: Grupo Condutor da RUE e Técnico da SESA-CE e SMS-Fortaleza

Data: ___/___/_____

Sexo: F () M ()

Formação: _____

Tempo de participação no Grupo Codutor: _____

- 1) Fale acerca do processo de implantação da RUE na Região de Saúde de Fortaleza. Como seu deu o planejamento das ações?
- 2) O que a SESA/SMS espera da RUE?
- 3) Dentro do conceito esperado de Rede pela SESA, a RUE está atingindo o objetivo?
- 4) O que precisa ser melhorado na RUE?
- 5) Como são tomadas as decisões relativas à RUE no seu cotidiano?
- 6) Quais são os fatores limitantes para o funcionamento da RUE?
- 7) Quais são os fatores facilitadores para funcionamento da RUE?
- 8) Quais estratégias poderiam ser adotadas para melhorar a articulação em os componentes da RUE?

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os gestores das instâncias colegiadas, grupo condutor da RUE e técnicos da SESA-CE e SMS Fortaleza

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NA REGIÃO DE SAÚDE FORTALEZA que tem como objetivo: Avaliar a implantação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) em Fortaleza. Queremos saber sobre: Quais características do contexto podem influenciar na implantação da rede? Qual o nível de implantação da RUE? Como ocorreu o processo de implantação, considerando os documentos e a percepção dos gestores, trabalhadores e usuários. Como se deu o planejamento das ações? A pesquisa utilizará com os membros das instâncias colegiadas (CIR, CIB e CESAU) e grupo condutor da RUE no estado a técnica da entrevista semiestruturada que será gravada e terá tempo máximo de sessenta minutos. As informações registradas serão sigilosas e não haverá divulgação de nomes ou demais características que possam identificar o participante da pesquisa. A pesquisa poderá trazer os seguintes riscos: receio de externar seus pensamentos, cansaço e constrangimento, riscos que serão reduzidos com a promoção de uma atmosfera amigável, possibilidade de interromper a entrevista a qualquer momento e sala privativa para a realização da mesma; com o reforço das orientações afirmando não haver uma resposta certa ou errada; e com a garantia de confidencialidade das respostas. A pesquisa não trará prejuízo na qualidade e condição de vida e trabalho dos participantes, no entanto, se houver algum desconforto ou incômodo, você terá a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento, tendo em vista que sua participação nesta investigação não é obrigatória. Contatos através do telefone: Jamine Borges: (85) 99666-4631 e email: jaminebmorais@gmail.com. Os discursos e informações coletadas serão utilizados para compor os resultados da investigação, os quais serão publicados em periódicos, apresentados em eventos científicos assim como nos cenários da pesquisa. Como benefícios, esperamos com esse estudo colaborar para a tomada de decisão acerca dos processos de implantação da RUE, subsidiando gestores, membros das instâncias colegiadas e funcionários da secretaria de saúde do Estado e da Região de Saúde de Fortaleza. Acreditamos que a tomada de decisão baseada em estudos científicos possa responder as necessidades de saúde da população de modo a melhorar a assistência e a qualidade de vida. Se desejar obter informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa - CEP, da Universidade Estadual do Ceará - UECE, que funciona na Av. Dr. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, bairro Serrinha, Fortaleza-CE, telefone (85)3101-9890, e-mail: cep@uece.br. Assim, após ter sido informado

sobre a pesquisa, caso consinta em participar, você assinará duas cópias deste termo que também será assinado pelo pesquisador, ficando uma cópia com você.

Termo de Consentimento Pós-Esclarecido

Eu, _____, após tomar conhecimento da forma como será realizada a pesquisa, aceito, de forma livre e esclarecida, participar da mesma.

Fortaleza/CE, ____/____/2018.

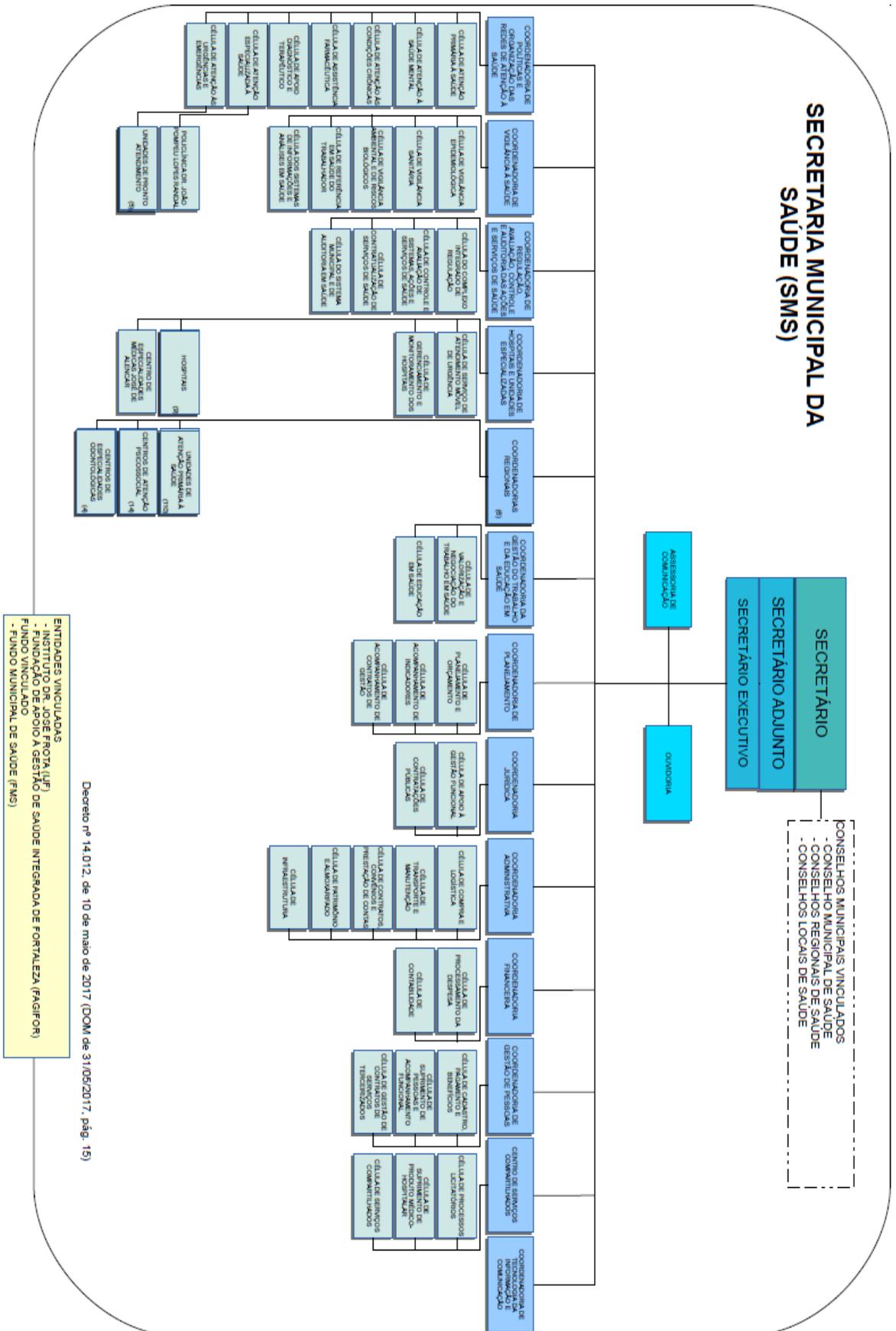
Participante

Pesquisador

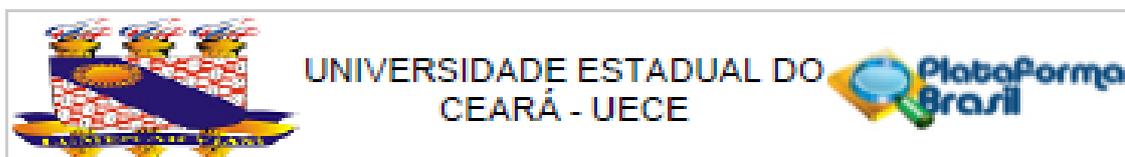
Jamine Borges de Morais

ANEXOS

ANEXO B – Organograma Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza



ANEXO C – Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NA REGIÃO DE SAÚDE DE FORTALEZA

Pesquisador: Jamine Borges de Moraes

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 87711018.6.0000.5534

Instituição Proponente: Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.810.070

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa avaliativa com abordagem qualitativa acerca da análise de Implantação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) na Região de Saúde de Fortaleza. A pesquisa será realizada em três momentos. No primeiro será dada ênfase a estimação do nível de implantação da RUE; no segundo momento a análise do contexto será privilegiada; e por fim no terceiro e último momento a pesquisa se voltará à trajetória dos usuários na RUE. A coleta de dados será realizada na Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA) e Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Fortaleza. Participarão do estudo os membros da Comissão Intergestores Bipartite (CIB/CE) que contempla gestores da esfera estadual e municipal; Comissão Intergestores Regionais (CIR/CE) que por sua vez é composta por gestores dos municípios que compõe a Região de Saúde, no caso da região selecionada para esta investigação os municípios de Fortaleza, Aquiraz, Eusébio e Itaitinga, bem como representante da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA); Grupo Condutor Estadual (GCE) constituído por membros da SESA, do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e de um apoiador do Ministério da Saúde. Além dessas Instituições, participará da pesquisa os representantes do governo, dos trabalhadores e dos usuários que compõe o Conselho de Saúde do Estado (CESAU/CE). Acrescenta-se que serão selecionados por indicação dos profissionais de saúde pertencentes a Unidade de Atenção Primária três usuários que sejam capazes de representar as três linhas de cuidado prioritárias da RUE – Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Encefálico (AVE) e trauma.

Endereço: Av. Sítio Manguba, 1700

Bairro: Itapevi

CEP: 60.714-903

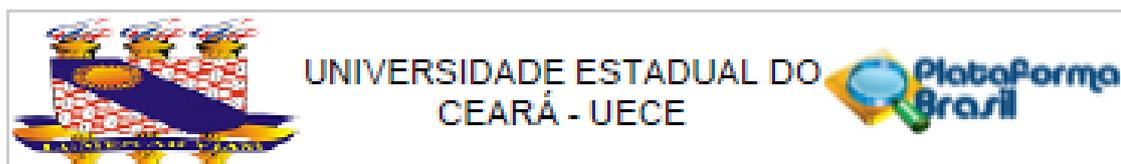
UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-0800

Fax: (85)3101-0006

E-mail: cep@uece.br



Continuação do Parecer 2.010.070

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMÁRIO: Avaliar a Implantação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências na Região de Saúde de Fortaleza.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS:

- Identificar os principais marcos históricos e Institucionais que norteiam a Rede de Atenção às Urgências e Emergências;
- Descrever a coerência entre os objetivos da Política Nacional de Atenção às Urgências e a Implantação da RUE no Ceará;
- Analisar o nível de Implantação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências e seu efeito finalístico, considerando os níveis organizacionais e das práticas;
- Analisar a Influência do contexto político-institucional no nível de Implantação da RUE, considerando o projeto de governo, a capacidade do governo e a governabilidade, destacando fatores ou estratégias que facilitam ou dificultam sua organização e funcionamento;
- Compreender o processo de Implantação da rede de urgência e emergência, considerando planejamento em saúde para o enfrentamento de uma situação concreta de crise nos sistemas de saúde;
- Elaborar Matriz de Análise e Julgamento que seja a imagem-objetivo da RUE no Ceará e se constitua em Instrumento de avaliação e monitoramento da rede;
- Validar a Matriz de Análise e Julgamento por meio da conferência de consenso.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

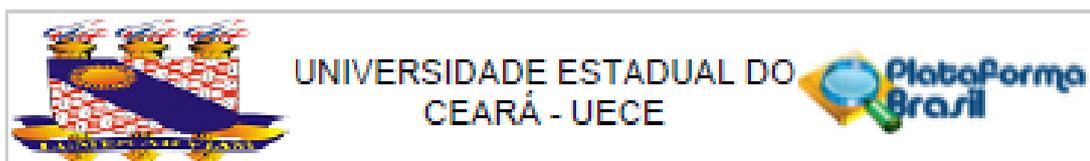
O pesquisador apresenta como riscos "receio de externar seus pensamentos, cansaço e constrangimento, riscos que serão reduzidos com a promoção de uma atmosfera amigável, possibilidade de interromper a entrevista a qualquer momento e sala privativa para a realização da mesma, com o reforço das orientações afirmando não haver uma resposta certa ou errada, e com a garantia de confidencialidade das respostas". Por outro lado, o pesquisador aponta como benefícios do estudo "colaborar para a tomada de decisão acerca dos processos de Implantação da RUE, subsidiando gestores, membros das Instâncias colegiadas e funcionários da secretaria de saúde do Estado e da Região de Saúde de Fortaleza".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante, podendo contribuir para a gestão e funcionamento da Rede de Atenção às Urgências e Emergências.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Endereço: Av. Siqueira Munguba, 1700	
Bairro: Itapell	CEP: 60.714-903
UF: CE	Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3101-0900	Fax: (85)3101-0908 E-mail: cep@uece.br



Continuação do Parecer: 2.810.070

O pesquisador apresentou os seguintes termos adequadamente: folha de rosto, TCLE, cronograma, orçamento, os Instrumentos de coleta de dados e carta de anuência.

Recomendações:

Enviar relatório final ao CEP ao término da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1102919.pdf	13/06/2018 23:21:27		Acelto
Outros	Declaracao_COGTES.pdf	13/06/2018 23:21:04	Jamline Borges de Morais	Acelto
Outros	Anuencias_COGTES.pdf	13/06/2018 23:19:28	Jamline Borges de Morais	Acelto
Outros	Anuencia_SESA.pdf	13/06/2018 23:18:18	Jamline Borges de Morais	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Tese_Plataforma_Brasil_Enviado.pdf	16/04/2018 11:29:34	Jamline Borges de Morais	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Todos.pdf	16/04/2018 10:36:55	Jamline Borges de Morais	Acelto
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Assinada.pdf	16/04/2018 10:33:00	Jamline Borges de Morais	Acelto

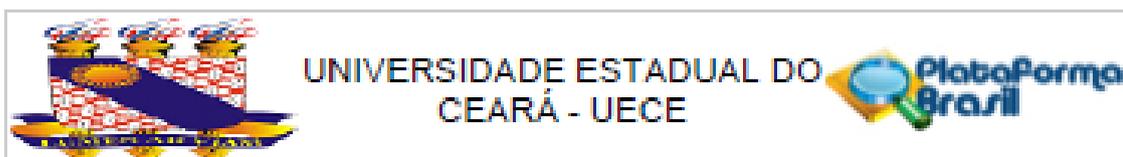
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Siles Munguba, 1700
 Bairro: Itapeil CEP: 60.714-903
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3101-0800 Fax: (85)3101-6006 E-mail: cep@uece.br



Continuação do Processo: 2.010.070

FORTALEZA, 09 de Agosto de 2018

Assinado por:
ISAAC NETO GOES DA SILVA
(Coordenador)

Endereço: Av. Siles Munguba, 1700
Bairro: Itaperi CEP: 60.714-003
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3101-0800 Fax: (85)3101-0008 E-mail: cep@uece.br